

# 91

## CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA



XLV JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA  
XVI JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA  
V JORNADAS DE CIRUGIA VASCULAR Y ENDOVASCULAR  
III 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 CIRUGIA VASCULAR Y ENDOVASCULAR  
SOCIEDAD DE PARED ABDOMINAL Y HERNIAS DE CHILE

CON EL PATROCINIO DE:

MINISTERIO DE SALUD - COLEGIO MEDICO DE CHILE. A.G. - UNIVERSIDAD DE CHILE - PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE - UNIVERSIDAD CATOLICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD ANDRES BELLO - UNIVERSIDAD DE LOS ANDES - UNIVERSIDAD AUSTRAL DEL CHILE - UNIVERSIDAD DE CONCEPCION - UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO  
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO - UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

### TOMO DE RESUMENES - CONGRESO 2018

**Medtronic**  
Juntos, más lejos

**ETHICON**  
Saber y hacer. *Excellence in Performance* más allá de los límites.

**B. BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

**++zepeda**  
FARMACIA EN REDUCIDA

**stryker**

**REICH**

**CAISSA**

**FRESENIUS KABI**  
caring for life

**oller**  
SOLUCIONES EN CIRUGIA

**Promedon**  
People + Innovation

**ConvaTec**

**SURMEDICAL**  
la ciencia a la práctica

**CENCOMEX**

**ARQUIMED**  
INNOVACION

**CicloMed**  
CITE

**PETRAZUL**  
CIRUGIA EN LA PRACTICA

**DESIGNS FOR VISION, INC.**

**IMP CHILE**  
International Medical Products S.A.

**DRUGUERIA HOFMANN**

**CICR**

**tecnigen**  
medicina • ciencia • tecnología

**Nuclear-MDE**  
Medical Device Partners

**PUERTO VARRAS - CHILE 7 AL 10 DE NOVIEMBRE DE 2018**





# SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

## **91 CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA**

XLV JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA

XVI JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

V JORNADAS DE CIRUGIA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

III 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 CIRUGIA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

SOCIEDAD DE PARED ABDOMINAL Y HERNIAS DE CHILE

**TEMA CENTRAL: "INNOVACIÓN EN CIRUGÍA"**

**PUERTO VARAS - CHILE: 7 AL 10 DE NOVIEMBRE DE 2018**

**SEDE: HOTEL ENJOY PUERTO VARAS**

## **CON EL PATROCINIO DE**

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

# **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 Campos G.

Dr. Wilfredo Calderón O.

Dr. Carlos Cárcamo I.

Dr. Carlos García C.

Dr. Enrique Lanzarini S.

Dr. Jorge Martínez C.

Dr. Felipe Puelma C.

Dr. Marcel Sanhueza G.

Secretarias Sociedad de Cirujanos de Chile:

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Yohana Velásquez A.

## **COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO**

Presidente

Dr. Nicolás Jarufe C.

Director Congreso

Dr. Marcelo Barra M.

Coordinador Learning Center

Dr. Julian Varas C.

Dr. Arturo Valle R.

Presidente del Departamento de Cirugía Endoscópica

Dr. Fernando Crovari E.

Presidente del Departamento de Cirugía Gastroesofágica

Dr. Jaime Carrasco T.

Presidente Departamento de Hernias

Dr. Jorge Martínez C.

Presidente Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas.

Dra. Ana María Donoso R.

Presidenta Departamento de Mama

Dr. Ricardo Funke H.

Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica

Dr. Raimundo Santoloya C.  
Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

Dr. Eitan Schwartz Y.  
Presidente del Departamento de Cirugía Vascular

Dr. Alejandro Campos G.  
Presidente Departamento de Educación Médica

Dr. Marcelo Devaud J.  
Presidente del Departamento de Trauma, Cirugía de Urgencia y  
Paciente Crítico

Dr. Marcelo Veloso O.  
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza-Cuello y  
Plástica Máxilo-Facial.

Dr. Rodrigo Azolas M.  
Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. Claudio Thomas  
Presidente Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y  
Estética

# COMITÉ CIENTÍFICO

## **Presidente**

Dr. Mario Uribe M.

Dr. Víctor Bianchi Sch.

Dr. Raúl Berrios S.

Dr. Carlos Manterola D.

Dr. Jorge Pierart P.

## **PRESIDENTES CAPÍTULOS REGIONALES**

Dr. Domingo Montalvo V.

Presidente Capítulo XV Región de Arica y Parinacota

Dr. Jorge Cifuentes C.

Presidente Capítulo II Región de Antofagasta

Dr. Juan Pablo Barros V.

Presidente Capítulo III Región de Atacama

Dr. Francisco Rodríguez V.

Presidente Capítulo IV Región de Coquimbo

Dr. Juan Bombin F.

Presidente Capítulo V Región de Valparaíso

Dra. Lorena Pérez S.

Presidenta Capítulo VII Región del Maule

Dr. Héctor Molina Z.

Presidente Capítulo VIII Región del Bío Bío

Dr. Luis Burgos San Juan

Presidente Capítulo IX Región de la Araucanía

Dr. Mauricio Cáceres P.

Presidente Capítulo XIV Región de Los Ríos

Dra. Victoria Vargas V.

Presidenta Capítulo XII Región de Magallanes y Antártica Chilena

## ANEMIA REFRACTARIA EN CIRUGÍA METABÓLICA

Andrés San Martín, Matías Sepúlveda Hales, Ximena Patricia Prat Vergara, Felipe Patino Salas, Daniela Soto Alarcon, Felipe Guzmán Martín,

Hospital DIPRECA. Centro de Cirugía de la Obesidad. Universidad Diego Portales

**Introducción:** La anemia es un cuadro caracterizado por el aporte insuficiente de oxígeno a los tejidos, sus causas son de etiologías variadas. Según la OMS el 24 % de la población mundial la padece. La cirugía bariátrica está relacionada con déficit de vitaminas y hierro. El objetivo del presente trabajo es describir y analizar los pacientes post operados que requieren tratamiento de hierro endovenoso por anemia. Como objetivo secundario establecer las cirugías que predisponen a este fenómeno.

**Objetivos:** El objetivo es describir y analizar los pacientes post operados que requieren tratamiento de hierro endovenoso por anemia. Como objetivo secundario establecer las cirugías que predisponen a este fenómeno.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, de todos los pacientes readmitidos durante el mes de enero de 2016 hasta marzo de 2018. Se incluyeron pacientes ingresados para estudio o tratamiento endovenoso de anemia ferropriva. Excluyendo pacientes con sangrado crónico. Las variables analizadas fueron género y procedimiento. Diferencias de variables categóricas: Chi-cuadrado de Pearson, test de Fisher's y regresión logarítmica.

**Resultados:** Treinta y siete pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. 36 de género femenino (97,2%) un solo hombre (2,7%). Las frecuencias de las técnicas 23,8% bypass gástrico (RYGB), 47,6% gastrectomía vertical (GV) y 28,5% gastrectomía en manga con bypass yeyunal (GVBY). Los 37 pacientes readmitidos corresponden a 51,3% RYGB, 32,4% GV y 16,2% GVBY p value Pearson  $\chi^2$  0,001 Fisher's exact 0,002. Con regresión logarítmica el RYGB registró un Odds ratio de 3,2 comparado con GVBY de 0,9 y 0,9 de GV para la presentación de anemia como variable independiente. Hubo un caso 2,7% de embarazo concomitante a la anemia.

**Conclusiones:** Durante un periodo de más de dos años, el RYGB tuvo 3 veces más posibilidades de rehospitalización para tratamiento endovenoso de anemia ferropriva que los procedimientos que preservan el píloro, como la GV y la GVBY.

¿El refuerzo con sutura de la línea de corchetes en gastrectomía en manga previene complicaciones?

Sebastian Quidel Kehr, Rodrigo Muñoz Claro, Pontificia U. Católica de Chile. .

**Introducción:** La gastrectomía en manga (GM) es un procedimiento frecuentemente realizado. Complicaciones de la línea de corchetes durante el procedimiento como el sangrado y la filtración pueden tener graves consecuencias para los pacientes. El refuerzo de la línea de corchetes busca reducir estas complicaciones.

**Objetivos:** Determinar si el refuerzo de la línea de corchetes durante la GM disminuye el riesgo de sangrado, y filtraciones. Adicionalmente, se evaluó el efecto del refuerzo el tiempo operatorio.

**Material y Método:** Se generó un resumen estructurado denominado FRISBEE (Friendly Summaries of Body of Evidence using Epistemonikos), que incluye mensajes clave, resumen del conjunto de evidencia, meta-análisis de los estudios, tabla de resultados con el método GRADE, y tabla con otras consideraciones para la toma de decisión. Se extrajeron los datos desde 10 revisiones sistemáticas seleccionadas y reanalizamos los datos de los 17 estudios primarios (comprendiendo 1741 pacientes) que evaluaban distintas técnicas de refuerzo de la línea de corchetes durante la GM. Se evaluó el sangrado, la filtración y el tiempo operatorio.

**Resultados:** El refuerzo de la línea de corchetes con sutura resulta probablemente en poca diferencia en la frecuencia del sangrado (RR 0.86, IC 95% 0.35-2.12) y filtraciones (RR 0.82, IC 95% 0.36-1.87).

El refuerzo de la línea de corchetes con material absorbible probablemente disminuye la frecuencia del sangrado (RR 0.34, IC95% 0.12-0.93) y resulta en poca o nula diferencia en la frecuencia de filtraciones (RR 0.90, IC95% 0.31-2.63). Mientras el refuerzo con sutura podría aumentar el tiempo operatorio, el uso material absorbible podría tener nulo efecto o reducción mínima.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que ambas intervenciones podrían reducir las complicaciones de la línea de corchetes y mejorar los resultados en los pacientes. Sin embargo la calidad de la evidencia disponible no permite recomendar de forma categórica su uso con un alto nivel de certeza.

## FISTULA TORACO ABDOMINAL, COMPLICACION A LARGO PLAZO DE MANGA GASTRICA POR USO CORTICOIDES: REPORTE DE CASO

Alberto Perez Castilla, Pablo Peñailillo Bonacich,

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DIGESTIVA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

**Introducción:** Las fistulas manga gástrica tienen incidencia de un 2-7% y mortalidad del 10%. Lo más frecuente, es que las filtraciones aparezcan entre los 7-10 días desde la cirugía. Presentamos un caso único reportado cuya fístula se desarrolló 7 años posterior a la cirugía.

**Objetivos:** Dar a conocer una complicación bariátrica ocurrida a largo plazo, su causa y el manejo.

**Reporte del(los) Caso(s):** Masculino, IMC 38, resistencia-insulina, HTA. 2009 manga gástrica. El 2012 se diagnostica artritis reumatoide, manejada con metrotexato, plaquinol y ácido fólico. La artritis reumatoide se mantiene sin crisis hasta el 2013 que comenzó con artralgias intensas manejadas con prednisona e infiltraciones. Consulta a urgencia el 2016 por disnea, fiebre, tos expectorante y hemoptoica. AngioTC descarta TEP, pero confirmando neumonía basal izquierdo con absceso diámetro 6.6cm. Además se objetiva burbujas aéreas periesplénicas que se continúan hasta el remanente gástrico. TC abdomen se confirma fistula en porción proximal de manga gástrica. La fístula se maneja con la instalación de endoprótesis metálica autoexpandible recubierta. En tórax, mediante toracotomía izquierda resección segmentaria, decorticación pleuro-pulmonar. En controles con RXEED se evidencia persistencia de la fistula, por lo que se decide realizar gastrectomía total y esófago yeyuno anastomosis. Paciente evoluciona favorablemente

## Conversión GV a RYGB en malrotación intestinal

*Andrés San Martin, Matías Sepúlveda Hales, Hernán Guzmán Martin, Christian Dauvergne Ogaz, Matías Diaz-valdes Abell,*

*Hospital DIPRECA. Centro de Cirugia de la Obesidad. Universidad Diego Portales Universidad de Santiago de Chile*

**Introducción:** La malrotación intestinal ocurre como resultado de una alteración embriológica durante la rotación del intestino medio alrededor del eje de la arteria mesentérica superior. La incidencia en la población adulta se estima en un 0,2%. Las variantes anatómicas de esta anomalía son muy amplias e inespecíficas. Muchas veces presentadas como hallazgos quirúrgicos.

**Objetivos:** Exponer y presentar caso clínico complejo, que finaliza con intervención quirúrgica y edición de video operatorio.

**Contenido del Video:** Paciente femenina de 48 años, con antecedentes patológicos de obesidad grado II, dislipidemia, hígado graso e hipotiroidismo. Antecedentes quirúrgicos de gastrectomía vertical en 2017 (cuya primera intención fue realizar gastrectomía vertical con bypass yeyunal, presentando imposibilidad de realizarlo por variante anatómica de malrotación que dificulta la técnica en paciente obeso). En controles postoperatorios paciente se presenta con buen descenso de peso y controles metabólicos, con RGE moderado a severo que se correlaciona en estudio endoscópico y de imagen. Se presenta en comité donde se decide cirugía electiva: conversión a bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) teniendo en cuenta su mal rotación y la dificultad para localizar ángulo de Treitz. La misma fue realizada por cirujanos de esta institución, así como la edición del video.

## FACTORES DE RIESGO PARA SANGRADO Y FILTRACIÓN EN CIRUGÍA BARIÁTRICA.

*Andrés San Martin, Matías Sepúlveda Hales, Hernán Guzmán Martin, Felipe Patino Salas, Cristian Astorga Larrondo,*

*Hospital DIPRECA. Centro de Cirugía de la Obesidad. Universidad Diego Portales*

**Introducción:** La obesidad y sus comorbilidades son un problema de salud en Chile y el mundo. La cirugía bariátrica demostró beneficios, pero no está libre de complicaciones.

**Objetivos:** Evaluar sangrado y filtración en procedimientos bariátricos, identificando factores predisponentes.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes operados entre enero 2016 - diciembre 2017 . Excluyendo pacientes sin seguimiento de 90 días y cirugía revisional. Análisis: antropometría, técnica y tiempo operatorio, presencia de sangrado y/o filtración. Cirugías realizadas: gastrectomía vertical (GV), gastrectomía vertical con bypass yeyunal (GVBY) y bypass gástrico en Y de Roux (BGYR). Estadística: Variables categóricas: Chi-cuadrado de Pearson. Continuas: test de t-student. Mann-Whitney para distribución no normal. Técnica no paramétrica de Wilcoxon. Regresión logística para asociación de variables. Significancia  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Cumplieron criterios 619 pacientes. 47% GV, 24,2% GVBY y 28% BGYR. Edad promedio 39 años (17-67), 52% mujeres, IMC promedio 37,4 kg/m<sup>2</sup>. Comorbilidades: DM=21,4%; HTA=34,5%; DLP=50,2%.

Se evidenció melena en 23 pacientes (3,71%): post GVBY y BGYR fueron 6 y 7 pacientes (4,0% y 3,9%); post GV 2pacientes (0,69%) ( $p=0,03$ ). 9 (1,45%) respondieron al tratamiento médico. 4 (0,65%) fueron re-operados (2 BGYR, 1 GV y 1 GVBY).

El único factor predisponente para hemorragias fue la HTA, elevando el riesgo 1,1 más que los pacientes normotensos ( $p=0,04$ ).

Dos (0,32%) presentaron filtración sin necesidad de re-operación y 2 (0,32%) fueron sometidos a re-operación por filtración con repercusión sistémica, (GV y BGYR).

Del total, se reoperaron 6 (0,97%). 2 (0,32%) por filtración y 4 (0,65%) por hemorragia digestiva. El factor de riesgo más importante para reoperación fue el tiempo operatorio ( $p=0,026$ ). No hubo conversiones, ni mortalidad en el grupo de estudio.

**Conclusiones:** En centros de alto volumen, la cirugía bariátrica es un procedimiento seguros. Las complicaciones se asocian al tiempo operatorio e HTA.

## PRIMERA CONVERSIÓN DE RYGB A SADI-S EN CHILE

*Matías Sepúlveda Hales, Andrés San Martín, Cristian Ovalle Letelier, Carlos Fariás Ortega, Pablo Bascuñán Saldía,*

*Hospital DIPRECA. Centro de Cirugía de la Obesidad. Universidad Diego Portales  
CLÍNICA TABANCURA*

**Introducción:** El bypass duodeno-ileal de una anastomosis con gastrectomía vertical (SADI-S) es una operación relativamente nueva para el tratamiento de la obesidad mórbida basada en la derivación biliopancreática, en la que una gastrectomía vertical es seguida por una anastomosis duodeno-ileal termino-lateral. La preservación del píloro hace posible la reconstrucción en un ciclo, lo que reduce el tiempo de operación y no necesita abrir el mesenterio. También se propone como alternativa en pacientes con fracaso o intolerancia del bypass gástrico (RYGB). Difícil técnicamente pero con resultados alentadores.

**Objetivos:** Exponer y presentar caso clínico complejo con edición de vídeo operatorio. Primera conversión a SADI en Chile.

**Contenido del Video:** Paciente masculino de 47 años, sin antecedentes patológicos. Operado hace 20 años de RYGB abierto para tratamiento de obesidad mórbida (peso 200 kg. IMC 56,5 kg/m<sup>2</sup>). Actualmente consulta con reganancia (peso 130 kg. IMC 36,7 kg/m<sup>2</sup>). En estudios complementarios se evidencia como única alteración, hernia hiatal con ascenso del pouch. En comité se decide la conversión de RYGB a SADI-S laparoscópico. Tiempo operatorio 180 minutos, concluye

sin incidentes. Paciente se recupera en sala, alta al 3° día. La cirugía fue realizada por cirujanos de la Clínica Tabancura y de Hospital Dipreca, así como la edición del video.

## RESULTADOS A 10 AÑOS DE LA CIRUGIA BARIATRICA EN CLINICA INDISA: ESTUDIO PROSPECTIVO.

*Pablo Peñailillo Bonacich, Alberto Pérez Castilla,*

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO CIRUGIA BARIÁTRICA CLINICA INDISA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

**Introducción:** La cirugía bariátrica es el tratamiento estándar para la obesidad mórbida debido a sus bajas tasas de morbilidad y mortalidad en centros de altos volumen y genera pérdida de peso sostenida a largo plazo.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia en la cirugía bariátrica en pacientes con IMC >30 kg/m<sup>2</sup>, y sus resultados en cuanto a sus comorbilidades previas y complicaciones a 10 años de seguimiento desde la cirugía.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Tamaño muestral total 101 casos. Criterios inclusión: >15 años, IMC

>30 kg/m<sup>2</sup>, operados con técnica manga gástrica o Bypass gástrico. Criterios exclusión: antecedentes de cirugía bariátrica previa. Las variables estudiadas: edad, sexo, IMC inicial y final, %exceso peso perdido, las comorbilidades DMT2, HTA, RI, DLP, hipotiroidismo, RGE, LCFA, SAHOS, depresión. Complicaciones: coleditiasis, RGE, hernia interna, hernia incisional, fístulas, TVP.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis del estudio. Las variables continuas se expresan como promedio y DS del promedio, las variables categóricas se expresan como porcentajes. La información fue analizada con el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** 101 procedimientos con seguimiento de 74% en 10 años. 95% manga gástrica y el 5% bypass gástrico laparoscópico. 63% mujeres y 37% hombres, edad promedio 39 años. IMC preoperatorio promedio 37.4 Kg/m<sup>2</sup>. Antes de la cirugía 9% DMT2, 39% HTA, 63% insulino resistencia, 33% DLP, 15% hipotiroidismo, 4% RGE, 4% LCFA, 3% SAHOS, 7% depresión. A 10 años desde la cirugía, el IMC promedio fue de 27.6 y el porcentaje de pérdida de exceso de peso fue 80%±49 ( $p<0.005$ , IC95%). Remisión y/o mejora de DMT2 en 29%, HTA 24%, insulino resistencia 77%, dislipidemia 56%. No obstante, depresión con incremento en 14%. La complicación más frecuente fue coleditiasis con un 17%

de los pacientes.

**Conclusiones:** Con estos resultados, confirmamos que la cirugía bariátrica sigue siendo el gold estándar para el manejo de la obesidad a largo plazo.

## RESULTADOS A 10 AÑO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON OBESIDAD GRADO I (IMC 30-35 KG/M2)

*Pablo Peñailillo Bonacich, Alberto Perez Castilla,*

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO CIRUGIA BARIATRICA CLINICA INDISA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

**Introducción:** Existe literatura publicada que respalda el perfil de seguridad y la eficacia de la cirugía bariátrica en el tratamiento de pacientes con obesidad grado I, no obstante, el seguimiento publicado es a 1 a 2 años.

**Objetivos:** Informar nuestra experiencia en cirugía bariátrica en pacientes con IMC 30 a 35 kg/m<sup>2</sup>, y sus resultados en cuanto a comorbilidades previas y complicaciones, a 10 años de seguimiento desde la cirugía.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Tamaño muestral total 25 pacientes. Criterios inclusión: >15 años, IMC entre 30 y 34.9 kg/m<sup>2</sup>, operados con técnica manga gástrica o Bypass gástrico. Criterios exclusión: antecedentes de cirugía bariátrica previa. Las variables estudiadas: edad, sexo, IMC inicial y final, %exceso peso perdido, comorbilidades DMT2, HTA, RI, DLP, hipotiroidismo, RGE, depresión. Complicaciones: colelitiasis, RGE, hernia interna, hernia incisional, TVP, depresión. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis del estudio. Las variables continuas se expresan como promedio y DS del promedio, las variables categóricas se expresan como porcentajes. La información fue analizada con el programa estadístico SPSS

**Resultados:** Seguimiento a 25 pacientes. Edad promedio 39 (27 a 59) años. 80% mujeres y 20% hombres. El 88% sometido a manga gástrica y 12% a Bypass gástrico. IMC preoperatorio promedio de 32.9 Kg/m<sup>2</sup>. Antes de la cirugía, el 56% tenía RI, 40% dislipidemia, 32% hipertensión arterial, 12% diabetes mellitus, 20% hipotiroidismo y 4% RGE. 10 años después de la cirugía (seguimiento 74%), IMC promedio de 26 (20.4-29.7) Kg/m<sup>2</sup>, y porcentaje de pérdida de exceso de peso 107±15%. Hubo remisión de la RI en el 78.6%, dislipidemia 70%, hipertensión arterial 62.5%, la DMT2 en el 100%, RGE mejoró en 100%, no hubo mejora en el hipotiroidismo. Complicación más

prevalente fue colelitiasis en 12% (3 casos).

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica ha demostrado reducir el exceso de peso a largo plazo en obesidad grado I

## HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA VERTICAL.

*Manuel Andrés Kunstmann Camino, Carlos Enrique Carcamo Ibaceta, Gabriel Felipe Kunstmann Camino, rocio victoria naveas pinuer,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es frecuente en la población. 60% de estadounidenses ha presentado síntomas. El sobrepeso aumenta hasta 3 veces el riesgo de ERGE. En obesos, la prevalencia es de 37 a 72 % según distintos reportes. La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es eficaz en reducir exceso de peso y mejoría de comorbilidades. Sin embargo, se ha descrito la aparición de ERGE de novo por su efecto sobre la unión gastroesofágica.

**Objetivos:** Describir hallazgos endoscópicos de Esofagitis Erosiva (EE) pre y post operatorios en pacientes sometidos a GVL.

**Material y Método:** Serie de casos, según base de datos prospectiva de pacientes sometidos a GVL en Hospital Base y Clínica Alemana de Valdivia entre 2012 a 2016. Criterio de inclusión: pacientes con Endoscopia Digestiva Alta (EDA) realizada antes y 1 año posterior a GVL. Análisis mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** De 112 pacientes, la EDA preoperatoria fue normal en 59 (52,6%) y 12 (10,7%) presentaron EE, de los cuales 5 (4,5%) presentaron Esofagitis A de Los Ángeles (LA) y 7 (6,3%) Esofagitis B de LA. La EDA post GVL fue normal en 59 (52,6%), de los cuales 34 (30,4%) habían tenido EDA normal preoperatoria y 6 (5,4%) EE. 34 (30,4%) presentaron EE. De estos, 27 (24,1%) desarrollaron esofagitis de novo, 7 (6,3%) habían presentado esofagitis en la EDA preoperatoria, 4 (3,6%) aumentaron el grado de esofagitis y 3 (2,7 %) lo mantuvieron. De los 34 pacientes con EE, 11 (9,8%) presentaron Esofagitis A de LA, 17 (15,2%) Esofagitis B de LA y 6 (5,4%) Esofagitis C de LA. Ningún paciente ha requerido reintervención por ERGE severo.

**Conclusiones:** En nuestro reporte preliminar, la prevalencia de EE es superior posterior a la GVL al igual

que en reportes internacionales. Es necesario realizar estudios prospectivos, ajustando resultados según sexo, edad, IMC y comorbilidades, para comparar con publicaciones internacionales.

## LOS NIVELES DE EXPRESIÓN DE GENES DEL INFLAMASOMA HEPÁTICO MEDIADO POR NLRP3 NO ESTÁN INCREMENTADOS EN PACIENTES CON INSULINORESISTENCIA Y DIABETES. ESTUDIO DE CASO Y CONTROL.

*Nicolás Quezada Sanhueza, Claudio Pinto Ortiz, Juan José Fuentes Valdés, Gregorio Maturana Cortés, Cristóbal Azócar Bizama, Dannae Turiel Araya, Víctor Cortes Parra, Rodrigo Muñoz Claro,*

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

**Introducción:** La inflamación crónica de bajo grado se ha postulado como un mecanismo subyacente a la insulinoresistencia (IR). El inflammasoma mediado por NLRP3 es un complejo molecular citoplasmático que activa la caspasa-1 para activar pro-IL-1B a IL-1B que deteriora la homeostasis de la glucosa. El aumento de expresión de NLRP3 en tejido adiposo está relacionado con el desarrollo de IR. La relación entre la expresión de NLRP3 hepático y la IR aún no se ha estudiado.

**Objetivos:** Determinar si sujetos con IR y diabetes incrementan la expresión de genes del inflammasoma hepático mediado por NLRP3, respecto a sujetos controles.

**Material y Método:** Estudio de caso y control. Se determinó muestra de 14 sujetos por grupo para alcanzar diferencia significativa del 30% en la expresión de genes del inflammasoma. Criterios de inclusión: cualquier género, 18 a 60 años, que fueran a ser sometidos a cirugía abdominal benigna laparoscópica. No hubo criterios de exclusión. Se seleccionaron como controles sujetos con  $\geq 1$  criterios de ATP III y se compararon con aquellos con 3-5 criterios o con diabetes tipo 2 (casos). Se extrajeron datos biodemográficos, clínicos y bioquímicos. Se obtuvo biopsia hepática para realizar PCR en tiempo real para evaluar la expresión de genes del inflammasoma (NLRP3, caspasa-1, ASC e IL-1B). Se realizó estadística analítica con Prisma(v5.0).

**Resultados:** Se reclutaron 41 sujetos, 13 controles y 28 casos. La edad fue  $39 \pm 10$  versus  $44 \pm 9$  años ( $p < 0,05$ ). Todos los demás parámetros fueron diferentes entre los grupos (circunferencia de cintura, IMC, OGIS, HOMA,

HbA1c, triglicéridos, colesterol HDL, RCP ultra-sensible,  $p < 0,05$ ). El análisis de expresión de genes del inflammasoma no mostró diferencias entre los grupos (NLRP3, ASC, caspasa-1 e IL-1B,  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los niveles de expresión de los genes del inflammasoma del NLRP3 del hígado no están relacionados con la homeostasis de la glucosa sistémica ni con el estado del síndrome metabólico.

## EL TEJIDO ADIPOSO BLANCO OMENTAL NO SE TRANSDIFERENCIA EN TEJIDO ADIPOSO PARDO MEDIANTE LA ESTIMULACIÓN CON B3 ADRENÉRGICO O FGF21 EN SUJETOS SANOS O INSULINORESISTENTES. ESTUDIO DE CASO Y CONTROL.

*Nicolás Quezada Sanhueza, Claudio Pinto Ortiz, Juan José Fuentes Valdés, Gregorio Maturana Cortés, Cristóbal Azócar Bizama, Dannae Turiel Araya, Víctor Cortes Parra, Rodrigo Muñoz Claro,*

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

**Introducción:** El descubrimiento del tejido adiposo (TA) pardo (TAP) en depósitos subcutáneos del humano adulto, se ha convertido en blanco contra la obesidad por su capacidad de disipar energía como calor. En modelos experimentales, un estimulante para la diferenciación hacia TAP, son los B3-adrenérgicos. Además, el factor de crecimiento de fibroblastos 21 (FGF21), produce diferenciación del TA blanco (TAB) hacia TAP en roedores, junto con gran mejoría en parámetros metabólicos. En humanos insulinoresistentes (IR), existe aumento de FGF21 versus individuos insulinosensibles (IS), lo que pudiera sugerir mecanismos de resistencia a FGF21. Finalmente, el TA visceral (TAV) es considerado el TA más activo, sin embargo, su transdiferenciación hacia TAP no ha sido descrita.

**Objetivos:** Evaluar si el TAV del humano adulto se transdiferencia hacia TAP inducido por B3-adrenérgicos y su respuesta a FGF21 en sujetos IS e IR.

**Material y Método:** Estudio piloto de caso y control sin requerir cálculo de tamaño muestral. Los criterios de inclusión fueron cualquier género, entre 18 y 60 años, que fueran a ser sometidos a cirugía abdominal benigna laparoscópica. Sin criterios de exclusión. Los pacientes donaron TA omental (TAO) el cual se cultivó y expuso a

B3-adrenérgico y FGF21. En ambos grupos, mediante PCR en tiempo real, se determinaron los niveles de expresión de genes constitutivos de TAB(perilipina, leptina) y luego de la estimulación con B3-adrenérgicos y FGF21 se determinó la expresión de genes de TAP(UCP1, PRMD16, HOX9, TMEM26). Se realizó estadística analítica con Prisma(v5.0).

**Resultados:** Se reclutaron 6 sujetos IS y 6 IR. Los TAO explantados expresaron niveles de genes constitutivos de TA, lo que sugiere viabilidad de las muestras. La estimulación de los explantes con B3-adrenérgico y FGF21 no indujo cambios en la expresión de genes de pareamiento, tanto en individuos IS como en IR.

**Conclusiones:** El TAV del humano adulto no presenta la capacidad de transdiferenciarse hacia TAP.

## CONSULTAS EN SERVICIO DE URGENCIAS Y REINGRESOS DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUÉS DE UN BYPASS GÁSTRICO

*Cristóbal Azócar Bizama, Letty Michelle Erazo Amores, Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Crovari Eulufi, Pablo Achurra Tirado, Palmenia Pizarro Parra, Danae Turiel Araya, Rodrigo Muñoz Claro,*

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

**Introducción:** La consulta en el servicio de urgencias (CSU), reingresos (RI) y reintervenciones después de una cirugía bariátrica (CB) son importantes indicadores de calidad. Actualmente sólo existe evidencia de seguimiento a corto plazo en nuestro medio.

**Objetivos:** Describir las CSU, RI y reintervenciones en pacientes con obesidad sometidos a un bypass gástrico laparoscópico (BPGL) durante el primer año después de la cirugía.

**Material y Método:** Estudio prospectivo de serie de casos de todos los pacientes sometidos a BPGL consecutivamente entre junio 2015 y julio 2016. La información se obtuvo desde nuestro registro clínico y contacto telefónico los primeros 12 meses. No existen criterios de exclusión. El objetivo primario fue determinar las CSU. Los objetivos secundarios fueron determinar frecuencia de RI y de reintervenciones. Se utilizó estadística descriptiva con SPSS.

**Resultados:** Se realizaron 196 BPGL, 19(9,7%) fueron conversiones de manga gástrica. El seguimiento al año fue de 98,5%. El 75%(n=147) fue de género femenino. La mediana de edad e IMC fue 42 años (17?69) y 39,1 kg/mt<sup>2</sup> (23,5?66,6). Un 29,6%(n=58) de los pacientes

tuvo CSU al menos una vez, de las cuales el 55,2%(n=32) fueron asociadas a la CB. El motivo de consulta asociado a CB más frecuente fue dolor abdominal 49,2%(n=29). El RI fue de un 5,6%(n=11), cuyas causas fueron obstrucción intestinal 45,5%(n=5), estenosis gastroyeyunal 27,3%(n=3), infección sitio operatorio 18,2%(n=2) y hemorragia digestiva alta 9,1%(n=1). Dos pacientes requirieron reintervención (1,0%), uno por obstrucción intestinal por hernia interna y otro por perforación durante dilatación endoscópica. No hubo mortalidad.

**Conclusiones:** La CSU post BPGL es frecuente durante el primer año, sin embargo una proporción significativa consulta por motivos no asociados a la CB y la reintervención es ocasional.

## CONSULTAS EN SERVICIO DE URGENCIAS Y REINGRESOS DESPUÉS DE UNA GASTRECTOMÍA EN MANGA. SEGUIMIENTO A UN AÑO.

*Cristóbal Azócar Bizama, Santiago Reveló Becerra, Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Crovari Eulufi, Pablo Achurra Tirado, Palmenia Pizarro Parra, Danae Turiel Araya, Rodrigo Muñoz Claro,*

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

**Introducción:** La consulta en el servicio de urgencias (CSU), el reingreso (RI) y las reintervenciones son importantes indicadores de calidad en cirugía bariátrica (CB). En la actualidad existe poca información prospectiva y a largo plazo de estos indicadores en gastrectomía en manga laparoscópica (GML).

**Objetivos:** Describir las CSU, RI y reintervenciones en pacientes con obesidad sometidos a GML durante el primer año después de la cirugía.

**Material y Método:** Seguimiento prospectivo de una serie de casos de todos los pacientes sometidos a GML consecutivamente entre junio 2015 y julio 2016. La información se obtuvo desde nuestro registro clínico y contacto telefónico los primeros 12 meses. No existen criterios de exclusión. El objetivo primario fue determinar la frecuencia de CSU. Los objetivos secundarios fueron determinar frecuencias de RI y de reintervenciones. Se utilizó estadística descriptiva con SPSS.

**Resultados:** Se realizaron 156 GML. El seguimiento al año fue de 98,1%. El 76,3%(n=119) fue de género femenino. La mediana de edad e IMC fue 35 años (15?71) y 35,2 kg/mt<sup>2</sup> (30,0?56,7). Un 26,3%(n=41) de los pacientes tuvo CSU al menos una vez. Solamente el

36,6%(n=15) de las CSU fueron asociadas a la cirugía, de estas el motivo más frecuente fue dolor abdominal 58,3%(n=14) seguido de vómitos 16,6%(n=4). El porcentaje de RI fue de 1,3%(n=2), ambas por trombosis portomesentérica que se manejaron de forma médica con anticoagulación. Ningún paciente requirió reintervención y no hubo mortalidad.

**Conclusiones:** Un porcentaje menor de las consultas en urgencia después de una GM son por causas asociadas a la cirugía, y un minoría de los pacientes deben ser reingresados. Una mejor educación al alta y en los controles posteriores podría reducir el número de consultas innecesarias.

## USO DE RIVAROXABAN PARA PROFILAXIS DE TROMBOSIS PORTO-MESENTÉRICA LUEGO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA POR LAPAROSCOPIA: RESULTADOS Y PERFIL DE SEGURIDAD

*Gustavo Pérez Blanco, Valentina Kobus Garin, Carla Morelli Lobos, Ignacio Tellez Guzman, Javier Ignacio Rodríguez Gutiérrez, Pablo Achurra Tirado, Rolando Rebolledo Acevedo, Santiago Besa Bandeira,*

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

**Introducción:** La trombosis venosa portal y mesentérica (TVPM) es una complicación poco frecuente pero grave de la gastrectomía en manga vía laparoscopia (GML). Nuevos anticoagulantes orales (NACOs) han sido propuestos como una buena alternativa para la prevención de esta complicación en comparación con el uso de heparinas de bajo peso molecular, aunque su seguridad aún no ha sido probada.

**Objetivos:** Estudiar la seguridad del rivaroxaban en el postoperatorio de gastrectomía en manga laparoscópica y su potencial efecto en la incidencia de trombosis mesentérica

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectiva de casos consecutivos de una serie de 489 pacientes sometidos a una GML, 342 sin profilaxis posterior al alta y 147 con profilaxis, que usaron 10 mg de rivaroxaban por 10 días como profilaxis de trombosis portomesentérica (TVPM) después del alta. Registramos TVPM confirmada por angiotac y eventos mayores y menores de sangrado.

**Resultados:** En esta serie, hubo 4 casos de TVPM en el primer grupo (1,2%) y ninguno en el segundo (p=0,23). En los que usaron profilaxis ninguno presentó

complicaciones asociadas a sangrado.

**Conclusiones:** La frecuencia de TVPM fue menor en el grupo que usó rivaroxaban y su uso parece ser seguro. A pesar de no alcanzar significación estadística, los resultados parecen significativos desde el punto de vista clínico.

## USO DE ACIDO URSODESOXICOLICO COMO TRATAMIENTO DE MICROLITIASIS VESICULAR EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX.

*Gabriel Astete Arriagada, FRANCISCO ALEJANDRO GONZALEZ LAGOS, Eduardo Figueroa Rivera, Carlos Saiz Troncoso, Martin Astete Bufadel, Maria Ignacia Astete San Martin,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). cirugía, servicio pensionado, urgencias.*

**Introducción:** La litiasis vesicular puede aparecer, en rangos variables, durante la baja de peso. En el Bypass Gástrico en Y de Roux (BGRY), se recomienda el estudio ecográfico para su detección oportuna.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de microlitiasis vesicular y la utilidad del Acido Ursodesoxicólico (AU) como tratamiento, en pacientes sometidos a BGRY.

**Material y Método:** 190 pacientes sometidos a BGRY (2015 a 2017). Control ecográfico a los 3, 6 y 12 meses. Si hay microlitiasis vesicular, se indica AU 300 mg, una toma diaria, por tres meses. Exclusión de pacientes con colelitiasis previa. Grupo 1, sin desarrollo de microlitiasis, y, Grupo 2, con desarrollo de microlitiasis, tratado con AU.

**Resultados:** Serie: 149 mujeres (78,4%), varones 41 (21,6%). Grupo 1: n=172 (90,5%), 35 varones, 137 mujeres. Edad promedio 38,1 ds 10,5 años. IMC promedio: 39,0 ds 6,3 K/m<sup>2</sup>. Grupo 2: n=18 (9,5%). Varones: 6, mujeres: 12. Edad promedio: 35,5 ds 11,0 años. IMC promedio: 40,8 ds 4,6 K/m<sup>2</sup>. En el Grupo 2, 12 remiten la presencia de microlitiasis (66,7%) y, en 6 casos (33,3%) no hay mejoría o progresan a colelitiasis. La edad de los que remiten es 32 ds 10 versus 42,5 ds 10,3 años de los que no remiten. El IMC es de 40,9 ds 4,1 K/m<sup>2</sup> y 40,6 ds 6,0 K/m<sup>2</sup>, respectivamente. La aparición de microlitiasis ocurre, en promedio, a los 6,7 ds 4,8 meses.

**Conclusiones:** El ácido ursodesoxicólico es una de las drogas más baratas y mejor testeadas que están

actualmente disponibles para el manejo de algunas etapas de la formación de litiasis vesicular. Su rol como agente terapéutico, en una etapa oportuna, debe seguir investigándose, e incluso, se abre la posibilidad de usarlo como agente profiláctico, formal, en este tipo de pacientes.

## ¿ES LA GASTROYEYUNOANASTOMOSIS ROBÓTICA REVISIONAL MEJOR QUE LA GASTROYEYUNOANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA REVISIONAL? ESTUDIO DE COHORTE

Hernán Andrés Herrera Cortes, James Hamilton Sanchez, Camila Onetto Carvallo, Pablo Marin Perez, Victor Ignacio Gonzalez Munoz,

Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Cirugía Digestiva y robótica Clínica Meds.. universidad de los andes

**Introducción:** La cirugía bariátrica de revisión puede ser técnicamente desafiante y se asocia con tiempos de procedimiento más largos y aumento de complicaciones.

El bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (L-RYGB) es uno de los procedimientos bariátricos más comunes.

Las úlceras marginales siguen siendo una de las más comunes y las complicaciones más costosas después de RYGB.

La patogenia de la ulceración marginal no está del todo definida. El uso de sutura de material absorbible para realizar la gastro yeyunostomía (GJA) reduce el riesgo de fístula gastro gástrica y ulceración marginal.

**Objetivos:** El objetivo de estudio es determinar si el Bypass gástrico robótico es superior al L-RYGB en términos de úlcera marginal de la anastomosis gastro yeyunal, complicaciones postoperatorias y tiempo operatorio.

**Material y Método:** Cohorte retrospectiva entre los periodos de enero de 2014 a diciembre de 2017. Criterios de inclusión: RYGB revisional, ya sea por vía laparoscópica o robótica.

Criterios de exclusión: otra cirugía revisional bariátrica. Se registraron características demográficas de los pacientes, comorbilidades, indicación de revisión, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias y morbilidad, pérdida de peso.

El análisis estadístico se realizó utilizando IBM SPSS Statistics 21. Un valor de  $p < 0,05$  fue usado para la significancia estadística.

**Resultados:** Un total de 159 pacientes fueron incluidos en este estudio.

La principal indicación de cirugía fue reflujo gastroesofágico y re ganancia de peso en ambos grupos. La estancia hospitalaria fue menor en el grupo laparoscópico ( $p < 0,01$ ).

No hubo diferencia estadística en tiempo operatorio con docking y complicaciones postoperatorias entre los grupos. En el grupo laparoscópico el porcentaje de úlcera marginal fue mayor ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** La R-RYGB revisional es segura, con porcentajes de complicación menores a lo publicado en la literatura internacional.

La asistencia robótica no aumenta los tiempos quirúrgicos y disminuye los porcentajes de úlcera marginal comparado con la laparoscópica

## RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL ROBÓTICA Y LAPAROSCÓPICA. COHORTE RETROSPECTIVA.

Hernán Andrés Herrera Cortes, James Hamilton Sanchez, Camila Onetto Carvallo, Pablo Marin Perez, Victor Ignacio Gonzalez Munoz,

Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Cirugía Digestiva y robótica. Clínica Meds.. universidad de los andes

**Introducción:** La obesidad es un problema creciente en el mundo y se asocia a riesgos en salud. La cirugía bariátrica es un tratamiento efectivo para la obesidad en pacientes seleccionados

La cirugía bariátrica revisional puede ser demandante, y se asocia a procedimientos más largos y mayor número de complicaciones.

Los rangos de cirugía revisional, se reportan de 8-58%, en banda gástrica; 30-79 % para gastrectomía vertical en manga.

La morbilidad postoperatoria se asocia con el tipo de procedimiento de revisión que se realiza.

**Objetivos:** Comparar los resultados perioperatorios de la cirugía bariátrica revisional, robótica y laparoscópica

**Material y Método:** Cohorte retrospectiva entre los periodos de enero de 2014 a diciembre de 2017.

Criterios de inclusión: pacientes sometidos a cirugía bariátrica revisional ya sea por vía laparoscópica o robótica.

Criterios de exclusión: pacientes con procedimiento primario de balón intragástrico.

Se registraron características demográficas de los pacientes, comorbilidades, indicación de revisión, tiempo

operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias y morbilidad, seguimiento y pérdida de peso.

El análisis estadístico se realizó utilizando IBM SPSS Statistics 21. Se utilizó test de chi cuadrado, T Student y el test de Mann-Whitney. Un valor de  $p < 0,05$  fue usado para la significancia estadística.

**Resultados:** Un total de 192 pacientes fueron incluidos en este estudio. Cada grupo 96 pacientes. La principal indicación de cirugía fue reflujo gastroesofágico y reganancia de peso en ambos grupos. Tiempo quirúrgico con docking menor en el grupo laparoscópico. ( $p = 0,04$ ) Complicaciones postoperatorias y pérdida de peso no mostraron diferencia estadística entre los grupos. Estancia hospitalaria fue menor en el grupo laparoscópico ( $p < 0,01$ ).

En ambos grupos el principal procedimiento realizado fue bypass gástrico (Tabla 3).

**Conclusiones:** Nuestro estudio demuestra que la cirugía bariátrica revisional, robótica y laparoscópica, son técnicas seguras.

La principal indicación de cirugía revisional son reganancia de peso y reflujo gastroesofágico. El porcentaje de complicaciones es menor al publicado en la literatura internacional.

## EVALUACIÓN DE PERFUSIÓN GÁSTRICA EN CIRUGÍA ROBÓTICA BARIÁTRICA REVISIONAL. SERIE DE CASOS CON SEGUIMIENTO. REPORTE PRELIMINAR

Hernán Andrés Herrera Cortes, James Hamilton Sanchez, Camila Onetto Carvallo, Víctor Ignacio González Muñoz,

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Cirugía Digestiva y Robótica. Clínica Meds. Universidad de los Andes*

**Introducción:** Los procedimientos bariátricos presentan baja morbimortalidad, debido entre otros factores a la rica perfusión sanguínea gástrica

La cirugía bariátrica revisional es un procedimiento cada vez más frecuente en pacientes bariátricos. Se convierte en un reto para el cirujano, ya que muchas veces se encuentra alterada la anatomía vascular asociado a algún grado de inflamación y adherencias, lo que aumenta el riesgo de complicaciones perioperatorias, en especial de fistulas intestinales.

Actualmente la perfusión se evalúa de acuerdo con el color de la serosa, peristaltismo, sangrado de arterias marginales, dicha evaluación es subjetiva y puede llevar a malinterpretaciones.

No existen actualmente evaluaciones objetivas intraoperatorias de la perfusión gástrica.

**Objetivos:** Evaluar la perfusión gástrica con verde de indocianina del pouch gástrico en cirugía bariátrica revisional robótica.

**Material y Método:** Serie de casos prospectiva con seguimiento entre 1 abril de 2018 a 31 junio de 2018.

Criterios de inclusión: pacientes de cirugía revisional bariátrica, a quienes se realizó un bypass gástrico vía robótica. Criterios de exclusión: alergia al yodo.

Se registraron características demográficas de los pacientes, comorbilidades, indicación de revisión, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones perioperatorias, reacción alérgica.

Se realizó análisis estadístico descriptivo, con promedio y medidas de tendencia central

**Resultados:** Se incluyó a 8 pacientes en la serie. 2 pacientes fueron excluidos por alergia al yodo. La serie está compuesta por 5 mujeres (63%) y la edad promedio fue de 43 años.

El tiempo operatorio promedio fue de 120, 3 minutos.

La fluorescencia del pouch gástrico con verde de indocianina fue exitosa en el 100 % de la serie. No hubo complicaciones intraoperatorias en la serie.

No hubo morbilidad perioperatoria a 30 días en la serie

**Conclusiones:** La fluorescencia con verde de indocianina de pouch gástrico es una técnica segura y reproducible.

La fluorescencia en cirugía bariátrica revisional es una herramienta objetiva de evaluación de irrigación de pouch gástrico.

## FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL ROBÓTICA.

Hernán Andrés Herrera Cortes, James Hamilton Sanchez, Camila Onetto Carvallo, Víctor Ignacio González Muñoz,

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Cirugía Digestiva y Robótica. Clínica Meds.. Universidad de los Andes.*

**Introducción:** La cirugía revisional bariátrica es cada vez más frecuente; es un reto para el cirujano ya que en la gran mayoría de los casos se encuentra alteración de la anatomía vascular, con algún grado de inflamación y adherencias, todo esto produce un aumento del riesgo de complicaciones perioperatorias, principalmente de fistulas intestinales, debido entre otras causas a una irrigación vascular deficiente.

**Objetivos:** Uso de fluorescencia con verde de indocianina en un by pass gástrico robótico revisional, para evaluar la perfusión tisular.

**Contenido del Video:** Paciente sexo femenino, 42 años. Gastrectomía vertical en manga laparoscópica año 2015. Historia de 6 meses de reflujo gastroesofágico que no cede con terapia farmacológica. Se procede a realizar abordaje robótico con 4 brazos y puerto accesorio de trabajo.

Se liberan adherencias de manga y acceso a través de curvatura menor, se secciona la manga para crear el pouch gástrico. Se aplica por vía intravenosa verde de indocianina. Se activa la imagen por fluorescencia (Firefly), se evalúa pouch gástrico y se realiza gastroyeyunoanastomosis. Se activa Firefly, para evaluarla y se completa la cirugía realizando la entero-enteroanastomosis que se evalúa con Firefly. Paciente sin complicaciones postoperatorias dada de alta al segundo día. Actualmente en seguimiento ambulatorio asintomática.

## COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA PRIMARIA SEGÚN CLASIFICACIÓN CLAVIEN-DINDO.

*Cristóbal Azócar Bizama, Carlo Marino Coloma, Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Crovari Eulufi, Enrique Norero Muñoz, Pablo Achurra Tirado, Palmenia Pizarro Parra, Rodrigo Muñoz Claro,*

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

**Introducción:** El sistema de clasificación de complicaciones Clavien-Dindo (CD) es ampliamente utilizado en la actualidad, facilitando la evaluación y comparación de resultados quirúrgicos entre distintos centros. Sin embargo, su uso ha sido limitado en cirugía bariátrica (CB).

**Objetivos:** Describir las complicaciones mayores en CB de acuerdo a la clasificación CD.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de serie de casos de todos los pacientes sometidos a bypass gástrico (BPG) y gastrectomía en manga laparoscópica (GML) primarias entre enero 2015 y junio 2018. Información extraída de la ficha clínica electrónica e informe de morbimortalidad semanal. Las complicaciones se definieron de acuerdo a CD y fueron categorizadas como menores CDI-II y mayores CDIII-IV. No existen criterios de exclusión. El objetivo primario fue describir las complicaciones mayores hasta los 30 días. Los objetivos secundarios determinar la frecuencia de

reingreso y reintervenciones. Se utilizó estadística descriptiva con SPSS.

**Resultados:** Se realizaron 1327 CB, 1301 primarias, de estas 56,8%(n=739) fueron BPG laparoscópicos (BPGL) y 0,61%(n=8) abiertos. El 42,6%(n=554) restantes fueron GML. El 75,2%(n=976) de los pacientes eran de género femenino. La edad e IMC fue 38 años (13?81) y 37,9 kg/mt<sup>2</sup> (30,3-62,9). La frecuencia global de complicaciones fue de 5,5%(n=68), de las cuales un 0,54%(n=7) fueron mayores, 4 en BPGL y 3 en GML. La frecuencia de filtración global fue 0,38%(n=5), 0,54%(n=4) en BPG y 0,18%(n=1) en GML. La frecuencia global de sangrado que requirió transfusión fue 0,61%(n=8), 0,68%(n=5) en BPG y 0,54%(n=3) en GML. La frecuencia de reingreso fue 0,69%(n=9), todos en BPGL, de estos se reintervino 2 casos, ambos por filtración. La frecuencia global de reintervención fue 0,38%(n=5), 0,54%(n=4) en BPG y 0,18%(n=1) en GML. No hubo mortalidad.

**Conclusiones:** Las complicaciones graves en cirugía bariátrica primaria son escasas y la reintervención es poco frecuente, haciendo que estos procedimientos sean seguros.

## MORBILIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS.

*Cristóbal Azócar Bizama, Gregorio Maturana Cortés, Fernando Crovari Eulufi, Sergio Guzmán Bondiek, Juan Francisco Guerra Castro, Gustavo Pérez Blanco, Rodrigo Muñoz Claro, Nicolás Quezada Sanhueza,*

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

**Introducción:** La coexistencia entre obesidad e hígado graso no alcohólico (HGNA) es altamente frecuente y su importancia radica en que las formas evolutivas del HGNA, como la esteatohepatitis no alcohólica (NASH), es la causa más frecuente de cirrosis hepática (CH). Actualmente la cirugía bariátrica (CB) ofrece mejoría significativa en HGNA y NASH. Sin embargo, el efecto de esta en pacientes con CH es menos claro y la morbilidad perioperatoria podría estar aumentada.

**Objetivos:** Describir la morbimortalidad de la CB, según Clavien-Dindo, en pacientes con obesidad y CH establecida.

**Material y Método:** Serie de casos. Se incluyeron todos los pacientes con CH establecida por criterios clínicos, imagenológicos y/o biopsia hepática (BH), que fueron sometidos a CB entre julio 2003 y octubre 2017. No

# Cirugía Bariátrica

existen criterios de exclusión. Se realizó seguimiento con control clínico y laboratorio mensual durante el primer año y luego anual. Se aplicó estadística descriptiva con SPSS(v2.0).

**Resultados:** Se identificaron 16 pacientes con CH Child?Pugh A (7 NASH, 2 cirrosis biliares primarias, 7 de causa indeterminada). La mediana de seguimiento fue 48 meses (1-144). El 68.8% de género femenino, edad de 50 años (35-69) e IMC 38,3kg/mt2 (31,6?53,4). Se realizaron 11 bypass gástrico laparoscópico BPGL, 1 bypass gástrico abierto y 4 gastrectomías en manga laparoscópicas. Hubo 6 pacientes con complicaciones postoperatorias (37,5%), 4 médicas y 2 quirúrgicas en BPGL, 1 seroma y 1 hematoma retrogástrico, sin requerir reintervención. Hubo 2 casos de morbilidad mayor Clavien-Dindo ?III(12,5%), uno por insuficiencia renal y el otro por atelectasia severa. Se tomaron 12 BH, 9 evidenciaron CH, 2 esteatosis importante y 1 caso resultó normal. Hubo 1 reingreso y no hubo mortalidad.

**Conclusiones:** En esta serie los pacientes obesos con DHC Child A sometidos a CB presentan baja morbilidad mayor, lo cual sugiere que la CB es una intervención segura para este grupo de pacientes.

## CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL POSTERIOR A TRASPLANTE HEPÁTICO ? REPORTE CASO CLÍNICO.

*Sergio Riveros Gonzalez, Martín Inzunza Agüero, Nicolás Quezada Sanhueza, Juan Francisco Guerra Castro, Fernando Crovari Eulufi,*

*Pontificia U. Católica de Chile. División de cirugía Departamento de Cirugía Digestiva Cirugía Bariátrica.*

**Introducción:** Caso de un hombre de 58 años sometido a cirugía bariátrica revisional (IMC 38.5 kg/m<sup>2</sup>) posterior a trasplante hepático ortotópico (THO).

**Objetivos:** El objetivo es presentar un caso clínico a través de un video de una cirugía técnicamente desafiante con pocos reportes a nivel mundial.

**Contenido del Video:** Cirugía revisional laparoscópica asistida por mini-laparotomía en paciente con trasplante hepático ortotópico.

## RECONSTRUCCIÓN DE TRÁNSITO POST RESECCIÓN MASIVA DE INTESTINO EN HERNIA INTERNA ASOCIADA A BY PASS GASTRICO

*Jose Vallejos Hernandez, Marco Ceroni Villanelo, Mauricio Chang Salazar, Juan Guillermo Miguel Watkins Sepulveda,*

*Clínica Bicentenario. Cirugía Digestiva Alta Cirugía Bariátrica.*

**Introducción:** Se estima que hasta un 15% de los Bypass gástricos en Y de Roux desarrollan hernias internas. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno permite evitar complicaciones severas, sin embargo, cuando ya nos vemos enfrentados a una complicación se deben tomar decisiones complejas que determinarán la sobrevida y calidad de vida del paciente.

**Objetivos:** Exponer la técnica quirúrgica para la reconstrucción intestinal luego de una resección intestinal masiva post by pass gástrico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenino, 32 años de edad, con antecedentes de tiroidectomía total reciente por Ca de tiroides en tratamiento de radioyodo y bypass gástrico en 2016.

Consulta en SU por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, sin vómitos ni diarrea, se realiza TAC de abdomen y pelvis que evidencia oclusión intestinal y hernia interna. Se realiza laparotomía y se evidencia extrangulación de yeyuno e íleon, sin necrosis, se deja laparostomizada para revisión posterior, sin embargo progresa a necrosis intestinal y requiere resección intestinal masiva de urgencia. Traslada a Clínica Bicentenario con laparostomía contenida, cabos cerrados en íleon distal, yeyuno y asa alimentaria.

Se reconstituye realizando gastro gastrogastroanastomosis y enteroenteroanastomosis interponiendo asa alimentaria. Evoluciona satisfactoriamente logrando alta con alimentación enteral exclusiva.

## HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS DEL ESOFAGO DISTAL Y ESTOMAGO PROXIMAL EN SEGUIMIENTO ALEJADO (78-138 MESES) TRAS GASTRECTOMIA EN MANGA: RESULTADOS DE ESTUDIO PROSPECTIVO CON SEGUIMIENTO DE 93%.

*Attila Csendes Juhasz, Omar Orellana Espinoza, Gustavo Martinez Riveros, Manuel Figueroa Giralt, Enrique Lanzarini S,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.*

# Cirugía Bariátrica

**Introducción:** Luego de la Gastrectomía en Manga (GM), existen múltiples trabajos que sugieren aumento de la incidencia de reflujo gastroesofágico (RGE), mientras otros reportan una mejoría; eso si, la mayoría de ellos, basados en cuestionarios clínicos y un bajo porcentaje de seguimiento

**Objetivos:** : Desarrollar un estudio prospectivo con seguimiento a largo plazo basado en evaluaciones secuenciales clínicas, endoscópicas e histológicas del tracto digestivo superior en pacientes obesos sometidos a GM.

**Material y Método:** Estudio serie de casos prospectiva de 104 pacientes consecutivos sometidos a GM entre 2006 ? 2010. Realización de múltiples evaluaciones pre y post operatorias de tipo endoscópico e histológico de la unión gastro-esofágica (UGE) y el tubo gástrico (TG) en conjunto con su correlato en la sintomatología. Criterios exclusión fue presencia de hernia hiatal (HH) mayor 3 cms, esófago de Barrett, cirugía bariátrica o gastroesofágica previa

**Resultados:** De acuerdo a los hallazgos clínicos preoperatorios, los pacientes fueron divididos según la presencia o ausencia de RGE en Grupo1 o 2 respectivamente. Siete pacientes fueron inubicables durante el seguimiento, dejando 97 (93%) para evaluación en seguimiento tardío. (78-138 meses). Dentro del grupo1, el 58,5% desarrolló RGE ?de-novo? y sólo un 13,6% del grupo2 presentó desaparición de los síntomas. Las evaluaciones endoscópicas mostraron un deterioro progresivo de la UGE en el grupo1, con desarrollo esofagitis erosiva, HH y cardias dilatado en la mayoría de ellos. En el TG, se evidenció la presencia de bilis en 40%, asociado a piloro inmóvil en el 80%. Se observó aparición de EB en un 4%.

**Conclusiones:** : Los pacientes sometidos a GM, muestran un significativo y progresivo incremento en la aparición síntomas de RGE ?de-novo?. Adicionalmente existe un aumento del reflujo duodeno-gástrico a través de un piloro abierto e inmóvil. Dados estos resultados, se sugiere considerar la GM un procedimiento ?pro-reflujo? y realizar un constante seguimiento post operatorio

**ANCLAJE DIAFRAGMÁTICO MAS REFUERZO PROTÉSICO Y GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCÓPICA(GVTL) PARA EL MANEJO DE HERNIA DE MORGAGNI(HM) GIGANTE Y OBESIDAD MÓRBIDA**

*Jorge Vinicio Bravo López, José María Cortes Arteaga, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, Marco Bustamante Zamorano,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Unidad cirugía Bariátrica y Metabólica. Universidad de Chile*

**Introducción:** La HM es un defecto congénito poco frecuente. El diagnóstico en adultos es incidental y las formas sintomáticas se deben a herniación importante en procesos que aumentan la presión intraabdominal (embarazo, obesidad, ascitis, etc.). La resolución es quirúrgica, siendo el abordaje laparoscópico factible. Existe varias técnicas, pero siempre hay que considerar la restitución fisiológica del diafragma y además tratar los factores predisponentes para la recidiva como la obesidad.

**Objetivos:** Mostrar en video editado el abordaje laparoscópico de HM gigante y obesidad concomitante. Resolución con anclaje diafragmático mas refuerzo protésico y GVTL

**Contenido del Video:** Obesa de 46 años, con 4 meses de dolor torácico y disnea rápidamente progresiva hasta ser de reposo. Estudio con gran defecto diafragmático central con ascenso de la totalidad de intestino delgado, marco colónico y epiplón. Primer tiempo: Reducción sin lesiones del contenido visceral. Anclaje diafragmático isotensional mediante puntos discontinuos transfixiantes de ethibon con pledget hacia estuche musculoaponeurotico anterior para conseguir levantamiento en posición fisiológica del defecto. Refuerzo con sutura continua barbada y malla de goretex. Segundo tiempo: GVTL (calibración: 32Fr) usando 1 carga verde y 4 azules, refuerzo con sutura continua barbada. Buena evolución sin complicaciones. Alta al 3er día.

## RIESGO DE METÁSTASIS CENTRALES EN PACIENTES CON CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES Y ADENOPATÍAS LATERALES SOSPECHOSAS EN ECOGRAFÍA DE ETAPIFICACIÓN PREOPERATORIA

*Ingrid Plass del Corral, Hernán Pablo Tala Jury, Fabio Valdes Gutierrez, Felipe Capdeville Fuenzalida, Hugo Eduardo Rojas Pineda, Eleonora Horvath Horvath, Arturo Madrid Moyano,*

*Clínica Alemana. Centro de Tiroides.*

**Introducción:** Existe controversia sobre la necesidad de realizar una disección central en pacientes con cáncer papilar de tiroides (CPT) y linfonodos yugulares sospechosos (LNYS) si no hay LN sospechosos en el grupo central.

**Objetivos:** Establecer riesgo de metástasis linfonodales centrales (MC) en pacientes con CPT y LNYS en ultrasonografía preoperatoria (US). Secundario: Evaluar variables preoperatorias que podrían influir en riesgo de MC.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, diseño serie de casos, pacientes con CPT y US con LNYS, sometidos a disección central y lateral en Clínica Alemana, de 2013 a 2016. Definimos LN sospechoso= con calcificaciones (micro/gruesas), áreas quísticas, ?spots? hiperecogénicos, vasos capsulares. Categorizamos LN centrales según imagen de US en: sospechoso, incierto o normal. LN centrales "inciertos"= prominentes, asociados a tiroiditis de Hashimoto (hipoecogénicos, sin hilio) y/o cercanos al PTC identificado, sin características categóricas sospechosas. Exploramos riesgo de MC >2mm y ?5mm en pieza operatoria. Finalmente, estudiamos otras variables preoperatorias y su posible impacto en presencia de metástasis estudiadas (>2mm y ?5mm).

**Resultados:** De 480 pacientes operados, 77(16%) presentaron LNYS en US. Un 89%(69/77) tenía MC: 75%(58/77) MC>2 mm y 45%(35/77) MC?5 mm.

Un 36%(28/77) tenía imagen normal en US grupo central, de ellos: 68%(19/28) presentó MC>2mm y 32%(9/28) MC?5mm. Pacientes con US incierta (21%(16/77)), evidenciaron MC>2mm en 69%(11/16) y MC?5mm en 50%(8/16). Con grupo central categóricamente sospechoso (43%,33/77), un 76%(25/33) mostró MC>2mm, y 61%(20/33) MC?5mm.

La presencia de ?3 LNYS en US se asoció de manera significativa e independiente a mayor riesgo de MC>2mm(97% vs 61%, p=0.0003), así como MC?5

mm(61% vs 30%, p=0.007).

**Conclusiones:** Existe riesgo importante de MC en pacientes con CPT y LNYS, incluso con grupo central normal/incierto. Lo anterior sugiere la necesidad de considerar una disección central rutinaria para pacientes que presentan LNYS (especialmente si ?3 LNLS), aún en ausencia de LN sospechosos en el compartimento central.

## USO DE ARPÓN PARA MARCAJE PREOPERATORIO EN LITIASIS PAROTÍDEA

*Rodrigo Hernández Nuñez, Matías Lavín Gubelli, Vivian Parada Farías, Andrea Glasinov Pizarro,*

*Clínica Santa María. Equipo de Cabeza y Cuello, Plástica y Maxilofacial.*

**Introducción:** La sialolitiasis es la enfermedad más común de las glándulas salivales en pacientes de edad media. La mayoría de los casos son asintomáticos, hasta que el cálculo obstruye el lumen del conducto salival produciendo síntomas agudos inflamatorios e infecciosos

**Objetivos:** Presentar un abordaje único para extracción de cálculo obstructivo de conducto parotídeo en un caso de absceso de glándula parotída.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer, 39 años Asma, sialolitiasis parotídea derecha a repetición, sialoadenitis crónica.

Consulta en Urgencia por cuadro de 10 días de aumento de volumen en región parotídea derecha, taquicárdica. TC cabeza y cuello: parotiditis derecha con extensos cambios inflamatorios, cálculo en conducto parotídeo derecho. Parámetros inflamatorios elevados. Se marca litiasis intraparotídea preoperatoriamente bajo ecografía. Hallazgos intraoperatorios: gran flegmón facial hemicara derecha, necrosis intraoral de mejilla, conducto parotídeo estenosado drenando escaso pus. Canulación de conducto parotídeo frustró por extenso edema. Incisión en piel de mejilla derecha siguiendo arpón hasta identificación y extracción completa de cálculo. Drenaje de abundante pus por herida operatoria. Evolución postoperatoria favorable siendo dada de alta a los 20 días post ingreso. Controles postoperatorios hasta los 24 meses sin parálisis facial, sin fístula salival, cicatriz retráctil que se maneja con ácido hialurónico con excelente resultado estético.

## HIDRADENOMA NODULAR GIGANTE, REPORTE DE CASO.

*Jean Pierre Droguett Gimpel, Cristian Gottschalk*

# Cirugía Cabeza, Cuello y Maxilofacial

Saavedra, Pilar Alejandra Schneeberger Hitschfeld, Claudio Sanhueza Muena, Alvaro Enrique Visscher Oyaneder

Universidad de la Frontera. Departamento de cirugía, Facultad de Medicina. Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena. Equipo Cirugía Cabeza y Cuello. Temuco

**Introducción:** El hidradenoma nodular también conocido como hidradenoma de células claras, acrospiroma ecrino, hidradenoma sólido quístico, etc. Es una neoplasia rara, originada de glándulas sudoríparas ecrinas, crecimiento lento, con dimensiones desde los 5 a 30 mm. y ubicación en extremidades, tronco, cara y cuero cabelludo. Existe escasa información en la literatura, limitándose al reporte de casos.

**Objetivos:** Presentamos este caso por ser una neoplasia de presentación escasa y de tamaño atípico, siendo un desafío diagnóstico tanto clínico como anatomopatológico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente género masculino, 51 años de edad, rural con retraso mental leve. Evaluado en enero del 2014, por tumor sésil en región occipital de 13 cm de diámetro, 10 años de evolución. Se estudia con tomografía axial computada, informando lesión occipitocervical exóftica del plano subcutáneo, perdiendo seguimiento. Consulta en marzo del 2017 en servicio de urgencias por ulceración y miasis. Resección quirúrgica completa de tumor de 15 cm de diámetro de, alcanzando el periostio en región occipital respetando parcialmente planos musculares, pieza 810gr, defecto de cobertura 7x5 cm. Biopsia informa hidradenoma nodular. Defecto cubierto por injerto dermoepidérmico. Evolución favorable. Último control julio 2018 sin evidencia de recidiva.

## MEDICIÓN DE TIROGLOBULINA PRECOZ POSTOPERATORIA EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Daniel Rappoport Wurgaft, Tomás González Arestizábal, Lucas Fuenzalida Mery, Marcelo Portilla Rojas, Francisco Javier Rodríguez Moreno, Patricio Gac Espinoza, Patricio Cabané Toledo,

Universidad de Chile. Escuela de Medicina, Campus Norte. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Departamento de Cirugía..

**Introducción:** La medición de tiroglobulina (Tg) plasmática, es ampliamente utilizada en el seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides (CDT). En los últimos años, ha cobrado importancia su valor pre ablación con

radioiodo (RI) como marcador pronóstico.

**Objetivos:** Evidenciar la correlación de Tg pre ablativa con la presencia y cantidad de enfermedad residual en nuestros pacientes.

**Material y Método:** Cohorte retrospectiva observacional, entre 2012 y 2017 tratados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile con el diagnóstico CDT. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de CDT operado, niveles plasmáticos preablativos de Tg, TSH y Anticuerpos anti Tg (AATg). Se excluyeron aquellos con AATg positivos (>20 ng/mL) y sin RI.

Como enfermedad preoperatoria, se consignó: suma de diámetros mayores y número de los tumores tiroideos y número de linfonodos metastásicos. Como enfermedad residual: presencia de remanente cervical o a distancia en rastreo sistémico.

Análisis estadístico con regresión lineal y Mann-Whitney.

**Resultados:** De 300 pacientes analizados, solo 70 cumplieron criterios de inclusión. Éstos tenían entre 1 y 4 tumores. Con un promedio de suma de diámetros de 19,09 mms. 38,8% presentó metástasis linfonodal y 55,5% presentó remanente cervical al rastreo sistémico. Ninguno presentó enfermedad a distancia. Los valores preablativos de Tg y TSH fueron 5,6 ng/ml y 79,7 mUI/ml respectivamente. No hubo diferencia entre los pacientes con Tg positiva o negativa en términos de cantidad de enfermedad residual.

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, no logramos evidenciar diferencia en enfermedad residual con respecto al valor de Tg preablativa. Esperamos ampliar nuestra serie y/o realizar un estudio prospectivo y con mayor seguimiento, para objetivar nuestra realidad.

## RECIDIVA EN CÁNCER DE TIROIDES, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS, EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Katrina Lolas Tornquist, Francisca Gonzalez Serrano, Pablo Ignacio Henríquez Caamano, Catalina Alejandra Ortiz Koh, Erika Alejandra Diaz Vargas, Mauricio Chang Salazar, Jaime Moran Tamayo,

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello. Universidad de Chile

**Introducción:** El cáncer de tiroides es el 5to cáncer en frecuencia en nuestra población. El cáncer diferenciado representa el 90%. En general el pronóstico es favorable con una incidencia de recidiva de 8-20% en cáncer diferenciado, tasa significativamente mayor en cáncer indiferenciado.

**Objetivos:** Caracterizar al grupo de pacientes operados de recidiva de cáncer de tiroides, en el Hospital San Juan de Dios, entre enero 2008 y diciembre 2017. Evaluar aquellos factores asociados a la recidiva de cáncer de tiroides y compararlos con la literatura disponible.

**Material y Método:** Este es un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Se analizaron las fichas de 54 pacientes que incluían datos demográficos, factores de riesgo, métodos diagnósticos, características del tumor, técnica quirúrgica, anatomía patológica.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes operados por persistencia de tumor.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 54 pacientes, con una mediana de 33 años en la primera cirugía. 81% sexo femenino. 16% presentó algún factor de riesgo.

La técnica quirúrgica fue tiroidectomía total 98%, con disección radical modificada unilateral en 61%. 67% de los pacientes presentó compromiso extra tiroideo y 90% presentó tumor primario mayor a 1 cm.

La histología fue carcinoma papilar 90%, 70% presentó compromiso extracapsular, 67% permeación vascular, 15% invasión perineural y 70% compromiso de linfonodos regionales.

La media del periodo libre de enfermedad fue  $41,5 \pm 16,9$  meses, 96% presentó recidiva dentro de los primeros 10 años, 51% en linfonodos yugulares y 22% paratraqueales.

**Conclusiones:** Más de ? de las recidivas se presentaron dentro de los primeros 10 años de seguimiento, lo que es concordante con la literatura.

En relación con los hallazgos de la primera cirugía, destaca el alto porcentaje de tumores > a 1 cm, la extensión extratiroidea, compromiso de linfonodos regionales y permeación vascular positiva, siendo estos datos concordantes con el mayor riesgo de recurrencia en estos casos.

## CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA DE LINFOADENOPATÍAS PERIFÉRICAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

*Guillermo Martínez Salinas, Daniel Rappoport Wurgaft, Ignacio Leal Fernández, Sergio Araya Daveno, Orlando Solís Hernández, Francisco Javier Rodríguez Moreno, Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía. Cirugía cabeza y cuello.*

**Introducción:** Linfadenopatías son una causa frecuente de consulta y pueden traducir múltiples patologías. La biopsia es el Gold estándar para el diagnóstico y es esencial ante sospecha de patologías malignas por lo que es fundamental tener claras las características que nos harán sospechar esta condición.

**Objetivos:** Describir características clínicas y diagnóstico histopatológico de pacientes sometidos a biopsia linfonodal en el HCUC.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva. Mediante revisión de ficha clínica electrónica se incluyeron a todos los pacientes sometidos a biopsia linfonodal entre enero del 2013 y junio del 2018. Se consignaron 164 pacientes a través de muestreo aleatorio simple. Se registraron variables clínicas y demográficas. Se excluyó a pacientes con biopsias de otro hospital, con diagnóstico de cáncer activo y/o con datos clínicos incompletos. Se tabularon los datos en Excel. Se utilizó estadística descriptiva y el análisis se realizó con programa STATA.

**Resultados:** Distribución similar entre sexos (51% F y 49% M), edad media  $53.02 \pm 18.48$ . Origen maligno 61.58% de las biopsias. De estas 61.4% linfoma y 38.6% metástasis. De los linfomas 69,35% NoHodgkin y 17.74% Hodgkin.

Etiología de metástasis fueron tiroides(11,28%),piel(9,26%),pulmón(6,15%),mama(2,5%),páncreas(2,5%),ovario(2,5%).Ubicación cervical(39%),supraclavicular(18%),múltiples(16%),axilar(12%),submandibular(8%),inguinal(6%).

Localizaciones supraclavicular y múltiples adenopatías se asociaron a mayor malignidad (79% y 69% respectivamente). Los pacientes con síntomas B, 73,17% presentó malignidad. 86.5% de los pacientes con antecedentes de neoplasia tuvieron malignidad. > 60 años tuvieron un 75 % de malignidad. Adenopatías dolorosas tuvieron un 53% de malignidad. Tamaño > 20mm presentó un 69% de malignidad. El tabaquismo se asoció en un 78% a malignidad. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Caracterizar las linfadenopatías permite aumentar el índice de sospecha de malignidad. El Linfoma no Hodgkin es la neoplasia más frecuente. Como antecedentes destaca la edad, antecedentes de personales de cáncer, síntomas B, localización, presencia de adenopatías múltiples y el tamaño.

## HEMANGIOMA INTRAÓSEO MALAR. REPORTE DE UN CASO.

*Macarena Díaz Herrera, Pilar Alejandra Schneeberger Hitschfeld, Cristian Gottschalk Saavedra, Jean Pierre Drogue*

*Gimpel, Alvaro Enrique Visscher Oyaneder,*

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco).  
Cirugía Cabeza y Cuello. Universidad de La Frontera,  
Temuco*

**Introducción:** Los hemangiomas intraóseos son una neoplasia vascular benigna, cuyas ubicaciones más frecuentes son vertebral, maxilofacial y huesos largos. La ubicación orbitaria es rara y su incidencia corresponde a alrededor del 5% de los hemangiomas intraóseos.

**Objetivos:** Presentar el caso y revisión de literatura de paciente con hemangioma intraóseo a nivel de reborde orbitario inferior.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 37 años. Consulta por cuadro de dos años de evolución de aumento de volumen de consistencia dura en piso de órbita izquierdo. TAC informa lesión osteolítica, insuflante, bien delimitada, 16mm de eje largo, apariencia multilobulada, en vidrio esmerilado, con adelgazamiento cortical, sin compromiso de partes blandas. Sugiere quiste óseo aneurismático, no descartando displasia fibrosa. Se decide resolución quirúrgica, extirpando tumor con márgenes macroscópicos de aproximadamente 3mm y reconstruyendo reborde orbitario con malla de piso de órbita. Estudio anatomopatológico informa hemangioma intraóseo. Evoluciona favorablemente, control clínico e imagenológico a los 6 meses sin evidencia de recurrencia local. Resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

## CÁNCER DE TIROIDES METASTÁSICO EN EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO.

*Macarena Diaz Herrera, Jean Pierre Droguett Gimpel,  
Cristian Gottschalk Saavedra, Marcela Jimenez Moyano,  
Lorena Fernanda Romero Cea,*

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco).  
Cirugía Cabeza y Cuello. Universidad de La Frontera,  
Temuco*

**Introducción:** El cáncer diferenciado de tiroides proviene del epitelio folicular tiroideo. Habitualmente asintomático por largo tiempo, presentándose como nódulo solitario. La mortalidad en Chile es 0,7% en mujeres, aumenta al asociarse metástasis a distancia. El cáncer asociado al embarazo es definido como aquel diagnosticado durante gestación y primer año postparto. Su tratamiento es complejo y de difícil decisión.

**Objetivos:** Reportar paciente diagnosticada de cáncer de tiroides metastásico durante embarazo.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenina, 36 años. Consulta por hemoptisis y disnea, baciloscopía negativa. TAC evidencia múltiples nódulos pulmonares bilaterales, sospechosos de metástasis, adenopatías cervicales, nódulo tiroideo. Se pesquiza embarazo, 8 semanas. Biopsia mediante VATS informa ?metástasis pulmonares de carcinoma papilar, variedad folicular?. Ecografía tiroidea evidencia nódulos tiroideos, adenopatía supraclavicular, TIRADS 5. PAAF nódulo tiroideo y adenopatía supraclavicular, negativas para células neoplásicas. Tiroglobulina adenopatía 10300 ng/ml. A 24 semanas de gestación, tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar grupos II ? V izquierdo, paratiroidectomía por aspecto hiperplásico y PTH 170 pg/dL. Estudio anatomopatológico revela carcinoma papilar intratiroideo unifocal de lóbulo izquierdo de 2,4 x 1 cm. Metástasis ganglionar linfática de carcinoma papilar en 1/19 linfonodos examinados. Se determina administración de radioyodo 8-12 semanas postparto. Evolución postoperatoria favorable. Parto cesárea, 37 semanas de gestación, sin complicaciones. Actualmente pendiente tratamiento RAI.

## TRANSORAL ENDOSCOPIC PARATHYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH (TOEPVA): EXPERIENCIA INICIAL

*Guillermo Martinez Salinas, Patricio Cabané Toledo,  
Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodriguez  
Moreno, Nicolás Alfredo Hasbún Scheel,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.  
Departamento de Cirugía Cabeza y Cuello.*

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario distingue 3 etiologías. Adenoma, Hiperplasia glandular y carcinoma. El manejo del adenoma puede ser inicialmente médico, sin embargo, el tratamiento definitivo es fundamentalmente quirúrgico, siendo el objetivo la extirpación del tejido hiperfuncionante para evitar sus complicaciones. Clásicamente se ha realizado este procedimiento mediante cervicotomía, sin embargo, existe una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento del HP.

**Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia inicial y técnica quirúrgica empleada en base a 3 casos de HP resueltos por paratiroidectomía transoral endoscópica con abordaje transoral.

**Contenido del Video:** Mostramos nuestra técnica en 3 pacientes distintos, todos con resultado satisfactorio y sin complicaciones perioperatorias ni en el seguimiento.

Se realizan 3 incisiones en el vestíbulo oral, bajo el labio inferior. Se inserta un trocar de 10mm a través del centro del vestíbulo oral con dos trocates de 5mm lateralmente. El espacio subplatismal se crea hasta la escotadura yugular del esternón, insuflando dióxido de carbono hasta 6 mmHg de presión para mantener espacio adecuado durante la cirugía.

Finalmente la paratiroidectomía se realiza utilizando instrumentos laparoscópicos siguiendo los pasos de la técnica habitual. Tras la exéresis del tejido hiperfuncionante se realizan puntos transcutáneos a músculos pretiroideos para su cierre.

En nuestra experiencia se realiza la paratiroidectomía titulada con medición de PTH intraoperatoria.

## PTH COMO PREDICTOR DE HIPOCALCEMIA POST TIROIDECTOMÍA TOTAL

*María Francisca Wuth Izquierdo, Carolina Andrea Bonomo Miranda, José Felipe Fuenzalida Schwerter, Matías Minassian Münster, Alejandra Gallego Cifuentes, Ricardo Schwartz Jodorkovsky, Juan Pablo Quinteros Pomar,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Cirugía oncológica.*

**Introducción:** Dentro de las complicaciones de la tiroidectomía total, la hipocalcemia es la más común, 5% de los pacientes presentan hipocalcemia sintomática transitoria. La hipocalcemia sintomática es de difícil manejo y afecta la calidad de vida. Por esto se estudiaron parámetros predictores para iniciar un tratamiento precoz y evitar síntomas severos.

Algunos de estos son, Parathormona post operatoria y el calcio iónico (Calo).

**Objetivos:** Evaluar la relación entre un valor de PTH bajo, a las 6 hrs postoperatoria, y la aparición de hipocalcemia durante 48hrs luego de una tiroidectomía total

**Material y Método:** Estudio analítico retrospectivo.

Se incluyeron todos los pacientes que fueron sometidos a tiroidectomía total, independiente de su etiología, en HOSMIL entre 2016-2018. Con consentimiento de comité de ética.

Se recopilaron datos demográficos y clínicos de la ficha clínica y electrónica de los pacientes. Fueron excluidos aquellos con datos incompletos, y con enfermedades que alteren el metabolismo del calcio.

La muestra es de 90 pacientes.

Se definió como PTH baja a las 6 hrs post operatorias, mediante curva ROC <29.5, y Calo bajo a las 24 hrs post operatorias <4.5. La hipocalcemia sintomática se evaluó según si el paciente presentó parestesias o

signos de hipocalcemia 48hrs post operatorias.

**Resultados:** 145 tiroidectomías totales, 90 de estos con datos completos. 79% mujeres, edad promedio 56 años (DE 13). El 55% presentó hipocalcemia, 15.6% fueron sintomáticos. Los pacientes con hipocalcemia tienen la pth disminuida en 7 veces en relación a los con calcio normal. Mediante curva ROC se calculó que un valor de PTH menor a 29.5, es predictor de hipocalcemia, con una sensibilidad de 83% y especificidad de 72%, con un área bajo la curva de 0.8 y  $p < 0.00001$ .

**Conclusiones:** La PTH a las 6 hrs postop, puede indicar con alta sensibilidad y especificidad, la aparición de hipocalcemia. Por lo que se podría iniciar manejo profiláctico de hipocalcemia.

## CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LARINGE EN EDAD TEMPRANA. REPORTE DE UNA PACIENTE DE 19 AÑOS.

*Soledad Damari Palma Gonzalez, Ximena Ignacia Vargas Agurto, Patricia Laime Veizaga,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Equipo de oncología cabeza y cuello. Universidad de Chile cede centro*

**Introducción:** El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para desarrollar un carcinoma escamoso de cabeza y cuello (CECYC). La infección por VPH especialmente la cepa 16, podría actuar como factor etiológico.

**Objetivos:** Reportar un caso de edad temprana y evolución agresiva de presentación de esta patología

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenina de 19 años, presenta 4 meses de evolución con disfonía, disnea, disfagia leve y baja de peso de 5 kg, consulta en APS siendo manejada como infección respiratoria alta; ante la exacerbación del cuadro se hospitaliza de urgencia, realizándose Nasofibrolaringoscopia (NFL) que revela tumoración con estrechamiento crítico de la vía aérea. Se realiza traqueostomía y biopsia que informa carcinoma escamoso bien diferenciado P16. Se deriva a nuestro servicio, completa etapificación, destacando compromiso importante de esófago. Se realiza esofagofaringolaringectomía total, disección cervical, tiroidectomía subtotal y reconstrucción con ascenso de tubo gástrico. Evoluciona favorablemente completando tratamiento oncológico con radioterapia.

## HIDRADENOMA NODULAR GIGANTE, REPORTE DE CASO

*Claudio Sanhueza Muena, Jean Pierre Droguett Gimpel, Cristian Gottschalk Saavedra, Pilar Alejandra Schneeberger Hitschfeld, Alvaro Enrique Visscher Oyaneder,*

*Universidad de la Frontera. Departamento de cirugía, Facultad de Medicina.. Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena. Equipo Cirugía Cabeza y Cuello. Temuco*

**Introducción:** El hidradenoma nodular también conocido como hidradenoma de células claras, acrospiroma ecrino, hidradenoma sólido quístico, etc. Es una neoplasia rara, originada de glándulas sudoríparas ecrinas, crecimiento lento, con dimensiones desde los 5 a 30 mm. y ubicación en extremidades, tronco, cara y cuero cabelludo. Existe escasa información en la literatura, limitándose al reporte de casos.

**Objetivos:** Presentamos este caso por ser una neoplasia de presentación escasa y de tamaño atípico, siendo un desafío diagnóstico tanto clínico como anatomopatológico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente género masculino, 51 años de edad, rural con retraso mental leve. Evaluado en enero del 2014, por tumor sésil en región occipital de 13 cm de diámetro, 10 años de evolución. Se estudia con tomografía axial computada, informando lesión occipitocervical exofítica del plano subcutáneo, perdiendo seguimiento. Consulta en marzo del 2017 en servicio de urgencias por ulceración y miasis. Resección quirúrgica completa de tumor de 15 cm de diámetro de, alcanzando el periostio en región occipital respetando parcialmente planos musculares, pieza 810gr, defecto de cobertura 7x5 cm. Biopsia informa hidradenoma nodular. Defecto cubierto por injerto dermoepidérmico. Evolución favorable. Último control julio 2018 sin evidencia de recidiva.

## RESECCIÓN TRANSORAL ROBÓTICA DE TUMOR DE BASE DE LENGUA: MEJO UNIMODAL.

*Galo Esteban Cardenas Santacruz, Consuelo Santibanez Peralta, Diego Fernando Cardenas Santacruz, Arturo Madrid Moyano,*

*Clínica Alemana. CABEZA Y CUELLO.*

**Introducción:** Los abordajes quirúrgicos abiertos de la orofaringe se asocian deformidad estética, maloclusión y disfagia, la toxicidad de la quimiorradioterapia intensiva causa disfagia severa con dependencia de un tubo de gastrostomía.

La cirugía robótica transoral (TORS) se ha utilizado para

la eliminación de cánceres de faringe y laringe con el objetivo de mejorar los resultados funcionales y estéticos sin empeorar la supervivencia

**Objetivos:** se presenta caso clínico de tumor de base de lengua tratado con resección transoral robótica y linfoadenectomía cervical

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 73 años antecedentes de HTA y ERGE.

Consulta por lesión de base de lengua de 3 meses de evolución. RMN: engrosamiento nodular 10x 6 x12 mm, base lengua PET CT: negativo.

Biopsia : carcinoma insitu escamoso con posible infiltración de lamina propia, p16 negativo. Linfadenectomía cervical de grupos II,III,IV y V bilateral todos sin metástasis. Posteriormente Resección Transoral Robotica con tres brazos. Hallazgos: aumento de volumen de 1 cm en hemilengua derecha sin compromiso de línea media, pared lateral, ni epiglotis. Reseccion desde pilares hasta línea media, biopsia rápida informa márgenes negativos. Ampliación de margen anterior y medial de 3mm. Evolución sin complicaciones, estadía hospitalaria de 6 días.

biopsia definitiva: carcinoma escamoso, márgenes negativos.

## METÁSTASIS ENCEFÁLICA EN CANCER DE TIROIDES ASOCIADO A HIPERTIROIDISMO. REPORTE DE CASO

*carolina guarneri olivieri, patrick lyford pike, gabriela mintegui a, ulises parada mata,*

*Clínica Quirúrgica "A", Cátedra de Endocrinología, Hospital de Clínicas.*

**Introducción:** La concurrencia de carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) e hipertiroidismo (HT) es infrecuente. La probabilidad de que un nódulo tiroideo sea maligno en el contexto de HT es de 5%. Las metástasis por vía hematogena son poco frecuentes (1-14% al diagnóstico) principalmente en pulmón y ósea. 0,1 al 5% son encefálicas. Como factores de riesgo asociados a la aparición de metástasis cerebrales se destacan: sexo masculino, edad avanzada, resección incompleta del tumor primario, invasión extratiroidea y el subtipo histológico.

**Objetivos:** realizar reporte de caso clínico de cáncer diferenciado de tiroides asociado a hipertiroidismo con metástasis metacrónica encefálica

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 35 años, hipertiroidismo. Tiroidectomía total con vaciamiento lateral izquierdo por cáncer papilar de tiroides con debut metastásico ganglionar. En la evolución persiste en hipertiroidismo por recaída cervical a derecha, reintervención. Controles posteriores con ascenso de tiroglobulina. Se realiza SPET-TC que evidencia metástasis encefálica única.

La asociación HT-CDT es infrecuente pero más aún que persista con HT y que la causa sean adenopatías hiperfuncionantes.

La diseminación a distancia por vía hematógena en el CDT clásico es sumamente infrecuente, menos aún la presencia de metástasis encefálica en la evolución, siendo éste uno de los pocos casos reportados.

## **ACROMEGALIA ASOCIADA A CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES REPORTE DE CASO**

**carolina guarneri olivieri, gabriela mintegui a, ulises parada mata, shebourne viana hundewadt**

**Clínica Quirúrgica "A", Cátedra de Endocrinología - Hospital de Clínicas.**

**Introducción:** La acromegalia es una enfermedad rara que asocia mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular y al desarrollo de tumores benignos y malignos. Se sugiere que la IGF-I juega un papel importante en el crecimiento tiroideo y la génesis del bocio. La estimulación prolongada del folículo tiroideo por GH/IGF-I induce tanto el aumento de tamaño como la hiperactividad y la formación de nódulos, por ende el bocio multinodular es un hallazgo frecuente (65%) , con mayor incidencia de cáncer de tiroides, habitualmente papilar, más agresivo y con frecuencia multicéntricos

**Objetivos:** realizar reporte de caso clínico sobre acromegalia asociada a cáncer diferenciado de tiroides (CDT).

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 35 años, acromegalia en remisión desde hace 4 años, sin tratamiento actual (recibió cirugía TSE y octreótide por 6 meses) . Hipopituitarismo con sustitución. Nódulos tiroideos en seguimiento, PAAF de adenopatía cervical con tiroglobulina elevada y células tiroideas. Se realiza tiroidectomía total con vaciamiento lateral. Anatomía patológica que confirma carcinoma micropapilar de tiroides con metástasis ganglionares cervicales múltiples.

Lo particular del caso es que se llega al diagnóstico por la metástasis de 4 cm cuyo primitivo fue un micorcarcinoma papilar y en un paciente que está en remisión de su acromegalia.

## MANEJO Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE TUMORES PHYLLODES MAMARIOS: EXPERIENCIA DE 15 AÑOS

Gregorio Maturana Cortés, Francisca Daniela Honold Galliano, Mitzy Carrillo Contreras, Cristóbal Maíz Hohlberg, Francisco Dominguez Covarrubias, David Oddo Benavides, Dravna Razmilic Valdes, Mauricio Camus Appunh,

Pontificia U. Católica de Chile. División de Cirugía. Departamento de Cirugía Oncológica y Máxilofacial.

**Introducción:** Los tumores phyllodes (TP) son neoplasias mamarias fibroepiteliales, cuyo tratamiento no está aún consensuado. Presentan un comportamiento biológico variable, según sus características histológicas. Se reconoce el potencial comportamiento agresivo de los tumores borderline y maligno, que tienen capacidad metastásica y de recidiva.

**Objetivos:** Analizar en forma retrospectiva el manejo quirúrgico inicial y la tasa de recidiva en el tiempo de los TP.

**Material y Método:** Se realizó revisión de ficha clínica y cruce de bases de datos quirúrgica y de patología, de casos con diagnóstico de TP o tumor bifásico fibroepitelial entre 2003 y 2018. Se identificaron 104 casos de TP. Se analizaron de forma descriptiva, correlacionando histopatología con resultados quirúrgicos y seguimiento.

**Resultados:** La edad promedio de diagnóstico fue  $35,7 \pm 13,9$  años. El 80,8% se presentó como tumor palpable. El 77,9% de los casos contaba con biopsia percutánea preoperatoria, de estas el 32% con diagnóstico de TP. El tratamiento fue mastectomía parcial en todas, excepto una paciente con mastectomía total. La mediana de tamaño del tumor en la biopsia definitiva fue de  $35 \pm 9$  mm. Se obtuvo márgenes negativos en el 71,1% de los casos. De los pacientes con márgenes positivos el 79% se sometió a ampliación de márgenes y solo en 1 caso se encontró TP residual. Del total de casos de TP el 22,9% correspondió a TP borderline o maligno. Con una mediana de seguimiento de 21,2 meses, se observaron 8 recurrencias (7,7%), que tuvieron un buen resultado posterior.

**Conclusiones:** Los TP muestran un amplio espectro de morfologías. La biopsia percutánea no es capaz de definir con certeza el diagnóstico histológico de TP. Es discutible la indicación de ampliación de márgenes y su magnitud, en TP benignos, más aún si consideramos la baja tasa de recurrencias de este tipo de tumores.

## MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA: ¿ES UNA BUENA OPCIÓN PARA PREVENIR EL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES CON MUTACIONES EN LOS GENES BRCA?

Francisca Daniela Honold Galliano, Gregorio Maturana Cortés, Mauricio Camus Appunh, Gonzalo Antonio Bravo Soto, Gabriel Alejandro Rada Giacaman,

Pontificia U. Católica de Chile. . Epistemonikos

**Introducción:** Las mujeres que poseen mutaciones en genes BRCA tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama. Existen múltiples estrategias preventivas dentro de las cuales se encuentra la mastectomía profiláctica. Actualmente existe controversia sobre si los beneficios de esta intervención superan al de una vigilancia activa, considerando los recursos, impacto físico y psicológico asociados. Para resolver esta inquietud se recopiló la evidencia disponible aplicando una nueva metodología de investigación.

**Objetivos:** Comparar la mastectomía profiláctica con la vigilancia activa en mujeres BRCA positivo analizando desenlaces claves para la toma de decisiones médicas

**Material y Método:** Se utilizó un modelo de análisis de evidencia llamado FRISBEE. Se utilizó la base de datos Epistemonikos y se seleccionaron 13 revisiones sistemáticas disponibles entre 1995 - 2014 (48 estudios primarios observacionales, 6328 pacientes), que comparaban mastectomía profiláctica (cualquier tipo) y vigilancia activa en mujeres sanas con test positivo para mutaciones en genes BRCA. Se midieron las variables: incidencia de cáncer de mama, mortalidad, impacto físico negativo, satisfacción con la decisión y con el resultado cosmético. Se realizó un metaanálisis y una tabla de resumen utilizando el método GRADE.

**Resultados:** Se estudiaron 6328 pacientes, edad promedio de 37,8 años y seguimiento promedio de 7,5 años. En cuanto a la incidencia de cáncer de mama se obtuvo un riesgo relativo (RR) de 0,05 (0,02 - 0,1) favorable a la mastectomía profiláctica en comparación a la vigilancia activa. Respecto a la mortalidad se obtuvo un RR de 0,12 (0,04 - 0,36) favorable para la mastectomía profiláctica. También se analizaron variables como satisfacción con la decisión, resultado cosmético e impacto físico negativo todas favorables para la intervención

**Conclusiones:** Se concluye que la mastectomía profiláctica reduce la incidencia de cáncer de mama y la mortalidad respecto a la vigilancia activa, además de asociarse a altos niveles de satisfacción con la decisión

y resultados cosméticos

## INFILTRACIÓN TUMORAL DE MÁRGENES EN MASTECTOMÍA PARCIAL POR CÁNCER DE MAMA: CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA ENTRE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y DIFERIDA. EXPERIENCIA HOSPITAL SAN CAMILO DE SAN FELIPE ENTRE LOS AÑOS 2014 Y 2017.

*Joaquín Mascaró Martínez, Yocelyn Palta Lopez, Susan Retamal Brendel, María Toro Vildosola,*

*Hospital de San Camilo (San Felipe). Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía.. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.*

**Introducción:** En la actualidad, la biopsia intraoperatoria (BIO) en cáncer de mama juega un rol fundamental en algunos hospitales de nuestro país, en relación al análisis de infiltración tumoral de márgenes quirúrgicos durante una mastectomía parcial. Aunque la biopsia diferida (BD) sigue siendo el gold standard, existe evidencia internacional que la concordancia entre ambas debiera ser superior al 97%.

**Objetivos:** Describir concordancia entre BIO v/s BD en relación a infiltración tumoral de bordes quirúrgicos entre los años 2014 y 2017.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal, observacional y retrospectivo. Se analizó base de datos anonimizada incluyendo todas las pacientes sometidas a mastectomía parcial y BIO entre enero de 2017 y diciembre 2017, sin presentar criterios de exclusión(n:126). Como variable se determinó infiltración borde quirúrgico (dicotómica) entre BIO v/s BD y correlación de márgenes infiltrados (nominal) entre BIO v/s VD. Se realiza analítica descriptiva, presentando los resultados en tablas de frecuencia con gráficos respectivos.

**Resultados:** De un total de 126 pacientes sometidos a BIO, 44 (34,9%) evidenciaron infiltración de borde quirúrgico. De estos últimos, comparado con resultados positivos en biopsia diferida, existió correlación diagnóstica en 27 pacientes (61%). Del total de BIO positivas, 9 (20,4%) resultaron falsos positivos, 4 (9%) evidenció menos bordes infiltrados, 2 (4,5%) informo más de un borde positivo existiendo menos, y en 1 caso (2%) los bordes infiltrados entre BIO v/s BD no tuvieron correlación. Del total de ampliaciones realizadas por

BIO, el 100% fue negativa. Del total de BIO negativas (82) 3 (3,65%) fueron falsos negativos

**Conclusiones:** Si bien la BIO es una herramienta útil en el manejo de pacientes con cáncer de mama, los resultados obtenidos en nuestro centro muestran un porcentaje de correlación entre BIO-BD inferior al sugerido internacionalmente. Por las características del presente estudio, no es posible inferir asociación ni causalidad.

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN CIRUGÍA DE MAMAS.

*Marcela Amar Catalán, Camila Concha Flores, Jeanne Carla Palet Olguin, Militza Petric Guajardo, katalina mora pavez,*

*Clínica Davila. Departamento de cirugía , Cirugía de mamas.*

**Introducción:** La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es aquella que se realiza el mismo día del ingreso de la paciente y que posterior a un período de observación y control se da de alta el mismo día. No es una práctica común en Chile .

El objetivo de este trabajo es evaluar el primer año de CMA en cirugía de mama (CM). Se analizó el tipo de cirugía y anestesia, complicaciones y readmisión hasta 30 días postoperatorios.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir el primer año de CMA en cirugía mamaria (CM).

**Material y Método:** Estudio descriptivo prospectivo, serie de casos. Se incluyen pacientes ASA I y ASA II, pacientes ASA III son evaluado por anestesista, con domicilio en la región Metropolitana o que pueden permanecer 48 horas en Santigao en el postoperatorio y contar con la disponibilidad de un vehículo para traslado en caso de emergencia. Se excluyen pacientes con comorbilidades descompensadas y cirugías mayores con utilización de drenaje en el postoperatorio Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, según tipo y escala de la variable.

**Resultados:** De un total de 498 CM se realizaron 124 CMA (24.8%): patología Benigna 77 (62%) de las cuales 16 correspondieron a lesiones precursoras, 7 ginecomastias 7 mamas axilares y el resto tumores benignos. A 20 pacientes (16%) se les realizó mastectomía parcial por cáncer de mama, a 14 instalación de cateter para QT y a 14 retiro de caterter. 100% recibió anestesia general.

No hubo complicaciones ni reingreso 30 días

postoperatorios.

**Conclusiones:** La CMA en nuestro centro ha tenido una muy buena implementación logrando buenos resultados, trabajando en conjunto anestesistas, cirujanos y enfermeras. Los desafíos son aumentar las cirugías de mama por cáncer en forma ambulatoria, evaluar la costoefectividad y que no sea una excepción sino una norma.

## PRESENTACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA ENTRE LOS AÑOS 2014-2017 EN HOSPITAL SAN CAMILO DE SAN FELIPE.

*Yocelyn Palta Lopez, Susan Retamal Brendel, María Toro Vildosola, Joaquín Mascaró Martínez,*

*Hospital de San Camilo (San Felipe). Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía.. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.*

**Introducción:** El cáncer de mama en Chile ocupa el primer lugar en mortalidad por cáncer en mujeres desde los 15 años. Si bien su detección y tratamiento oportuno es prioridad a nivel sanitario, no existe a nivel nacional un registro de pacientes que permita definir y caracterizar a la población y su manejo.

**Objetivos:** Caracterizar la presentación y manejo de los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama sometidos a procedimiento quirúrgico, durante los años 2014 a 2017 en Hospital San Camilo de San Felipe.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo. Se analizó base de datos anonimizada incluyendo a todos los pacientes diagnosticados de cáncer de mama sometidos a cirugía (n:192) entre enero de 2014 a diciembre de 2017. Se excluyen pacientes ingresados de manera directa a programa de cuidados paliativos. Como variable se determinó: datos demográficos generales, estadificación, tiempo latencia entre diagnóstico y cirugía, tipo de cirugía [mastectomía simple (MS), parcial (MP) o radical modificada (MRM) y/o vaciamiento axilar (VA) y/o ganglio centinela (GC)], receptores, resultado biopsia, terapia neoadyuvante y adyuvante.

**Resultados:** De un total de 192 pacientes, el promedio de presentación fue 60±14 años, 190 pacientes sexo femenino y 2 masculino. 27 pacientes con antecedente de cáncer de mama familiar. El tiempo de latencia entre diagnóstico por biopsia y cirugía fue de 54±89 días. Del

total de cirugías: MS 14, MP VA 96, MP GC 8, MP GC VA 6, MRM 49. A la estadificación, estadio 0=16, I=33, IIA=50, IIB=33, IIIA=19, IIIB=6, IIIC=18 y IV=16 pacientes. Según la caracterización por receptores= RE(positivo)=135, RP(positivo)102, HER(positivo)=69, FISH(positivo)=18 y triple(-)=16. Resultado biopsia: carcinoma ductal in situ=18, carcinoma ductal infiltrante=174. Recibieron radioterapia=114 y quimioterapia=65. Permanecieron con hormonoterapia 119 pacientes.

**Conclusiones:** No existe evidencia nacional unificada que permita realizar comparación entre la estadística local y referencial. Por la metodología del presente estudio, no se pueden realizar afirmaciones ni asociaciones.

## VALIDACIÓN DEL RISK SCORING SYSTEM EN LA PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA AXILAR POSTERIOR A LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA CON AXILA INICIALMENTE POSITIVA

*Valentina Paz Caro Quintanilla, Waleska Valeria Guzmán Sobarzo, Marina Gainza Lein,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Departamento de Cirugía. Instituto de Cirugía Universidad Austral*

**Introducción:** El cáncer de mama es una patología muy frecuente en nuestro medio, en la Región de los Ríos representa la primera incidencia de cáncer en las mujeres. De estas pacientes se describen hasta un 70% de compromiso axilar, las cuales son manejadas con quimioterapia neoadyuvante y posterior mastectomía más disección axilar. Con el fin de evitar complicaciones asociadas a la disección axilar, Lobna Ouldamer et al, creó un score [Risk scoring system (RSS)] que intenta predecir la negatividad de los ganglios en la biopsia postoperatoria en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado sometidas a quimioterapia adyuvante.

**Objetivos:** Validar el RSS como predictor de negatividad axilar postoperatoria en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado sometidas a quimioterapia neoadyuvante en el Hospital Base de Valdivia (HBV).

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo utilizando la base de datos de la Unidad de Patología Mamaria del HBV, en el periodo comprendido desde Enero 2014 a Diciembre 2017. Se aplicaron los criterios de RSS a un N de 73 pacientes. Se analizó la capacidad del RSS para predecir ganglios negativos en la biopsia

con una regresión logística. Evaluamos la sensibilidad y especificidad del RSS en esta población con una curva de ROC (Receiver operating characteristic curve).

**Resultados:** En nuestra población, El RSS (>3 puntos) predijo significativamente una biopsia ganglionar negativa (OR 4; 95% CI 1.07 - 14.90; p value= 0.039). Sin embargo, la curva de ROC tuvo una predicción de ganglio negativo de 0.60 (95% CI 0.50 - 0.69), valor que se considera como pobre Solo 2 pacientes tuvieron un RSS >=4, pero con este puntaje se obtuvo una sensibilidad del 7.1% y una especificidad del 100%.

**Conclusiones:** El score evaluado fue capaz de predecir de forma estadísticamente significativa la negatividad de los ganglios axilares posterior a la quimioterapia neoadyuvante en pacientes con ganglios axilares clínicamente positivos.

## PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA RESONANCIA MAMARIA PARA EVALUAR LA RESPUESTA PATOLÓGICA EN CÁNCER DE MAMA TRATADO CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE.

Jeanne Carla Palet Olguin, Camila Concha Flores, Marcela Amar Catalán, Militza Petric Guajardo, Miriam Riveros Roman,

Clínica Davila. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** Actualmente la quimioterapia neoadyuvante (QTNA) es utilizada en etapas precoces para intentar cirugía conservadora, donde las imágenes son relevantes en la planificación de la cirugía

**Objetivos:** El propósito de este estudio es estimar la precisión de la resonancia mamaria(RM) para evaluar la respuesta patológica en pacientes que recibieron QTNA en nuestro centro.

**Material y Método:** Estudio de corte transversal. Se revisó la base de datos desde enero del 2012 al 31 de diciembre del 2017. Se incluyeron pacientes que recibieron QTNA completa y que contaban con RM al inicio y al término de la quimioterapia. Se excluyeron los pacientes que fueron operados en otro centro. Se registró el diámetro mayor obtenido en la RM pre y post QTNA y se comparó con el tamaño del componente tumoral infiltrante de la biopsia diferida. Se definió respuesta patológica completa(RPC) como la ausencia de componente infiltrante.

Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo (VPN), valor predictivo positivo (VPP), precisión diagnóstica y el índice de correlación de pearson. Se

realizó estadística relacional y se analizaron los datos con SPSS v19.

**Resultados:** Se seleccionaron 44 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, se obtuvo una sensibilidad de 96,5%, especificidad de 80%, VPP de 90,3%, VPN de 92,35%, una precisión diagnóstica de 90,9% y un índice de correlación de pearson de 0.56. En 12 de 15 pacientes (80%) la RM predijo correctamente la RPC.

**Conclusiones:** La RM es un examen que tiene una alta precisión diagnóstica para evaluar la respuesta patológica en pacientes que recibieron QTNA, con una buena correlación entre el tamaño tumoral informado tanto en la RM como en la biopsia, con una alta sensibilidad y especificidad. Nuestros resultados son concordantes con los publicados en la literatura internacional, por lo que se demuestra, que si existe el recurso, que es la indicación óptima para la evaluación post QTNA.

## RESULTADOS A 5 AÑOS DEL PROGRAMA DE ALTO RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO

Marcela Amar Catalán, Camila Concha Flores, Militza Petric Guajardo, Jeanne Carla Palet Olguin, Ana Maria Donoso Rojas,

Clínica Davila. Departamento de Cirugía , Cirugía de mama.

**Introducción:** El cáncer de mama (CM) hereditario corresponde a un 5- 10 % de los CM , sin embargo al tener la información de una mutación se puede realizar un diagnóstico precoz de un cáncer de mama , con un seguimiento distinto y mejor aún disminuir la posibilidad de desarrollar la enfermedad en pacientes portadoras sanas, con conductas de reducción de riesgo .

**Objetivos:** Mostrar los resultados a cinco años del inicio del programa de alto riesgo en nuestro centro Evaluar las conductas de reducción de riesgo para cancer de mama en las pacientes con mutación genética **Material y Método:** Estudio Prospectivo, descriptivo Desde Julio 2017 a Enero 2018 se incluyeron pacientes con criterios de alto riesgo para un cáncer de mama hereditario, los que han cambiado según los criterios de las guías NCCN .

A todas las pacientes se realizó asesoría genética externa pretest y se calcula el riesgo con distintos modelos estadísticos , se completó la asesoría post test genético. Según el riesgo y la voluntad de la paciente las conductas adoptadas fueron distintas.

Se realizó estadística descriptiva. Para el análisis de los datos se utilizó Excel 14.4.1.

**Resultados:** De un total de 725 pacientes operadas de CM se realizó el estudio genético a 82(11,3%) pacientes con CM y 10 familiares. 14 casos índices y 5 familiares fueron positivos para una mutación patogénica. 11 BRCA1, 5 BRCA2, 1 CDKN2A y 1 PTEN

En 15 casos se encontró Variables de Significado Incierto (VUS) y una probablemente patogénica. La MBT fue indicada en 6 pacientes mutadas y a una con VUS.

**Conclusiones:** A través de una buena selección de los pacientes y una derivación oportuna a la AG se ha pesquisado pacientes con mutación y familiares sanas, pudiendo tener un seguimiento distinto y/o adoptar conductas de reducción de riesgo.

## RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON MICROCIURUGÍA: ¿PORQUE CREEMOS QUE ES LA MEJOR OPCION?.

*Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras, Omar Chavez Maichil, Cecilia Briones Sagredo, Carolina Soto Diez, pilar clare soria,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva*

**Introducción:** En la gran mayoría de las pacientes que necesitan reconstrucción mamaria la microcirugía ofrece la solución de mejor calidad.

**Objetivos:** Reportar los resultados de reconstrucción mamaria con microcirugía

**Material y Método:** Análisis descriptivo de una serie de casos constituida por 32 colgajos libres realizados en 31 pacientes operados consecutivamente entre mayo 2016 y Junio del 2018. Todos los casos fueron realizados por el mismo microcirujano. En 16 casos (50%) correspondió a reconstrucción mamaria aislada (8 DIEP, 2 Muscle sparing TRAM, 6 PAP). En la mitad restante correspondió a reconstrucción mamaria y tratamiento concomitante de linfedema con trasplante de ganglios (total breast anatomical restoration o TBAR). En 7 de los 16 casos de reconstrucción mamaria aislada se realizó neurotización del colgajo. La media de edad fue de 52 años con un rango de 25 a 74 años.

**Resultados:** 100% se logró el objetivo reconstructivo. La sobrevivencia del colgajo fue de 97%. Una paciente que presentaba ulcera torácica por radionecrosis presentó infección y deshidratación en la zona donante abdominal que necesito reoperación. Todas las pacientes se consideran contentas con el resultado estético y funcional obtenido. Las 7 pacientes con neurotización de

su colgajo DIEP recuperaron sensibilidad. Tres de ellas reportan recuperación de sensibilidad erógena. En todas las pacientes con linfedema y reconstrucción con TBAR hubo disminución del linfedema, con una media de disminución de diferencia de diámetro en antebrazo de 69%. Los CAP están en proceso de reconstrucción. Dos pacientes han optado por colgajo y tatuaje. Dos sólo por tatuaje 3d.

**Conclusiones:** La reconstrucción mamaria con microcirugía comunica resultados favorables según lo reportado en la literatura. La microcirugía moderna permite adaptarse a las necesidades de tratamiento de las pacientes para recuperar sensibilidad mamaria y/o prevenir el linfedema. Las pacientes se manifiestan muy contentas con el resultado de la microcirugía desde el punto de vista estético.

## LIPOSARCOMA MAMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

*María Francisca Wuth Izquierdo, Juan Pablo Quinteros Pomar, Angela Bautista Sayago, José Felipe Fuenzalida Schwerter, Ricardo Schwartz Jodorkovsky,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). CIRUGÍA ONCOLÓGICA.*

**Introducción:** Los sarcomas mamarios representan <1% de los tumores de la mama y <5% de todos los sarcomas. Existen tres tipos: cistosarcoma filodes (más frecuente), angiosarcomas y un grupo donde de manera excepcional, se encuentra el liposarcoma.

No existen conductas claras del tratamiento y pronóstico de esta patología

**Objetivos:** presentar un caso clínico de sarcoma mamario tratado en el HOSMIL

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenino 67 años consulta en HOSMIL tras realizarse tumorectomía parcial mama izquierda por gran tumor ulcerado en Linares. Biopsia: liposarcoma indiferenciado.

RNM mamaria: Nódulo sólido en CI 15mm y en CE 33x26mm. Engrosamiento y edema plano cutáneo. PET: actividad hipermetabólica tumoral maligna mama izquierda.

Se realiza cirugía definitiva en 2 tiempos; Mastectomía radical con margen de 3 cm, quedando gran defecto que se cubre con VAC. Segundo tiempo, reconstrucción de defecto de 35 x 25 cm, con colgajo de dorsal ancho.

Biopsia definitiva: Sarcoma pobremente diferenciado sugerente de liposarcoma y un carcinoma ductal infiltrante. RE 90% RP 10% CERB-b2 (-) Ki67 20%.

Se decide RT adyuvante.

Los sarcomas mamarios son muy infrecuentes, con alta capacidad de recidiva local. La cirugía constituye la base

del tratamiento, se deben lograr márgenes adecuados, ya que el uso de la terapia adyuvante es aún discordante

## CARCINOMA METAPLASICO DE MAMA, 2 CASOS DE RESPUESTA INUSUAL A MANEJO NO QUIRÚRGICO.

Guillermo Martínez Salinas, Juan Pablo Retamal Campodonico, Jean Pierre Pichon Moya, Matías Fica Flores, Gladys Ibanez Ramirez,

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Escuela de medicina, Universidad de Santiago. Departamento de Patología mamaria, Hospital San José.

Departamento de anatomía patológica, Hospital San José. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** El carcinoma metaplásico de mama es un tipo histológico muy infrecuente y agresivo. Mezcla componente epitelial-ductal invasor de alto grado con escamoso o sarcomatoide. Difícil diagnóstico histopatológico. A pesar de su peor pronóstico, su enfoque terapéutico es idéntico a otros carcinomas frecuentes y su respuesta al tratamiento no ha sido reportada.

**Objetivos:** Reportar la mala respuesta a quimioterapia en 2 pacientes con diagnóstico histopatológico de CA metaplásico de mama.

**Reporte del(los) Caso(s):** C1: Mujer 67a. Sntecedentes(-). Masa(CSE)6x4cm. NO. Mamografía:CSE nódulo denso, mal delimitado, espículado, 4cm. Birads 4. Biopsia CORE: tejido mamario infiltrado por carcinoma ductal moderadamente diferenciado, de alto grado nuclear. Mayoritariamente infiltrado por tejido cartiliginoso maligno, con abundante matriz mixoide. Receptores estrógeno y progesterona (-) TC: Sin evidencia de diseminación. Cintigrama Oseo: Normal. Histopatología: Ca metaplásico. C2: Mujer 65 años Masa palpable CSE. Mamografía Birads 4. Receptores estrógeno y progesterona negativos. Estudio diseminación negativo. Histopatología: Ca metaplásico. En ambos casos manejo con quimioterapia evidencia progresión de la enfermedad. El primer caso franco aumento tumoral luego del primer ciclo. El segundo caso fallece luego de recaída precoz. Reportamos dos casos en que a pesar del manejo con QT presentaron progresión de la enfermedad. Es importante continuar reportando estos casos y su respuesta a manejo para lograr a futuro directrices sobre su tratamiento específico y mejorar su sobrevida.

## ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON SUBTIPOS MOLECULARES DE CÁNCER DE MAMA INVASOR: SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

Gabriela del Pilar Echeverría Bauer, Valentina Salvador Uauy, Fernanda Ignacia Gainza Kunstmann, Daniela Patricia Villarroel Varela,

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Unidad Patología de Mama (CRS).

**Introducción:** La obesidad es una epidemia mundial y hoy se conoce como un factor de riesgo independiente de cáncer de mama. La evidencia ha mostrado relación entre cualquier grado de sobrepeso y subtipos moleculares de cáncer de mama, siendo los cánceres luminales y triples negativos los más asociados.

**Objetivos:** Describir la distribución de subtipos moleculares de cáncer de mama invasor primario según Índice de Masa Corporal (IMC) en un grupo de pacientes del Hospital Padre Hurtado (HPH).

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 140 casos: mujeres con cáncer de mama primario, controladas en la Unidad de Patología Mamaria del HPH. Se consideró edad, estado hormonal, peso, talla, histología e inmunohistoquímica de biopsia diagnóstica. Se excluyeron pacientes varones, cánceres in situ, IMC bajo peso, recidivas, recurrencias o metástasis al diagnóstico y usuarias de Terapia Hormonal de reemplazo. Se distribuyeron en 3 grupos según IMC (normal, sobrepeso, obesidad) subdivididas en pre/postmenopáusicas.

**Resultados:** Se reunieron 140 mujeres: promedio de edad 57 años (24-89), 76,3% postmenopáusicas. Las pacientes normopeso premenopáusicas presentan en su mayoría cáncer Luminal (50%). En las pacientes normopeso postmenopáusicas un 67% presentan cánceres triple negativo. De las pacientes con sobrepeso el cáncer luminal es el más frecuente independiente del estado hormonal. De las obesas las premenopáusicas presentan en igual frecuencia cánceres luminales puros y luminales her2 (40%) y un 64% luminales puros en las postmenopáusicas. No existe asociación entre valor de IMC y % de positividad de receptores de estrógenos.

**Conclusiones:** No existe consenso de los mecanismos por los cuáles la obesidad se relaciona con el cáncer de mama, pero la evidencia ha mostrado que la distribución de subtipos moleculares varía según el IMC y el estado hormonal. Caracterizar mejor a las pacientes permitirá realizar un tratamiento más personalizado.

## REVISIÓN DE CASOS DE PACIENTES CON HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA DEL EQUIPO DE CIRUGÍA DE MAMA DEL HOSPITAL DE LA FLORIDA (HLF) ENTRE LOS AÑOS 2016 A 2018

*Romina Soza Christie, Hugo Andres Veis Navarro, Julieta Robin Delfino,*

*Universidad de Los Andes. Cirugia General.*

**Introducción:** La Hiperplasia Ductal Atípica (HDA) es una lesión epitelial proliferante que se asocia a alto riesgo de Carcinoma Ductal Insitu (CDIS). Hasta el momento el Gold Standard del tratamiento en pacientes con biopsia sugerente de HDA es la excisión quirúrgica.

**Objetivos:** Describir el manejo realizado por el equipo de Cirugía de Mama del HLF pacientes cuya Biopsia Core/Estereotáxica era sugerente de HDA y registrar cuantas presentaron histología concordante en la biopsia excisional y cuantas presentaron upgrade a CDIS u otro estadio histológico mayor.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo entre Enero del 2016 y Abril del 2018. Se revisaron los registros en la ficha clínica electrónica de todos los pacientes del equipo de Cirugía de Mama del HLF con diagnóstico de HDA por Biopsia Core y Estereotáxica Se registró y tabuló información de datos demográficos, mamografía, resultado de biopsia por punción y excisional fecha y tipo de cirugía.

**Resultados:** Se diagnosticaron en total 14 pacientes con HDA por biopsia. En nuestra serie 5 (35,7%) presentaron upgrade a un mayor estadio histológico. 4( 28,6%) a CDIS y 1(7,1%) a CDI. La edad promedio a la primera consulta fue de 57,5 años. 2/4 tenían menos de 50 años. El 100% tenía microcalcificaciones en la mamografía. De las biopsias compatibles con HDA 6/9(66,6%) presentaban arquitectura no papilar y 7/9( 77,7%) tenían atipia unifocal. 6/14 presentaron 3 factores de bajo riesgo (FBR): edad < 50 años, ausencia de microcalcificaciones, tamaño < 15 mm, histología no papilar y atipia unifocal. Solo 1 presentó upgrade histológico. Aquellos con 2 FBR (6/14), 4 progresaron a mayor estadio. Y en los con 1 FBR (2/14) ninguno progresó

**Conclusiones:** Dado que la HDA es una lesión con alto riesgo de upgrade a CDIS el tratamiento recomendado independientemente de los factores de riesgo es la cirugía. Aún faltan estudios que avalen el manejo conservador en pacientes con FBR.

## RESECCIÓN PULMONAR EN TUBERCULOSIS: REPORTE DE 3 CASOS.

Carla Guianatti Mancilla, JOSE MIGUEL BARRIENTOS VERDUGO, RAFAEL PRATS MANGANELLY,

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. . USACH- UNIVERSIDAD CATOLICA DEL NORTE

**Introducción:** Existe actualmente un renovado interés en el tratamiento quirúrgico de tuberculosis pulmonar complicada, incluida la TBC resistente a terapia. Se ha descrito una alta tasa de éxito si se asocia con terapia médica. Se presentan 3 casos intervenidos (1 segmentectomía, 1 lobectomía, 1 neumonectomía) en el Instituto Nacional del Tórax durante el año 2017.

**Objetivos:** Reportar 3 casos de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar que requirieron resección pulmonar en el Instituto Nacional del Tórax.

### Reporte del(los) Caso(s):

#### Caso.1

Hombre de 15 años con TBC pleural MDR, presenta derrame pleural recidivante y fístula broncopleurocutánea. Se realiza decorticación y segmentectomía atípica apical LSI. Evoluciona de favorablemente siendo dado de alta al 10º día.

#### Caso.2

Mujer de 38 años, con TBC de 1 año de evolución que presenta Sd. de DRESS, con mala respuesta a terapia de desensibilización. Evoluciona con derrame pleural derecho asociada a lesión cavitada en LID. Se realiza Lobectomía inferior derecha, evolución postoperatoria satisfactoria.

#### Caso.3

Hombre de 43 años en situación de calle con daño hepático, DM2 y múltiples recaídas de TBC. Presenta derrame pleural tuberculoso que evoluciona con fístula pleurocutánea crónica, además la TAC muestra destrucción pulmonar izquierda. Luego de esquema de terapia antibiótica se realiza neumonectomía izquierda evolucionando satisfactoriamente.

## ELASTOFIBROMA DORSI: SERIE DE 85 CASOS

Jose Miguel Barrientos Verdugo, Gretchen Gunther Ayala, Miguel Congregado Loscertales, Sergio Moreno Merino, Marta Lopez Porras, Juan Carlos Giron Arjona, Julia Gonzalez Fernandez, Rafael Jimenez Merchan,

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). SERVICIO DE CIRUGIA TORACICA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. USACH-

**Introducción:** El elastofibroma dorsi es un tumor de tejidos blandos de comportamiento benigno de localización subescapular sobre el plano costal, en el plano profundo respecto a los músculos de dicha región. El paciente suele consultar por dolor, aumento de volumen y/o chasquido escapular. La resección completa es el tratamiento de elección.

**Objetivos:** Analizar serie de pacientes con elastofibroma dorsi intervenidos en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

**Material y Método:** Reporte de 85 casos en 70 pacientes con elastofibroma dorsi operados en el Hospital Universitario Virgen Macarena entre enero de 2013 y junio de 2018. La información obtenida se presenta de manera descriptiva.

**Resultados:** Se trata de 55 mujeres (78.6%) y 15 hombres (21.4%) con edad media de 56 años (rango, 39-83 años). Treinta y dos (45%) derechos, veintitrés (32%) izquierdas y quince (21,4%) bilaterales. Veinte pacientes (28,5%) consultaron por tumoración, dolor y chasquido, el resto solo tumoración (71,4%). En todos se evidenció mediante exploración física y se completó estudio a través de resonancia nuclear en 48 pacientes (68,5%), ecografía en nueve y tomografía computarizada en trece (18,5%). La media de tiempo operatorio fue de 36,6 min (20 a 60 minutos) para resecciones unilaterales y 63,3 min en bilaterales. Se dejó drenaje en 13 casos. El diámetro máximo medio de las lesiones fue de 61 mm (17 a 140 mm). No se registró mortalidad, un paciente presentó neumotórax, 29 casos presentaron seromas (2 requirieron reintervención) y dos casos infección de herida. Estancia hospitalaria media de 47 horas. Todos de los pacientes han tenido controles ambulatorios satisfactorios, se encuentran asintomáticos y sin signos de recidiva.

**Conclusiones:** Aunque es un tumor muy raro, se trata de una patología relativamente frecuente en este medio, que predomina en mujeres, cuya extirpación completa es el tratamiento de elección aunque este conlleva una alta incidencia de seromas.

## MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS NÓDULOS PULMONARES COMO PARTE DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO. REPORTE DE 100 CASOS.

Javier Vega Salas, Mariana Marqués Henríquez, Valentina San Martín Paredes, Mariana Venegas Agurto,

# Cirugía de Tórax

*Felipe Undurraga Machicao, Jose Miguel Clavero Ribes, David Lazo Pérez, Patricio Rodríguez Duque,*

*Clínica Las Condes. Cirugía de Tórax.*

**Introducción:** El hallazgo de un nódulo pulmonar representa un desafío. La cirugía, dentro de un programa multidisciplinario, se perfila como la única alternativa que ofrece diagnóstico y tratamiento en un mismo acto.

**Objetivos:** Describir los resultados del manejo quirúrgico de los nódulos pulmonares sospechosos de malignidad, dentro de un programa multidisciplinario.

**Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes operados por nódulos pulmonares, sugerentes por clínica e imagenología de ser malignos, a juicio de un equipo multidisciplinario, entre Enero de 2014 a Enero de 2018, en el Departamento de Cirugía Adultos, Clínica Las Condes. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes, tamaño del nódulo, tipo, bordes, localización, vía de abordaje, cirugía e histología. Se excluyeron los que no contaban con una TAC de Tórax o PET/CT preoperatoria, informada por un Especialista en Radiología de la Clínica Las Condes y aquellos con una latencia mayor o igual a 60 días entre el diagnóstico y la resección.

**Resultados:** Se estudió un total de 100 pacientes. La edad promedio fue 64 años. El sexo predominante fue el femenino (57%). El 60% de los pacientes tenía antecedentes de tabaquismo y el 50% de neoplasia. El tamaño promedio de los nódulos fue de 16 mm, siendo el tipo sólido el más frecuente (65%). La mayoría presentaba bordes irregulares (45%) y se ubicaba en el lóbulo superior derecho. El 100% de los pacientes fue abordado por cirugía videotoracoscópica asistida, con necesidad de conversión en un 6%. La cirugía predominante fue la lobectomía (40%). En el 51% de los pacientes se realizó linfadenectomía mediastínica. El 87% de las biopsias demostró una neoplasia maligna, siendo el adenocarcinoma invasivo el tipo histológico más frecuente (42%).

**Conclusiones:** El manejo adecuado de los nódulos pulmonares mediante un programa multidisciplinario, logra tasas de efectividad quirúrgica con estándares internacionales.

**ASPERGILOMA PULMONAR RESECADO POR VIDEOTORACOSCOPIA (VTC) EN UNA PACIENTE OCTOGENARIA. REPORTE DE UN CASO.**

*Carlos Alvarez Zepeda, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Valentina Valenzuela Rebolledo, Iván Ruiz Figueroa, Nicolás Zugbe Gottbrecht,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio de cirugía HBLT. Equipo de cirugía de tórax. Servicio de anatomía patológica HBLT. (Dra. Marcela Urquieta Lam). Unidad de imagenología HBLT. (Nicolás Zugbe Gottbrecht). Universidad de Chile. Departamento de cirugía. Cirugía Sur.*

**Introducción:** El aspergiloma pulmonar es raro, se caracteriza por la contaminación en cavidades pulmonares por el hongo *Aspergillus*. El tratamiento quirúrgico reporta una morbilidad y mortalidad importante.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente octogenaria operada por VTC con resultado exitoso y contribuir así a los datos publicados con esta técnica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 81 años con antecedentes de tabaquismo pasivo, exposición a humo de leña, HTA, dislipidemia, obesidad y artrosis. Cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por tos con expectoración hemoptoica; se inicia estudio etiológico. TC de tórax muestra un nódulo sólido de 2,6 cm en el lóbulo inferior derecho que realza con medio de contraste. PET/CT informa lesión pseudonodular de bordes espiculados (2,2 x 2,8 cm) hipermetabólico en misma ubicación, compatible con lesión neoplásica broncogénica. Resto de estudio negativo para malignidad y gérmenes específicos. Se decide segmentectomía no anatómica por VTC y biopsia cuyo informe fue aspergiloma pulmonar. La paciente se encuentra asintomática respiratoria 8 meses posterior a la cirugía, sin evidencias de lesiones pulmonares en las imágenes de control.

La resección de un aspergiloma por VTC es factible en pacientes seleccionados. Son deseables mayores estudios de VTC utilizando grupos más amplios de pacientes.

**RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE SARCOMAS DE PARED TORÁCICA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.**

*Javier Vega Salas, Mariana Marqués Henríquez, Paulo Pereira Barrera, Fernando Olguín Herrera, Jaime Gonzalo Fernandez Ruiz, Felipe Undurraga Machicao, Jacqueline Lopez Riveros, Patricio Rodríguez Duque,*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Tórax.*

**Introducción:** Los sarcomas de pared torácica son

neoplasias infrecuentes y las series reportadas a nivel nacional son escasas.

**Objetivos:** Describir los resultados quirúrgicos de los pacientes intervenidos por sarcomas de pared torácica.

**Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes operados por sarcomas primarios de pared torácica en el Instituto Nacional del Tórax entre los años 2013 a 2017, que contaban con registro completo de las siguientes variables: edad, sexo, síntomas, método diagnóstico, ubicación, diámetro máximo, tipo de cirugía, adyuvancia, márgenes quirúrgicos, tipo histológico, complicaciones postquirúrgicas, días de hospitalización y recurrencia con su respectivo tratamiento. Se excluyeron los que fueron intervenidos en primera instancia en otro centro hospitalario y los que no contaban con un registro de seguimiento.

**Resultados:** Se estudió un total de 11 pacientes. La edad promedio fue de 51 años, con un predominio del sexo femenino (73%). La presentación clínica más frecuente fue la masa palpable (55%). En el 36% de los casos se realizó un diagnóstico histológico preoperatorio. La mayoría de las lesiones se ubicó en la cara anterior del tórax (64%) y el diámetro máximo promedio fue de 9 cm. El 82% de los pacientes requirió resección de pared con espesor total, siendo la toracoplastia con malla el método de reconstrucción predominante (45%). Solo un paciente recibió adyuvancia con radioterapia (9%). El 100% de las resecciones resultó con márgenes negativos. El tipo histológico más frecuente fue el condrosarcoma (45%). 45% de los pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas. Los días de hospitalización promedio fueron 24. Dos pacientes (18%) presentaron recurrencia, siendo ambos tratados con cirugía y radioterapia.

**Conclusiones:** Pese a obtener resultados oncológicos satisfactorios, la cirugía en sarcomas de pared torácica está asociada a una alta morbimortalidad y estadía hospitalaria.

## VIDEOTORACOSCOPIA (VTC) EN HIDROTÓRAX POR PERITONEO DIÁLISIS (HPPD). A PROPÓSITO DE 5 CASOS.

*Carlos Alvarez Zepeda, Iván Ruiz Figueroa, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Valentina Valenzuela Rebolledo,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio de cirugía HBLT. Equipo de cirugía de tórax.. Universidad de Chile. Departamento de cirugía. Cirugía Sur..*

**Introducción:** El HPPD se reporta en el 1,6-10% en pacientes con peritoneo diálisis (PD). Es el resultado de comunicaciones congénitas entre la pleura y el peritoneo. Estos defectos se pueden abrir favorecidos por la presión negativa pleural y el incremento de la presión abdominal por la diálisis. La pleurodesis es una alternativa de tratamiento de los pacientes que no responden a medidas más conservadoras y que necesitan o desean continuar con PD.

**Objetivos:** Presentar 5 pacientes con HPPD operados por VTC en el HBLT desde octubre del 2012 a octubre del 2017.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se usaron los registros de pacientes operados en el HBLT cuyo diagnóstico de egreso fue HPPD entre octubre de 2012 a octubre de 2017.

**Resultados:** Cinco pacientes, 3 mujeres y 2 hombres, cuya edad promedio fue 54,2 años (21 a 77 años). La causa más frecuente de nefropatía fue la diabética (3 casos). Todos ellos presentaron hidrotórax derecho y a todos ellos se les realizó biopsia pleural, pleurodesis abrasiva y con talco por VTC. La biopsia resultó pleuritis crónica inespecífica para 3 de los pacientes y pleura normal para los otros 2. Sólo 1 persistió con ocupación pleural posterior a intervención. No hubo complicaciones quirúrgicas ni mortalidad asociada a la cirugía. En el seguimiento se observó dos pacientes fallecidos por una causa no relacionada 1 y 2 años después de la operación. El resto de los pacientes al seguimiento clínico y telefónico hasta junio del 2018 se encuentran 1 con tos seca crónica ocasional y el resto asintomáticos y en buenas condiciones, sin evidencias de ocupación pleural en las imágenes de control.

**Conclusiones:** La VTC es una alternativa terapéutica con resultados aceptables de morbimortalidad en esta serie de pacientes con HPPD. Son deseables mayores estudios de VTC en HPPD con grupos más amplios de pacientes.

## EXPERIENCIA EN EN MEDIASTINOSCOPIAS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, INDICACIONES Y RESULTADO. ESTUDIO DE 1 AÑO

*Juan Andrés Pérez Novoa, Patricio Olivares Pardo, Francisco Soto Morales, Felipe Undurraga Machicao, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía de Tórax Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Occidente Universidad de Chile*

**Introducción:** La mediastinoscopia provee de tejido linfonodal para estudio del mediastino en casi 100% de los pacientes. Las indicaciones más frecuentes son evaluar extensión nodal del cáncer pulmonar y confirmar o descartar enfermedades linfoproliferativas o granulomatosas del mediastino. Se reporta una sensibilidad de 89% y especificidad cercana a 100%. Con una morbilidad de 1- 2,9% y mortalidad de 0 a 0,5% ha probado ser un procedimiento seguro y reproducible.

**Objetivos:** Reportar la experiencia en mediastinoscopia en el Hospital San Juan de Dios describiendo indicaciones, morbimortalidad y resultados.

**Material y Método:** Revisión retrospectiva de serie de mediastinoscopias realizadas en el Hospital San Juan de Dios desde Mayo 2017 a Mayo 2018. Se registraron datos demográficos de todos los pacientes a quienes se realizó mediastinoscopia, hábito tabáquico, indicación de estudio, duración del procedimiento, resultado anatomopatológico y mortalidad a 30 días. Análisis estadístico con software SPSS.

**Resultados:** Se realizaron 20 mediastinoscopias. La mediana de edad fue 59 años (25-79). El 75% de los pacientes fue hombre. El 75% fueron fumadores, IPA promedio 50. Las indicaciones fueron: etapificación de cáncer pulmonar (75%) y estudio de adenopatías (25%). En el 95% de los casos se obtuvo diagnóstico definitivo con la biopsia. Los diagnósticos corresponden a extensión nodal de cáncer pulmonar (55%), negativo para compromiso linfonodal (25%), tuberculosis (5%), linfoma (5%), timoma (5%), y un procedimiento frustrado (5%) por fibrosis mediastínica. La duración media del procedimiento fue de 50 minutos (30-265). Mortalidad 0%. En un paciente se requirió conversión por sangrado que no permitía visualización adecuada, sin compromiso hemodinámico. Una infección leve de herida operatoria fue la única complicación.

**Conclusiones:** En nuestro centro la mediastinoscopia es un procedimiento seguro. Tiene una tasa de complicaciones similar a la reportada en la literatura. Posee un alto rendimiento para la etapificación de cáncer pulmonar y obtención de muestras para estudio de enfermedades que afecten el mediastino.

**DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DERRAME PLEURAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL AÑO 2017. REGISTRO PROSPECTIVO**

*Cristóbal Espinosa Caviedes, Misael Antonio Carmona Droggett, Jorge Villablanca Saldias, Carlos Smith Gahona, Camila Carvajal Pozo, Francisca Isidora Jara Meza, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía.. Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile*

**Introducción:** El derrame pleural (DP) es frecuente en medicina, con 1 millón de casos anuales en Estados Unidos y 250 mil en Reino Unido. Sus principales causas son insuficiencia cardíaca, neumonía y neoplasia. En Chile, más de la mitad de los egresos hospitalarios por DP son en mayores de 65 años, pero existe poca información respecto a sus etiologías

**Objetivos:** Describir clínica y epidemiológicamente los pacientes con DP atendidos en el Hospital durante el año 2017

**Material y Método:** Trabajo descriptivo de los pacientes atendidos el año 2017 e ingresados al registro clínico prospectiva del Equipo de Cirugía de Tórax con diagnóstico de Derrame Pleural. Se incluyeron todos aquellos pacientes con ocupación pleural como diagnóstico principal o imagenológico, excluyendo los transudados, los de causa traumática, hemotórax, empiemas y abscesos, considerando para análisis edad, sexo, motivo de consulta, comorbilidades y etiología.

**Resultados:** El 2017 se atendieron 81 pacientes con ocupación pleural, de esos 41 fueron DP con criterios de inclusión, estos se analizaron. La mediana de edad fue 63 años (22-87), el 51% entre 58 y 76 años, 31 fueron hombres (76%). El principal motivo de consulta fue disnea, en 17 pacientes (42%), tos en 9 (22%) y dolor en 5 (12%). Las principales comorbilidades fueron tabaquismo, en 25 pacientes (61%), cardiovascular en 13 (32%), diabetes mellitus en 8 (20%), alcoholismo en 5 (12%) y EPOC en 4 (10%). La etiología más frecuente fue neoplasia, en 24 (59%), TBC en 4 (10%), infecciosa no TBC en 4 (10%) y reumatológica 1 (2%).

**Conclusiones:** En nuestro centro el DP es una patología frecuente, presentando típicamente disnea, tos y dolor. Afecta principalmente rango etario de 58 a 76 años, condicionándose con realidad nacional. Tiene mayor frecuencia en hombres y destaca como principal etiología la neoplasia. El tabaquismo está fuertemente presente, sin poder establecerse causalidad.

**QUISTES HIDATÍDICOS PULMONARES OPERADOS ENTRE 2005 Y 2017: UNA REVISIÓN DE LA**

## EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO.

*Pablo Meneses Rojo, Ramon Hermosilla Vasquez, Miriam Valeria Alzamora Ruiz, Matias Alfredo Azua Cortes, Marcos Rojas Guzman,*

*Hospital San Pablo (Coquimbo).*

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis producida por *Echinococcus Granulosus*, afectando principalmente a hígado (50-70%) y pulmón (20-40%). En Chile constituye un problema de salud pública, afectando en su mayoría a zonas rurales. La región de Coquimbo presenta una alta incidencia de la enfermedad, con 404 casos notificados y 201 confirmados entre los años 2010-2014.

**Objetivos:** Actualización del estado actual de la enfermedad en la población local y describir el manejo quirúrgico realizado en nuestro centro.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes operados de quiste hidatídico pulmonar en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre los años 2005 y 2017. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico de quiste hidatídico, excluyendo a los pacientes con quiste hidatídico en tránsito, pediátricos y/o con registro incompleto. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el uso de IBM SPSS Statistics, evaluando datos demográficos, presentación clínica, técnica quirúrgica, evolución postoperatoria y recidiva.

**Resultados:** Se evaluaron 118 pacientes, excluyendo a 23 sin registro y 21 pediátricos, con un total de 74 pacientes incluidos en la revisión. La edad promedio fue de 43 años, 64% hombres y 36% mujeres. El 80% proveniente de localidad rural. El 47% se presentó como quiste complicado, con el síntoma más prevalente tos y disnea (76% y 47% respectivamente). Un 24% de los paciente presentó vómito. El 95% se sometió a quiste periquistectomía y lobectomía en el 5% restante. 70% se asoció a capitonaje. La morbilidad fue de un 12%, con 3% de reintervención y complicaciones de manejo médico entre 1 y 5%.

**Conclusiones:** La hidatidosis sigue siendo una enfermedad prevalente en nuestro medio, de lo cual desprende que la educación a la comunidad continua siendo el pilar de la prevención. El manejo quirúrgico corresponde al standard de tratamiento y en nuestro centro presenta morbilidad en descenso respecto a series previas.

## RESECCIÓN DE TUMOR CARCINOIDE EN BRONQUIO

## INTERMEDIARIO. VIDEOTORACOSCOPIA MONOPORTAL

*Victor Andrés Matus Borquez, Cristian Gonzalez Collao, Jorge Avila Perez,*

*Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Servicio de Cirugía Equipo de Cirugía de Tórax. Universidad de Valparaíso*

**Introducción:** Mujer joven portadora de tumor carcinoide del bronquio intermedio que se resuelve por videotoracoscopia con abordaje uniportal

**Objetivos:** Dar a conocer la técnica de videotoracoscopia uniportal en la resolución de un caso que habitualmente es resuelto mediante técnica abierta

**Contenido del Video:** Imágenes del caso mostrando el abordaje y la técnica utilizada en la resección del tumor y la anastomosis entre bronquio fuente y bronquio intermedio.

## CARACTERÍSTICAS, ÍNDICES DE GRAVEDAD Y MORBIMORTALIDAD EN TRAUMATISMO TORÁCICO POR ARMA BLANCA VERSUS ARMA DE FUEGO

*Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Sebastián Barra Méndez, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Emilio Alarcón Cabrera,*

*Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile*

**Introducción:** El traumatismo torácico (TT) es responsable del 25-35% de las muertes por traumatismo. En nuestro medio, los TT por arma blanca (TTAB) son más frecuentes que los traumatismos torácicos por arma de fuego (TTAF).

**Objetivos:** Comparar las características, índices de gravedad del traumatismo (IGT) y morbilidad entre TTAB versus TTAF en pacientes hospitalizados con TT.

**Material y Método:** Estudio descriptivo trasversal. Se incluyeron todos los TT hospitalizados en el período enero-1981 a diciembre-2017, en Hospital Clínico Regional de Concepción ?Dr. Guillermo Grant

Benavente?. Revisión base de datos, protocolos prospectivos y fichas clínicas de TT. Se utilizó planilla Excel® y programa SPSS 24®, utilizándose pruebas chi-cuadrado y t de Student. Se calculó IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Total 4.133 TT: 2.286 (55,3%) TTAB y 184 (4,4%) TTAf. Mecanismo agresión 4.093 (99%) /173 (94%) respectivamente. El hallazgo torácico más frecuentes fue neumotórax en 1.474 (64,4%) / 83 (45%). Presentaron politraumatismo 125 (5,5%) / 4 (2,2%). Requirieron tratamiento invasivo 1.916 (83,8%) / 140 (76%), de éstos cirugía torácica en 536 (23,5%) / 63 (34,2%). IGT: ISS 10,9 / 16,8; RST 11,6 / 11,1 y TRISS 9,61/ 9,8. Presentaron morbilidad 318 (13,9%) / 40 (21,7%), con una mortalidad de 32 (1,4%) / 13 (7%). Todos con  $p < 0,05$ . No se observó diferencia significativa en edad ( $27,8 \pm 10,74$  /  $28,8 \pm 11,04$  años), sexo femenino 86 (3,7%) /15 (8,1%) y promedio de hospitalización ( $6,2 \pm 6,5$  /  $9,3 \pm 9,7$  días).

**Conclusiones:** En nuestro medio, el TTAB es más frecuente que el TTAf. Se observan diferencias clínicas significativas entre ambos grupos, si bien el TTAB es el que requiere mayor tratamiento invasivo, el TTAf es el que mas requiere cirugía torácica. Según Scores y morbilidad, el TTAf es más grave que el TTAB.

## COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRAUMATISMO TORÁCICO SEGÚN GRUPO ETARIO

*Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Matías Avalos Troncoso, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Emilio Alarcón Cabrera,*

*Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile*

**Introducción:** El traumatismo es la tercera causa de muerte en la población, primera en adolescentes y quinta en adulto mayor. El traumatismo torácico (TT) es responsable de un número importante de muertes por traumatismo.

**Objetivos:** Describir y comparar características clínicas, índices de gravedad del traumatismo (IGT) y

morbimortalidad en hospitalizados por TT según grupo etario.

**Material y Método:** Estudio analítico transversal. Se incluyó todos los hospitalizados por TT durante período enero-1981 a diciembre-2017, Hospital Regional de Concepción. Revisión base de datos, fichas, protocolos quirúrgicos y prospectivos de trauma. Se comparó características de TT en hospitalizados según grupo etario Organización Mundial de la Salud (adolescente: 10-19, adulto joven: 20-44, adulto maduro: 45-59 y adulto mayor: ?60 años). Se calculó IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). Se utilizó planilla Excel®, programa SPSS 24®, prueba chi-cuadrado y ANOVA. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Total 4.152 TT. Grupo etario 10-19: 600 (14,5%), 20-44: 2.462 (59,3%), 45-59: 576 (13,9%) y ?60: 514 (12,4%) pacientes. Se encontraron diferencias significativas por grupo en : sexo femenino 37 (6,2%)/ 170 (6,9%)/ 95 (16,5%)/ 163 (31,7%), politraumatismo 66 (11%)/ 387 (15,7%)/ 141 (24,5%)/ 96 (18,7%); traumatismo penetrante 498 (83%)/ 1.720 (69,9%)/ 149 (25,9%) 58 (11,3%), agente arma blanca 478 (79,7%)/ 1.639 (66,6%)/ 131 (22,7%)/ 42 (8,2%), objeto contundente 30 (5%)/ 229 (9,3%)/ 193 (33,5%)/ 282 (54,9%) y mecanismo agresión 510 (85%)/ 1.814 (73,7%)/ 169 (29,3%)/ 50 (9,7%). De las lesiones intratorácicas, neumotórax y hemotórax presentaron significación estadística. Respecto del tratamiento definitivo: cirugía, pleurotomía y médico exclusivo presentaron un  $p < 0,05$ . Al analizar los IGT hubo diferencias en los distintos grupos en TRISS:  $4,1 \pm 13,7$  /  $4,8 \pm 14,9$  /  $6,8 \pm 17,3$  /  $8,1 \pm 16,0$  respectivamente. La morbilidad y mortalidad también tuvieron  $p < 0,05$  entre los grupos.

**Conclusiones:** Existen diferencias significativas en las características clínicas, IGT y morbilidad del TT entre los distintos grupos etarios.

## HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA VERSUS NO COMPLICADA: CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTO Y MORBIMORTALIDAD

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

*Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción,*

Concepción, Chile. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile.

**Introducción:** La hidatidosis humana es una zoonosis prevalente en nuestro medio, causada principalmente por el parásito *Echinococcus granulosus*. Las complicaciones más frecuentes en el pulmón son la rotura del quiste y la infección. Existe escasa literatura que compare los quistes hidatídicos pulmonares (QHP) complicados versus los no complicados.

**Objetivos:** Describir y comparar características clínicas, tratamiento y morbimortalidad de los pacientes hospitalizados por quiste hidatídico pulmonar (QHP) complicado versus no complicado.

**Material y Método:** Estudio analítico transversal, realizado en el período de enero-1973 a diciembre-2017 en el Hospital Clínico Regional de Concepción ?Dr. Guillermo Grant Benavente?. Se realizó revisión de base de datos, protocolos quirúrgicos de QHP y fichas clínicas. Se describe y compara edad, sexo, sintomatología, ubicación, tratamiento, morbimortalidad y estadía postoperatoria. Se utilizó planilla Excel® para tabulación de datos y programa SPSS 24® para análisis estadístico, con función chi cuadrado y t de Student. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Total 364 episodios de QHP, fueron complicados 179 (49,2%) versus no complicados 185 (50,8%). Edad promedio de los pacientes  $36,4 \pm 18,9$  versus  $32,4 \pm 19,1$  años, sexo masculino 114 (63,7%) versus 107 (57,8%) respectivamente. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a sintomatología en: tos 147 (82,1%) versus 120 (64,9%), hemoptisis 93 (52,0%) versus 45 (24,3%) respectivamente. Así mismo, quiste hidatídico pulmonar derecho 115 (64,2%) versus 99 (53,5%), cirugía resectiva 139 (77,7%) versus 167 (90,3%), reoperación 22 (12,3%) versus 8 (4,3%), morbilidad 47 (26,3%) versus 30 (16,2%), mortalidad 6 (3,4%) versus 0 (0%), estadía hospitalaria postoperatoria  $16,1 \pm 14,3$  versus  $10,7 \pm 7,7$  días, todos con  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los QHP están complicados al momento de la cirugía. Los QHP complicados presentan diferencias estadísticamente significativas en su clínica, tratamiento, morbimortalidad y estadía hospitalaria postoperatoria. Es necesario diagnosticar y tratar a los QHP precozmente, antes de que se compliquen, para disminuir la morbimortalidad y estadía postoperatoria.

**SECUESTRO  
CARACTERIZACIÓN**

**PULMONAR:  
Y**

## TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS

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

Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile.

**Introducción:** El secuestro pulmonar (SP) es una malformación congénita caracterizada por tejido pulmonar con vascularización de una arteria sistémica anómala.

**Objetivos:** Describir características y tratamiento de pacientes adultos y pediátricos con secuestro pulmonar.

**Material y Método:** Revisión retrospectiva. Período: enero-1988 a abril-2018. Información de fichas clínicas y registros de anatomía patológica. Se describen edad, sexo, características clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento quirúrgico, evolución y hallazgos anatomopatológicos. Se utilizó Excel® y SPSS 24® con prueba U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Total 30 pacientes, 22 (73,3%) mujeres y 8 (26,7%) hombres. Edad promedio 27,8 años, rango: 0-68).

Adultos 20 (66,7%) y pediátricos (<15 años) 10 (33,3%) pacientes. La presentación clínica fue sintomatología pulmonar

en 22 (73,3%) casos y 7 (23,3%) eran asintomáticos. Dos (6,7%) presentaron otra malformación congénita, ambos pediátricos. La radiografía y tomografía axial computada presentaron imágenes inespecíficas. Diagnóstico preoperatorio en 14 (46,7%) pacientes. La ubicación más frecuente fue lóbulo inferior izquierdo en 16 (53,3%) pacientes. El tipo intralobar fue el más frecuente en 20 (66,7%) casos, siendo 16 de ellos pacientes adultos. En pediátricos predominó el extralobar en 6 pacientes. La cirugía más frecuente fue la lobectomía con identificación y ligadura del vaso sistémico. El vaso sistémico se originó en aorta torácica en 19 (63,3%) casos, infradiaphragmático (no precisado) en 3 (10%) casos, en aorta abdominal en 1 (3,3%) caso y en arterias coronarias en 1 (3,3%) caso. Vaso único en 25 (83,3%) y doble en 3 (10%) casos. No hubo mortalidad.

**Conclusiones:** Los SP son infrecuentes, se presentan generalmente en jóvenes como neumopatías a repetición, se distinguen diferencias en las características entre los pacientes adultos y pediátricos y

tienen excelente pronóstico postoperatorio.

## CARACTERIZACIÓN DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA Y SUS RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS

Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Sebastián Barra Méndez, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Emilio Alarcón Cabrera,

Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile

**Introducción:** La cirugía de revascularización miocárdica (CRM) es el mejor tratamiento para un amplio espectro de pacientes con enfermedad coronaria.

**Objetivos:** Describir características, resultados inmediatos y alejados de CRM aislada. Evaluar supervivencia según función ventricular.

**Material y Método:** Estudio analítico-relacional, revisión de protocolos quirúrgicos, fichas clínicas, seguimiento clínico y/o entrevista telefónica y en registro civil. Se incluyeron todos los pacientes tratados con CRM aislada entre enero-2006 y diciembre-2008 en Hospital Clínico Regional ?Dr. Guillermo Grant Benavente? Concepción. Se utilizó Excel® y SPSS 24® con prueba chi-cuadrado y Kaplan-Meier con log-rank. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Total 658 CC aislada, 516 (78,4%) hombres. Edad promedio 62 años. Lesión tronco común en 135 (20,5%), 555 (84,3%) hipertensos, 231 (35,1%) diabéticos. Angina estable en 430 (65,3%), infarto reciente (<90 días) en 211 (32,1%). Función ventricular izquierda normal en 460 (69,9%) y disfunción grave en 22 (3,3%). EuroSCORE aditivo con riesgo bajo en 248 (37,7%). Cirugía de urgencia 36 (5,5%). Uso de circulación extracorpórea en 466 (70,8%). Se realizaron en promedio 3,2 1,0 puentes coronarios. Se utilizó arteria mamaria en 640 (97,3%) y puentes venosos en 606 (92,1%). Resultados inmediatos: Accidente vascular encefálico (AVE) 15 (2,3%), infarto agudo al miocardio (IAM) 14 (2,1%), mediastinitis 7 (1,1%), reoperación por hemorragia 14 (2,1%). Requirieron transfusiones 143 (21,7%). Mortalidad global 13 (1,98%). Resultados alejados: Supervivencia global a 1, 3 y 5 años de 97,4%, 93,8% y 90,9% respectivamente. En pacientes con disfunción ventricular grave supervivencia 68,2%. Hubo

diferencias significativas en supervivencia según función ventricular ( $p=0,001$ ). Eventos clínicos a 5 años: 19,7%. Entre ellos AVE en 3,5%, IAM en 2,7% y reintervención en 2%. Recurrencia de angina en 6,8%.

**Conclusiones:** Se describe una serie heterogénea de pacientes. Los resultados inmediatos y alejados son comparables a las grandes series internacionales. La disfunción ventricular se asocia a peor supervivencia.

## HAMARTOMA PULMONAR: UNA CAUSA INFRECUENTE DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO

Francisca Isidora Jara Meza, Misael Antonio Carmona Droguett, Carlos Smith Gahona, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile

**Introducción:** El Neumotórax Espontáneo Secundario (NES) es la entrada de aire en forma no traumática a la cavidad pleural, principalmente debido a ruptura de bulas enfisematosas por tabaco, ocasionalmente a otros diagnósticos.

El hamartoma pulmonar es el tumor benigno más frecuente del pulmón, su presentación quística es infrecuente, y excepcionalmente causa de neumotórax. Presentamos el caso de un paciente joven con NES a Hamartoma Quístico pulmonar.

**Objetivos:** Reporte de un caso de Neumotórax Espontáneo de causa infrecuente y su tratamiento

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de sexo masculino, 19 años, sin antecedentes mórbidos, ingresa estable al servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios tras 3 meses de evolución de dolor pleurítico izquierdo y disnea. Radiografía de Tórax evidencia Neumotórax izquierdo con colapso pulmonar completo. Con diagnóstico de Neumotórax Espontáneo se instala drenaje pleural y se realiza Tomografía Computada de tórax que demuestra bula gigante en lóbulo superior izquierdo (LSI).

Videotoracoscopía, identificando y resecaando complejo buloso respetando la llingula. Se complementa con pleurodesis con talco y se envía a estudio histopatológico diferido. Evolución clínica satisfactoria, alta a las 48 horas post cirugía sin complicaciones.

El informe histopatológico señala lesión quística pulmonar con fibrosis e inflamación crónica, sugerente de hamartoma pulmonar quístico.

A 18 meses de seguimiento sin recidiva.

## LINGULECTOMÍA ANATÓMICA CON BRONCOPLASTÍA BRONQUIAL POR VATS

Jose Miguel Barrientos Verdugo, Sergio Moreno Merino, Marta Lopez Porras, Miguel Congregado Loscertales, Rafael Jimenez Merchan,

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Hospital Universitario "Virgen Macarena", Usach

**Introducción:** Las resecciones pulmonares segmentarias anatómicas mediante abordaje videotoracoscópico tienen un claro beneficio en términos de morbilidad y un potencial beneficio oncológico en caso de tumores en estadios iniciales. Los tumores neuroendócrinos de bajo grado logran controlarse mediante su resección con márgenes adecuados. Se presenta un video de una resección segmentaria de la llingula en paciente con un tumor carcinoide típico endobronquial localizado en la emergencia del bronquio lingular. Por su ubicación requiere de reconstrucción broncoplástica de la carina intersegmentaria.

**Objetivos:** Presentar técnica videotoracoscópica para resección anatómica de la llingula en paciente con tumor carcinoide típico de implantación proximal en bronquio para la llingula adyacente a la carina intersegmentaria, realizandose reparación broncoplástica de la misma.

**Contenido del Video:** Resumen del caso clínico. VATS: Mediante técnica videotoracoscópica biportal se identifican y disecan las estructuras vasculares para la llingula y así como su bronquio y se seccionan. Posteriormente se realiza broncotomía con bisturí frío a nivel de la carina interlobar, se reseca el la llingula y se procede a reparar con sutura manual el bronquio. Realización de prueba neumática que resulta satisfactoria. Instalación de parche hemostático-aerostático. Radiografía de control a los 60 días del postoperatorio.

## DESCRIPCIÓN DEL MANEJO DEL TRAUMA TORÁCICO CONTUSO (TTC) EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJD). REVISIÓN DE 1 AÑO.

Francisca Isidora Jara Meza, Carlos Smith Gahona, Daniel Alberto Hurtado Silva, Camila Carvajal Pozo, Jorge Villablanca Saldías, Jorge Eduardo Herrera Berrios, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile

**Introducción:** El trauma torácico corresponde al 10-15% de todos los traumatismos, 35% son contusos, principalmente por accidentes de tránsito y caídas, 10% requerirá cirugía.

En Chile, durante 2017, 15% de las atenciones en urgencia corresponden a trauma. En el HSJD 20%, sin mayores datos respecto a su manejo.

**Objetivos:** Describir pacientes con TTC y su manejo durante 1 año en el HSJD

**Material y Método:** Serie de casos basada en registros clínicos prospectivos de 900 pacientes adultos con diagnóstico de traumatismo hospitalizados en el HSJD durante Abril-2017 Julio-2018. Se analizan sólo pacientes con TTC. Se describen: sexo, edad, mecanismo lesional, lesiones identificadas, condición clínica al ingreso, manejo recibido, tiempo medio de drenaje y morbilidad a 30 días. Análisis estadístico con STATA.

**Resultados:** En este período se registraron 9.817 consultas por trauma, 900 fueron hospitalizados, 31 (3%) corresponden a TTC, 23 (74%) hombres, con mediana de edad de 47 años (21-85). Las causas fueron 18 (58%)

accidentes de tránsito, 8 (26%) caídas y 5 (16%) agresiones. Diagnóstico principal: 15 pacientes (48%) fracturas

costales, 13 (42%) neumotórax, 2 hemotórax y 1 lesión diafragmática. 74% presentó lesiones múltiples, 3 (10%) con shock hipovolémico secundario a lesiones extratorácicas, que requirieron cirugía de urgencia no torácica.

Grupo con drenaje: 20 (65%), 8 hemotórax y 12 neumotórax, la mediana de drenaje fue 4 días (1-14). 5 (25%) de ellos requirieron Osteosíntesis.

Grupo sin drenaje: 11 (35%), 1 neumotórax, 1 lesión diafragmática (Frenorrafia) y 9 fracturas costales (4 requirieron Osteosíntesis).

La morbilidad global fue 6,5% (2 pacientes): TEP y Derrame Pleural, ambos en el grupo manejo conservador. Sin mortalidad a 30 días. Mediana de seguimiento 9,4 meses.

**Conclusiones:** En nuestro centro, el TTC supera levemente la estadística nacional, principalmente en hombres, causados por accidentes de tránsito. Mayormente lesiones son múltiples de manejo quirúrgico inmediato. Fracturas costales fue la única causa de cirugía.

## EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON EMPIEMA PLEURAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJD)

*Carlos Smith Gahona, Francisca Isidora Jara Meza, Jorge Eduardo Herrera Berríos, Jorge Villablanca Saldías, Daniel Alberto Hurtado Silva, Cristóbal Espinosa Caviedes, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile*

**Introducción:** Empiema Pleural (EP) es la infección del espacio pleural. A pesar del desarrollo de su tratamiento presenta mortalidad entre 5-25%. Las principales causas son paraneumónico (60-70%), postoperatorio (25%) y postraumático (4%). Son alternativas de tratamiento Videotoracoscopia (VATS) y Toracotomía (TCT). En HSJD no existen registros con resultados de tratamiento.

**Objetivos:** Caracterizar pacientes diagnosticados con EP y describir resultados quirúrgicos a 30 días.

**Material y Método:** Serie de casos de pacientes con EP, atendidos en HSJD Enero-Diciembre 2017, excluyendo TBC. Variables analizadas: edad, sexo, comorbilidades, etiología, agente, presentación, tiempo de evolución, tratamiento, tiempo operatorio, días de drenaje, hospitalización, ventilación mecánica (VM) y morbimortalidad. Análisis descriptivo con STATA.

**Resultados:** 20 pacientes con EP, 90% hombres, edad 49 años (24-77). Comorbilidades: Tabaquismo (45%),

Alcoholismo (30%) e HTA (25%).

Mediana de evolución 23 días. Presentaron 75% fiebre y dolor; 10% shock séptico. Etiología: 85% Paraneumónico, 10% Postoperatorio y 5% por contigüidad. Germen aislado en 35%, predominando *Staphylococcus aureus*.

11 pacientes (55%) requirieron drenaje pleural, en 3 (15%) como manejo exclusivo. 17 (85%) requirieron cirugía, 58% VATS. La decisión del abordaje fue imagenológica.

Grupo VATS: tiempo operatorio 62 minutos (40-120), 12 días de drenaje y 13 días de hospitalización, 20% requirió VM. 1 (10%) morbilidad leve y 1 (10%) mortalidad.

Grupo TCT: Ninguno con drenaje previo, tiempo quirúrgico 130 minutos (85-220), 17 días de drenaje y 19 de hospitalización; 43% requirió VM. Morbilidad 4 (57%), severa 28%, 14% mortalidad.

Tiempo preoperatorio de pacientes complicados fue de 35 días (7-94). Mediana de seguimiento de 42 días.

**Conclusiones:** En nuestro grupo EP se presenta mayormente en hombres de edad media, etiología paraneumónica, con morbimortalidad elevada. La incidencia de *Staphylococcus* puede relacionarse al grado de alcoholismo.

Pleurostomía es poco efectiva como terapia exclusiva. VATS suele utilizarse en pacientes imagenológicamente menos complejos, resultando en menores tiempos postoperatorios y de VM. El retraso en el tratamiento influye negativamente en el resultado.

## ENDOMETRIOSIS PLEURAL, UNA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL MASIVO. REPORTE DE UN CASO

*Maria Constanza Neira Coulon, Carlos Alvarez Zepeda, Valentina Valenzuela Rebolledo, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Rodrigo Alonso Diaz Saavedra,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Equipo de Cirugía de Tórax*

*Servicio de Anatomía Patológica HBLT (Dr. Jorge Castillo Avendaño)*

*Unidad de Imagenología (Dra. Daniela Panussis Finaledi). Universidad de Chile Departamento de Cirugía Sur*

**Introducción:** La endometriosis es el desarrollo de tejido endometrial fuera del útero. En raras ocasiones, puede ser extra pélvica. El derrame pleural puede ser una de las manifestaciones de la endometriosis torácica (ET).

**Objetivos:** Presentar paciente con derrame pleural derecho masivo con ET; intervenida por videotoracoscopia (VTC) y terapia hormonal.

**Reporte del(los) Caso(s):** Haitiana de 38 años, nulípara. Historia de 2 meses de disnea progresiva. Radiografía de tórax muestra derrame pleural masivo derecho. TC TAP, destaca severo derrame pleural derecho y atelectasia ipsilateral; líquido libre abdominal y útero heterogéneo. Se realiza toracocentesis, drenándose 1600 cc hemático. Ecografía y RMN abdomen/pelvis informan endometrioma ovárico derecho. Se realiza VTC, observando múltiples nódulos pleurales rojo violáceos, evacuación del derrame, biopsia nódulo hemorrágico y pleurodesis con talco. Biopsia informa endometriosis pleural. Se inicia terapia hormonal, con respuesta favorable. La ET es infrecuente, habiéndose reportado solo 22 casos pleurales. La ET es de diagnóstico clínico, sospechar en mujeres en edad reproductiva con ocupación pleural, hemoptisis, entre otros; periódicamente, especialmente derecho. Se presenta frecuentemente como neumotórax catamenial y/o derrame hemorrágico. La prevención se puede conseguir con supresión hormonal y/o quirúrgica. La endometriosis pleural debe considerarse diagnóstico diferencial de derrames pleurales en mujeres fértiles. La

VTC es opción diagnóstica y terapéutica.

## EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS COMPLICACIONES SUBAGUDAS DE TRAUMA TORÁCICO EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJD)

*Jorge Villablanca Saldías, Camila Carvajal Pozo, Daniel Alberto Hurtado Silva, Cristóbal Espinosa Caviedes, Jorge Eduardo Herrera Berrios, Misael Antonio Carmona Droguett, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile*

**Introducción:** La necesidad de manejo quirúrgico en lesiones torácicas alcanza un 15-20%. La creciente experiencia en cirugía videoasistida (VATS), la ha convertido en una alternativa de tratamiento en pacientes hemodinámicamente estables con lesiones torácicas. Se ha descrito menor morbilidad postoperatorias, tiempos de drenaje más cortos y menor estadía hospitalaria.

**Objetivos:** Describir la experiencia en el manejo mediante VATS de complicaciones asociadas a trauma torácico en el HSJD y mostrar resultados a corto plazo.

**Material y Método:** Estudio descriptivo de pacientes intervenidos en HSJD, periodo Abril-Diciembre 2017 con diagnóstico de trauma torácico. Se utiliza el registro prospectivo del equipo de cirugía torácica para el análisis. Se describen datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes, así como los procedimientos quirúrgicos realizados. Se incluyeron en este estudio aquellos pacientes que cursaron durante su hospitalización con complicaciones de su cuadro traumático con requerimientos de manejo quirúrgico.

**Resultados:** Se hospitalizaron 69 pacientes a causa de traumatismo torácico excluyendo a quienes requirieron cirugía de urgencia, siendo 41 trauma penetrante (59%), 91% hombres, edad media de 35 años (16-85). En 9 pacientes se presentó una complicación que requirió cirugía: Hemotórax retenido en 8 (11,6%) y fuga aérea persistente en 1 (1,4%). El 100% de las complicaciones se resolvió por VATS. La mediana de la edad fue de 34 años (17-63). El tiempo de evolución antes de indicar la cirugía fue 6 días (2-16), con un tiempo de drenaje 4 (0-16). La estadía post cirugía fue de 4.3 días (1-7) con un tiempo de drenaje postquirúrgico de 3.9 días (3-7). No hubo morbilidad asociada en este grupo.

**Conclusiones:** En nuestra serie el 13% de los pacientes requirieron manejo quirúrgico, similar a lo presentado en la literatura. Hemotórax retenido se presenta como la complicación subaguda más frecuente asociada a trauma, y su resolución por VATS es segura y eficiente, sin morbilidad en esta serie.

## SD OPÉRCULO TORÁCICO: RESECCIÓN DE PRIMERA COSTILLA POR VIDEOTORACOSCOPIA

*JORGE ARMIJO HERRERA, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala, José Luis Calderón Andrés,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). EQUIPO DE CIRUGIA TORACICA. CLINICA REDSALUD SANTIAGO*

**Introducción:** Síndrome de Opérculo torácico es una patología de difícil diagnóstico y cuyos síntomas y signos están dados por la compresión de vasos subclavios y del plexo braquial.

Como alternativas de tratamiento se encuentran el conservador (programa de kinesioterapia) y la Cirugía de descompresión de estructuras neurovasculares que se realizan por vía Supraclavicular o por vía Transaxilar. Ambas requieren incisiones amplias, con secuelas estéticas y tiempos de recuperación post operatoria prolongados. En algunos centros existe experiencia en Cirugía Robótica.

**Objetivos:** Mostrar técnica de Videotoracoscopia como alternativa quirúrgica para pacientes con Síndrome de Opérculo Torácico, la cual no ha sido descrita previamente en el país. Es implementable y reproducible en diversos centros quirúrgicos que tengan acceso y experiencia en videotoracoscopia.

**Contenido del Video:** Video contiene la técnica videotoracoscópica realizada en Clínica RedSALud Santiago a paciente de 46 años, sexo femenino con más de un año de evolución de Sd Opérculo Torácico, sin respuesta a tratamiento conservador. La técnica se realiza por 3 puertos de Videotoracoscopia: Resección de Primera costilla, sección de escalenos anteriores y medios, con liberación completa de Arteria y vena subclavias, y del plexo braquial. No se presentaron complicaciones.

## NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. SERIE DE 64 PACIENTES TRATADOS POR VIDEOTORACOSCOPIA.

*Luis Felipe Contreras Ninoles, Raul Berrios Silva,*

Raimundo Santolaya Cohen, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Dominique Soledad Godoy Dagach, Karen Francisca Véliz Cofré, Nicolás Ignacio Berrios Caro,

*Clínica Alemana. Cirugía Tórax.*

**Introducción:** El neumotórax espontáneo puede clasificarse en primario y secundario. Su etiología se debe principalmente a la ruptura de blebs subpleurales. La presentación clásica es con disnea y dolor torácico. El diagnóstico debe confirmarse con radiografía o TAC de tórax. Los métodos de tratamiento incluyen desde observación a la toracotomía. El manejo conservador presenta una alta recurrencia 25 a 30 % en comparación al 1 a 5% del manejo quirúrgico

**Objetivos:** Estudiar las características demográficas de pacientes con neumotórax espontáneo primario, los tratamientos efectuados en nuestro centro y determinar tasas de recidiva y complicaciones operatorias y postoperatorias.

**Material y Método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas asociado a seguimiento telefónico de pacientes hospitalizados de forma consecutiva en Clínica Alemana de Santiago por neumotórax espontáneo primario entre los años 2007 y 2017, manejados por uno de los miembros del equipo. Estadística descriptiva. Se excluyeron pacientes que abandonaron controles y no pudieron ser contactados telefónicamente.

**Resultados:** Se estudiaron 64 pacientes. 46 pacientes fueron hombres. Edad promedio 25.7 años. IMC promedio 20.8 kg/m<sup>2</sup>. 57 de ellos correspondieron a primer episodio y 7 a segundo episodio. 8 pacientes fueron tratados inicialmente con pleurostomía. En la totalidad de los pacientes se realizó videotoracoscopia mas resección de bullas con Stappler lineal y pleurodesis. No se observaron complicaciones intraoperatorias. Complicaciones postoperatorias ocurrieron en 3 pacientes (2 pacientes presentaron fuga aérea persistente y 1 paciente neuritis intercostal persistente). Se observó recidiva en 1 paciente (1.6%).

**Conclusiones:** El neumotórax espontáneo afectó principalmente a hombres jóvenes con IMC normal o bajo. Se realizó tratamiento quirúrgico a través de videotoracoscopia con resección de bullas con Stappler y posterior pleurodesis en la totalidad de pacientes presentando una baja tasa de recidiva y complicaciones, concordante con series internacionales, por lo cual consideramos que el tratamiento quirúrgico debería ser considerado como el estándar en el manejo inicial actual de la patología.

## NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN PILOTOS Y TRIPULACIÓN AÉREA.

## ¿CONTRAINDICACIÓN PARA VOLAR?

Luis Felipe Contreras Ninoles, Raul Berrios Silva, Gerardo Mordojovich Ruiz, Gina Francesca Squella Bianchi,

*Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Cirugía Tórax..*

**Introducción:** El neumotórax espontáneo (NE) en pilotos y tripulación aérea, ha sido considerado una descalificación para volar. Con los avances recientes en el tratamiento quirúrgico orientado a disminuir la recurrencia luego de un episodio, este paradigma ha cambiado, sin embargo no hay reportes de seguimiento a largo plazo.

**Objetivos:** Aplicar un nuevo protocolo de tratamiento en pilotos aéreos o tripulación aérea que presentan NE o predisposición al mismo.

**Material y Método:** Estudio experimental. Se incluyeron pilotos y tripulación aérea atendidos en el Centro de Medicina Aeroespacial del Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile entre los años 2000 y 2017, que presentasen NE o bullas subpleurales (BS) en exámenes de imágenes, sin criterios de exclusión, los cuales fueron sometidos a un nuevo protocolo de tratamiento que consiste en resección de BS con Stappler Lineal mas pleurodesis a través de videotoracoscopia. Control con TAC de tórax al mes y simulación de vuelo en cámara hipobárica a los 3 meses, con regreso a sus actividades habituales de vuelo, en vuelo dual o con piloto de seguridad a los 6 meses, posteriormente control anual con radiografía de tórax.

**Resultados:** Se reclutaron 4 pacientes, 3 pilotos y 1 tripulante aéreo, de entre 30 y 55 años de edad. 2 pacientes presentaron NE primario y 2 pacientes BS en exámenes de imagen. Se sometieron al protocolo de manejo, manteniendo controles hasta la fecha sin presentar episodios de neumotórax o recidivas.

**Conclusiones:** El protocolo de tratamiento realizado en nuestro Hospital puede marcar un cambio en las directrices de manejo de pilotos y tripulantes aéreos con NE primario o BS, observándose que el tratamiento quirúrgico precoz con el seguimiento adecuado representa un método de tratamiento seguro y eficaz para la reincorporación de estos a sus planes de vuelo habituales.

## NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE PESQUISADA DESDE UN TUMOR PULMONAR.

*Patricio Olivares Pardo, Juan Andrés Pérez Novoa, Francisco Soto Morales, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Cirugía de tórax.*

**Introducción:** Las neoplasias endocrinas múltiples hacen referencia a un grupo de síndromes hereditarios que se manifiestan por múltiples anomalías endocrinas (neoplasias) en ocasiones malignas, involucrando 2 o más glándulas endocrinas en un paciente.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente joven, con neoplasia endocrina múltiple, pesquisada de manera inicial por un tumor pulmonar.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre de 26 años, sin antecedentes médicos, antecedentes familiares de padre con sarcoma lumbar. Por cuadros respiratorios infecciosos repetidos se realizó estudio de imagen que informa tumor endobronquial dependiente del bronquio lobar superior derecho, biopsia por fibrobroncoscopia informa tumor neuroendocrino de células pequeñas, se realiza PET Dotatate que muestra lesión descrita y otro nódulo en cola de páncreas hipermetabólico. SPECT/CT descarta tejido esplénico accesorio. Se realizó lobectomía superior derecha, biopsia informa carcinoma atípico ki67 5%. Pancreatectomía distal más esplenectomía laparoscópica, biopsia: tumor neuroendocrino bien diferenciado ki67 <3%. Se completa estudio diagnosticando además tumor hipofisiario e hiperparatiroidismo primario. Actualmente con buena evolución clínica, sin signos de recidiva, se encuentra completando estudio genético para neoplasia endocrina múltiple tipo 1.

## NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN EMBARAZADA DE PRE TÉRMINO.

*Patricio Olivares Pardo, Juan Andrés Pérez Novoa, Francisco Soto Morales, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Cirugía de tórax.*

**Introducción:** El neumotórax espontáneo es infrecuente durante la gestación, con pocos casos reportados en la literatura. Debe excluirse en toda gestante que se presente con dolor torácico y disnea; de confirmación radiológica, su tratamiento es el mismo que en mujeres no embarazadas, siendo el pronóstico bueno siempre que se realice un diagnóstico y tratamiento adecuados.

**Objetivos:** Presentar el caso de un neumotórax espontáneo en una paciente embarazada de pretérmino,

resuelto por videotoracoscopía, con buena evolución.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 28 años, primer embarazo, de 34 semanas. Consultó por cuadro de 1 día de evolución caracterizado por disnea súbita. En radiografía de tórax se diagnostica neumotórax espontáneo derecho secundario a bula gigante. Se instaló Pleurostomía, al 8vo día sin resolución de neumotórax, por lo que se decide resolución quirúrgica. Maduración pulmonar con betametasona IM. Se realizó bulectomía más pleurodesis abrasiva por videotoracoscopía con monitorización cardiofetal intraoperatoria, sin incidentes. Evoluciona favorablemente, dada de alta al 3er día post operatorio, tiene parto vaginal a las 40 más 1 semanas, sin complicaciones. Biopsia: bula subpleural, sin atipia. Actualmente clínicamente bien, sin recidiva del cuadro.

## SECUESTRO PULMONAR. SERIE DE CASOS 10 AÑOS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

*Carlos Patricio Ayala Pardo, Hugo Andres Gonzalez Ericas, edmundo julio cesar ziede rojas, JOSE MIGUEL BARRIENTOS VERDUGO, GUILLERMO CACCIUTTOLO PERALTA,*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía Torácica. Universidad Austral Universidad Andrés Bello*

**Introducción:** Secuestro pulmonar corresponde a una malformación congénita poco frecuente caracterizada por la presencia de parénquima pulmonar sin comunicación al árbol traqueobronquial, irrigado por una arteria aberrante. El 75% es intralobar, compartiendo pleura visceral con el parénquima pulmonar normal. Su tratamiento de elección es resección quirúrgica.

**Objetivos:** Reportar una serie de casos retrospectiva de la totalidad de pacientes intervenidos por secuestro pulmonar en Instituto Nacional del Tórax, periodo enero 2007- diciembre 2017.

**Reporte del(los) Caso(s):** Se intervinieron 10 pacientes; 6 mujeres, 4 hombres. Rango de edad 15-71 años. Antecedentes clínicos: Infección respiratoria recurrente 5 pacientes, hemoptisis 1, neumotórax recurrente 1, hallazgo imagenológico 3. Secuestro intralobar 7 pacientes, extralobar 3. Relación con lóbulo inferior izquierdo 8, lóbulo inferior derecho 2. Irrigación aórtica 7 pacientes, intercostal 1, pulmonar 1, no precisada 1. Resolución vía toracotomía posterolateral 9 pacientes, videotoracoscopía 1. Evolución favorable, sin complicaciones en controles post operatorios.

Comentarios

Las características de nuestros pacientes son similares a lo reportado en la literatura, siendo la toracotomía posterolateral un procedimiento efectivo en nuestra serie.

## **MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN CAVITACIÓN PULMONAR, REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Raul Berrios Silva, Dominique Soledad Godoy Dagach, Raimundo Santolaya Cohen, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Manfred Zink Rocuat,*

*Clínica Alemana. Equipo de Cirugía de Torax. Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad Del Desarrollo*

**Introducción:** Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son comunicaciones anormales entre arterias y venas, sin componente capilar. Son infrecuentes, con una incidencia de 2 a 3 casos por cada 100.000 habitantes. El 65 a 70 % de los casos tienen antecedentes de telangiectasia hemorrágica hereditaria, y algunos de ellos tienen indicación quirúrgica.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de MAVP en una cavitación pulmonar resuelto por cirugía mínimamente invasiva y revisión de la literatura.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 61 años, con antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada hace 25 años, no tabáquica. Consultó por un mes de tos productiva con hemoptisis, sin otros síntomas sistémicos. La tomografía de tórax evidenció una lesión cavitada en lóbulo superior derecho, con aspecto sugerente de MAVP. Se realizó resección segmentaria atípica por videotoracoscopia asistida (VATS), la biopsia diferida informó una lesión de 2,8 cm de diámetro, la microscopía describe una lesión vascular con múltiples lúmenes con diagnóstico de malformación arteriovenosa pulmonar cavitada.

Las MAVP pequeñas, bien delimitadas, de difícil acceso, únicas y periféricas son candidatas a resección quirúrgica. Actualmente, existen escasos reportes de MAVP en cavitación pulmonar resueltos por VATS en la literatura internacional y sin reportes nacionales.

## **LEIOMIOMA ESOFÁGICO DE TERCIO SUPERIOR: ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO.**

*Raul Berrios Silva, JORGE LAVANDEROS FERNANDEZ, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Raimundo Santolaya Cohen, Manfred Zink Rocuat,*

*Clínica Alemana. Equipo de Cirugía de Tórax. Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad Del Desarrollo*

**Introducción:** El Leiomioma es el tumor benigno más común del esófago, su ubicación más frecuente es el tercio medio-inferior, se origina en la capa muscular propia. Inicialmente se consideraban como parte de los GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor), pero la inmunohistoquímica concluyó que son entidades histopatológicas distintas. El Leiomioma es de crecimiento lento pudiendo dar disfagia y dolor. El tratamiento de elección es quirúrgico en tumores sintomáticos, mayores a 5 cm, ulceración de la mucosa y/o para establecer el diagnóstico histológico definitivo.

**Objetivos:** Mostrar el manejo mínimamente invasivo de un tumor esofágico de baja frecuencia.

**Contenido del Video:** Mujer, 35 años con dorsalgia. Estudio con Resonancia Nuclear Magnética de columna evidencia lesión mediastínica sólida posterior de 5,2 cm. Estudio con Tomografía confirma lesión de mediastino en tercio superior del esófago torácico izquierdo. Endoscopia y endosonografía esofágica confirman lesión subepitelial que pudiese corresponder a un Leiomioma. Se realiza una enucleación extramucosa por videotoracoscopia derecha, sin incidentes. El Leiomioma esofágico es un tumor benigno que se puede abordar de forma mínimamente invasiva con buenos resultados, bajo riesgo y alta precoz.

## **ROL DEL COMITÉ ONCOLÓGICO TORÁCICO EN PATOLOGÍAS DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA: EXPERIENCIA EN CLÍNICA ALEMANA**

*Raul Berrios Silva, Juan Carlos Aguayo Romero, Raimundo Santolaya Cohen, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Fernanda Jara Jorquera, Sofía Coria Traipe, Paula Pastor Silva, Constanza Orellana Ramirez,*

*Clínica Alemana. Equipo de Cirugía de Tórax. Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo*

**Introducción:** Los Comités Oncológicos (CO) de patología broncopulmonar y torácica son entendidos como el eje central de un modelo de atención multidisciplinaria del paciente con nódulos, masas y/o cáncer pulmonar, tumores de pared torácica, mediastínicos, pleurales o lesiones potencialmente malignas. Se intenta durante las sesiones que las recomendaciones dadas por el comité se alcancen por consenso y sean vinculantes. En nuestro centro, previo a la implementación del CO, no disponíamos de registros formales de las conductas oncológicas sugeridas.

**Objetivos:** Reportar la experiencia del CO torácico en Clínica Alemana de Santiago de los pacientes presentados y propuestos para resolución quirúrgica de su patología.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisan y analizan datos de atención ambulatoria, imágenes, protocolo operatorio, anatomía patológica y epicrisis de pacientes presentados a CO Torácico y operados entre Enero 2016 a Junio 2018, en Clínica Alemana de Santiago. Estadística descriptiva y analítica de los datos presentados.

**Resultados:** En el período señalado se presentaron 926 casos, de los cuales 237 se propusieron a cirugía, 137 mujeres (57.8%) y 100 hombres (42.2%), rango edad 13-86 años. En estos se realizó la cirugía propuesta en el 80.6% (n: 191). Las indicaciones quirúrgicas fueron por nódulos y masas pulmonares en 197 casos (83.2%), tumores mediastínicos en 23 (9.7%), tumores de pared torácica 11 (4.6%), adenopatías 5 (2.1%) y una lesión pleural (0.4%). Los casos de nódulos y/o masas pulmonares resultaron en su mayoría malignos ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** Del total de pacientes presentados un 25,6% tuvo indicación quirúrgica, existiendo un porcentaje de pacientes que no se operó en la institución. El CO multidisciplinario garantiza la toma de decisiones consensuadas y coordinación entre los equipos, además del registro detallado de los pacientes presentados y el análisis del cumplimiento de la resolución propuesta.

## **SOBREVIDA MESOTELIOMA PLEURAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 12 CASOS EN ÁREA NORTE DE SANTIAGO**

*Guillermo Martínez Salinas, Jean Pierre Pichon Moya, Sebastian Oksenberg Sharim, Matías Fica Flores, Jaime Gonzalo Fernández Ruiz, Eduardo Rivera Paris, Ximena Rodríguez Marinovic, Tania Alfaro Morgado,*

*Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Departamento de Cirugía de Tórax, Complejo Hospitalario San José.*

*Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.*

*Unidad anatomía patológica Complejo Hospitalario San José, Santiago. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía, Universidad de Chile. Santiago*

*Departamento de epidemiología del Instituto de Salud Poblacional, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.*

**Introducción:** Mesotelioma pleural es un tumor maligno de alta letalidad. En Chile hay pocos estudios y se desconocen datos epidemiológicos. Se ha reportado que el tratamiento quirúrgico-agresivo asociado a radio/quimioterapia podría mejorar la sobrevida. En Chile existen pocos centros donde se realice esta práctica y no existen datos de sobrevida ni resultados publicados.

**Objetivos:** Mostrar la sobrevida de un grupo de pacientes con MP en un centro en que no se ha utilizado manejo agresivo

**Material y Método:** Estudio cohorte retrospectivo. Información mediante análisis de fichas. Incluimos pacientes con diagnóstico histopatológico de MP por biopsia entre año 2002-2018. Se excluyeron pacientes con datos incompletos y/o biopsia de otra estirpe celular. consignamos 12 pacientes a través de muestreo aleatorio simple. Registramos datos demográficos y clínicos. Variables estudiadas fueron edad, sexo, presencia de metástasis al diagnóstico, estado de rendimiento (ECOG), sobrevida, tipo de tratamiento y datos de mortalidad obtenidos del registro Civil. La estimación de sobrevida se realizó mediante el método de Kaplan Meier a los 12 y 18 meses y los resultados se ajustaron mediante regresión de Weibull. Para este análisis se utilizó el programa STATA.

**Resultados:** Sexo masculino (67%). Edad de presentación promedio 62 años (R: 44-73). 5 pacientes (42%) presentaron metástasis al diagnóstico histológico. 7 pacientes (57%) al diagnóstico presentaron un ECOG 1, 5 pacientes (43%) presentaron un ECOG 2. Del total ninguno fue sometido a cirugía agresiva (neumonectomía extrapleural o pleurectomía/decorticación). Sobrevida estimada en nuestra serie mediante curva de Kaplan-Meier sería un 51% (IC 16-79%) a 12 meses y 13% (IC 0.01% - 43%) a 18 meses. La sobrevida teórica mediante regresión de Weibull sería un 40% a 12 meses, 13% a 18 meses y 0% a 40 meses.

**Conclusiones:** Observamos sobrevida estimada para MP inferior a lo descrito en la literatura. En nuestra serie no se utilizó tratamiento quirúrgico-resectivo, por lo que podría ser relevante comparar este resultado con centros donde se realice manejo agresivo, para evaluar si este último tratamiento puede ayudar a mejorar estos resultados.

## **SOBREVIDA DE CÁNCER PULMONAR ETAPA I EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO, SEGUIMIENTO HASTA 3 AÑOS**

*Raul Berrios Silva, Sebastian Sepulveda Palamara,*

*Raimundo Santolaya Cohen, Gina Francesca Squella Bianchi, Juan Carlos Aguayo Romero, Fernanda Jara Jorquera, Dominique Soledad Godoy Dagach, Felipe Saralegui Reus,*

*Clínica Alemana. Equipo de Cirugía de Tórax. Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo*

**Introducción:** El Cáncer Pulmonar es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. El diagnóstico oportuno y la cirugía en etapas tempranas permite tener una mejor sobrevida. La sospecha y la instauración de programas de pesquisa precoz de cáncer pulmonar en pacientes de riesgo, es fundamental para obtener mejores resultados. Por otro lado, la sobrevida en etapas precoces permite evaluar la calidad de los equipos quirúrgicos oncológicos.

**Objetivos:** Describir la sobrevida hasta 3 años en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón no células pequeñas (CPCNP) en Etapa I en Clínica Alemana de Santiago.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con diagnóstico de CPCNP Etapa I, tratados por el Equipo de Cirugía de Tórax de Clínica Alemana entre enero del 2015 y enero del 2018 presentados y registrados en el comité oncológico. Análisis estadístico simple de edad, género, estadio anatomopatológico, localización y sobrevida hasta 3 años.

**Resultados:** Durante este periodo se operaron 102 pacientes en Etapa I (n=20 Tis, n= 65 Etapa Ia y n= 17 Ib), del total de pacientes 23 completan 3 años de seguimiento, 14 mujeres y 9 hombres, edad promedio 67 años, del total 81% fueron Resecciones Segmentarias atípicas y 19% Lobectomías, sin existir diferencias en sobrevida entre ambas técnicas. La mayoría de las lesiones (34.4%) se ubicaron en Lóbulo Superior Derecho y el tipo histológico principal fue adenocarcinoma ( 87.2%). En el periodo de seguimiento (mínimo 7 meses, máximo 3 años) no se registró mortalidad en nuestra serie.

**Conclusiones:** El Cáncer pulmonar es una patología prevalente en nuestro medio, siendo el Adenocarcinoma el mas frecuente, la pesquisa en etapas tempranas es fundamental para el pronóstico oncológico. La sobrevida de esta serie es similar que la reportada en la literatura a 3 años, pareciera no existir diferencias en la técnica de resección,

## OSTEOMIELITIS ESTERNAL POR TUBERCULOSIS.

*Matias Pruzzo Garate, Fernando Olguín Herrera, Jaime Gonzalo Fernandez Ruiz, Claudia Alborno Garrido,*

*JORGE LAVANDEROS FERNANDEZ,*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Torax. Universidad de Chile*

**Introducción:** La tuberculosis representa una patología infecciosa que ha cobrado importancia en el último tiempo debido al aumento significativo de casos en nuestro país. El sitio más afectado es el parénquima pulmonar; sin embargo, se puede presentar compromiso de otros órganos de manera infrecuente (menos del 20%). El compromiso de la pared torácica por tuberculosis es extremadamente raro, representando cerca del 3% de todas las afecciones óseas tuberculosas. En la literatura existen pocos casos reportados de manera anecdótica y con manejos terapéuticos variados.

**Objetivos:** Reportar un caso de osteomielitis esternal por tuberculosis, su manejo y seguimiento.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, presenta aumento de volumen esternal de 6 meses de evolución, que 3 meses despues drena contenido purulento espontáneamente. Evaluado con TAC de tórax, evidencia lesión osteolítica esternal. Se realizó aseo quirúrgico con cultivo positivo para Staphylococcus Aureus y biopsia con presencia de granulomas necrotizantes. Se confirma tuberculosis con PCR. Se inicia tratamiento antituberculoso y se mantiene con aseos quirúrgicos seriados y VAC . Se realiza cobertura con colgajo musculocutaneo de recto abdominal una vez que los cultivos resultaron negativos. Buena evolución postoperatoria y alta al quinto día.

## BULAS GIGANTES PULMONARES MÚLTIPLES QUE IMITAN UN NEUMOTÓRAX EN PACIENTE EPOC. REPORTE DE UN CASO CON MANEJO QUIRÚRGICO.

*Roberto Hernan Carrasco Arancibia, Alejandro Javier Vásquez Vargas, edmundo julio cesar ziede rojas, Jorge Levin Portales,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Cirugía. Universidad Austral de Chile*

**Introducción:** La ruptura de bulas es la principal causa (50 ? 70%) de neumotórax espontáneo secundario en pacientes EPOC. Bula gigante es aquella que ocupa más de 2/3 del campo pulmonar. Su manejo quirúrgico es difícil por las comorbilidades asociadas.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con neumotórax espontáneo secundario a bulas, pero que la

presencia contralateral de bulas gigantes pueden hacer sospechar un neumotórax bilateral.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 56 años, fumador, consulta el 06/03/18 al SU por cuadro súbito de disnea, taquipnea, saturando 64%. Examen físico: disminución del murmullo pulmonar bilateral, radiografía de tórax: Neumotórax derecho y trama pulmonar ausente en hemitórax izquierdo.

Se instala pleurostomía derecha, dando salida de aire a tensión y aliviando los síntomas.

TC de tórax: Bulas bilaterales, una que ocupa 2/3 hemitórax izquierdo. Se interpretó como neumotórax izquierdo y se instaló pleurostomía izquierda. Evoluciona con neumotórax controlado a derecha y fistula broncopleurales izquierda.

Ingresa a pabellón 14/03/18: Segmentectomía atípica del lóbulo superior izquierdo por toracotomía. Primer día postoperatorio evoluciona con enfisema subcutáneo, en imágenes se observa neumotórax derecho, por lo que se instala segunda pleurostomía derecha.

Reingresa a pabellón el 16/03/18: Se observa lóbulo superior derecho con innumerables bulas, se realiza lobectomía pulmonar superior derecha, evolucionando favorablemente.

## SEGMENTECTOMÍA ANATÓMICA DEL SEGMENTO 1 DERECHO POR VATS UNIORTAL

*Gerardo Mordojovich Ruiz, Dominique Soledad Godoy Dagach, Javiera San Martín Hernández, RAFAEL PRATS MANGANELLY,*

*Clínica Tabancura. Cirugía de Tórax. Clínica INDISA Hospital Clínico FACH Universidad de Valparaíso*

**Introducción:** En 2004, Rocco reportó la primera serie de 15 pacientes sometidos a resecciones en cuña mediante cirugía videotoracoscópica (VATS) uniportal.

Esta técnica consiste en realizar una incisión de 0,5 hasta 2,5 cm, para introducir simultáneamente los instrumentos de disección, paralelos al videotoracoscopio.

Dentro de las ventajas, se ha reportado menor dolor, parestesias, sangrado, y mejores resultados cosméticos. La mayoría de los autores, han informado que la VATS uniportal no aumenta las tasas de complicaciones y muerte.

Si bien esta técnica está indicada en resecciones poco laboriosas, como biopsias pulmonares o resecciones en cuña, recientemente se han reportado casos de lobectomías o pneumonectomías exitosas.

**Objetivos:** Presentar y discutir caso de segmentectomía

de segmento 1 derecho utilizando técnica de VATS uniportal.

**Contenido del Video:** Hombre, 81 años, con antecedente de operación de Whipple por adenocarcinoma de ampolla de Vater. Durante seguimiento a los 18 meses, se detectó elevación de Ca 19-9. Se realizó PET ? CT que detectó nódulo pulmonar mixto de 2 cm, espiculado, en lóbulo superior derecho, sugerente de primario pulmonar. Imágenes previas al momento de la cirugía, evidenciaron presencia del mismo nódulo de 5 mm. Se realizó segmentectomía anatómica del segmento S1 del lóbulo superior derecho con VATS uniportal. Biopsia rápida confirmó adenocarcinoma.

## SEGMENTECTOMÍA ANATÓMICA EN CIRUGÍA TORÁCICA. EXPERIENCIA EN ENFERMEDADES PULMONARES BENIGNAS Y MALIGNAS.

*Valeria Abiuso Baesler, Nicole Cuneo Barbosa, Jose Miguel Clavero Ribes, Benjamin Ortiz Fuentes, Ramon Gonzalo Cardemil Herrera, Jaime Gonzalo Fernandez Ruiz, Jorge Salguero Aparicio,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo Cirugía de Tórax.*

**Introducción:** La segmentectomía anatómica pulmonar es actualmente considerada un procedimiento complejo, ya sea mediante abordaje abierto o aún mas mediante técnicas mini-invasivas como Videotoracoscopía.

**Objetivos:** Describir la experiencia y resultados de las segmentectomías anatómicas realizadas en los últimos 10 años en nuestro centro, tanto por Toracotomía como por Videotoracoscopía.

**Material y Método:** Un total de 29 pacientes sometidos a segmentectomía anatómica pulmonar entre abril de 2007 y diciembre de 2017 fueron analizados. Los datos se estudiaron de manera retrospectiva, incluyendo pacientes con enfermedad maligna y benigna. Se consideraron variables demográficas y variables clínicas de diagnóstico, vía de abordaje, estadía hospitalaria, días de pleurostomía, localizaciones, complicaciones y mortalidad. Para el análisis de sobrevida se utilizó el estimador de Kaplan-Meier.

**Resultados:** De los 29 procedimientos, 14 (48,2%) fueron por toracotomía, 9 (34,4%) por VATS clásica y 5 (17,2%) por VATS uniportal. La localización más frecuente fue el lado derecho con 17 (58,6%) intervenciones. Hubo 15 casos de lesiones benignas (51,7%) y 14 lesiones malignas (48,2%), siendo el más frecuente el adenocarcinoma (27,5%). El tiempo

operatorio promedio fue de 129.9 /- 43.9 min, la estadía hospitalaria de 6.5 /- 3.5 días y los días de pleurostomía de 4.3 /- 1.7 días. Presentamos una tasa de complicación del 17,2%, todas Clavien ? Dindo I. No hubo mortalidad a 30 días. La sobrevida promedio fue de 119 meses, siendo de 90.9 meses en el caso de pacientes con patología maligna.

**Conclusiones:** La segmentectomía es considerada actualmente un procedimiento técnicamente complejo. Impresiona tener grandes ventajas en pacientes seleccionados con enfermedad maligna, y en aquellos con función pulmonar disminuida o no candidatos a resecciones mayores. En manos experimentadas, estos procedimientos pueden ser realizados por técnicas mini invasivas logrando óptimos resultados.

## SARCOMAS PRIMARIOS INTRATORACICOS

*Paulo Pereira Barrera, VIRGINIA LINACRE SANDOVAL, Javier Vega Salas, Fernando Olguín Herrera, Cristina Fernandez Ferradas, Jacqueline Lopez Riveros, RAFAEL PRATS MANGANALLY, Patricio Rodríguez Duque,*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Tórax.*

**Introducción:** Los sarcomas primarios intratorácicos son una forma inhabitual de presentación de sarcomas de tejidos blandos, con pobre pronóstico y sin guías establecidas de manejo. Sin embargo, se ha establecido que la cirugía es el tratamiento de elección, pudiendo la radioterapia ser efectiva como adyuvancia.

**Objetivos:** Revisar las características clínico patológicas, y tratamiento de elección de pacientes tratados en el Instituto Nacional del Torax en un período de 5 años con el diagnóstico de sarcomas primarios intratoracicos.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados con sarcomas primarios intratoracicos entre Enero de 2013 y Diciembre de 2017, identificado características demográficas del paciente y específicas del tumor (localización, tamaño, subtipo y grado histológico, etapa de presentación), tratamiento y tipo de resección en caso de cirugía (R0, R1, R2).

**Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes, con edades que fluctuaron entre los 21 y 79 años (promedio 56,3), 16 de ellas mujeres. El sitio de origen más frecuente fue en pulmón en 15 casos. El tamaño promedio fue de 9,6 cm (rango 2-22 cm), el subtipo histológico más frecuentes fue el sarcoma sinovial en 5 pacientes y en 14 casos fueron tumores de alto grado. En cuanto al tratamiento, se realizó cirugía con intención curativa en

10 pacientes, en 5 de ellos logrando resección completa R0 y en 5 R1; siete pacientes fueron tratados con intención paliativa (5 de ellos radioterapia). Los restantes 9 pacientes fueron tratados por la unidad de cuidados paliativos y alivio del dolor.

**Conclusiones:** La cirugía es el pilar principal en el tratamiento de los sarcomas primarios intratorácicos siempre que la resección sea posible. Debido a la amplia variedad de subtipos histológicos y de presentaciones de estos tumores, es necesario que el manejo sea realizado por un equipo multidisciplinario, con el fin de ofrecer el mejor tratamiento posible en cada caso.

## USO DE FIBRINOLITICOS COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA EN EMPIEMA PLEURAL.

*Paulo Pereira Barrera, VIRGINIA LINACRE SANDOVAL, Gabriela Campos Klesse, Fernando Olguín Herrera, Javier Vega Salas, RAFAEL PRATS MANGANALLY, Jacqueline Lopez Riveros, Patricio Rodríguez Duque,*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Torax.*

**Introducción:** Los pacientes con derrames pleurales complicados y/o empiemas loculados con drenajes insuficientes son problemas clínicos frecuentes. La terapia fibrinolítica intrapleural ha sido utilizada con resultados variables, aunque su uso se mantiene en general de forma empírica.

**Objetivos:** Mostrar la primera serie nacional de pacientes con empiema pleural en que se uso fibrinólisis como adyuvancia al tratamiento convencional.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes con empiema pleural, incluyendo aquellos en que se indico fibrinólisis complementaria entre Enero y Diciembre de 2017, identificando características demográficas y el tratamiento quirúrgico efectuado, así como las indicaciones de uso y complicaciones de la estreptoquinasa.

**Resultados:** Hubo 47 empiemas pleurales, clases 5 a 7 según Clasificación de Light, a los cuales 11 se indico fibrinólisis, con edades entre 36 y 79 años (promedio 53,6), todos hombres y 6 de ellos a izquierda. Todos recibieron tratamiento antibiótico de amplio espectro, con promedio de 46,4 días (rango 11-120) desde el inicio del cuadro hasta la cirugía, que fue pleurostomía en 3 casos, videotoracosocopia en 2 y toracotomía en 6, con 4 retoracotomías. La indicación de fibrinólisis fue en 5 casos colección residual, 3 empiemas tabicados y 3 colecciones residuales asociadas a fiebre, con 1 o 2 drenajes adyacentes a la colección residual. En

promedio se administro a los 17,6 días postoperatorio (rango 4-37 días), sin reoperaciones posterior a la fibrinolisis y sin mortalidad asociada al tratamiento del empiema pleural. Se observo una sola complicación (sangrado local) tras la administración de la primera dosis lo que determino la suspensión del tratamiento. En promedio la hospitalización fue de 49,7 días (rango 13-111 días).

**Conclusiones:** La fibrinolisis como adyuvancia en el tratamiento del empiema puede ser una herramienta complementaria efectiva y segura, aunque todavía es necesaria más evidencia que establezca sus indicaciones, dosis, frecuencias y longitud de tratamiento.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ARTRITIS ESTERNOCLAVICULAR. A PROPÓSITO DE 5 CASOS. SÉPTICA

*Ricardo Cáceres Villar, Carlos Alvarez Zepeda, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Valentina Valenzuela Rebolledo, Carlos Felipe Andres Ormeño Muñoz, Magdalena de las Mercedes Reyes Ferrada,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio de Cirugía Equipo de Cirugía de Tórax. Universidad de Chile  
Departamento de Cirugía Sur Universidad de Santiago de Chile Campus HBLT*

**Introducción:** La artritis séptica esternoclavicular (ASEC) es infrecuente, habitualmente afecta a diabéticos y drogadictos intravenosos, entre otros. Estas infecciones, aunque articulares, requieren habitualmente manejo por cirujanos de tórax.

**Objetivos:** Presentar los pacientes con ASEC operados en el equipo de Cirugía Torácica del HBLT entre enero del 2012 y enero del 2018. Además de realizar una revisión actualizada del tema.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se usaron los registros de pacientes operados por el Equipo de Cirugía de Tórax del HBLT cuyo diagnóstico de egreso fue ASEC entre enero de 2012 y enero de 2018.

**Resultados:** Cinco casos, la edad promedio 52 años. El factor asociado más frecuente fue DM2IR. Dos pacientes eran usuarios de inmunosupresores. El dolor y signos locales inflamatorios fue la presentación clínica más frecuente. En todos se realizó TC. En los 5 pacientes se realizó aseo quirúrgico y resección de la articulación esternoclavicular con cierre secundario. Los gérmenes más aislados fueron S. Aureus y Streptococcus

Agalactiae. El promedio de días de antibióticos fue de 50,8 días y la estadía hospitalaria 73,6. No hubo mortalidad y al seguimiento están todos vivos.

**Conclusiones:** La cirugía de la ASEC es demandante en recurso y su resultado optimo requiere un equipo multidisciplinario. Es necesario trabajos con con un mayor numero de pacientes para evaluar la mejor opción terapeutica

## EMPIEMA NECESSITATIS EN PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ? MANEJO CONSERVADOR. REPORTE DE CASO.

*Paulina Lobos Larenas, Jessica Alejandra Rosas Saavedra, Cristina Sepulveda Concha, Eduardo Rivera Paris, Jaime Gonzalo Fernandez Ruiz,*

*Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio Cirugía. Universidad de Santiago de Chile*

**Introducción:** Empiema Necessitatis (EN) es una patología infrecuente, cursando con sepsis grave. La base del tratamiento es aseo quirúrgico agresivo, logrando expansión pulmonar. Se presenta caso de manejo conservador en paciente fuera de alcance quirúrgico logrando recuperación completa

**Objetivos:** Mostrar que el manejo conservador puede ser exitoso en EN en pacientes seleccionados.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre 24 años con parálisis cerebral, desnutrición calórico-proteica severa, postrado. Se hospitaliza por neumonía grave. Ingres a febril, taquicárdico, taquipneico, saturando 91% leucocitosis 18.500/mm<sup>3</sup>, proteína C reactiva: 101mg/dl. Radiografía de Tórax: condensación lóbulo inferior derecho asociado a derrame pleural. En día 20 de hospitalización presenta aumento de volumen torácico eritematoso ipsilateral. Tomografía Computada: colección hidroaérea pleural derecha, que se extiende hacia tejido subcutáneo de pared costal, con atelectasia completa de pulmón, compatible con empiema pleural y EN. Se efectúa pleurostomía, drenando 1500cc de pus, con ausencia de expansión pulmonar y peel pleural. En evaluación multidisciplinaria se declara fuera de alcance quirúrgico y se plantea manejo conservador. Paciente evoluciona favorablemente con disminución de parámetros sépticos y reexpansión pulmonar derecha. En día 50 de hospitalización se retira tubo pleural y alta. En control ambulatorio a 20 días paciente en buenas condiciones y con expansión pulmonar derecha completa en radiografía de tórax.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMPIEMA PLEURAL: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU; 2012 A 2018

*Carlos Alvarez Zepeda, Nicolás Vicente Luchsinger, Barbara Daniela Gonzalez Espinoza, Loreto Cecilia Fuschini Villarreal, Valentina Valenzuela Rebolledo, Manuel Castro Valderrama, Simon González Rozas,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). CIRUGIA DE TORAX.*

**Introducción:** 80.000 adultos británicos y estadounidenses sufren infecciones pleurales cada año, con gastos médicos de USD 500 millones.

Edad avanzada, las morbilidades múltiples, el cáncer y otros son factores de riesgo de fracaso terapéutico.

En el 2015 egresaron de los hospitales Chilenos 466 pacientes por empiema pleural, el INE informó 38 muertes por esa causa, de los cuales la mayoría era adultos mayores. Ese año se informaron también más de 3000 muertes por neumonía, entre las cuales hay un número no despreciable asociado a empiemas.

**Objetivos:** Describir la experiencia del Equipo de Cirugía de Tórax del HBLT en pacientes operados por empiema pleural entre marzo del 2012 a febrero de 2018. Detallando técnica utilizada, factores asociados y resultados obtenidos.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo usando los registros de pacientes operados en el HBLT cuyo diagnóstico de egreso fue empiema pleural entre marzo de 2012 y enero de 2018

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 74 pacientes. 71.6% fueron hombres. Edad promedio 52 años. 58.1% eran tabáquicos, 18.9% eran bebedores de alcohol. 29.7% tenían HTA. Etiológicamente, 71.6% fueron paraneumónicos.

Se aisló microorganismo en 34% de los casos, el principal fue *S. Aureus*.

Se realizaron 53 toracotomías y 11 videotoracoscopias. 8 pacientes fueron tratados con pleurostomía. 7 fallecieron por shock séptico refractario. 10 pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias, 3 de ellos colección pleural persistente. La estadía hospitalaria promedio fue de 16 días

**Conclusiones:** Neumonía fue la causa más frecuente. Los hombres fueron los más afectados. Las comorbilidades más asociadas fueron la DM 2 y la HTA. En la mayoría de los casos no se identifican gérmenes. La cirugía más empleada fue la toracotomía. El tratamiento quirúrgico del empiema tiene una

morbimortalidad considerable. Los pacientes tratados con pleurostomía y VTC tuvieron los mejores resultados, probablemente por un diagnóstico en etapa más precoz.

## REPORTE DE LA MORBIMORTALIDAD DE LAS CIRUGÍAS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX DURANTE EL AÑO 2017 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

*Juan Andrés Pérez Novoa, Nicolás Martínez Muñoz, Amanda Carola Zapata Cardenas, Patricio Olivares Pardo, Francisco Soto Morales, Felipe Undurraga Machicao, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

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

**Introducción:** La morbimortalidad en cirugía torácica no cardíaca ha tenido un cambio a lo largo del tiempo, desde tasas de morbimortalidad del orden de 20-40% reportada a nivel internacional en la década del 90, a tasas descritas en la literatura del orden de 1 ? 2% de mortalidad global en los 30 primeros días y morbilidad del 23%-29% siendo la principal etiología la cardiovascular. Presentamos los datos de nuestra serie, parte de la realidad nacional.

**Objetivos:** Reportar la experiencia del servicio de cirugía de tórax del Hospital San Juan de Dios, durante el año 2017, describiendo demográficamente a nuestros pacientes, su morbimortalidad a 30 días, y los diagnósticos y abordajes más frecuentes.

**Material y Método:** Revisión retrospectiva de la serie de cirugías realizadas por el equipo de Cirugía de Tórax del Hospital San Juan de Dios en dicho período. Se registraron e incluyeron datos de 264 pacientes, edad, sexo, diagnóstico, cirugía, abordaje, tasa de conversión y complicaciones CTCAE 4.0, morbimortalidad a 30 días. Análisis estadístico con software SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron 264 pacientes. Mediana de edad 56 años, rango 16-87 años. 71% fueron de sexo masculino. Diagnósticos oncológicos 41%. Diagnósticos más frecuentes: Cáncer pulmonar (15,5%), Hemotórax (13%), Neumotórax (12,4%), Empiema (12%). Cirugías más frecuentes: Biopsia pleural/pulmonar (26,4%), Decorticación (15,1%), Resecciones segmentarias (10%) y pleurodesis (9%). Complicaciones intraoperatorias: 8%. 60% abordaje videotoracoscópico con 6,5% de conversión. Morbilidad a 30 días de 22%, leve 15% y 7% severa (CTCAE 4.0). La mortalidad a 30 días alcanzó un 2%, en pacientes con múltiples comorbilidades.

**Conclusiones:** La cirugía torácica es una cirugía técnicamente avanzada, en la cual se ha logrado tener la experiencia necesaria para ofrecer procedimientos complejos con mínimos riesgos de morbilidad. Nuestras cifras son concordantes con lo descrito en la literatura internacional. Se mantendrá el seguimiento para tener más datos al respecto.

## TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES NO SEMINOMATOSO DE MEDIASTINO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Fancisco Javier Miranda Labra, JUAN EMILIO CHEYRE FORESTIER, JORGE ARMIJO HERRERA, RAFAEL SELMAN ABUCHAIBE, Ricardo Jiménez Hernández,*

*Hospital Dipreca. Servicio de Cirugía. Universidad de Santiago de Chile*

**Introducción:** De los tumores de células germinales (TCG), los extragonadales representan entre el 1 y 2.5%, siendo el mediastino la segunda localización en frecuencia, con un peak de incidencia en la tercera década de vida.

**Objetivos:** Describir caso clínico de paciente con TCG no seminoma de mediastino con invasión de estructuras adyacentes.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 35 años sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 2 meses de dolor torácico, tos seca y disnea. Se solicita TC Tórax: masa mediastínica derecha de 10.8 x 9.5 x 11.48 cm. Masa mediastínica izquierda que mide 2.4 x 5.5 x 7.9 cm. Tumor infiltra VCS trombosada, vena braquiocefalica derecha, sin clivaje con aurícula y ventrículo derecho. Ecografía testicular y estudio de extensión negativo,  $\alpha$ -fp y  $\beta$ -HCG elevadas.

Se diagnostica TCG no seminoma. Completa 4 ciclos de quimioterapia con protocolo VIP 3 ciclos de TIP. Control con AngioRNM dinámica: masa residual sin compromiso de estructuras vasculares. Reducción significativa de masa tumoral, sin compromiso de estructuras vasculares. PET CT con escasa actividad.

Se realiza resección tumoral en bloque más neumonectomía derecha. Biopsia: neoplasia células germinales mixta: Tumor saco vitelino 80%, carcinoma embrionario 20%, márgenes negativos.

Dado de alta sin complicaciones a los 11 días post operatorio.

## LIPOMA TÍMICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO.

*Luis Arratia Torres, Veronica Fonseca Salamanca, Fernando Jelvez Echeverria, Fernando Barrientos Cantn, Walterio Munoz castillo,*

*Universidad de la Frontera. Departamento de cirugía, facultad de Medicina.. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.*

**Introducción:** Lipomas superficiales son lesiones frecuentes en la práctica clínica, localización en mediastino son raros. Lipomas representan del 2 ? 9% de los tumores del timo. Alrededor de la mitad de pacientes pueden tener dolor, disnea, pérdida de peso. La teoría sobre la patogénesis más aceptada es el reemplazo de la hiperplasia del timo por tejido adiposo

**Objetivos:** Presentar caso de lipoma tímico como diagnóstico diferencial de masa intratorácica

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre sano, 42 años, con dolor en Hipocondrio derecho y disnea de grandes esfuerzos de seis meses de evolución. En ecografía abdominal por sospecha de colelitiasis se constata masa intratorácica derecha.

TC tórax mostró masa intrapleural de 28x17 cms. Heterogénea, sin comprometer parénquima pulmonar, se sospecha hernia diafragmática congénita. Se realiza toracotomía posterolateral derecha exploradora, masa ocupa 2/3 de hemitórax, desde diafragma hasta cayado aórtico, por mediastino posterior, prolongación sobre vena innominada, se libera y se extrae masa de 2.4kgs, biopsia rápida informa lipoma.

Paciente evoluciona en buenas condiciones, sin ventilación mecánica, retiro de drenajes pleurales al 5to día y alta. Biopsia diferida compatible con lipoma Tímico y corpúsculo de Hassall, pieza operatoria de 2.3 kgs. Evolución favorable ambulatoria a dos meses de control, sin dolor ni disnea.

## COLGAJO MIOCUTÁNEO DE PECTORAL MAYOR Y RESECCIÓN TRAQUEAL CON ANASTOMOSIS TERMINOTERMINAL, PARA REPARACIÓN DE FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA TRAUMÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

*Camilo Cavalla Castillo, Ricardo Zamorano Sarria, Nicole Alejandra Carriel Pena, Francisco Carrasco Fuenzalida,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio de*

*Cirugía Adultos  
Equipo Cirugía Torácica  
Equipo Otorrinolaringología.*

**Introducción:** La fístula traqueoesofágica traumática es una patología poco frecuente, que presenta un desafío quirúrgico importante para su reparación.

**Objetivos:** Presentar una técnica quirúrgica para la resolución de una patología poco frecuente

**Reporte del(los) Caso(s):** Presentamos un caso clínico de una paciente de 24 años con trauma cervical por arma de fuego con lesión traqueal, esofágica y trauma medular, que 6 meses después del trauma es derivada al Hospital Gustavo Fricke con traqueostomía y la presencia de una fístula traqueoesofágica inmediatamente distal al esfínter esofágico superior en relación al segundo y tercer anillo traqueal, la fístula compromete la totalidad de la cara anterior del esófago en los 2 por 2 cm de diámetro de la fístula. Se realiza una reparación con colgajo miocutáneo en isla del pectoral mayor izquierdo, realizando una plastia en la mucosa esofágica cara anterior con la porción cutánea del colgajo y reparando la traquea con resección de la zona de traqueostomía previa y anastomosis terminal. Con buenos resultados funcionales postoperatorios a largo plazo. El trabajo en equipo con Otorrinolaringología fue fundamental para el éxito de esta técnica.

## **PATOLOGÍA ESTERNAL POST OPERATORIA, DESCRIPCIÓN Y MANEJO EN UN CENTRO CARDIOVASCULAR.**

*Manuel Quiroz Flores, Daniel Alejandro García Oneto, Julio Ibarra Castillo, pablo ibanez montenegro,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Cirugía cardiovascular. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Valparaíso, Chile.*

**Introducción:** La patología esternal post operatoria es un conjunto de entidades clínicas que presentan un desafío para los equipos quirúrgicos, tanto su diagnóstico como tratamiento e implican una alta morbimortalidad.

**Objetivos:** Describir la población que presenta esta complicación y sus factores de riesgo. Exponer nuestros resultados con un protocolo de manejo.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva de una base de datos prospectiva. Se incluye pacientes operados en el período 2014-2017.

Criterios de inclusión: pacientes operados en el servicio

de cirugía cardiovascular en quienes se realizó esternotomía media. Pacientes diagnosticados con patología esternal en el post operatorio precoz y alejado que requirieron algún tipo de intervención.

Se excluyeron pacientes con esternotomía mínima invasiva, pacientes con patología de la cicatrización como queloides o cicatriz hipertrófica.

La variable resultado fue mortalidad precoz y alejada.

Variables de interés comorbilidades asociadas, tipo de procedimiento asociado, número de reintervenciones, tipo de resolución, microorganismo involucrado.

Realizamos análisis con estadística descriptiva.

**Resultados:** Durante el período señalado se realizaron 1385 cirugías cardiovasculares.

Los pacientes seleccionados fueron 45, 80% hombres, edad media 65,9 años, las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial 80% (36), diabetes tipo 2 40% (18), dislipidemia 26% (12) y tabaquismo 18%(8). El índice de masa corporal promedio fue 34. (28-40).

Tres pacientes presentaron esternotomía media previa. Las cirugías fueron el 66% revascularización miocárdica, cirugía valvular 15%, cirugía combinada 13%. La mortalidad fue del 13%, el diagnóstico de mediastinitis fue el 28% de los casos. El 60% de los casos se aisló organismo causante. Se realizó resutura esternal en el 62% de los casos, usamos barras de osteosíntesis en 8 casos, en el 90% de los casos se realizó curaciones avanzadas y el 50% utilizó VAC.

**Conclusiones:** La patología esternal post operatoria tiene una gama de presentaciones y su morbimortalidad es alta. El diagnóstico y tratamiento oportuno es necesario para obtener buenos resultados.

## **RESULTADOS A LARGO PLAZO EN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INMEDIATO DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, ANÁLISIS RETROSPECTIVO.**

*Daniel Alberto Hurtado Silva, Camila Carvajal Pozo, Cristóbal Espinosa Caviedes, Misael Antonio Carmona Droguett, Carlos Smith Gahona, Francisca Isidora Jara Meza, Hugo Alvarez Martínez, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile*

**Introducción:** El neumotórax espontáneo primario (NEP) se presenta en personas sin enfermedad pulmonar, principalmente hombres altos, delgados y

# Cirugía de Tórax

jóvenes, con prevalencia 7,4-18 por 100.000 habitantes. Sin tratamiento, la recidiva alcanza 30-70%, mientras que la cirugía inmediata la disminuye a cerca del 5%.

**Objetivos:** Evaluar a 60 meses la recidiva en pacientes operados por NEP y aparición de neumotórax contralateral en HSJD.

**Material y Método:** Registro retrospectivos de datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes tratados por NEP en el HSJD sometidos a cirugía inmediata independiente del episodio, entre Agosto 2008 y Julio 2018. Se excluyen los neumotórax secundarios, traumáticos e iatrogénicos. Se realizó seguimiento telefónico para evaluar recidiva. Se analiza en forma primaria recidiva ipsi y contralateral y en forma secundaria la distribución etaria, sexo, tabaquismo, síntomas, días de drenaje post operatorio y morbimortalidad.

**Resultados:** 72 pacientes tratados 83% hombres, 46% fumadores. El motivo de consulta principal fue dolor en un 58%, disnea en un 32%. El 85% fue primer episodio, un 10% segundo episodio, un 6% tercer episodio y uno presentó más de tres. El 100% se operó con apicectomía videotoracoscópica y pleurodesis, la mediana de drenaje postoperatorio fue de 3 días. El 100% de las biopsias presentó hallazgos patológicos: 47% bulas, 42% enfisema, 6% fibrosis, y 3% patrón inflamatorio. Sólo 2 pacientes (2,8%) presentaron morbilidad perioperatoria debido a infección de herida operatoria en un caso y fuga aérea en el otro, sin mortalidad. La recidiva ipsilateral fue de 4,2% (3 pacientes), todos en el primer año. El neumotórax contralateral se presenta en 1,5%.

**Conclusiones:** La cirugía inmediata en NEP es un procedimiento de baja morbilidad, sin mortalidad en nuestra serie y que muestra ser eficiente en reducir la recidiva ipsilateral.

La aparición de NEP contralateral es infrecuente en nuestra serie por lo que no parece justificar una cirugía profiláctica.

## ENFRENTAMIENTO POR VATS DE LA MEDIASTINITIS AGUDA NECROTIZANTE DESCENDENTE, LA EVOLUCION EN CIRUGIA MINIMA INVASIVA

*Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Melissa Andrea Eede Matinez, ALBERTO ANTONIO ESPINOZA ARAYA,*

*Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique). SERVICIO DE CIRUGIA. EQUIPO CIRUGIA TORAX*

**Introducción:** La mediastinitis necrosante descendente(MND) es una infección grave conocida por su mal pronóstico y su alta mortalidad,secundaria a una infección en el territorio de cabeza y cuello, el manejo agresivo desde el diagnóstico es uno de los pilares para el éxito,pronóstico y desenlace final,actualmente no existe un consenso sobre el mejor abordaje para su enfrentamiento,

**Objetivos:** Reportar el caso en la literatura medica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente que ingresa al Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Iquique con historia de aumento de volumen cervical izquierdo de 48 hrs de evolución e imágenes compatibles con Absceso Cervical Retrofaringeo asociado a Mediastinitis Necrótica Descendente?,en un primer enfrentamiento en urgencia, se realiza drenaje cervical izquierdo.Presenta evolución tórpida en UCI con Shock Séptico,evaluado por equipo de Cirugia de Torax y Cabeza y Cuello, con con manejo intensivo, se realiza en distintos tiempos: VATS derecha y drenaje de mediastino, exploración cervical y drenaje amplio, logrando controlar Sepsis y consiguiendo retiro de DVA, evoluciona con colecciones pleurales que se drenan por VTC y finalmente se programa para cierre de cervicotomía y retiro de pleurostomías. Con larga hospitalización de UPC/UCI, se consigue weaning completo, durante hospitalización en UCI se ajusto esquema antibiótico según cultivos y antibiogramas hasta conseguir el alta.

## TRATAMIENTO EN QUISTE HIDATIDICO PULMONAR NO COMPLICADO EN HOSPITAL HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA ENTRE LOS AÑOS 2012-2016.

*Fernando Jelvez Echeverria, Fernando Barrientos Cantrn, Veronica Fonseca Salamanca, Walterio Munoz castillo, IVAN LAGOS SEPULVEDA, Maria Francisca Rozas Vasquez,*

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Servicio de Cirugia Adulto Unidad Cirugía de Torax. Universidad de la Frontera*

**Introducción:** El tratamiento del quiste hidatídico pulmonar es quirúrgico habiendo múltiples técnicas descritas en la literatura con diversos resultados

**Objetivos:** Evaluar la técnica con capitonaje en relación a complicaciones tempranas y a mediano largo plazo de seguimiento

**Material y Método:** Serie de casos retrospectiva se revisaron las fichas de pacientes intervenidos con diagnóstico intraoperatorio de quiste hidatídico no

complicado se excluyeron pacientes con datos incompletos en ficha clínica

**Resultados:** Entre los años 2012-2016 se intervinieron 32 pacientes con diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar no complicado confirmado en el intraoperatorio. el lado más afectado fue el derecho con un 62%. un 28,1% presentaba otro quiste concomitante (pulmonar o hepático) y un 28,1% presentaba antecedente de otro quiste operado. La técnica utilizada fue toracotomía, aislamiento con compresas secas, aspiración de contenido, sutura de comunicaciones bronquiales con material reabsorbible y capitonaje. en un 93,8% se dejaron 2 tubos pleurales a trampa de agua. El promedio de días de tubo fue 3,4 días, con un débito promedio al retiro de 69 cc. un 28,1% uso tratamiento antibiótico prequirúrgico por sospecha de complicación que se descartó en el intraoperatorio. Ningún paciente recibió tratamiento con albendazol. un paciente presentó hemotorax leve con resolución espontánea, no hubo infección de sitio operatorio ni pérdida de aire. El alta fue en promedio a los 8,7 días desde la cirugía. El promedio de seguimiento de los pacientes fue de 204 días con un porcentaje de complicaciones leve a mediano plazo de 15,7% (derrame, falta de expansión y cavidad residual). no hubo recidiva.

**Conclusiones:** El quiste hidatídico pulmonar no complicado es una realidad frecuente en nuestra región y el tratamiento quirúrgico descrito con capitonaje ha mostrado buenos resultados con bajo porcentaje de complicaciones y sin filtraciones de aire en nuestra muestra, mostrando que esta técnica debiera ser de elección en esta patología.

## ESTENOSIS BILIARES BENIGNAS: MANEJO ENDOSCÓPICO MEDIANTE BILIOPLASTIA

*Facundo Orosco Ergueta, Mario Anselmi Méndez, Ana María Gemmato Tedesco, Wilmer Tovio Almanza, Tomas Rivera Garay, Benito Gutierrez Saca,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica (UDACE). UNIVERSIDAD DE CONCEPCION*

**Introducción:** Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, la incidencia de lesiones de la vía biliar se ha incrementado. Diversos factores contribuyen al desarrollo de una estenosis. En la actualidad la Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) en el manejo de las Estenosis Biliares Benignas (EBBs) se prefiere sobre la cirugía y el tratamiento percutáneo, recurriendo a este último, en caso de anatomías alteradas o cuando la CPRE es fallida, asociándolo entonces a técnicas de rendez vous?.

**Objetivos:** Determinar los resultados a largo plazo de la bilioplastia, mediante prótesis plásticas, en el manejo de las estenosis biliares benignas.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, en pacientes mayores de 18 años derivados a la Unidad de Cirugía Endoscópica, entre el 01-01-2003 y el 31-12-2014, con el diagnóstico de estenosis biliar benigna. Se excluyeron los pacientes que no cumplían con estas condiciones. Se estudiaron 15 enfermos, los cuales fueron sometidos a CPRE con inserción del mayor número de prótesis plásticas posibles en la primera sesión y con instalación programada de nuevas cada dos semanas sin recambio de las anteriores. Se efectuó seguimiento durante la terapia y tras el retiro de los stents. Los resultados se clasificaron como: Excelentes, Buenos y Malos. Las complicaciones fueron consideradas como: Inmediatas, Tempranas y Tardías.

**Resultados:** La terapia endoscópica mediante bilioplastia resultó exitosa en el total de los casos. Fue posible clasificar los resultados en 14 pacientes (93.3%). Los resultados fueron excelentes en 13 (93%) y buenos en 1 (7%). Se pesquisaron complicaciones en 2 enfermos (13.3%). Estas consistieron en migración temprana de las prótesis y recidiva tardía de la estenosis. Esta última se resolvió endoscópicamente.

**Conclusiones:** La bilioplastia en el tratamiento de las estenosis biliares postquirúrgicas, en la mayoría de los pacientes, se asocia a excelentes resultados y baja tasa

de complicaciones. La recidiva en caso de presentarse puede ser manejada endoscópicamente.

## MANEJO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GASTRO CUTÁNEA: REPORTE DE CASO

*Javiera Fernanda Diaz Espinosa, Carolina Andrea Baeza Ross, Carlos Saiz Troncoso,*

*Hospital Las Higueras (Talcahuano). Cirugía Endoscópica.*

**Introducción:** Las fístulas enterocutáneas, corresponden a comunicaciones anormales entre el tracto gastrointestinal y la piel. La causa más frecuente es post quirúrgica (75-85%), el resto son secundarias a patologías, donde encontramos el Crohn, diverticulitis aguda, enfermedad neoplásica, enteritis actínica, procesos inflamatorios intraabdominales o traumatismos. Su manejo se divide en varias fases, desde la corrección hidroelectrolítica hasta el manejo quirúrgico. No existen reportes en la literatura, respecto al manejo endoscópico de fistulas posterior a migración de mallas.

**Objetivos:** Describir manejo endoscópico de fístula gastrocutánea, secundaria a migración de malla utilizada en cierre de pared abdominal.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 69 años, sin antecedentes mórbidos, quien el año 2006 ingresa al Servicio de Urgencias por HDA realizándose antrectomía. Posteriormente evoluciona con hernia incisional, la cual se maneja inicialmente con IDE hasta el cierre definitivo de la pared abdominal con técnica de Cathel con malla.

En controles posteriores se evidencia salida de contenido gástrico por fistula enterocutánea de débito moderado. Se realiza EDA de control evidenciando malla de prolene con sutura intragástrica. Durante 4 sesiones, se realiza extracción endoscópica de material y cierre de fistula con 5 clips hemostáticos. Control al mes, se constata al examen físico cierre completo de la fístula

## DRENAJE DE COLECCIÓN POSTOPERATORIA MEDIANTE PUNCIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ENDOSONOGRAFÍA.

*Luis Aguilera Gonzalez, Patricio Olivares Pardo, Alejandra Dominguez Cabrera, Cinthya Karina Alvarez Herrera, Rodney Stock Lillo,*

*Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta). Unidad de Endoscopia.*

**Introducción:** Las colecciones postquirúrgicas se presentan con una frecuencia hasta del 15%. Su morbilidad está condicionada por la ubicación y el tamaño. Habitualmente se tratan con: antibióticos de amplio espectro; drenaje con punción guiada por TC, ecografía o quirúrgica. En el caso de colecciones relacionadas a una anastomosis esófago-yeyunal, la punción con aguja fina guiada por endosonografía permite acceder con un mínimo impacto y alta tasa de éxito técnico.

**Objetivos:** Describir el drenaje de una colección postoperatoria mediante la punción con aguja fina guiada por endosonografía.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 60 años. Se realiza gastrectomía total y reconstrucción esófago-yeyuno en Y de Roux, por cáncer gástrico. Posterior a 15 días evoluciona con febrículas, y una imagen persistente en el TC, compatible con una colección residual de 37 mm adyacente a la anastomosis esófago-yeyunal. Debido a la poca accesibilidad se propone drenaje endoscópico. Usando endosonógrafo lineal se identifica un área hiperecogénica, irregular de 13 x 6.5 mm compatible con la colección previamente descrita. Se punciona bajo visión directa con aguja de 19G, se aspiran 5 cc de pus hasta reducir por completo el tamaño de la colección. Procedimiento ambulatorio, bien tolerado. Cultivo positivo para enterobacteria. Alta a las 48 horas del procedimiento sin complicaciones.

## COLEDOCO-DUODENOSTOMIA ENDOSCÓPICA MEDIANTE INSTALACIÓN DE STENT METÁLICO AUTO-EXPANDIBLE GUIADO POR ENDOSONOGRFÍA EN ICTERICIA OBSTRUCTIVA NEOPLÁSICA LUEGO DE ERCP FRUSTRADA. UNA ALTERNATIVA PARA LA OBSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR DE DIFÍCIL MANEJO.

*Luis Aguilera Gonzalez, Francisco Moraga Vásquez, Alejandra Dominguez Cabrera, Cinthya Karina Alvarez Herrera, Rodney Stock Lillo,*

*Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta). Unidad de Endoscopia.*

**Introducción:** En la actualidad la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con instalación de prótesis biliar, es el procedimiento de elección para la descompresión de la vía biliar en ictericia obstructiva neoplásica. Sin embargo, hasta en 10% este procedimiento es frustrado. En estos casos

existen técnicas alternativas efectivas que alcanzan similares rangos de éxito técnico y clínico.

**Objetivos:** Describir la instalación de una emergente técnica de derivación biliar con mínimo impacto en la morbilidad, y con resultados clínicos satisfactorios.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 62 años. Consulta por vómitos, compromiso del estado general e ictericia de 2 meses de evolución. Bilirrubina total 13 mg/dl predominio directo. La resonancia de abdomen demostró masa retroperitoneal pre-aórtica de aspecto neoplásico con implante secundario hepático, que compromete la vena mesentérica y la confluencia espleno-portal. Comité oncológico decide prótesis biliar paliativa. Se intenta CPRE, la cual resulta frustra debido a infiltración neoplásica de papila. Se realiza coledo-duodenostomía endoscópica trans-duodenal mediante la instalación de stent metálico auto-expandible guiado por endosonografía. Procedimiento sin complicaciones inmediatas, realizado en 40 minutos. Disminución de bilirrubina del 50% en las primeras 24 horas. La paciente se da de alta a los 7 días post-procedimiento para continuar su tratamiento paliativo.

## UTILIDAD DE LA ENDOSONOGRFÍA EN LA CARACTERIZACIÓN DE LA PROFUNDIDAD DEL CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ.

*Luis Aguilera Gonzalez, Francisco Moraga Vásquez, Cinthya Karina Alvarez Herrera, Alejandra Dominguez Cabrera, Rodney Stock Lillo,*

*Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta). Unidad de Endoscopia.*

**Introducción:** El estadiaje del cáncer gástrico precoz tiene una exactitud del 80% por endoscopia y 65% por endosonografía. La combinación de ambos métodos ofrece ventajas en la selección de candidatos para disección submucosa, descartando infiltración a la submucosa.

**Objetivos:** Describir un caso de cáncer gástrico precoz cuyo estadiaje se realizó con la combinación de endoscopia y endosonografía, y su posterior resección endoscópica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino, 54 años, pólipo 0-Isp de 10 mm erosionado ubicado en la cara posterior de fondo gástrico, con patrón superficial alterado a la magnificación. Biopsia Adenocarcinoma intra-mucoso bien diferenciado. Estudio con endosonografía lineal de 12 MHz identifica lesión hipocogénica, homogénea, irregular, de 11.8 mm, dependiente de la mucosa separada

completamente de la capa muscular por la submucosa sin comprometerla. Se realizó disección submucosa. Anatomía patológica: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, intramucoso con focos de ulceración y erosión, contacta la muscular de la mucosa sin traspasarla, no se reconoce infiltración de submucosa. La combinación de ambos métodos podría mejorar la exactitud global para la adecuada identificación de candidatos para disección submucosa endoscópica.

## EXPERIENCIA EN EL USO DE PRÓTESIS METÁLICA AUTO-EXPANDIBLE EN PATOLOGÍA BILIAR BENIGNA.

*Luis Aguilera Gonzalez, Patricio Olivares Pardo, Francisco Moraga Vásquez, Virginia Mendoza Ulloa, Cinthya Karina Alvarez Herrera, Alejandra Dominguez Cabrera,*

*Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta). Unidad de Endoscopia diagnóstica y terapéutica.*

**Introducción:** La estenosis biliar benigna es tratada en forma convencional mediante stents plásticos. El uso de stents metálicos en estos casos está en desarrollo. Se presenta la experiencia preliminar en el uso de estos dispositivos.

**Objetivos:** Dar a conocer la experiencia en el manejo de la estenosis biliar benigna, con el uso de stents metálicos auto-expandibles.

**Material y Método:** Se presenta un estudio retrospectivo, obtenido a través de la revisión de registros clínicos de pacientes con estenosis biliar benigna tratados con stents metálicos auto-expandibles en la unidad de endoscopia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública desde enero 2016 a julio 2017. Se revisa etiología, indicaciones, complicaciones, resultados técnicos y clínicos a través de estadística descriptiva.

**Resultados:** Desde enero 2016 a julio 2017 se registran 9 pacientes. 5 eran hombres. Edad promedio 48.8 años. Etiología: lesión quirúrgica de vía biliar (6 casos), pancreatitis autoinmune (1), pancreatitis crónica (1) y trauma (1). La principal indicación es el fracaso del tratamiento tradicional. El resultado técnico es exitoso en todos los casos. Las complicaciones registradas fueron obstrucción biliar por litiasis de neo-formación, fractura del stent y migración. El tiempo promedio de uso: 3.7 meses (rango 1.5-6). Se registraron dos casos de recidiva de estenosis con reinstalación de stent. El tiempo máximo de seguimiento fue de 9 meses.

**Conclusiones:** El uso de stents biliares metálicos es seguro. La obstrucción biliar por cálculos de neo-formación y la migración constituyen las complicaciones más frecuentes. Es necesario registrar mayores experiencias de su utilización para establecer recomendaciones clínicas.

## AEROSOL HEMOSTÁTICO (AH). USO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, SERIE DE CASOS

*David Cambiazo Fuentes, Pamela Alejandra Marin Villalon, Gely Andrea Muñoz Bannura,*

*Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo). Endoscopía.*

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta(HDA) constituye una de las principales indicaciones de endoscopia de urgencia y hospitalización. De morbilidad elevada, mortalidad de 10%, incidencia anual de 40-150/100.000. El manejo depende de la causa y ubicación del sangrado. Hemostasia endoscópica incluye inyectoterapia, mecánica y térmica, con 80-95% de éxito y prevención de nuevos episodios. Se dispone actualmente de agentes hemostáticos (AH) endoscópicos en aerosol que han demostrado efectividad y cese inmediato de la hemorragia. Son sustancias que se tornan cohesivas y adhesivas al contacto con la humedad, forman barrera mecánica y sellan el sitio de la hemorragia, no se absorben ni metabolizan en la mucosa y sin riesgo de toxicidad sistémica.

**Objetivos:** Describir uso de AH en HDA; indicación, resultado y eventos relacionados en pacientes atendidos en las unidades de endoscopia analizadas en un periodo de 2 años.

**Material y Método:** Revisión retrospectiva de protocolos endoscópicos, con HDA sometidos a endoscopia digestiva alta y uso de AH, en 3 unidades de endoscopia de centros asistenciales de Santiago de Chile entre enero de 2016 y junio de 2018. Variables: epidemiología, tipo de sangrado, etiología, indicación, seguimiento, complicaciones y uso como terapia única o multimodal. Análisis descriptivo

**Resultados:** 21 casos HDA al ingreso, 16 hombres. 66 años promedio. Causa sangrado neoplásico 10,6 úlceras, 4 várices y 1 desgarro mucoso. En napa en 16, 3 vaso visible y 2 mixto. AH como terapia inicial en 19; monoterapia 11, 2 de ellos no logró hemostasia y requirieron terapia adicional. 6 combinado con otro método y hemostasia inmediata en todos. 2 casos terapia triple con efectividad absoluta y 2 utilizado como método de rescate tras primer intento frustrado con otros métodos, en ambos fue efectivo. Mortalidad 21%. Re-

sangrado en 4 con seguimiento de 20 días, en 3 de ellos se había usado AH previamente y no se registraron eventos adversos.

**Conclusiones:** AH parece ser una terapia efectiva y segura en casos complejos de hemorragia digestiva alta, no presenta dificultades técnicas y disminuye la tasa de re-sangrado, sin embargo, su indicación y uso requiere de estudios controlados más amplios.

**Conclusiones:** La prevalencia de HP fue de un 50,47% de la muestra. El principal síntoma asociado a HP fue la pirosis (OR 1,34).

## PREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y QUIRÚRGICAS (CEDIQ) DE ARICA - CHILE

*Domingo Montalvo Vasquez, Alex Roberto Diaz Molina, Guillermo Castro Guerra,*

*Clínica San José. Centro de Enfermedades Digestivas y Quirúrgicas (CEDIQ).*

**Introducción:** El Helicobacter Pylori (HP) es una bacteria relacionada con lesiones en la mucosa gástrica y aproximadamente el 50% de la población la posee. Una de las formas de diagnosticarla es mediante el Test de ureasa. La información epidemiológica de esta bacteria en Chile es escasa.

**Objetivos:** El objetivo principal, es determinar la prevalencia de HP en el Centro de Enfermedades Digestivas y Quirúrgicas (CEDIQ) de Arica, en pacientes sintomáticos. Además, identificar asociaciones entre HP y variables relacionadas.

**Material y Método:** La muestra corresponde a pacientes mayores de 18 años, de la base de datos prospectiva de CEDIQ, que se les realizó una Endoscopia Digestiva Alta (EDA), con Test de Ureasa entre el año 2014 y 2018. De éstos, algunos pacientes contestaron una encuesta con información acerca de factores y síntomas asociados con el HP. Todos los pacientes consintieron el procedimiento endoscópico.

**Resultados:** Se realizaron 1914 procedimientos durante este periodo. Se obtuvo una prevalencia global de 50,47%; principalmente en el rango etario 30 - 40 años. La prevalencia por sexo fue de 46,79% en mujeres y 56,68% en hombres. Del total de la muestra, 650 pacientes contestaron la encuesta; de éstos, 320 (49,23%) fueron HP positivo. El 61,87% refirió pirosis, 53,12% distensión abdominal, 36,25% epigastralgia, 17,50% emesis, 17,18% hábito tabáquico y 16,56% tenía antecedentes familiares de cáncer gástrico. El Odds Ratio (OR) de HP positivo con pirosis fue 1,34, emesis 1,18 y distensión abdominal 1,14.

## INTUSUSCEPCIÓN GASTRODUODENAL Y HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ADENOMA DE GLÁNDULAS DE BRUNNER. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Marcos Carvajal Araya, Carlos Perales Gonzalez, Diego Ignacio Gonzalez Carvajal, Óscar Omar Álvarez Olivera, José Francisco Ricaurte Mendoza,

Hospital de Castro. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El adenoma de glándulas de Brunner es un tumor benigno duodenal infrecuente (10%). Se origina en las dos primeras porciones de duodeno. Frecuentemente asintomáticos. Corresponde a un hallazgo incidental en estudios endoscópicos o imagenológicos. En los casos sintomáticos, se presentan como hemorragia, obstrucción, dolor abdominal o intususcepción. Su tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. Se reporta un caso de Brunneroma, el cual se presenta clínicamente como hemorragia digestiva, imagenológicamente como tumor estromal gastrointestinal (GIST) y quirúrgicamente como intususcepción.

**Objetivos:** -Reportar un caso clínico infrecuente de Brunneroma sintomático resuelto quirúrgicamente en el Hospital de Castro  
-Reportar la literatura actual correspondiente al caso.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenina de 68 años, sin antecedentes mórbidos, que consulta por cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal, hemorragia digestiva alta y masa palpable en epigastrio. TAC abdominal describe invaginación gastroduodenal en relación a lesión tumoral de 3 cms obs GIST . La endoscopia digestiva confirma la intususcepción antroduodenal. Se decide resolución quirúrgica. Los hallazgos muestran tumor pediculado de 15 cms que protruye a lumen duodenal que determina invaginación antroduodenal. Se realiza antroduodenectomía supraampular con gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. La biopsia quirúrgica informa Adenoma de glándulas de Brunner de 13 por 9 centímetros, pediculado. Evolución clínica favorable.

## RESULTADOS FINALES DE UN REGISTRO PROSPECTIVO DE CÁNCER GÁSTRICO HEREDITARIO Y EVALUACIÓN DE MUTACIÓN GERMINAL EN EL GEN CDH1.

## EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE FAMILIAS CON MUTACIÓN DE CDH1

Enrique Norero Muñoz, Alejandra Alarcon ., Marcelo Garrido Salvo, Gloria Aguayo Bonniard, Javiera Torres Montes, Oscar Alfonso Calvo Belmar, Parry Guilford ., Alejandro Corvalan Rodriguez,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Esofagogastrica. Departamento de Cirugía Digestiva. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Advanced Center for Chronic Diseases (ACCDiS), Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile Cancer Genetics Laboratory, Department of Biochemistry, University of Otago Dunedin, New Zealand Unidad de Genética. División de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Departamento de Hematología y Oncología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Anatomía Patológica. Hospital Dr. Sotero del Río.

Anatomía Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Laboratorio de Biología Molecular. Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El cáncer gástrico (CG) hereditario se asocia principalmente con mutaciones del gen CDH1.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue desarrollar un registro de GC familiar y evaluar la frecuencia de las mutaciones germinales en CDH1.

**Material y Método:** Se incluyeron en forma prospectiva pacientes con CG ? 50 años de edad y/o antecedentes familiares de CG. Evaluamos los datos demográficos, tumorales y la historial familiar. Se realizó secuenciación de ADN germinal en el gen CDH1. Un equipo multidisciplinario evaluó a los pacientes en quienes se identificó una mutación patogénica.

**Resultados:** Cuarenta y nueve pacientes fueron incluidos (mediana de edad de 46 años / hombre 53%). Treinta y cinco (71%) pacientes tenían CG a ? 50 años de edad y 31 (63%) tenían familiares con antecedentes de CG. Treinta y seis (73%) tenían CG difuso. Dos casos presentaron mutaciones de línea germinal no sinónimas en el gen CDH1. Según los criterios internacionales de CG hereditario difuso (IGCLC) un 7,4% presentaron mutaciones no sinónimas en el gen CDH1. Una mutación se ubicó en el exón 1; c.88C> A (p.Pro30Thr), en una familia con tres casos de CG. Se observó una variante patogénica sin sentido; c.1531C> T (p.Gln511Ter) en un paciente índice de 20 años sin antecedentes familiares previos de CG. Un equipo multidisciplinario evaluó a cinco portadores de esta mutación en esta familia y uno de ellos se sometió a una

gastrectomía total profiláctica por vía laparoscópica, sin complicaciones postoperatorias y la anatomía patológica confirmó la presencia de 5 focos de CG.

**Conclusiones:** Identificamos un 7% de mutaciones de línea germinal no sinónimas en el gen CDH1 en pacientes que cumplen los criterios de CG hereditario difuso. Se describe una gastrectomía total laparoscópica profiláctica realizada debido a una mutación genética identificada.

## GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA EN CÁNCER GÁSTRICO

*Andrés Navarrete Molina, Claudia Meza Muñoz, Víctor Manuel Pino Poblete, Roberto Humeres Apra, Krystel Werner Feris, Rolando Sepúlveda Dellepiane, Luis Manríquez Chau, Ruben Cardenas Subiabre,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Cirugía Digestiva. Universidad de los Andes*

**Introducción:** La cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo en cáncer gástrico. En los últimos años la gastrectomía laparoscópica ha aparecido como una alternativa en estos pacientes.

**Objetivos:** Comparar los resultados quirúrgicos y oncológicos de Gastrectomía Total Laparoscópica (GTL) versus Abierta (GTA).

**Material y Método:** Estudio prospectivo, observacional de pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico en Hospital Militar Santiago entre Marzo 2015 y Junio 2018. Sin criterios exclusión. Se analizaron variables cuantitativas con t-student y cualitativas con Chi cuadrado.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 36 pacientes, 15 (41,7%) sometidos a GTL y 21 (58,3%) a GTA. El promedio de edad fue 65,4 ±14 años en GTL versus 70,1 ±10 años en GTA (p= 0,27). No hubo diferencias significativas en tiempo quirúrgico entre GTL versus GTA; 277 ±50 y 239 ±76 min (p= 0,1) respectivamente. No hubo conversión en GTL. Mortalidad quirúrgica a 90-días hubo 1 caso (4,7%) en GTA y no hubo en GTL (p= 0,004). Hubo 2 (13,3%) fistulas anastomóticas en GTL y 4 (19%) en GTA (p= 0,4). El promedio realimentación fue 5,5 (mediana 3) en GTL versus 8 (mediana 7) en GTA (p= 0,2). La estadía hospitalaria fue 10,2 ±8 días en GTL y 14,7 ±5,3 días en GTA mostrando diferencia significativa (p= 0,04). El tamaño promedio del tumor no mostró diferencia significativa entre ambos grupos (3,35 v/s 4,5 p= 0,2). La cosecha ganglionar promedio fue 30,4 (rango 18-70) en GTL versus 33,4 (rango 15-62) en GTA (p= 0,3). El seguimiento de nuestra serie fue del 100%

de los pacientes; 10,2 meses (rango 2-19) para GTL y 21,6 meses (rango 3-36) en GTA mostrando diferencia significativa (p= 0,007).

**Conclusiones:** La gastrectomía total laparoscópica es una técnica segura con resultados oncológicos comparables con la técnica abierta. Además se observó ventaja significativa en términos de estadía hospitalaria.

## GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO: ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

*Paula Andrea Fluxá Rojas, Rodrigo Abularach Cuellar, Javier Reyes Illanes, Felipe Castillo Henríquez, Cristián Pinto Lara, Rodrigo Vela Gonzalez, Belen Sanhueza Pozarski,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio de Cirugía. Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile*

**Introducción:** Cáncer gástrico es una de las principales causas de mortalidad por neoplasia en nuestro país, siendo la cirugía su principal tratamiento. El abordaje laparoscópico es una alternativa técnica que debe asegurar resultados similares a los establecidos para la cirugía laparotómica. Esto hace relevante analizar la experiencia inicial en gastrectomías laparoscópicas (GL) realizadas en nuestro servicio.

**Objetivos:** Determinar resultados clínicos, morbilidad y mortalidad, así como resultados oncológicos, en pacientes sometidos a GL en nuestro centro.

**Material y Método:** Revisión retrospectiva de las GL realizadas entre los años 2015 y 2018, por cáncer gástrico, con el fin de determinar resultados de morbilidad y mortalidad, así como variables clínicas, tales como disección ganglionar y fístula en anastomosis, mediante estadística descriptiva. Se incluyeron sólo pacientes con datos completos y se analizaron sólo pacientes en que se completó la cirugía en forma laparoscópica.

**Resultados:** De un total de 111 gastrectomías realizadas en el período analizado, 28 fueron abordadas en forma laparoscópica. El IMC promedio fue de 28,4 (21% pacientes con IMC > a 30). 1 paciente requirió conversión (3,6%). 21 de las 87 gastrectomías totales realizadas en este período (24,1%) fue por vía laparoscópica, utilizando para la reconstrucción anastomosis latero-lateral esófago yeyunal. 1 paciente presentó fístula en la anastomosis esófago-yeyunal (3,6%), 2 pacientes presentaron colecciones

intraabdominales (manejo conservador). Un paciente falleció por neumonía aspirativa. El inicio de alimentación por vía oral fue en promedio al día 3 postoperatorio. La mediana de estadía postoperatoria fue de 7 días. El promedio de ganglios cosechados fue de 32. 72% de los pacientes resueltos por vía laparoscópica se encontraba en estadio avanzado de la enfermedad (pTNM IIA o mayor).

**Conclusiones:** La vía laparoscópica se presenta como una alternativa con resultados similares a los establecidos para cirugía abierta. Se requiere completar seguimiento a 5 años a fin de obtener resultados de sobrevida, particularmente en estadios avanzados.

## GASTROYEURONOSTOMÍA PALIATIVA EN PACIENTES CON CÁNCERES AVANZADOS IRRESECABLES CON OBSTRUCCIÓN DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO.

*Javier Ignacio Rodríguez Gutiérrez, Macarena Kutscher Monckeberg, Fernando Crovari Eulufi, Fernando Pimentel Müller, Nicolás Jarufe Cassis, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Eduardo Briceno Valenzuela,*

*Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** La obstrucción del vaciamiento gástrico (OVG) puede presentarse hasta en un 20% de los cánceres avanzados. Cuando son irresecables, la paliación busca restablecer la ingesta oral y mejorar la calidad de vida. Para ello habitualmente se realiza una gastroyeyunostomía por vía abierta (GYA), o más frecuentemente en la actualidad, por vía laparoscópica (GYL).

**Objetivos:** Presentar resultados perioperatorios y morbi-mortalidad asociados a la gastroyeyunostomía. Objetivo secundario: comparar los resultados de la GYA y la GYL.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a gastroyeyunostomía paliativa por OVG por cánceres irresecables entre los años 2008 y 2018, en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Análisis mediante SPSS 20.0 utilizando test chi-cuadrado y Wilcoxon (para análisis univariados); Kaplan-Meier (curvas de sobrevida) y Mantel-Cox (comparación de curvas). Se consideró significativo valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 39 pacientes. Promedio de

edad de  $65,5 \pm 16,1$  años; 23 pacientes (59%) de sexo femenino. Se realizaron 20 GYA y 19 GYL, mayoritariamente por cáncer gástrico. La reconstrucción fue tipo Billroth II en 36 pacientes (92,3%) e Y de Roux en 3 (7,7%) con ascenso del asa antecólico en 33 pacientes (84,6%) y transmesocólico en 6 (15,4%). Mediana de tiempo operatorio de 105 (82,5 - 133,8) minutos en GYA y 105 (60 - 120) en GYL. Morbilidad mayor (clavien >3) y mortalidad de la serie de 5,1% y 2,6% respectivamente. Sin diferencias significativas en morbi-mortalidad, estadía hospitalaria ni sobrevida entre ambos grupos. Tiempo significativamente menor para realimentación y recuperación de tránsito intestinal con la GYL. La sobrevida global fue de 178 días (IC 95% 132,7 - 223,6).

**Conclusiones:** La gastroyeyunostomía paliativa es una técnica segura y eficiente, siendo la GYL una alternativa que no aumenta la morbi-morbilidad y que permite la realimentación oral y la recuperación de tránsito intestinal de forma más precoz.

## PRIMERA GASTRECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA POR CANCER GASTRICO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA SERENA

*Marcelo Beltran Saavedra, Francisco Jesús Rodríguez Vega, María Fernanda Häberle Orrego, Pablo Meneses Rojo,*

*Hospital San Juan de Dios (La Serena). Equipo de Cirugía Digestiva. Universidad Católica del Norte*

**Introducción:** La gastrectomía total laparoscópica por cáncer gástrico constituye una de las opciones actuales para la resolución de esta patología. Existen algunos casos de la aplicación de esta técnica en hospitales provinciales. Presentamos un video con la primera gastrectomía total laparoscópica por cáncer gástrico en el Hospital San Juan de Dios de La Serena y en la IV Región de Chile.

**Objetivos:** Presentar la primera experiencia con la técnica laparoscópica de la gastrectomía total en nuestra Institución.

**Contenido del Video:** Paciente masculino de 43 años de edad sin patología asociada. Portador de un adenocarcinoma gástrico infiltrante difuso con células en anillo de sello en un tumor Borrmann IV que medía 3 x 5 cm en la curvatura menor. La tomografía abdominal muestra un engrosamiento de la pared de la curvatura menor gástrica sin elementos de diseminación a distancia (T2, N0, M0). Se decide la resolución quirúrgica. El presente video muestra una técnica poco conocida y aplicada en el país. Se muestra una

gastrectomía total laparoscópica siguiendo todos los pasos principales:

1. Disección del epiplón mayor y de los vasos gastroesplénicos
2. Disección de la primera porción del duodeno
3. Linfadenectomía
4. Disección del esófago abdominal
5. Sección del esófago sobre la unión esófago-gástrica
6. Anastomosis esófago-yeyunal con grapadora lineal
7. Anastomosis yeyuno-yeyunal
8. Colectomía.

La evolución postoperatoria fue excelente.

## DISECCIÓN LINFÁTICA DEL MEDIASTINO INFERIOR EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA SIEWERT 3: TÉCNICA QUIRÚRGICA

*Marco Ceroni Villanelo, Enrique Norero Muñoz, Cristian Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Muñoz Claro,*

*Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía. Equipo de cirugía Esófago-Gástrico. Pontificia Universidad Católica de Chile*

**Introducción:** La linfadenectomía del mediastino inferior y del grupo ganglionar 16a1 en pacientes con cáncer de la unión gastroesofágica(UGE) Siewert 3, no se realiza de rutina, sin embargo, varios estudios han demostrado que esta conducta, tiene valor pronóstico y terapéutico.

**Objetivos:** Mostrar la técnica quirúrgica de la disección linfática de los grupos ganglionares del mediastino inferior (110, 111 y 112) e intercavo-aórtico 16a1, en un paciente con cáncer de la UGE Siewert 3.

**Contenido del Video:** Se muestra un video de los pasos quirúrgicos de una la linfadenectomía de los grupos ganglionares 110, 111, 112 y 16a1 en un paciente con cáncer la UGE Siewert 3, durante una gastrectomía total abierta. Se describe: 1) Exposición de la UGE; 2) Maniobra de Pinotti; 3) Puntos de referencia y disección de los grupos ganglionares del mediastino inferior y del grupo 16a1.

**Comentario:**

Habitualmente los pacientes con cáncer de la UGE Siewert 3, se les realiza la misma disección linfática que un paciente con cáncer gástrico, siguiendo las indicaciones de disección linfática de las guías japonesas para una gastrectomía total.

Como grupo pensamos que es relevante realizar una

disección más amplia para aquellos pacientes con cáncer con compromiso de la UGE.

## IMPACTO NUTRICIONAL DE LA GASTRECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO. COMPARACIÓN DEL ABORDAJE ABIERTO VS EL LAPAROSCÓPICO: ESTUDIO PILOTO

*Marco Ceroni Villanelo, Julieta Klaassen Lobos, LUCIA MARINKOVIC RAMIREZ, Enrique Norero Muñoz, Rodrigo Muñoz Claro, Cristian Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Alfonso Díaz Fernandez,*

*Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía. Equipo de cirugía esófago-gástrico. Pontificia Universidad Católica de Chile*

**Introducción:** La evaluación del estado nutricional en pacientes con cáncer gástrico(CG) es fundamental para optimizar el tratamiento. Existe escasa información del impacto nutricional de la gastrectomía y si es menor con el abordaje laparoscópico.

**Objetivos:** Determinar el impacto nutricional de la gastrectomía en CG y si es menor con el abordaje laparoscópico.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo del impacto nutricional de la gastrectomía en CG, periodo 2016-2017. Se incluyeron los pacientes con gastrectomía con intención curativa. Se excluyeron los pacientes con necesidad de hospitalización para nutrición preoperatoria, cirugía paliativa y de urgencia. Se comparó variables nutricionales entre los pacientes con gastrectomía laparoscópica y abierta, antes de la cirugía y a los 30 días. Las variables fueron: Antropometría, albúmina, prealbúmina, recuento de linfocitos, gasto calórico basal con calorimetría indirecta, dinamometría e índice de Onodera (albúminax10 recuento de linfocitosx0,005). Se calculó tamaño muestral de 14 pacientes por grupo. Se utilizó estadística descriptiva y T-test. Se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se evaluaron 34 pacientes, 61,7% hombres, edad promedio  $64 \pm 9$  años, 41% tuvieron abordaje laparoscópico, 24% fueron incipientes. Sin diferencias basales entre los grupos. Los valores nutricionales preoperatorios fueron: peso  $73 \pm 11$ kg, IMC  $28 \pm 4$ , albúmina  $4,1 \pm 0,4$ gr/dL, prealbúmina  $23 \pm 8$ mg/dL, recuento de linfocitos  $2.401 \pm 849$ /uL, el gasto metabólico basal fue  $955 \pm 279$  kcal/día, dinamometría  $32 \pm 8$ Kg e índice de Onodera  $52,6 \pm 7,1$ . Se observó una disminución de peso de  $9,4 \pm 5,2\%$  a los 30 días postoperatorios;  $p = 0,019$ . La disminución de peso a los

# Cirugía Esófago Gástrico

30 a días fue mayor con el abordaje abierto(11,3±5,5%) en comparación con el laparoscópico(6,4±2%);p=0,009. El resto de los parámetros nutricionales no tuvieron diferencias significativas a los 30 días con respecto a los valores preoperatorios, ni tampoco por el tipo de abordaje.

**Conclusiones:** El impacto nutricional de la gastrectomía por CG se evidencia en la disminución de peso a los 30 días postoperatorios. La disminución de peso es menor con el abordaje laparoscópico.

## EVALUACIÓN DE COSTOS GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA EN CÁNCER GÁSTRICO; ES MÁS COSTOSA LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA?

*Andrés Navarrete Molina, Roberto Humeres Apra, Krystel Werner Feris, Claudia Meza Muñoz, Victor Manuel Pino Poblete, Luis Manríquez Chau, Rolando Sepúlveda Dellepiane, Ruben Cardenas Subiabre,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Cirugía Digestiva. Universidad de los Andes*

**Introducción:** En los últimos años la gastrectomía total laparoscópica ha aparecido como una alternativa en el manejo del cáncer gástrico. Aún no existe un análisis de los costos asociados en comparación con la técnica abierta.

**Objetivos:** Comparar los costos de Gastrectomía Total Laparoscópica (GTL) versus Abierta (GTA).

**Material y Método:** Estudio prospectivo, observacional de pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico en Hospital Militar Santiago entre Marzo 2015 y Junio 2018. Se revisaron las cuentas de todos los pacientes y se analizaron variables cuantitativas con t-student.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 36 pacientes, 15 (41,7%) sometidos a GTL y 21 (58,3%) a GTA. El promedio de edad fue 65,4 ±14 años en GTL versus 70.1 ±10 años en GTA (p= 0.27). En relación a los costos día cama de hospitalización, el promedio fue 1.349.956 pesos en GTL versus 2.825.611 pesos GTA (p= 0.16). Tanto en costos de consumo de farmacos como costos de terapia kinesiológica tampoco hubo diferencias significativas; 412.129 pesos GTL versus 2.154.129 pesos en GTA (p= 0.19) y 92.053 pesos en GTL versus 177.872 pesos en GTA (p= 0.15) respectivamente. Al analizar los costos de exámenes de laboratorio e insumos se obtuvo un costo de 126.008

pesos en GTL versus 195.815 pesos en GTA (p= 0.63) y 1.587.513 pesos en GTL 1.070.473 pesos en GTA (p= 0.08) respectivamente. En relación específicamente a los costos del uso de stappler, el costo promedio fue 2.220.828 pesos en GTL y de 766.550 pesos en GTA mostrando diferencia significativa (p< 0.01). Finalmente se obtuvo que el costo total de la hospitalización en GTL fue de 6.645.221 pesos versus 8.823.985 pesos en GTA sin demostrar diferencias significativas (p= 0.53).

**Conclusiones:** La gastrectomía total laparoscópica es una técnica que no produce un aumento en el costo global de la cirugía en comparación en la técnica abierta.

## CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA EN CÁNCER GÁSTRICO

*Andrés Navarrete Molina, Claudia Meza Muñoz, Victor Manuel Pino Poblete, Krystel Werner Feris, Roberto Humeres Apra, Luis Manríquez Chau, Rolando Sepúlveda Dellepiane, Ruben Cardenas Subiabre,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Cirugía Digestiva. Universidad de los Andes*

**Introducción:** En los últimos años la gastrectomía laparoscópica ha aparecido como una técnica quirúrgica con resultados oncológicos comparables a la técnica abierta pero, existe poca evidencia en la calidad de vida postoperatoria de estos pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la calidad de vida postoperatoria de pacientes sometidos a gastrectomía total laparoscópica (GTL) en comparación a gastrectomía total abierta (GTA) en cáncer gástrico .

**Material y Método:** Estudio prospectivo, observacional. Se contactó telefónicamente pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico en Hospital Militar Santiago, entre Marzo 2015 y Junio 2018. Se les aplicó 2 encuestas validadas para Chile: EORTC QLQ-30 y EORTC QLQ-OG25. Los resultados fueron transformados a variables lineales y comparados con t de Student.

**Resultados:** Se obtuvo un total 33 pacientes; 14 fueron GTL (42.4%) y 19 a GTA (57.6%). El promedio edad fue 65,7 ± 12 años para GTL y 68,1 ±10 años en GTA (p= 0.46). El momento promedio de encuesta fue 10.2 GTL y 23.4 meses GTA. Se obtuvo score GTL versus GTA: global 82.1 y 80.2 (p=0.7), sintomático 17.5 y 25.6 (p=0.2) y score funcional 87.1 y 71.2 (p= 0.04). En funcionalidad GTL versus GTA obtuvimos; física 91.4 versus 72.8 (p=0.04), emocional

83.3 versus 78.0 ( $p=0.5$ ), cognitiva 86.9 versus 78.0 ( $p=0.3$ ) y social 80.9 versus 73.6 ( $p=0.5$ ). Al analizar síntomas; fatiga

15.8 versus 32.7 ( $p= 0.04$ ), vómitos 11.9 versus 17.5 ( $p= 0.4$ ), dolor 17.8 versus 23.6 ( $p= 0.4$ ), pérdida de apetito 30.9 versus 5.2 ( $p= 0.1$ ), diarrea 19.0 versus 10.5 ( $p= 0.7$ ). Finalmente síntomas digestivos altos obtuvimos en disfagia 0.79 GTL versus 16.9 GTA ( $p=0.04$ ), alimentación 19.6 GTL versus 21.9 GTA ( $p=0.7$ ) y reflujo 11.9 GTL versus 18.4 GTA ( $p=0.5$ ).

**Conclusiones:** La GTL logra resultados comparables a GTA en calidad de vida e incluso ofrece ventajas significativas en funcionalidad física como también en síntomas como fatiga y disfagia.

## VÓLVULO GÁSTRICO COMPLICADO RESUELTO MEDIANTE GASTRECTOMÍA VERTICAL. CASO CLÍNICO.

*Diego Ardiles Lopez, Fatme Valentina Diaz Gasaly, Alejandro Sebastián Verdugo Fernández, Alvaro Barría Espinoza, Cristóbal Azócar Bizama,*

*Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena*

**Introducción:** El vólvulo gástrico es una entidad infrecuente y se asocia en gran medida a hernia hiatal. Se puede presentar como un hallazgo radiológico incidental o como un cuadro agudo grave caracterizado por obstrucción hasta necrosis gástrica con elevada mortalidad.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de una paciente con vólvulo gástrico complicado manejado mediante gastrectomía vertical.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de género femenino de 75 años de edad con antecedentes de obesidad grado 2 y dolor epigástrico intermitente. Consulta por dolor abdominal en flanco izquierdo y epigastrio de 48 horas de evolución. Al examen físico destacan signos de irritación peritoneal, y al laboratorio leucocitosis 21.7 k/dl y Proteína C Reactiva 245 mg/dl. TAC abdomen y pelvis evidencia ascenso del fondo y parte del cuerpo gástrico compatible con hernia hiatal grado III con signos sugerente de vólvulo gástrico órgano-axial con compromiso vascular. Se realiza laparoscopia exploradora que evidencia hernia hiatal con todo el fondo y parte del cuerpo del estómago ascendidos asociado a necrosis parcial. Se realiza gastrectomía vertical calibrada con grapadora lineal e hiatoplastia sin malla que se completa vía abierta por rotura parcial del fondo. Paciente evoluciona satisfactoriamente, sin

complicaciones quirúrgicas, siendo dada de alta a las 72 hrs.

## HERNIA DIAFRAGMÁTICA GIGANTE POST ESOFAGECTOMÍA Y ASCENSO GÁSTRICO MEDIASTÍNICO POR ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO.

*Italo Braghetto Miranda, Andrés Ignacio Torrealba Aránguiz, Manuel Figueroa Giralt, Ramon Gonzalo Cardemil Herrera,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía, Unidad de Cirugía esofago-gástrico.*

**Introducción:** El cáncer de esófago es una de las principales causas de esofagectomía total. Una de las complicaciones de este procedimiento son las hernias diafragmáticas.

**Objetivos:** Presentar el caso de una hernia diafragmática gigante con casi la totalidad de las asas intestinales en su interior.

**Contenido del Video:** Paciente sexo masculino de 52 años, con antecedentes de esofagectomía total por un adenocarcinoma esofágico en el año 2014, que además recibió quimio y radioterapia adyuvante. Reconstitución de tránsito con ascenso gástrico por vía mediastínica. Se diagnostica hernia hiatal con contenido intestino delgado y colon que ocupan gran parte de cavidad pleural izqda. Cirugía en dos tiempos. En tiempo abdominal se realiza laparoscopia, se liberan adherencias de cirugía previa y se encuentra gran hernia hiatal con contenido de epliplon mayor, colon transverso y casi la totalidad de intestino delgado. Se reduce contenido. Anillo herniario conformado por pilar diafragmático izquierdo. Se cierra defecto dejando brecha para paso de tubo gástrico. En tiempo torácico se coloca malla de Prolene® sobre defecto diafragmático suturado. Evolución postoperatoria sin complicaciones, se retira drenaje pleural al 3er día , alta al 4to día postoperatorio. TC de control al 3er mes operatorio no muestra recidiva herniaria.

## QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA EN MUJER ADULTA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

*Italo Braghetto Miranda, Andrés Ignacio Torrealba Aránguiz, Manuel Figueroa Giralt,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía Unidad de Cirugía Esofago - Gástrica.*

# Cirugía Esófago Gástrico

**Introducción:** Los quistes de duplicación gástrica son sumamente infrecuentes de diagnosticar en adultos debido a que casi en su totalidad son diagnosticados en los primeros años de vida. Se deben a una alteración de la diferenciación de los tejidos embrionarios.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente que en el contexto de estudio y manejo de tumor gástrico, finalmente se encuentra un quiste de duplicación gástrica.

**Contenido del Video:** Paciente sexo femenino de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y depresión, consulta en forma ambulatoria por un mes de epigastralgia y náuseas. En estudio endoscópico se encuentra masa gástrica, que biopsia sospecha tumor de GIST. Se decide gastrectomía subtotal laparoscópica. Una vez ingresada a la cavidad se observa lesión tumoral de 2,5 cm en curvatura mayor del estómago, se realiza gastrotomía y se exterioriza tumor. Se realiza resección de tumor con Stapler morado 60 mm. Biopsia intraoperatoria informada como lesión quística conteniendo líquido espeso, filante, claro, con límites de resección libres. Paciente con evolución favorable en el post operatorio. Control con biopsia diferida confirma quiste de duplicación gástrica.

## RESULTADOS A MÁS DE 12 AÑOS DE LA CIRUGÍA DE SUPRESIÓN ÁCIDA Y DERIVACIÓN DUODENAL EN ESÓFAGO DE BARRET

*Attila Csentes Juhász, Omar Orellana Espinoza, Ana María Burgos Li, Fernando Maluenda Gatica, Juan Carlos Díaz Jeraldo,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.*

**Introducción:** Siendo el esófago de Barret (EB) una patología con riesgo de desarrollo de Adenocarcinoma de Esófago (ACE), aún no existe un tratamiento óptimo. La Funduplicatura, que es una opción para el EB corto, no tiene los mismos resultados en EB largo. En este último grupo la cirugía de supresión ácida y derivación duodenal (CSADD) podría ofrecer una ventaja

**Objetivos:** Estudio prospectivo a largo plazo basado en características clínicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes sometidos a CSADD en pacientes con EB

**Material y Método:** Serie de casos longitudinal y prospectiva con inclusión de 149 pacientes consecutivos sometidos a CSADD entre 1990 - 2005. División en tres grupos según longitud del EB: EB corto  $\leq 3$ cms (Grupo1), largo 3.1-10cms (Grupo2) y extra-largo  $>10$  cms (Grupo3). Realización evaluaciones endoscópicas,

histológicas, manométricas y pHmetría/24horas en conjunto con respuesta según Visick. Criterio de exclusión fue presencia de displasia de alto grado

**Resultados:** Del total de 149 casos; se excluyen 6 por fallecimiento  $<12$  años y 22 por pérdida de seguimiento, logrando control alejado (192-212 meses) en 121 pacientes (81,2%). El 100% de los casos con endoscopia, biopsias, manometría y pHmetría preoperatorias. Durante el seguimiento se realizan 4,34 endoscopias/paciente, 6,7 biopsias/endoscopia, 92 manometrías y pHmetrias 24 horas (76%).

La incidencia acumulada de regresión histológica a mucosa cardial/fúndica y displasia de bajo grado fue 89% - 86% en Grupo1, 30% - 82% en Grupo2 y 0% - 60% Grupo3 respectivamente. Existió progresión a ACE en dos casos del Grupo2 (3,7%) y en 1 caso Grupo3 (5,5%) en 144-260 meses de seguimiento. Los resultados según Visick fueron I-II 87,8% Grupo1, 90,7% Grupo2 y 83,4% Grupo 3 y Visick III ? IV fueron 12%, 9,3% y 16,6% respectivamente

**Conclusiones:** Se obtienen buenos resultados clínicos con la CSADD, logrando un eficaz control del reflujo ácido-biliar, constituyendo una alternativa efectiva para EB largo y extra-largo

## EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CÁNCERES ESÓFAGO-GÁSTRICOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

*Krystel Werner Feris, FLORENCIA PINTO GILARDONI, Andrés Navarrete Molina, Roberto Humeres Apra, Luis Manríquez Chau, Rolando Sepúlveda Dellepiane, Mathias Brain Sanchez,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** En nuestro país existe poca información sobre la incidencia, mortalidad y sobrevida de los cánceres digestivos. El Hospital Militar es centro de referencia nacional y presenta los resultados oncológicos de sus distintas unidades.

**Objetivos:** Describir la distribución, incidencia, estadio, mortalidad y sobrevida de los cánceres esófago-gástricos de la población militar chilena de los últimos 5 años.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes con biopsias compatibles con cánceres esófago-gástricos derivados al Hospital Militar en los últimos 5 años, independiente de su estadio y tratamiento. Se excluyeron a todos los

# Cirugía Esófago Gástrico

pacientes sin previsión ejército. Se realizó un análisis descriptivo utilizando STATA 14 para todas las variables estudiadas: edad, sexo, localización del tumor, estadio oncológico, cirugía, mortalidad y sobrevida.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 169 pacientes. 18 pacientes presentaron cáncer de esófago, con una incidencia estimada de 3,27/100.000 hab. La edad promedio fue de 72,1 años, sexo femenino 55,5% e histología más frecuente: carcinoma escamoso (11 casos). La etapificación al diagnóstico: I y IA fueron 7 casos, mientras que 4 se diagnosticaron en etapa IV. 8 pacientes se sometieron a esofagectomía. La mortalidad general fue de 61,1% y la sobrevida según Kaplan-Meier S(t) global fue 0,36 (IC 95% 0,14-0,58).

Se estudiaron 151 pacientes con cáncer gástrico con una incidencia estimada de 27,4/100.000 hab. La edad promedio 69,0 años, sexo masculino 76,8% y la histología más frecuente fue adenocarcinoma con 96,7%. La etapificación al diagnóstico fue: 25 casos incipientes y 52 pacientes en etapa IV. 72 pacientes se realizaron gastrectomías. La mortalidad general fue 59,6% y la sobrevida según Kaplan-Meier S(t) global fue 0,25 (IC 95% 0,13-0,38).

**Conclusiones:** La población militar presenta una incidencia y tasas de mortalidad de cánceres esófago-gástricos similar al resto del país, con tasas de operabilidad levemente superiores.

## CARACTERIZACION CLINICA Y ANATOPATOLOGICA DE PACIENTES CON CÁNCER GASTRICO OPERADOS CON INTENCIÓN CURATIVA EN EL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (2011-2016).

*Héctor Molina Zapata, Francisco Pacheco Bastidas, Osvaldo Torres Rodríguez, Orlando Antonio Rodríguez Opazo, Ricardo Varas abarca, Vania Loreto Molina Palma, Javiera Ignacia Diaz Silva, Hector Alonso Molina Reyes,*

*Universidad de Concepción. Servicio de Cirugía. Hospital Guillermo Grant Benavente*

**Introducción:** El cáncer gástrico (CG) es una patología con una elevada prevalencia en Chile, siendo la región del Bio-Bio una de las con mayores tasas de mortalidad, alcanzando 18,8 por 100 mil habitantes.

**Objetivos:** Describir características clínicas y anatopatológicas de los pacientes con CG del Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) en el periodo 2011 a 2016.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. La recopilación de datos se efectuó por revisión de fichas clínicas y biopsias de 254 pacientes con diagnóstico de CG a los cuales se les realizó cirugía con intención curativa entre los años 2011-2016 en el HGGB. Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva básica en Microsoft Excel®.

**Resultados:** La edad promedio fue 65,32±11,03 años con una relación hombre/mujer 2:1. Los motivos de consulta más frecuentes fueron epigastralgia, baja de peso y hemorragia digestiva alta. Se realizó gastrectomía total ampliada a 180 (70,87%) pacientes. Las características anatomopatológicas más destacables fueron carcinoma avanzado en un 75,98% (193), el tipo intestinal de Lauren en un 48,4% y el cuerpo gástrico como localización más frecuente (57,09%). El promedio de ganglios resecaos fue de 26,7 y hubo compromiso ganglionar en 156 (61,42%) pacientes. 81,27% (50) de los pacientes con cáncer incipiente y 24,35%(47) de los con cáncer avanzado no tenía compromiso ganglionar. 244 (96%) pacientes tuvieron margen de resección libre. En un 7,5% se apreció lesiones sincrónicas. La mortalidad operatoria fue 3,15%. La sobrevida de la serie hasta agosto del 2017 es del 60,24%.

**Conclusiones:** Nuestra serie tiene similares características comparado con otros grupos nacionales e internacionales. Destaca el alto porcentaje de pacientes con carcinoma avanzado lo cual refleja que el diagnóstico fue tardío, siendo importante tener un alto índice de sospecha. Las características principales de los pacientes con carcinoma avanzado son su edad de presentación menor y el mayor compromiso ganglionar con respecto a los tipos incipientes.

## TUMORES GASTRICOS SINCRONICOS EN PACIENTES OPERADOS CON INTENCIÓN CURATIVA EN EL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (2011-2016).

*Héctor Molina Zapata, Francisco Pacheco Bastidas, Osvaldo Torres Rodríguez, Orlando Antonio Rodríguez Opazo, Ricardo Varas abarca, Vania Loreto Molina Palma, Javiera Ignacia Diaz Silva, Hector Alonso Molina Reyes,*

*Universidad de Concepción. Servicio de Cirugía. Hospital Guillermo Grant Benavente*

**Introducción:** El cáncer gástrico (CG) es la neoplasia más frecuente y con mayor mortalidad en Chile. Las lesiones sincrónicas gástricas representan el 10%,

# Cirugía Esófago Gástrico

siendo rara su asociación entre adenocarcinoma y tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

**Objetivos:** Describir características clínicas y anatopatológicas de los pacientes con lesiones sincrónicas gástricas, operados en el Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) en el periodo 2011 a 2016.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. La recopilación de antecedentes se basó en biopsias y ficha clínica electrónica. De un total de 254 pacientes con CG operados en el HGGB en el periodo 2011-2016, se encontró la presencia de 19 pacientes (7,5%) con lesiones sincrónicas. Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva básica en Microsoft Excel®.

**Resultados:** Se encontró lesiones sincrónicas en 19 de un total de 254 pacientes estudiados. La edad promedio fue  $69,8 \pm 6,7$  años, 12 eran hombres (63,2%). Se realizó gastrectomía total ampliada a 15 pacientes (66,7%). El total de la muestra tuvo márgenes libres. Con respecto a la histología 10 pacientes presentaron del tipo intestinal en ambas lesiones, 2 pacientes presentaron GIST asociado a adenocarcinoma. En 4 pacientes hubo asociación tipo difuso e intestinal y en 3 mixto e intestinal. 50% de las lesiones se encontraban en el cuerpo gástrico, siendo 3 de ellas encontradas en el mismo segmento (cuerpo). El tamaño promedio de la lesión más grande es de  $8,2 \pm 5,9$  cm. 15 pacientes tenían compromiso más allá de la submucosa. 7 paciente no tuvieron invasión ganglionar.

**Conclusiones:** La asociación más frecuente en la literatura de un tumor sincrónico gástrico es entre adenocarcinoma y linfoma gástrico primario, sin embargo, no se representa en nuestra muestra. Identificamos la asociación con GIST en 2 pacientes con adenocarcinoma, siendo esto muy infrecuente. El diagnóstico preoperatorio es importante en este tipo de lesiones, permitiendo un mejor enfrentamiento terapéutico y resultados a largo plazo.

Abordaje laparoscópico de leiomioma esofágico distal gigante.

Guillermo Martínez Salinas, Luis Barahona Acevedo, Katherine Nicole Barahona Torres, Omar Orellana Espinoza, Enrique Lanzarini S,

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Equipo Esófago - Gástrico.

**Introducción:** El leiomioma es el tumor esofágico submucoso más frecuente y corresponden al 1% de los tumores esofágicos. Cuando estos tumores son de gran tamaño representan un desafío del punto de vista quirúrgico, ya que a pesar de ser de comportamiento benigno puede ser necesario realizar una

esofagectomía.

**Objetivos:** Mostrar el manejo quirúrgico de un leiomioma de gran tamaño sin necesidad de realizar esofagectomía.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer, 45 años, obesa, con cuadro de 7 meses de disfagia, pseudoregurgitación, vómitos ocasionales y baja de peso estimada de 10 kilos. Estudiada con EDA: Lesión submucosa v/s compresión extrínseca en el tercio distal del esófago de 5cms. Endosonografía con biopsia compatible con leiomioma esofágico. TC: Lesión tumoral subepitelial compatible con tumor benigno esofágico distal que rodea el esófago en todo su perímetro. Se realiza exploración laparoscópica, maniobra de Pinotti, evidenciando gran tumor circunferencial esofágico. Se realiza enucleación completa respetando el plano mucoso. Cierre transversal de plano muscular cubriendo la totalidad del defecto. Buena evolución post operatoria. Bp confirma diagnóstico de leiomioma esofágico.

A pesar de ser un desafío complejo para el cirujano, es preferible intentar la resección menos agresiva para el paciente en pro de reducir la morbilidad futura y no afectar su calidad de vida.

## ACALASIA Y HERNIA HIATAL: REPARACIÓN CONJUNTA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Guillermo Martínez Salinas, Gisela Fernanda Meza Marquez, Omar Orellana Espinoza, Diego Valenzuela Silva, Maher Musleh Katan,

Hospital Clínico U. de Chile. .

**Introducción:** La asociación entre Acalasia y Hernia hiatal fue descrita en 1965 existiendo hasta la fecha escasa literatura respecto a su manejo quirúrgico. Esta asociación representa un desafío para el cirujano pero es posible su reparación conjunta por vía laparoscópica con buenos resultados.

**Objetivos:** Mostrar una técnica quirúrgica para la resolución conjunta de acalasia y hernia hiatal concomitante por vía laparoscópica

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer 72 años, buen performance status. Historia de 20 años de disfagia, pirosis, disconfort torácico y baja de peso. Estudio EDA: Hernia hiatal paraesofágica. Rx EED: Acalasia Vigorosa Hernia hiatal paraesofágica. Manometría esofágica: Acalasia Vigorosa. Se realiza miocardiomiectomía con Funduplicatura parcial en Parche de Dor y hiatoplastia en un tiempo quirúrgico por vía Laparoscópica. Post operatorio favorable. Controles posteriores muestran remisión de síntomas.

# Cirugía Esófago Gástrico

La hernioplastia hiatal Cardiomiectomía con parche de Dor por vía laparoscópica es una alternativa plausible para el manejo de estas patologías concomitantes. Es necesario reportar mayor cantidad de casos para conocer las distintas alternativas quirúrgicas y así a futuro tener directrices descritas para el manejo de estos casos.

## PRONÓSTICO DEL CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

Javiera Toledo Gómez, Carlos García Carrasco, Tiffany Rojas Ortega, Daniela Arauco Rodríguez, Benjamin Fernandez Marambio, Patricia Rebolledo Caro, Carlos Benavides Castillo, Carlos Esperguel Galaz,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Introducción:** El pronóstico del cáncer gástrico (CG) depende de factores como profundidad de la lesión y presencia o no de compromiso linfonodal. Otro factor relevante corresponde a la variedad histológica, siendo el pronóstico de la variedad de células en anillo de sello (CAS) en CG incipiente (CGi) aún controversial.

**Objetivos:** Analizar la sobrevida de los pacientes con CGi con variedad histológica CAS y determinar si estos tienen un pronóstico diferente frente a otras variedades histológicas.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 72 pacientes con diagnóstico de CGi operados con intención curativa. Se distribuyeron en dos grupos: A) CGi CAS y B) CGi no CAS. Se analizaron variables demográficas, hallazgos macroscópicos, histología y seguimiento a largo plazo. Criterios de inclusión: CG resecaados con intención curativa, abordaje abierto o laparoscópico. Se excluyeron pacientes tratados por endoscopia. Se realizó análisis estadístico comparando variables categóricas con test de X<sup>2</sup>. La sobrevida fue estimada con Kaplan-Meier y la comparación con Log-rank Test. Se utilizó programa Stata 15.

**Resultados:** Entre septiembre de 2010 y diciembre de 2017 fueron operados 321 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, correspondiendo 72 a CGi (22,4%). 16 casos pertenecieron al grupo A y 56 casos al grupo B. La sobrevida global de la serie fue de 77% a 5 años, sin diferencias significativas entre ambos grupos (Grupo A: 64,9% y Grupo B: 78,4%). Sin embargo, se observa una tendencia a peor sobrevida en el grupo A.

**Conclusiones:** El pronóstico del cáncer gástrico con

células en anillo de sello es un tema controversial. Diversas series muestran un peor pronóstico en lesiones avanzadas, pero similar supervivencia en lesiones incipientes. En la presente serie los pacientes con CGi CAS presentan una mayor frecuencia de metástasis linfática y una tendencia a peor pronóstico. Con estos datos proponemos a lo menos disección D2 en cáncer gástrico incipiente con CAS.

## CIRUGÍA EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO SIN ESÓFAGO DE BARRETT, ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO (12 ? 24 AÑOS) CON SEGUIMIENTO MAYOR 80%?

Attila Csendes Juhasz, Omar Orellana Espinoza, Fernando Maluenda Gatica, Juan Carlos Díaz Jeraldo,

Hospital Clínico U. de Chile. Departamentode Cirugía.

**Introducción:** Los resultados publicados a largo plazo de la cirugía antirreflujo son escasos, con bajo porcentaje de seguimiento, con medición de resultados con variables subjetivas y sin evaluación directa la mayoría de ellos

**Objetivos:** Desarrollar un estudio prospectivo a largo plazo basado en las características clínicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes con reflujo gastro-esofágico (RGE) sin Esófago de Barret (EB) sometidos a Funduplicatura de Nissen laparoscópica (FNL)

**Material y Método:** Serie de casos prospectiva longitudinal de 174 pacientes consecutivos sometidos a FNL (1994-2003). Realización de múltiples evaluaciones endoscópicas, histológicas, manométricas y de pHmetria-24horas en conjunto con su respuesta sintomática (Visick). Los criterios de exclusión fueron la preexistencia de EB o hernia hiatal (HH)

**Resultados:** Con un total de 174 casos; se excluyen 4 (2,3%) por fallecimiento en menos de 12 años y 29 (16,7%) por perdida de seguimiento, logrando control alejado (144-288 meses) en 141 pacientes (81%). Se realizan por paciente: radiología al mes en 100%, 3.5 endoscopías/control, 3.4 biopsias/endoscopia, manometria en 70% y pHmetria en 70%. Presentan buena respuesta al tratamiento 112 pacientes (80%) con Visick I-II (Grupo1) y pobre respuesta (Grupo2) Visick III ? IV 19 (13,5%) y 10 (7%) pacientes respectivamente. El Grupo1 sin desarrollo de EB ni HH, con %tiempo-pH<4/ 24horas de 2.4 y con presión de esfínter esofágico inferior de 13,6mmHg. El desarrollo de EB se presentó en 7 pacientes, con una incidencia

# Cirugía Esófago Gástrico

acumulada de 4,96% en 22 años. Se realizaron diez reoperaciones, siete por esofagitis erosiva B-D, una estenosis y dos neoplasias; una de ellas por adenocarcinoma en esófago Barrett a los 20 años de seguimiento

**Conclusiones:** La FNL logra control sintomático a largo plazo en el 80% pacientes. Es fundamental la realización de controles subjetivos y objetivos para demostrar el efecto antirreflujo y la detección de complicaciones.

## FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE FÍSTULA DUODENAL POST GASTRECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO.

*Enrique Norero Muñoz, José Luis Quezada González, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Muñoz Claro, Constanza Godoy Santin, Alfonso Díaz Fernández,*

*Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Unidad de Cirugía Esofagogástrica. Departamento de Cirugía Digestiva.. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.*

**Introducción:** La fístula duodenal es una rara pero potencialmente grave complicación de la gastrectomía por cáncer gástrico. El objetivo del presente estudio fue identificar factores predictores de fístula duodenal posterior a una gastrectomía por cáncer gástrico.

**Objetivos:** Establecer factores predictores de fístula duodenal posterior a una gastrectomía por cáncer gástrico.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a una gastrectomía por cáncer gástrico desde enero 2012 a diciembre 2016. Desenlace de interés fue el diagnóstico de fístula duodenal. Se utilizó Test de Fisher y regresión logística para identificar los factores asociados a esta complicación.

**Resultados:** Se realizaron 289 gastrectomías (67% hombres, mediana de edad 65 años, IMC promedio 24). En 196 (67%) se efectuó una gastrectomía total, realizando disección ganglionar D2 en el 85%, R0 en el 86%. El cierre del muñón duodenal se efectuó con sutura mecánica en 123 pacientes (43%) y con sutura manual 166 de estos (57%). La frecuencia de fístula duodenal fue de 2,8% (n=8). En 5 de los 8 casos la fístula duodenal representó una complicación severa (Clavien Dindo ?3) debido a la necesidad de una reoperación. El análisis multivariado identificó como factor asociado de forma independiente al desarrollo de una fístula duodenal la existencia de una laparotomía

supra-umbilical previa (OR 8,934; CI 1,592 -50,146) y el cierre del muñón duodenal mecánico (OR 13,8; CI 1,573 ? 121,129).

**Conclusiones:** La fístula duodenal tiene una baja frecuencia post gastrectomía por cáncer gástrico. El antecedente de una laparotomía supra-umbilical previa y la sección mecánica del duodeno se asocian a mayor riesgo de fístula duodenal.

## EXPERIENCIA INICIAL EN GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ONCOLÓGICA EN HOSPITAL MAGALLANES, EXPERIENCIA DE 3 AÑOS.

*Darío Eduardo Palominos Salas, Andres Sepulveda Nakamura, Lissette Leiva Sanchez, Tomas Quezada Alvarez, Alejandro Altamirano Mansilla,*

*Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas). Cirugia Digestiva. Universidad de los Andes*

**Introducción:** El abordaje laparoscópico para cáncer gástrico es un procedimiento que se ha ido implementando en distintos centros, teniendo resultados oncológicos y morbilidad semejantes a la gastrectomía abierta, sumándole los beneficios de no realizar laparotomías. La primera gastrectomía laparoscópica en el Hospital de Magallanes, uno de los pocos hospitales en zona extrema del país, se realizó en agosto/2015 y desde entonces se ha ido replicando la técnica hasta alcanzar un total de 11 pacientes.

**Objetivos:** Reportar la experiencia de gastrectomías oncológicas con abordaje laparoscópico, en un hospital de zona extrema del país, como el Hospital de Magallanes.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron la totalidad de cáncer gástricos operados durante agosto 2015 a junio/2018. Se registraron variables pre-operatorias, análisis de hallazgos y resultados operatorios; resultados de anatomía patológica, complicaciones precoces y tardías. Se utilizaron indicadores estadísticos como promedio, desviación estándar, tasas para el análisis de resultados.

**Resultados:** Hubo 47 pacientes con gastrectomía oncológica desde agosto/2015 hasta marzo/2018. De estos hubo 11(23,40%) casos de gastrectomía laparoscópica, el cual corresponde a nuestra muestra a analizar. La edad promedio es de 67,6 años. 5(45,45%) mujeres. Se realizaron 10(81,81%) gastrectomías subtotales y 1(18,18%) gastrectomía total. Hubo 2(18,18%) conversiones, por dificultad en disección de pieza. El tiempo operatorio fue 180 minutos(135-230). La

# Cirugía Esófago Gástrico

distribución por TNM fue de 4 pacientes en etapa IA; 1 IIIA, 2 IB, 3 IIB y 1 IIIB. Todos los pacientes fueron resecados con margen negativo en el análisis de anatomía patológica. El promedio de cosecha ganglionar fue 22 ganglios(8-37). Hubo 1(9,09%) complicación que correspondió a una gastroparesia post-operatoria, que se maneja de forma medica(Clavien-Dindo grado I). No hubo reoperaciones ni mortalidad en la casuística.

**Conclusiones:** La gastrectomía oncológica laparoscópica es una alternativa segura para el enfrentamiento del cáncer gástrico, inclusive en hospitales en zona extrema como es el Hospital-Clinico de Magallanes, como muestra nuestra serie.

## LA QUIMIOTERAPIA (QMT) PREOPERATORIA COMPLETA CON FLOT (FLUORURACILO/LEUCOVORINA/OXALIPLATINO/DOCETAXEL) NO AUMENTA LA MORBIMORTALIDAD PERIOPERATORIA DE LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA POR CÁNCER GÁSTRICO (CG)

Jorge Gajardo Jofre, Jorge Matute Villota, Sebastian Hoefler Steffen, Roberto Charles Carrasco, Nicolas Devaud Jaureguiberry, Jean Michel Butte Barrios,

Fundación Arturo López Pérez. Cirugía Oncológica Digestiva. Universidad de Los Andes

**Introducción:** El CG es una enfermedad de elevada prevalencia en Chile. La QMT perioperatoria con FLOT se ha asociado a una mayor probabilidad de respuesta patológica completa (RPC), sin embargo, solo el 50% de los pacientes completa el tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar la morbimortalidad perioperatoria asociada al tratamiento con QMT esquema FLOT completamente preoperatorio en pacientes con CG avanzado.

**Material y Método:** Estudio de cohorte que reclutó a 51 pacientes con cáncer gástrico cT2-4N M0 sometidos a neoadyuvancia completamente preoperatoria con FLOT (expuestos) o perioperatoria con TCX (no-expuestos), intervenidos quirúrgicamente en FALP entre enero de 2013 y marzo de 2018. El grupo no-expuesto fue emparejado 1:2 en función de edad, sexo, comorbilidades y etapificación. La variable de exposición fue la indicación de QMT neoadyuvante preoperatoria completa con FLOT (8 ciclos). La variable resultado fue la morbilidad mayor postoperatoria (Clavien $\geq$ 3). Para el análisis estadístico se utilizó Stata 14.

**Resultados:** Cincuenta y un pacientes fueron incluidos en el estudio. El 67% de ellos fueron hombres y la edad media 60 $\pm$ 9 años. Un total de 17 pacientes recibieron FLOT preoperatorio y 34 pacientes TCX perioperatorio. No hubo diferencias entre ambos grupos en términos de edad, sexo, etapificación clínica y comorbilidades. Trece pacientes (77%) lograron completar los 8 ciclos de FLOT preoperatorio. La duración de la cirugía, sangrado intraoperatorio y estadia fue similar en ambos grupos. Se obtuvo RPC en 4 pacientes que recibieron FLOT y en 1 paciente que recibió TCX (p=0.03). La morbilidad perioperatoria fue similar en ambos grupos (5%). No hubo mortalidad perioperatoria a 90 días.

**Conclusiones:** La QMT completamente preoperatoria con FLOT es factible de realizar sin aumento en la morbimortalidad quirúrgica.

## RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA INTRA-GÁSTRICA DE GIST SUBCARDIAL

Diego Ardiles Lopez, Alvaro Barría Espinoza, Cristóbal Azócar Bizama, Manuel Vial Gallardo, Victor Molina Gatica,

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

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva ha surgido como una alternativa al tratamiento clásico de diferentes patologías. Dentro de estas, la laparoscopia intragástrica es una alternativa para el tratamiento de lesiones gástricas benignas, cuando su tamaño o localización no permiten la resolución por vía endoscópica y donde la indicación clásica es la gastrectomía con su inherente morbimortalidad.

**Objetivos:** Presentar la técnica de cirugía laparoscópica intragástrica como opción al tratamiento endoscópico o gastrectomía clásica.

**Contenido del Video:** Se presenta caso de paciente de 77 años en estudio por hemorragia digestiva, endoscopia digestiva alta revela tumor de aproximadamente 6 cm subcardial dependiente de pared posterior. Biopsia de lesión compatible con tumor de estroma gastrointestinal. Se realiza resección laparoscópica intragástrica. Post operatorio favorable, reinicio de alimentación con líquidos al primer día bien tolerado, de alta a las 72 horas.

# Cirugía Esófago Gástrico

## GASTRECTOMÍA TOTAL ROBÓTICA PARA MANEJO DE TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) SUBCARDIAL GIGANTE.

Jorge Vinicio Bravo López, Juan Eduardo Contreas Parraguez, Ismael Court Rodriguez, HERNAN DE LA FUENTE HULAUD, DAVID BRAVO LOPEZ,

Clínica Santa María. Unidad de cirugía robótica y mínimamente invasiva / Clínica Santa María.

**Introducción:** El GIST representa < 3% de todas las neoplasias gastrointestinales y puede producirse en cualquier punto del mismo, pero el más frecuente es el estómago (60%). La mayoría son benignos (70-80%) y la malignidad está dada en tumores de gran tamaño con índices mitóticos altos. El tratamiento es la resección quirúrgica con varias técnicas y abordajes dependiendo de la localización, tamaño y tipo de crecimiento. Existe experiencias iniciales del uso de plataformas robóticas en técnicas resectivas gástricas para esta patología, sus beneficios aún están en evaluación

**Objetivos:** Mostrar el abordaje robótico de GIST Gástrico subcardial mediante Gastrectomía Total.

**Contenido del Video:** Paciente 43 años, obesa grado II. Episodio de melena. EDA/TAC: lesión tumoral subcardial ulcerada sangrante. Exploración robótica usando plataforma DaVinci Si-Intuitive (4 brazos y trócar auxiliar 12mm), montaje frontal. T. trócares: 6min T. Montaje 7min. T. Consola: 168min. Instrumental Endowrist de 8mm con dos Cadiere, armonico y portaagujas. Exploración: masa 10cm subcardial. EDA intraop. sin posibilidad de resección parcial. Esqueletización de curvatura mayor gástrica, sección duodenal con stapler/seamguard. Esqueletización de curvatura menor. Disección subcardial y esofágica. Sección esofágica con stapler/seamguard y anastomosis término lateral con stapler lineal. Entero-entero anastomosis con stapler. Buena evolución, alta al 4to día.

## ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DESARROLLADO EN ?POUCH? GÁSTRICO POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO POR OBESIDAD. CASO CLÍNICO.

Daniela Arauco Rodriguez, Tiffany Rojas Ortega, Benjamin Fernandez Marambio, Javiera Toledo Gómez, Carlos García Carrasco,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago).

*Equipo Digestivo Alto.*

**Introducción:** El cáncer gástrico es la neoplasia maligna de mayor mortalidad en Chile. Paralelamente, la cirugía bariátrica ha aumentado dado los altos índices de obesidad. La aparición de neoplasias en el remanente gástrico, aunque poco descrita, ha propuesto su resección profiláctica.

**Objetivos:** Evidenciar la posibilidad de aparición de cáncer gástrico en el estómago proximal, la necesidad de vigilancia y resolución quirúrgica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenina, 71 años, antecedente de bypass gástrico, Diabetes Mellitus II y cáncer mamario operado-irradiado. Cuadro de 8 meses de epigastralgia, virosis y hematemesis el último mes. Endoscopia: Lesión ulcerada extensa en remanente gástrico proximal, Borrmann III, candidiasis esofágica. Biopsia: adenocarcinoma gástrico tubular moderadamente diferenciado. TAC: Sin diseminación. Comité oncológico decide cirugía. Hallazgos: extenso tumor gástrico del remanente proximal, invade cola pancreática y asa yeyunal alimentaria. Sin diseminación hepática o peritoneal; se realiza gastrectomía del remanente proximal y distal, pancreatoesplenectomía, D1. Alta al 10º día postoperatorio.

Biopsia: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, pT4a, N2, M0. Páncreas: lesión quística mucinosa con displasia de bajo grado. Espera quimioterapia adyuvante.

**Comentarios.**

La cirugía bariátrica es realizada cada vez con mayor frecuencia y sólo algunas con posibilidad de vigilancia endoscópica, siendo fundamental el seguimiento en todo paciente sometido a cirugía barbárica y su correcta educación.

## INVAGINACIÓN Y VOLVULACIÓN EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

Jose Miguel Campero Martinez, Juan Carlos Aguayo Romero, Consuelo Santibanez Peralta, Federico Opplinger Boettcher, Joaquin Jensen Montt,

Universidad del Desarrollo. Departamento Cirugía Hospital Padre Hurtado. Hospital Padre Hurtado

**Introducción:** Dentro de poliposis intestinales familiares se encuentra el Síndrome de Peutz-Jeghers. Esta caracterizado por pólipos hamartomatosos y manifestaciones mucocutáneas. Su importancia radica en el mayor riesgo de cáncer de todo tipo. Puede presentarse como una complicación aguda de la poliposis. A continuación presentamos el caso de un paciente con Síndrome de Peutz-Jeghers que ingresa a nuestro servicio con cuadro de abdomen agudo

**Objetivos:** Reportar un caso de SPJ que se presentó con abdomen agudo por obstrucción intestinal, secundaria a volvulación e invaginación de intestino delgado en un tiempo.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 18 años, con síndrome de peutz-jeghers. Consultó por 8 horas de dolor abdominal difuso asociado a constipación. Al examen físico abdomen distendido, timpánico. Laboratorio: PCR 83, GB 13.400. La tomografía mostró obstrucción intestinal alta y volvulación yeyunal. Se realiza laparoscopia exploradora mostrando importante dilatación de intestino delgado, por lo que se decide conversión a laparotomía, hallándose invaginación de aproximadamente 80cm a 120cm de válvula ileocecal. Se realiza resección y anastomosis termino-terminal. Evolucionó de forma favorable, dado de alta al día 3 postoperatorio.

## HALLAZGOS MICROBIOLÓGICOS EN CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA. ANÁLISIS DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA, SEGUNDA PARTE.

Natalia Moreno Baeza, Gunther Bocic Alvarez, Fernanda Avila Oesterle, DANIEL REVELLO PEDEMONTE, Mario Abedrapo Moreira, Rodrigo Azolas Marcos, Jose Luis Llanos Bravo, Mauricio Diaz Beneventi,

Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Coloproctología.

**Introducción:** Es imperativo mantener de manera habitual programas de vigilancia respecto a la población bacteriana para disminuir resistencia y definir esquemas farmacológicos adecuados. Los pacientes con abdomen agudo representan un grupo microbiológico especial.

**Objetivos:** Hacer una revisión de los datos microbiológicos en pacientes adultos operados en nuestro Servicio de Urgencia por patología abdominal con líquido libre y analizar los resultados obtenidos de cultivos respecto a las cepas y la susceptibilidad a los antibióticos.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectiva con estadística descriptiva. Se incluyen pacientes consecutivos, mayores de 18 años, operados por abdomen agudo que presentan líquido libre intraperitoneal entre noviembre 2017 y abril 2018. Se excluyen casos con terapia antimicrobiana, hospitalización y/o cirugía 3 meses previo a su ingreso y los que no firmaron el consentimiento informado. Todas las muestras fueron procesadas por el laboratorio de microbiología institucional. Se registran los cultivos positivos, cepas aisladas, susceptibilidad antimicrobiana, datos demográficos y evolución clínica.

**Resultados:** Hubo 63 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 55% fueron hombres y la edad promedio 52, 2 años. Las patologías más frecuentes fueron de origen apendicular (62%) y de causa entérica (30%).

En un 44% el cultivo fue positivo y en 36% con más de un germen. Escherichia coli fue el patógeno más frecuente (96%) presentando sensibilidad a Gentamicina y Amikacina en todos los casos y resistencia en 15% a Cirpofloxacino y 45% a Ampicilina-Sulbactam. De los otros patógenos cultivados sólo se observó resistencia múltiple en un caso aislado de Morganella Morganii.

**Conclusiones:** Estos datos constituyen la realidad microbiológica local en patología quirúrgica abdominal de urgencia, según nuestros resultados E. Coli sigue siendo el germen más frecuente pero debe enfrentarse con profilaxis y tratamiento antibiótico adecuado. Es muy necesario que cada centro mantenga una vigilancia microbiológica local para un manejo acorde.

## EXÉRESIS Y PLASTÍA DE DUFORMENTEL PARA EL TRATAMIENTO RADICAL DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA EXTENSA, COMPLEJA Ó RECURRENTE. SERIE DE CASOS CON SEGUIMIENTO.

*Carlos Manterola Delgado,*

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

**Introducción:** La enfermedad pilonidal sacrococcígea (EPSC) es una entidad crónica e infrecuente. La EPSC extensa, compleja ó recurrente es menos frecuente aún; y se han descrito diversas alternativas de tratamiento. Una de ellas es la exéresis amplia, seguida de una reconstrucción con el colgajo romboidal descrito por Dufourmentel.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue informar los resultados de una serie de pacientes con EPSC extensa, compleja ó recurrente operada con exéresis amplia y plastía de Dufourmentel, en términos de morbilidad posoperatoria (MPO) y recidiva.

**Material y Método:** Serie de casos de pacientes con EPSC extensa, compleja o recurrente; operados en Clínica Mayor, Temuco, Chile entre 2000 y 2015; mediante escisión seguida de una reconstrucción con colgajo romboidal de Dufourmentel. La variable resultado fue MPO, medida a los 30 días postoperatorios, utilizando la propuesta de Clavien-Dindo. Otras variables de interés fueron: tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, mortalidad y recurrencia. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 18 meses. Se usaron estadísticas descriptivas.

**Resultados:** 95 pacientes con EPSC extensa, compleja o recurrente fueron operados en el período en estudio. La mediana de edad fue 21 años y el 56.8% fueron mujeres. La mediana del tiempo quirúrgico fue de 60 minutos (45 a 90 minutos). La MPO fue 13,7% (seroma [5,3%], infección de herida [2,1%] y dehiscencia parcial de herida quirúrgica [6,3%]). No hubo mortalidad. La mediana de estancia hospitalaria, seguimiento y recurrencia fue de 4 días (3 a 5), ??48 meses (18 a 90 meses) y 3,2%, respectivamente.

**Conclusiones:** La exéresis amplia y plastía de Dufourmentel aplicada a pacientes con EPSC extensa, compleja o recurrente se asoció con una evolución postoperatoria adecuada en términos de MPO y recurrencia.

## **APENDICITIS AGUDA Y MANEJO QUIRÚRGICO, EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE PLASTRÓN APENDICULAR : A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Alexis Rodriguez Gavilanes, Italo Tapia Tenorio,*

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

### **Introducción: INTRODUCCIÓN**

En Chile, solo en 2014 hubo 109.693 egresos hospitalarios por Apendicitis, con un promedio de días de estadía hospitalaria de aproximadamente 2.6 días Predominio sexo masculino con un 54%. La edad promedio 22 años. El síntoma predominante fue el dolor (100%) seguido de los vómitos (60.1%).

**Objetivos:** Objetivo es promover la alternativa quirúrgica diferida, versus el manejo médico, como el tratamiento más idóneo del plastrón apendicular y así prevenir apendicitis recurrentes.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino 55 años ingresa URGENCIAS del H.P.H. 12/06/2017 con C.C de 5 días de evolución dolor epigástrico irradiado a Fosa Iliaca Derecha , con parámetros inflamatorios elevados, febril.

Examen Físico: presenta masa palpable en FID , sensible en FID, TAC: demuestra plastrón apendicular . Durante hospitalización se indica antibióticos ev, analgesia, realimentación bien tolerada, y alta en 72 horas, con indicaciones de antibióticos orales por 14 días.

Colonoscopia: 18/08/2017 pólipo diminuto colon transversal resecado, diverticulosis.

Consulta en Urgencias HPH 26/06/2018 con dolor abdominal 24 horas de evolución localizado en Fosa Iliaca Derecha , parámetros inflamatorios elevados.

Examen Físico: abdomen blando depresible doloroso a la palpación profunda en FID, blumberg esbozado. Apendicetomía laparoscópica : apéndice cecal flegmonoso, base sana, sin liquido libre, Post Operatorio : favorable

Anatomía Patológica: Apendicitis aguda simple. Peri Apendicitis fibrino leucocitaria.

## **OBSTRUCCION INTESTINAL ASOCIADO A TUMOR EN ILEON DISTAL Y BEZOAR : A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Alexis Rodriguez Gavilanes, Italo Tapia Tenorio,*

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

**Introducción:** Los tumores del intestino delgado son raros y suelen dar síntomas vagos e inespecíficos. Es por ello por lo que su diagnóstico suele realizarse en un estadio avanzado cuando las expectativas terapéuticas son más limitadas y el pronóstico más incierto.

Es importante, por consiguiente, incrementar el índice de

sospecha clínica para este tipo de tumores.

**Objetivos:** Describir caso clínico de Obstrucción Intestinal asociado a tumor de íleon distal, y presencia de Bezoar .

**Reporte del(los) Caso(s):** Urgencias 24/05/2018 por 1 día dolor abdominal epigástrico y vómitos, con ausencia de eliminación de gases.

E.F. abdomen distendido, dolor difuso.

TAC AP: Cuerpo extraño en íleon distal, asas proximales distendidas con nivel hidroaéreo y 2 lesiones hepáticas de aspecto metastásico.

Laparotomía exploradora: signos de obstrucción intestinal en íleon distal, con bezoar en su interior. Un tumor ileal a 10 cm de válvula ileocecal. Metástasis hepática en segmento lateral (VI) que se punciona y no se encuentra coacción en su interior. Se toma biopsia hepática, se realiza hemicolectomía derecha, resección de segmento de íleon, con ileostomía terminal.

ANATOMIA PATOLOGICA: Segmento de íleon más colon derecho: Hallazgos compatibles con metástasis de adenocarcinoma de posible origen pancreato-biliar.

Hígado: Hallazgos compatibles con metástasis de adenocarcinoma de posible origen pancreato-biliar.

## DOLOR ABDOMINAL AGUDO POR TUMOR ABDOMINAL GIGANTE: UN RARO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*Consuelo Santibanez Peralta, Karen Andrea Schönffeldt Guillisasti, Jose Miguel Campero Martinez, Nicolas Palominos Lopez,*

*Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía. Hospital Padre Hurtado*

**Introducción:** Los quistes mesentéricos son tumores abdominales poco frecuentes de etiología desconocida. Existe escasa información sobre la patología. Mucho tiempo se consideró una entidad benigna y sin importancia. Actualmente se conoce el mayor riesgo de malignización inclusive posterior a su resección. Puede presentarse a cualquier edad y como una complicación: hemorragia, perforación, obstrucción intestinal o malignización. Manejo es siempre quirúrgico.

**Objetivos:** Presentar un caso de quiste mesentérico recibido en el servicio de urgencias del Hospital Padre Hurtado y realizar una breve revisión en la literatura de esta entidad poco frecuente.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre de 18 años que presenta cuadro de dolor abdominal de 2 meses asociado a distensión progresiva, constipación y sangrado rectal ocasional. Semana previa a la consulta dolor se intensifica y aumenta distensión. Al examen

destaca subfebril, con abdomen francamente distendido y sensible. Laboratorio destaca amilasa y LDH elevados. Se realiza tomografía axial computarizada donde se observa imagen quística tabicada gigante en cavidad peritoneal. Se decide exploración quirúrgica con exéresis de quiste. Posteriormente anatomía patológica confirma que muestra corresponde a quiste mesentérico.

## TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST), A RAÍZ DE UN CASO

*Jose Miguel Campero Martinez, Karen Andrea Schönffeldt Guillisasti, Consuelo Santibanez Peralta, Nicolas Palominos Lopez, Federico Oppliger Boettcher,*

*Universidad del Desarrollo. Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado. Hospital Padre Hurtado*

**Introducción:** Los tumores de estroma gastrointestinal representan el subgrupo más común de neoplasias no epiteliales del tejido gastrointestinal. Constituyen el 1% de los tumores primarios y generalmente se presentan en estómago y duodeno. Afecta principalmente a mayores de 40. La mayoría son identificados por la sobreexpresión de la proteína KIT. A continuación presentamos el caso de un paciente que se presenta a nuestro servicio con masa abdominal y baja de peso

**Objetivos:** Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente que presenta un tumor GIST confirmado por histología, y comparar su evolución y manejo con lo hallado en la literatura internacional

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 66 años con cuadro de baja de peso, melena y masa abdominal de 3 meses. Consulta por complicación de masa abdominal con fiebre, y dolor a la palpación. Laboratorio destaca anemia, y hemocultivo positivo para *K. pneumoniae*. Se realiza laparotomía exploradora donde se halla tumor duodenal con implantes peritoneales, se reseca y realiza anastomosis enteroenteral. Anatomía patológica confirma tumor GIST. Anatomía patológica confirma diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal. Paciente es derivado para terapia con Imatinib

## ABSCESO GLUTEO POSTERIOR A INYECCIÓN DE BIOPOLÍMEROS

*Maria Jose Yusseem Fernandez, Alejandro Zarate Castillo, Hugo Morales Cabezas, Ramiro Luis Caballero Sin segundo apellido, Munir Alamo Alamo,*

*Universidad Finis Terrae. Departamento de Cirugía. Hospital el Carmen de Maipú*

**Introducción:** La inyección biopolímeros con un objetivo estético es cada vez más común. Sin embargo, pueden producir eventos adversos.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente que presenta absceso glúteo, posterior a la inyección de biopolímeros.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenina, 24 años. Refiere inyección de ácido hialurónico y poliácridamida en glúteos. A los 3 días nota aumento de volumen en glúteo derecho, asociado dolor. Consulta, indicándosele antibióticos, no obstante los síntomas aumentan, por lo que reconsulta, encontrándose: Afebril, sin taquicardia, glúteo derecho: aumento de volumen y eritema. RGB y PCR elevadas. Tomografía computada: cambios inflamatorios en tejido celular de glúteos, sin colecciones. Inicia tratamiento con cefazolina y clindamicina; persiste con aumento de volumen y dolor. Ecografía: material ecogénico en celular subcutáneo, imágenes sospechosas de liponecrosis, no se informa colección líquida. Evoluciona con aumento del dolor y zona de aumento de volumen fluctuante; se decide cirugía. Cirugía: Incisión y salida de líquido viscoso purulento. Se observa necrosis grasa extensa, se amplía incisión para comunicar espacios abscedados.

Se realizan aseos posteriores, a los cuales se asocia VAC, con evolución satisfactoria.

En resumen: caso de formación de celulitis y absceso glúteo posterior a la inyección de ácido hialurónico y poliácridamida, con tratamiento antibiótico y quirúrgico.

## HERNIA DE AMYAND Y GANGRENA DE FOURNIER : REPORTE DE UN CASO

*Veronica Escobar Silva, Verónica Silva Orrego, Manuel Ordenes Vilches, Catalina Herrera Petruzzi,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Cirugía. Universidad Andrés Bello*

**Introducción:** La hernia de Amyand es una hernia inguinal que contiene el apéndice vermiforme. Su incidencia se estima entre 0,4% y 1% de todas las hernias inguinales y la presencia de apendicitis aguda es rara presentándose solo en un 0,1% , con un rango de mortalidad del 15% al 30% con perforación asociada. La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante del periné y área genital, con un 20-30% de mortalidad. En este trabajo se presentará el caso de un hombre que presentó una hernia de Amyand asociado a una fascitis necrotizante.

**Objetivos:** Dar a conocer un caso de una Hernia de Amyand de resolución tardía

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre 74 años con alcoholismo activo ingresa por dolor abdominal con aumento de volumen en FID, región inguinal y escrotal, eritema, calor local, flictenas de 2 cm y salida de pus de una semana de evolución, afebril. Ingresa a pabellón, se accede a región inguinal y se identifica amplio tejido desvitalizado y abundante pus que compromete testículo derecho el cual se reseca y apéndice cecal en anillo herniario con tejido fibrinoso, realizándose una apendicectomía con posterior cierre parcial. Paciente fallece a los 7 días por sepsis.

## NEOPLASIAS APENDICULARES COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN APENDICECTOMÍAS DE URGENCIA REALIZADA EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

*Jorge Ignacio Escárate Lorca, Claudia Elizabeth Navarro Valenzuela, Simona Andrea Conejeros Palominos, Denisse Alejandra Arellano Blamey, Gustavo Javier Montesinos Abujatum, Patricio Gabriel Larrachea Hachim, Juan Nicolás Tomás Larrañaga Domec,*

*Hospital Regional de Rancagua. Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** Los Tumores Apendiculares son una patología rara (0,5% de Neoplasias Gastrointestinales - 1% de Apendicectomías), constituyendo un grupo heterogéneo de neoplasias con evolución y pronóstico variable. Su importancia radica en que la mayoría de las ocasiones se trata de un hallazgo post-operatorio, y en los casos en que se sospecha el diagnóstico intraoperatorio pueden surgir dudas respecto al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de elección.

**Objetivos:** Describir el número de casos nuevos de cáncer apendicular en las apendicectomías de urgencia en el Hospital Regional de Rancagua (HRR) durante los años 2014-2017.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, observacional. Se revisó el resultado anatomopatológico de apendicectomías realizadas entre los años 2014 ? 2017 por sospecha de apendicitis aguda en el SU HRR. Se analizaron las Biopsias positivas para neoplasias apendiculares, excluyéndose aquellas con compromiso por contigüidad o metástasis. Variables incluidas en el análisis: edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, cirugía, abordaje, resección completa tumoral, re-intervención, Biopsia Quirúrgica, terapia adyuvante. Descripción de variables en porcentajes, medias o medianas.

**Resultados:** Se analizaron 4000 pacientes. Se encontró Biopsias ( ) para Neoplasias Apendiculares en el 0,6% de los casos (27 pacientes), 17 Tumores

Neuroendocrinos (63%) y 10 Neoplasias Epiteliales (37%) siendo el más frecuente la Neoplasia Mucosa Apendicular (14%). Solo hubo sospecha pre-operatorio en 1 caso (3,7%). Edad promedio fue 42,1 años (DS  $\pm 22,2$ ), 34,8 años (DS  $\pm 17,9$ ) para Tumores Neuroendocrinos y 54,4 años (DS  $\pm 24,3$ ) para Neoplasias Epiteliales. Existió predominio de Mujeres en Tumores neuroendocrinos (71% vs 29%), mostrando igual prevalencia en ambos sexos para Neoplasia Epiteliales. En 2 casos se requirió completar tratamiento con Hemicolecotomía Derecha (Tumores Neuroendocrinos). Sin mortalidad la fecha.

**Conclusiones:** Las Neoplasias Apendiculares en apendicitis aguda se mantienen como un hallazgo de baja incidencia y baja sospecha pre operatoria, por lo que se debe tener una conducta activa ante éstos para realizar un Diagnóstico y posterior Tratamiento adecuado.

## FÍSTULA CECO-SIGMOÍDEA : REPORTE DE UN CASO

*Catalina Herrera Petruzzi, Veronica Escobar Silva, Verónica Silva Orrego, Manuel Ordenes Vilches,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Cirugía. Universidad Andrés Bello*

**Introducción:** Las fístulas son comunicaciones anormales entre dos estructuras epitelizadas. Una de las complicaciones de la enfermedad diverticular y de la diverticulitis es la fístula, siendo las más frecuentes las fistulas colo-vesicales (65%), colovaginales (25%) seguidas por las colo-entéricas y colo-uterinas. Sin embargo existen sitios de presentación y trayectos anómalos poco comunes, no descritos en la literatura. En este trabajo se presenta el caso de una mujer de 73 años en la cual se pesquisó incidentalmente una fístula ceco-sigmoidea.

**Objetivos:** Presentar un caso poco común de fístula ceco-sigmoidea en una enfermedad diverticular.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer 73 años con antecedentes de apendicectomía. Consulta por distensión abdominal y dolor leve intermitente en fosa ilíaca izquierda de larga data con test de sangre en deposiciones positivo. Se realiza EDB mostrando diverticulosis sigmoidea sin signos de inflamación ni malignidad y TAC que confirma diagnóstico de enfermedad diverticular con hallazgo de fístula ceco-sigmoidea, la cual aparentemente se encuentra en muñón apendicular. Al no presentar mayor sintomatología y al ser una patología carente de malignidad sumado a la edad de la paciente y buen estado general, se decide no intervenir.

## COLECISTITIS AGUDA HEMORRÁGICA EN PACIENTE CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO

*Andrés Ignacio Torrealba Aránguiz, Rodrigo Ignacio Jimenez Yuri, Manuel Figueroa Giral, Hector Valladares Hernandez,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** La colecistitis aguda hemorrágica es una entidad infrecuente y se asocia a una alta tasa de morbimortalidad especialmente si se asocia a perforación espontánea y hemoperitoneo.

**Objetivos:** Describir el caso clínico y la resolución quirúrgica exitosa de una paciente con cuadro de colecistitis aguda hemorragica perforada.

**Contenido del Video:** Paciente de sexo femenino de 66 años, con antecedentes de obesidad tipo III, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia. Consulta en servicio de urgencia HCUCH por cuadro de 3 días de evolución de dolor en hipocondrio derecho asociado a ictericia. Al examen físico destaca ictericia, vesícula palpable, signo de Murphy presente y hernia umbilical atascada. TC de abdomen y pelvis compatible con colecistitis aguda litiásica, daño hepático crónico, liquido libre y hernia umbilical no complicada. Posterior a herniorrafia umbilical, se realiza neumoperitoneo abierto y laparoscópica exploradora evidenciando hemoperitoneo de 4 cuadrantes, plastrón omental desde hipocondrio izquierdo hasta pedículo hepático, colecistitis aguda hemorrágica perforada e hígado macronodular. Se realiza colecistectomía laparoscópica, con técnicas de electrocoagulación, disección roma y ligadura intracorpórea, además de colangiografía intraoperatoria y biopsia hepática. Paciente evoluciona de manera favorable sin complicaciones quirúrgicas. Actualmente en controles ambulatorios.

## COSTO ECONÓMICO DE COLECISTECTOMÍA EN OCTOGENARIOS. ANÁLISIS SEGÚN RANGO ETARIO Y COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

*Andrés Ignacio Torrealba Aránguiz, Rodrigo Ignacio Jimenez Yuri, Attila Csendes Juhasz, Manuel Figueroa Giral, Camilo Bustos Ramirez,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** Existe escasez de estudios latinoamericanos referentes a colecistectomía en octogenarios. El análisis de costos hospitalarios asociados a atención en salud es aún más escaso.

**Objetivos:** Estudiar costos hospitalarios asociados a la atención en salud de octogenarios sometidos a colecistectomía. Comparar costos según rango etario y morbimortalidad postoperatoria.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva y serie de casos, de la ficha clínica electrónica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre enero de 2012 y mayo 2017. Se incluyeron pacientes con edad igual o mayor a 80 años, en quienes se realizó una colecistectomía electiva o de urgencia. Se excluyeron pacientes en quienes se realizó otra intervención quirúrgica complementaria a la colecistectomía, o en pacientes con carcinoma de vesícula biliar.

Se registraron variables clínicas, técnica quirúrgica y morbimortalidad post operatoria según clasificación de Clavien-Dindo. Los costos hospitalarios se expresaron en pesos chilenos.

Se utilizó estadística descriptiva y test de Fisher,  $\chi^2$ , t de student y ANOVA según característica y distribución de las variables. Para el análisis estadístico analítico se empleó el programa STATA 13, considerándose estadísticamente significativo un  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 145 pacientes, la edad promedio fue 84,1 años. El 62,1% ingresó por urgencia. La colecistectomía fue laparoscópica en 73,8%. La tasa de complicaciones fue 17,9%, la mortalidad quirúrgica fue 2,1%. El costo promedio fue \$5.888.104,3. El costo promedio de menores de 80 años fue \$2.795.937,8,  $p=0,0001$ . Los costos de pacientes octogenarios sin complicaciones posoperatorias fueron \$2.849.646, quienes tuvieron una complicación posoperatoria quirúrgica \$4.022.146,  $p=0,96$ , mientras que aquellos con complicaciones médicas \$ 22.014.096,  $p<0,0001$ .

**Conclusiones:** La colecistectomía en octogenarios posee mayores costos económicos, esta diferencia es aún más significativa en quienes desarrollan una morbilidad posoperatoria médica.

## PÓLIPOS VESICULARES: COMPARACIÓN ENTRE HALLAZGO ECOTOMOGRÁFICO E HISTOPATOLÓGICO.

*Pablo Peñailillo Bonacich, Alberto Perez Castilla,*

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA CLINICA  
INDISA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

**Introducción:** Chile tiene alta frecuencia de cáncer de

vesícula biliar. Los pólipos vesiculares son lesiones muy prevalentes en los informes de ecotomografía abdominal, pero existe escasa información respecto a sus características morfológicas a nivel nacional.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es reportar las características clínicas e histopatológicas de pacientes colecistectomizados con diagnóstico Ecotomográfico de pólipos de la vesícula biliar.

**Material y Método:** Estudio cohorte retrospectivo. Con tamaño muestra total de 123 casos. Los criterio inclusión fueron pacientes operados de colecistectomía laparoscópica entre los años 2015-2018 con diagnóstico ecotomográfico de pólipo vesicular único, pacientes mayores de 15 años. Los criterios exclusión fueron ecotomografía inicial con cálculo vesicular, menores de 15 años.

Las Variables del estudio fueron sexo, presencia de pólipo, tamaño pólipo, resultado histopatológico.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis del estudio. Las variables continuas se expresan como promedio y desviación standard del promedio, las variables categóricas se expresan como porcentajes. La información fue analizada con el programa estadístico SPSS versión 11.0.

**Resultados:** En un periodo de 3 años, se realizaron 123 colecistectomías laparoscópicas en pacientes con diagnóstico único de pólipo vesicular. Edad promedio  $51\pm 20$  años. Del total de operados, 65% mujeres y 35% hombres. El 40% presentó dolor abdominal típico durante la evolución. De acuerdo a los resultados Ecotomográfico, un 41% de los pólipos tenía tamaño menor de 5mm, 52% con tamaño entre 5 y 10mm y 7% con tamaño mayor de 10mm. El análisis histopatológico determinó que el 100% de las muestras eran benignas. De estas, un 63% era colesterosis, 24% correspondieron a pólipos de colesterol, 11% coelitis, 1% pólipo hiperplásico y 1% pólipo metaplásico.

**Conclusiones:** Este resultado es un reflejo de la realidad actual en Chile respecto de la características histopatológicas de los pólipos vesiculares, se deberán diseñar consensos respecto a la indicación quirúrgica en este grupo de pacientes.

## HERNIA DE AMYAND, UN DIAGNOSTICO INESPERADO, A PROPOSITO DE UN CASO.

*CESAR ROBINSON QUINTEROS IBANEZ, Tamara  
López Araos, Claudia Vanessa Cid Troncoso, Christian  
Aguilar Maldonado, Felipe Muñoz Barceló,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). CIRUGIA  
ADULTOS.*

**Introducción:** La hernia de Amyand es una entidad clínica infrecuente que corresponde a una hernia inguinal que contiene el apéndice cecal inflamado en el saco herniario, lo cual ocurre en un 0,13% de las apendicitis agudas.

**Objetivos:** Dar a conocer una patología poco frecuente y rara vez sospechada, la cual en su mayoría es un hallazgo intraoperatorio, lo cual determinará la conducta quirúrgica para su reparación.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 69 años, antecedente de hernia inguinal derecha antigua, consulta por 4 días con dolor abdominal insidioso, epigástrico que posteriormente migra a hernia inguinal, últimas 24hrs con exacerbación del dolor e irreductibilidad del saco herniario, sin deposiciones hace 4 días. Se hospitaliza como hernia inguinal derecha complicada para resolución quirúrgica.

En el intraoperatorio se describe hernia inguinal indirecta, atascada, dentro del saco abundante líquido seroso con apéndice cecal congestivo y edematoso, sin compromiso isquémico de asas. Se realizó la apendicetomía por abordaje inguinal abierto con reparación del defecto herniario con técnica de Lichtenstein.

Es discutible realizar sólo rafia del defecto y evitar el uso de material protésico, sin embargo, algunos autores afirman que es posible una apendicetomía con colocación de prótesis dependiendo del grado de inflamación apendicular y cumpliendo un tratamiento antibiótico durante 3-5 días.

## HERNIA INTERSTICIAL POST APENDICECTOMÍA REPARADA VÍA LAPAROSCÓPICA

*Rocio constanza Ponce Contreras, Francisco Javier Valdes Nunez, Contanza Muñoz Gatica, José Roberto Araya Navarrete, Macarena Andrea Palacios Fellay,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Hospital Clínico Del Sur, Concepción. Cirugía general. Universidad San Sebastián*

**Introducción:** Las hernias incisionales post apendicetomía son una complicación que ocurre en menos del 0.12% de los pacientes, manifestándose durante los primeros meses post operatorios. Existen dos tipos de hernias incisionales post apendicetomía: Aquellas que atraviesan todas las capas del abdomen y las intersticiales; que poseen un saco herniario que se localiza entre las capas de la pared abdominal anterior, pero manteniendo la aponeurosis de los oblicuos externos intacta.

**Objetivos:** Describir la presentación de una hernia intersticial incisional, reparado vía laparoscópica con malla mediante técnica Ipom, lo que ofrece ventajas sobre la técnica abierta.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 35 años, diabético, hipertenso, apendicectomizado hace 3 años. Consultó ambulatoriamente en múltiples ocasiones por dolor abdominal difuso intermitente, sin otros síntomas asociados. Se realizó estudio con Tomografía Computarizada abdominal que evidenció defecto herniario con contenido graso, que discurre entre plano muscular de la pared abdominal (músculos rectos y oblicuo mayor derecho), sin signos de complicaciones. Se realizó hernioplastia laparoscópica con malla de forma electiva, sin incidentes.

## PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN UN CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y ANESTESIOLOGÍA ACADÉMICO ? ASISTENCIAL PÚBLICO EN CHILE.

*Hector Losada Morales, Paula Astudillo Díaz, Samuel Fernandez Carriba, Jimena Jara Ibaceta,*

*Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología.. Servicio de Traumatología y Pabellón Central Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco.*

**Introducción:** El síndrome de Burnout es el cansancio emocional que lleva a pérdida de motivación y suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso. Se compone de tres dimensiones: a) agotamiento emocional b)despersonalización; c) la baja realización personal o logro. Los servicios quirúrgicos son entornos laborales de reconocido e inevitable estrés y la vivencia de estrés intenso y/o crónico puede tener consecuencias negativas sobre la persona.

**Objetivos:** Se evaluaron niveles agotamiento emocional, realización personal y despersonalización en el quehacer de médicos del Servicio de Traumatología y Pabellón Central del Hospital Hernán Henríquez Aravena y Departamento de Cirugía de la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

**Material y Método:** Estudio de corte transversal, año 2016. Muestreo por conveniencia. 5 residentes traumatología, 8 residentes anestesiología, 12 anestesiólogos y 9 traumatólogos pertenecientes al servicio de traumatología, pabellón central y Departamento de Cirugía. Bajo consentimiento se aplica cuestionario MBI en su adaptación a población española. Variables: agotamiento emocional, realización personal y despersonalización. Se calculó medidas tendencia

central y porcentaje, así como comparación de variables a través de t de student y valores de alfa de Cronbach.

**Resultados:** Prevalencia global del síndrome en traumatología 64,2%, en anestesiología 45%. Por dimensiones para traumatología: cansancio emocional 71,4%; la baja realización personal en el trabajo, el 57,1%, y despersonalización el 64,2%. Para anestesiología: cansancio emocional 75%; la baja realización personal en el trabajo, el 30%, y la despersonalización el 30%. También existen diferencias significativas en el cansancio emocional según género. Consistencia interna de 0,7.

**Conclusiones:** Se trata de profesionales con un alto sentido de excelencia y a pesar de tener una respuesta positiva a su trabajo y de un bajo sentimiento de distancia, frialdad y alejamiento hacia los pacientes, se presenta un preocupante nivel de pérdida de energía y dificultad para mantener la actividad laboral.

## ADENOMUCINOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO. REPORTE DE UN CASO

*Rocio constanza Ponce Contreras, rodrigo campos moscoso, Contanza Muñoz Gatica, Macarena Andrea Palacios Fellay, Constanza Javiera Gonzalez Vasquez,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Hospital Clínico Del Sur, Concepción. Universidad San Sebastián*

**Introducción:** El pseudomixoma peritoneal se caracteriza por la presencia de tumores mucinosos intraperitoneales asociado a ascitis. La incidencia anual es de 1/1.000.000, con predominio en mujeres mayores de 40 años. Se presenta con clínica abdominal inespecífica o asintomático. Pronóstico variable según grado histológico y etiología, siendo más frecuente el tumor de origen apendicular 90% y más raramente ovárico 7%.

**Objetivos:** Presentar un caso de adenomucinosis peritoneal de origen ovárico, como hallazgo tras colecistectomía electiva.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenino de 44 años, con antecedente de coledoclitiasis. Se realizó colecistectomía electiva, además se identificaron múltiples lesiones de aspecto neoplásico en hígado y peritoneo las que se biopsiaron. La biopsia concluyó: colecistitis crónica inespecífica moderada, fibrosis cicatricial y metaplasia intestinal leve. Además se informó adenomucinosis de carácter benigno. Se realizó estudio inmunohistoquímico: Anticuerpo (Ac) anti-citoqueratina 7: ( ), Ac anti-citoqueratina 20 ( ), Ac anti-Ki

67 (-). Se completó el estudio con Tomografía computada de tórax y abdomen que evidenció imágenes hipodensas en relación a los ovarios, la de mayor tamaño en ovario derecho de 37mm diámetro.

## CUERPO EXTRAÑO APENDICULAR COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL CRONICO. REPORTE DE CASO.

*Manuel Andrés Kunstmann Camino, Alvaro Rivas Müller, Gabriel Felipe Kunstmann Camino, Rocio Victoria Naveas Pinuer,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** Un cuerpo extraño habitualmente no causa complicaciones en el tracto gastrointestinal y es eliminado espontáneamente. Sin embargo, aquellos que ingresan al lumen apendicular son difíciles de eliminar y pueden iniciar un proceso inflamatorio local. La mayoría se presenta como dolor abdominal intermitente durante meses o años. Se recomienda realizar apendicectomía profiláctica.

**Objetivos:** Presentar caso de cuerpo extraño apendicular como causa infrecuente de dolor abdominal persistente.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 40 años, cazador. Fue evaluado en 2016 por dolor inguinal derecho y lumbago ocasional de 2 años de evolución. Rx columna lumbosacra mostró cuerpo extraño arrosariado en región inguinal derecha de 3 cm. Pielotc sin litiasis, cuerpo extraño en lumen apendicular sugerente de perdigones. Se manejó como algia inguinal derecha. Mayo de 2018 consultó en SU por dolor constante en fosa iliaca derecha. TC de abdomen y pelvis mostró objetos de densidad metálica en apéndice. Se realizó apendicectomía laparoscópica sin incidentes. Apéndice largo, delgado y se identificaron al menos 4 estructuras metálicas a la palpación de pieza operatoria. Alta al día siguiente con analgesia oral.

## ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PTI Y SÍNDROME DE EVANS CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (HGGB) DE CONCEPCIÓN ENTRE ENERO 2013 A JUNIO 2018.

Rodrigo TorresQuevedo Quevedo, NATALIA LEIVA COSTA, Rodolfo Agurto Neira,

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Púrpura Trombocitopénico Idiopático (PTI) y Síndrome de Evans (SE) son patologías autoinmunes que habitualmente responden a terapia medica, para ambos la esplenectomía es una alternativa de tratamiento en pacientes refractarios a ésta.

**Objetivos:** Presentar los resultados de Esplenectomía laparoscópica (EL) en relación a tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, mortalidad y morbilidad en pacientes hospitalizados en HGGB.

**Material y Método:** Serie de casos de pacientes sometidos a EL por SE y PTI en HGGB, entre enero 2013 y junio 2018. Se estudian variables biodemograficas, duración de intervención, estadía hospitalaria, morbilidad y mortalidad a 30 días. Se incluyen todos los pacientes mayores de 15 años con PTI y SE sometidos a EL y se excluyen aquellos sin expediente clínico o que estén incompletos. Se recogen variables en planilla Excel® ad-hoc y se realiza estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas.

**Resultados:** 27 pacientes cumplen con criterios de inclusión, 4 por SE y 23 por PTI. La edad media fue  $43 \pm 19$  años. El 70% (n=19) corresponde al genero femenino. La mediana de estadía hospitalaria fue 2 [1 ? 6] días. La media de diámetro mayor esplénico fue  $10,1 \pm 2,5$  cm. La mediana del tiempo quirúrgico fue 110 [45 - 145] min. Dos pacientes (7,4%) presentan Fistula Pancreática Tipo A (Clavien II) y no hubo fallecidos en la serie.

**Conclusiones:** La indicación de el mas frecuente en nuestra serie fue PTI, siendo la mayoría de genero femenino. La EL permitió un tiempo de estadía breve, con tiempos quirúrgicos similares a descritos en otras series. La tasa de morbilidad fue del 7,4%, según Clavien de baja complejidad, y no se reporta mortalidad.

## ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE TUMOR DE VÁLVULA MITRAL

Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Felipe Alarcón Oviedo, Emilio Alarcón Cabrera,

Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile

**Introducción:** Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) embólicos tienen como causa infrecuente los tumores cardíacos (TC). Los TC entre el 25-30% presentan embolias sistémicas.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de Fibroelastoma Papilar, por lo infrecuente de su presentación, evolución y complejo enfrentamiento médico-quirúrgico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente hombre, 29 años, sin antecedentes. Consultó por afasia de expresión y hemiparesia derecha compatible con ACV del territorio de arteria cerebral media izquierda. Estudio con ecocardiograma transtorácico que mostró tumor ovoideo de 7x7x8 mm en relación al aparato subvalvular de zona A2 de válvula mitral. Al examen físico cardiovascular, no se detectó soplo cardíaco. Una vez estabilizado neurológicamente, se decidió realizar tratamiento quirúrgico. Se abordó por esternotomía media y en circulación extracorpórea. Se exploró válvula mitral encontrándose tumor macroscópicamente compatible con Fibroelastoma Papilar ovillado en cuerdas tendíneas. Se desplegó tumor y resecó desde su base, preservando velo mitral anterior. Estudio histopatológico confirmó diagnóstico. Evolucionó sin incidentes postoperatorios, alta hospitalaria al quinto día post cirugía. Actualmente en capacidad funcional I, con afasia de expresión leve a 72 meses de seguimiento. A modo de conclusión, los TC primarios son muy infrecuentes, de estos, los Fibroelastomas Papilares corresponden al 1-2 %. La literatura describe las embolias sistémicas como manifestación clínica de los TC.

## FIBROELASTOMA PAPILAR: UN INFRECUENTE TUMOR CARDIACO PRIMARIO

Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Claudio Toloza Ampuero, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Emilio Alarcón Cabrera,

Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile

**Introducción:** Los tumores cardíacos primarios son raros con una incidencia de 0,0017-0,02%. Los

fibroelastomas papilares (FP) representan menos del 10% de todos los tumores cardíacos primarios y el endocardio valvular es el sitio de inserción en el 80% de los casos.

**Objetivos:** Describir características clínicas de pacientes con FP operados, y sus resultados inmediatos y alejados.

**Material y Método:** Estudio descriptivo-longitudinal, enero-2008 a diciembre-2017, Hospital Clínico Regional "Dr. Guillermo Grant Benavente" Concepción. Se incluyeron todos los pacientes operados con FP. Se realizó revisión base de datos prospectiva de FP, protocolos, fichas clínicas y registros de anatomía patológica. Se utilizó Excel® y SPSS 24® con función Kaplan-Meier con log-rank. Se describen características clínicas preoperatorias, cirugías, resultados inmediatos y supervivencia.

**Resultados:** Total FP operados 12. Sexo masculino 6 (50%). Edad promedio 51±18,7 años. Presentaron síntomas 6 (50%) pacientes, siendo los más frecuentes disnea 3 (25%) y angina 2 (16,7%). Todos se diagnosticaron mediante ecocardiografía. De todos los FP, 11 (91,7%) eran valvulares. Tratamiento quirúrgico en 100% de los pacientes, realizándose resección tumoral aislada en 2. En 10 (83,3%) pacientes la resección tumoral se realizó en conjunto con otro procedimiento, ya sea coronario o valvular. Estadia hospitalaria promedio 10,7 días. Falleció 1 paciente en quien se realizó reoperación con cirugía mitroaórtica y reemplazo de aorta ascendente además de la resección de FP. Seguimiento promedio de nuestra serie 46,8 meses sin encontrar mortalidad a largo plazo.

**Conclusiones:** El FP es un tumor cardíaco primario benigno infrecuente. Predomina en individuos sobre los 50 años, sin predilección por sexo. Es común que se presenten asintomáticos y se encuentren durante estudio de otras cardiopatías pero tienen riesgo de embolizar. Su tratamiento es quirúrgico, con buenos resultados a corto y largo plazo.

## VÁLVULA CUADRICÚSPIDE: AÓRTICA PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

*Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Matías Ávalos Troncoso, Emilio Alarcón Cabrera,*

*Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.. Hospital Clínico Regional de Concepción: "Dr. Guillermo Grant Benavente", Concepción, Chile*

**Introducción:** La válvula aórtica cuatricúspide (VAC) es un defecto cardíaco congénito muy infrecuente. Se encuentra en el 0,5 a 1,4% de las cirugías aórticas.

**Objetivos:** Se presentan 2 casos de VAC por lo infrecuente de la patología, sus implicancias diagnósticas y terapéuticas, tratados con reemplazo valvular aórtico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Caso 1: Hombre 67 años, hipertenso, diabético y con daño renal crónico. Consultó por disnea progresiva y ortopnea. Examen físico con soplo diastólico. Ecocardiografía informó insuficiencia aórtica masiva, dilatación e hipertrofia ventricular izquierda. Coronariografía sin lesiones. Se realizó reemplazo valvular con prótesis aórtica biológica Medtronic MOSAIC® #23. En intraoperatorio se encontró VAC, evolucionó sin complicaciones. Caso 2: Mujer 50 años, hipertensa y con insuficiencia aórtica catalogada como reumática en seguimiento. Asintomática por años, comienza con disnea progresiva. Examen físico con soplo diastólico. Ecocardiografía: Insuficiencia aórtica masiva, raíz aórtica 30 mm, dilatación cavidades izquierdas y leve insuficiencia mitral. Coronariografía sin lesiones. Se realizó reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica St.Jude® #21, En intraoperatorio se encontró VAC. A modo de conclusión, la VAC es una malformación cardíaca infrecuente. El diagnóstico suele ser intraoperatorio. El tratamiento definitivo es reemplazo valvular.

## COLECISTITIS Y APENDICITIS AGUDA SINCRÓNICAS. REPORTE DE UN CASO

*Eduardo Castro Alvarado, Sebastián Saavedra Fernández, Gonzalo PINOS PARRALES, Roberto Eduardo Ziegler Rodriguez, Luis Gustavo Salvatierra Villavicencio,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Insunza. Cirugía General. Servicio de Urgencia.*

**Introducción:** La colecistitis y apendicitis aguda son las patologías quirúrgicas mas frecuentes en los servicios de urgencia, juntas alcanzan una prevalencia de hasta 13% del total de consultas por dolor abdominal. Sin embargo, la presentación simultánea de ambos cuadros rara vez ha sido descrita.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente que consulta por dolor abdominal en la cual se diagnostica colecistitis y apendicitis aguda sincrónicas.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente sexo femenino de 76 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 24 horas de evolución de dolor tipo cólico en

hemiabdomen derecho y vómitos, sin otros síntomas asociados.

Al examen físico destaca FC: 83, PA: 137/82, T°: 37°C. Piel y mucosas hidratadas, anictéricas, abdomen blando, depresible, signos de Murphy y McBurney positivos. Exámenes de laboratorio con elevación de parámetros inflamatorios y perfil hepático normal. Se complementa con TC de abdomen y pelvis que informa vesícula biliar distendida, con paredes engrosadas, cálculos en su interior, gas intravesicular y cambios en grasa perivesicular. Apéndice cecal aumentado de calibre y lumen distendido con contenido líquido. Hallazgos compatibles con apendicitis aguda y colecistitis aguda litiásica.

Se decide resolución quirúrgica por vía laparoscópica corroborando hallazgos descritos en TC, finalmente en biopsia diferida se confirma la coexistencia de ambos cuadros.

## HERNIA DE AMYAND: REPORTE DE UN CASO

*Maria Constanza Sanchez Silva, Matías Kirmayr Zamorano, Pablo Kirmayr Zamorano, Emily Kelly Osse Mejías, Gabriela Alejandra Smith Pedemonte,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Unidad de Emergencia Adultos.*

**Introducción:** Condición clínica donde el apéndice vermiforme, inflamado, se encuentra dentro del saco herniario de una hernia inguinal (HI), presente en 0,13% de las HI. Se presenta habitualmente como HI complicada, diagnosticándose esta condición durante cirugía. El tratamiento es apendicectomía y reparación primaria de la hernia en el mismo tiempo operatorio

**Objetivos:** Presentar caso de hombre de 36 años con diagnóstico de HI complicada, objetivándose como hernia de Amyand.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino, 36 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en UEA por dolor, progresivo de una semana de evolución en FI, irradiado a pierna y escroto ipsilaterales, asociado a distensión abdominal y deambulación dificultosa. Examen físico: regulares condiciones generales, hipertenso, sin taquicardia, afebril. Abdomen: blando, depresible, sensible en FID y región inguinal derecha. Masa inguino-escrotal dura, dolorosa, irreductible. RHA disminuidos, sin signos de peritoneales. Parámetros inflamatorios normales. Ingresa para resolución quirúrgica, con diagnóstico de hernia inguino-escrotal derecha complicada.

Se realiza abordaje anterior. Se escinde saco herniario, encontrando apéndice congestivo en su interior. Se realiza apendicectomía, reducción y cierre del saco. Se instala malla de prolene según técnica de Lichtenstein.

Cierre por planos

Evoluciona favorablemente, sin dolor, buena tolerancia oral y alta al segundo día. Biopsia: apéndice cecal con hiperplasia folicular linfoide reactiva.

## MANEJO DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTO Y HEMOPERITONEO MASIVO POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

*Tiffany Rojas Ortega, Patricio Olivares Pardo, Jose Vallejos Hernandez, Alejandro Cancino Viveros, Patricia Rebolledo Caro,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía digestiva.*

**Introducción:** El hematoma subcapsular hepático roto es una complicación muy infrecuente. De diversas etiologías; y de alta mortalidad si el manejo quirúrgico no es oportuno y agresivo.

**Objetivos:** Presentar el caso y técnica quirúrgica de packing hepático en paciente que presentó un hematoma subcapsular hepático roto post colecistectomía laparoscópica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer, 37 años, sin antecedentes médicos. Colecistectomía laparoscópica, extracción de vesícula biliar sin incidentes; en la revisión, se evidenció hematoma hepático contenido de 5cm aproximadamente, se deja drenaje en relación a hematoma adyacente a lecho vesicular segmento V. 1er día postoperatorio: hipotensión que responde a reanimación y débito escaso sanguinolento por drenaje, AngioTC: hematoma subcapsular que envuelve lóbulo hepático derecho; 2do día postoperatorio: dolor abdominal y shock hipovolémico, Laparotomía exploradora: hemoperitoneo 2000cc, rotura cápsula hepática, se realizaron 2 packing hepáticos frustrados, persiste sangrado hemático por drenaje; reexploración a las 17hrs desde primer packing, liberación hepática seccionando ligamentos falciforme, redondo, coronario derecho y triangular, maniobra de pringle, nuevo packing hepático por caras posterior, inferior y lateral, 16 compresas en pares con guante, 19 en total, laparostomía contenida. Con buena respuesta, medición de presión intraabdominal durante postoperatorio en UPC adecuada, cierre de laparostomía al 2do día desde última cirugía. Evolucionando favorablemente, completando estudio de coagulopatía.

## PROTECTORES DE SALUD DEL ESTRÉS HOSPITALARIO EN LA

## REGIÓN DE LA ARAUCANÍA.

*Paula Astudillo Díaz, Hector Losada Morales, Samuel Fernandez Carriba, Jimena Jara Ibaceta,*

*Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología.. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Clínica Alemana Temuco.*

**Introducción:** OMS define entorno de trabajo saludable como un lugar donde todos trabajan unidos con una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud. La presente investigación va en búsqueda de factores presentes en ambiente laboral hospitalario que protegen y benefician la salud en situaciones de estrés.

**Objetivos:** Si modelo ENPROS de protectores ambientales de estrés planteados por trabajadores de la salud hospitalaria en Región de la Araucanía, de cinco factores independientes y simples, ajustó según variables demográficas y laborales.

**Material y Método:** Corte Transversal, 2017-2018. Muestreo por conveniencia. Se aplicó, bajo consentimiento informado, propuesta de modelo de 5 dimensiones y 43 ítems. Se realizó : análisis factorial confirmatorio (AFC): 1) Estimación del modelo, 2) Evaluación del modelo, 3) Rediseño del modelo. Alpha de Cronbach, validez discriminante, convergente, varianza para grupos independientes.

**Resultados:** 276 participantes, el 51% trabaja en sector público y el 49% privado. 62% femenino, 38% masculino. 23% profesionales de medicina, 31% enfermeros/as, 46% auxiliares de enfermería. Se apoyó estructura de cinco dimensiones: organización, puesto de trabajo, jefatura, ambiente físico, ambiente psicosocial, y 40 ítems como: tener momentos de camaradería, intimidad y franqueza; jefatura de comunicación persona a persona con los funcionarios; ventanas que permitan mirar al exterior; se compartan las experiencias de trabajo vividas, entre otros. Modelo ajustado aceptable  $\chi^2:1775.28$  ;  $gl:730$ ;  $p:0.0$  ;  $\chi^2/gl: 2.4$  ; CFI: 0.94; GFI: 0.76 NFI: 0.90; AGFI: 0.73 ; RMSEA:0.72 .

**Conclusiones:** El modelo ENPROS plantea protectores del ambiente que al aumentar tolerancia ante efectos negativos del estrés, disminuirían vulnerabilidad y probabilidad de enfermar. Con esta información las instituciones hospitalarias de la Región pueden promover estrategias de protección de salud de sus trabajadores.

## HEMOPERITONEO ESPONTANEO SECUNDARIO A ROTURA METÁSTASIS HEPÁTICA DE CORIOCARCINOMA. REPORTE DE CASO.

*Hernán Guzmán Martin, Christian Dauvergne Ogaz, Cristian Astorga Larrondo, Paullete Narváez Fuentes,*

*Hospital DIPRECA. Servicio de Cirugía..*

**Introducción:** El coriocarcinoma es una neoplasia testicular no seminomatosa altamente vascularizada, que generalmente metastiza vía hematógena. Las metástasis hepáticas raramente pueden complicarse con ruptura espontánea causando hemoperitoneo, cuadro que implica una gran morbimortalidad.

**Objetivos:** Presentar caso de hemoperitoneo espontáneo secundario a rotura metástasis hepática de coriocarcinoma.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 49 años. Antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, consultó por dolor abdominal irradiado a región inguinal derecha y lumbar que no cede con analgesia. Scanner tórax, abdomen y pelvis (TAP) informó múltiples lesiones hepáticas secundarias, la mayor de 10 cm y masa retroperitoneal de adenopatías confluentes, probable diseminación de neoplasia testicular. Se realizó ecografía testicular compatible con tumor testicular. Durante hospitalización presentó dolor tóraco-abdominal súbito, asociado a compromiso hemodinámico. Se solicitó angioTC-TAP de urgencia que evidenció signos de hemoperitoneo en relación a masa hepática de 10 cm. Laparotomía exploradora de urgencia reveló hemoperitoneo de 2 litros y masa hepática en segmentos II y III roto con sangrado activo. Se realizó hepatectomía segmentaria, controlando sangrado. Biopsia informó tumor células germinales, compatible con coriocarcinoma. Evolucionó favorablemente, sin nuevo episodio de sangrado hepático. Traslado a sala al cuarto día y continuó manejo por urología.

## MINDFULNESS PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA.

*Paula Astudillo Díaz, Hector Losada Morales, Samuel Fernandez Carriba, Jimena Jara Ibaceta,*

*Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología.. Hospital Hernán Henríquez Aravena.*

**Introducción:** Se realiza intervención de entrenamiento cognitivo de Mindfulness o Meditación de Atención Plena dirigido a médicos residentes de cirugía de la Universidad de la Frontera. Práctica diseñada para principiantes que no han logrado aprender a meditar. Estas prácticas permiten la consciencia en la observación de los actos, sensaciones y pensamientos que surgen a cada momento de nuestras vidas y cómo nos relacionamos con el entorno.

**Objetivos:** Evaluación a residentes de cirugía de las dimensiones de burnout, empatía, sentido de coherencia antes y después de la intervención de mindfulness.

**Material y Método:** Corte transversal. 2016. Muestreo por conveniencia. Intervención de 18 horas que centra deliberadamente la atención en momento presente y lleva a aceptarlo sin juicio. Se intervienen 9 residentes y se aplica antes de intervención y después de 3 meses: cuestionario MBI de burnout, escala de sentido de coherencia de Antonovsky, escala médica de empatía de Universidad de Jefferson en sus versiones en español. Se calculó medidas propias de las escalas, tendencia central, así como comparación de variables a través de t de student y valores de alfa de Cronbach.

**Resultados:** Les permitió reconocer los propios pensamientos y sentimientos que surgieron, sin quedar atascados en las reacciones automáticas habituales. No se encuentran diferencias significativas en las dimensiones de burnout (0.78) y sentido de coherencia (0.95), sin embargo se encuentran diferencias significativas en el nivel de empatía de los participantes con un valor p de 0,04.

**Conclusiones:** La intervención llevó a los residentes a tener una mejor comprensión de los sentimientos del paciente y sus familias, consideraron el lenguaje no verbal del paciente, ponen mayor atención a sus propias emociones y un mayor control de emociones. Fomentar la salud psicosocial de los profesionales médicos es también fomentar la salud psicosocial en el lugar de trabajo.

## **ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN DE BASE COGNITIVA CBCT® PARA MÉDICOS RESIDENTES, ESPECIALISTAS, ENFERMERAS/OS ACADÉMICOS- ASISTENCIALES. UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA: INFORME PRELIMINAR.**

*Hector Losada Morales, Paula Astudillo Díaz, Samuel Fernandez Carriba, Jimena Jara Ibaceta,*

*Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología.*

**Introducción:** El Entrenamiento en Compasión de Base Cognitiva CBCT®, programa de Emory-Tibet Partnership, es a través de ejercicios progresivos (comenzando por la estabilidad atencional y progresando a través de meditaciones analíticas), se obtiene una idea de cómo las actitudes y comportamientos de uno apoyan u obstaculizan la respuesta compasiva.

**Objetivos:** Evaluar estrés y aceptación, empatía y flexibilidad del comportamiento en residentes, especialistas, enfermeras/os antes y después de la intervención de CBCT®.

**Material y Método:** Cuasiexperimental, pre y post test 2 meses de la intervención, el mismo sujeto se constituye en su propio control. 26 sujetos. Año 2018. Los pasos de la intervención: Desarrollo Estabilidad Mental y Atencional; Cultivo Entendimiento sobre la Naturaleza de la Experiencia Mental; Auto-Compasión; Cultivando Imparcialidad; Desarrollando Afecto, Aprecio y Empatía por los demás; Empatía y Compasión Activa. Para recolectar datos se aplican escalas de estrés percibido, inventario breve de 18 síntomas, escala médica de empatía, escala de atención consciente, sentido de coherencia, escala breve de racismo moderno. Se calculó medidas propias de las escalas, tendencia central, comparación de variables a través de t de student y valores de alfa de Cronbach.

**Resultados:** En esta evaluación preliminar de los puntajes globales de las escalas ya se observan diferencias significativas en la flexibilidad del comportamiento a través de la escala de racismo moderno ( $p=0.04$ ) y en los síntomas de estrés a través de la escala breve de síntomas ( $p=0.04$ ). Las otras escalas aún no muestran diferencias significativas. Queda evaluar a los 3 y 6 meses.

**Conclusiones:** La práctica de CBCT intensifica el deseo de ayudar a los demás, permitiendo que la compasión se vuelva más natural y espontánea en la vida cotidiana. También ayuda a aumentar la resiliencia personal y poner expectativas realistas de uno mismo y los demás.

## **TUMOR DESMOIDE ABSCEDADO INTRAABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO.**

*Ismael Vial Letelier, Claudia Meza Muñoz, Jonatan Ponce Ortega, Victor Herrera Uzcategui, Carlos Haro Duarte,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Servicio de Cirugía General.*

**Introducción:** El tumor desmoide, es una neoplasia del tejido conectivo, benigno, sin embargo localmente avanzado. Representa menos del 3% de todos los tumores de tejidos blandos, 5% son intraabdominales. La clínica es impredecible, rara vez se complican con abscesos o fistulas.

**Objetivos:** Reportar el caso de un paciente con abdomen agudo secundario a tumor desmoides abscedado. Características clínicas, imagenológicas y quirúrgicas son presentadas de manera descriptiva y retrospectiva.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente mujer de 35 años, consultó por cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal difuso asociado a fiebre. Al examen físico con signos de irritación peritoneal. Exámenes GB 16.100, PCR 26. TAC de Abdomen y Pelvis informa tumor abscedado intraabdominal. Se realiza laparotomía exploradora destacando tumor de 10 cms en yeyuno proximal abscedado y emplastrado se realiza resección de 50 cm de Intestino Delgado y anastomosis latero-lateral tipo barcelona. Evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al séptimo día postoperatorio. Biopsia: Tumor desmoides con bordes quirúrgicos positivos. Se presenta a Comité Oncológico donde se decide seguimiento.

## URGENCIAS QUIRÚRGICAS DIGESTIVAS EN CLÍNICA ALEMANA

*David Daroch Medina, Gonzalo Wiedmaier Teare, Elisabeth Andrea Reichmann Valdivia, Nicolas Palominos Lopez, Julian Hernandez Castillo, cristian cavalla castillo, Ivan Alberto Turu Kobayashi, Guillermo rencoret palma,*

*Clínica Alemana. Unidad de cirugía  
Departamento de urgencia. Universidad del Desarrollo*

**Introducción:** Las urgencia quirúrgicas representan entre el 10-15% de la admisiones quirúrgicas en los servicios de salud. Es un grupo de pacientes con alto riesgo de complicaciones y mortalidad: el riesgo de muerte aumenta 8 veces en un cirugía de urgencia versus a una electiva; hasta el 50% de las cirugías de urgencias puede desarrollar una complicación post operatoria y hasta el 15% será readmitido antes de cumplidos 30 días de la cirugía. En Chile existen escasos reportes descriptivos de las cirugías de urgencias en los diferentes centros de salud.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es presentar una descripción de las cirugías de urgencia realizadas en Clínica alemana de Santiago entre los años 2010 y

2013.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo no concurrente. Análisis descriptivo de las urgencia quirúrgicas digestivas en pacientes mayores de 15 años de Clínica Alemana de Santiago entre noviembre 2010 y diciembre de 2013. Se describen los procedimientos quirúrgicos de mayor frecuencia y los outcomes de estadía hospitalaria, complicaciones antes y después de los 30 días y mortalidad asociada.

**Resultados:** Se realizaron un total de 1775 cirugías digestivas de urgencia en nuestro centro. Los diagnósticos más frecuentes fueron apendicitis aguda (67%, 1190 cirugías), Colecistitis aguda (16,8%, 298), obstrucción intestinal por bridas (3%, 53). Las cirugías más frecuentes fueron: apendicectomía laparoscópica (66,2%, 1175 cirugías), colecistectomía laparoscópica (18,4%, 326) y laparotomía exploradora con adherenciolisis (2%, 35). Los pacientes fueron en su mayoría hombres (55,6%, 987 pacientes), con media de edad de 38 años (rango 15-96), con una media de estadía hospitalaria de 3,5 días (desviación estándar 5,2). Hubieron 4,9% complicaciones post operatorias <30 días y 2,1% >30 días. La mortalidad de la serie fue 0,007% (14 pacientes).

**Conclusiones:** Esta serie contribuye al perfil epidemiológico nacional de urgencias quirúrgicas, materia poco descrita en nuestra realidad.

## USO DE LA FISTULOCLISIS EN FISTULA ENTEROATMOSFÉRICA. REPORTE DE UN CASO.

*Josefa Alejandra Ramirez Requena, Cristoph Scheel Bastias,*

*Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo). Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** La Fistulocclisis es un tratamiento infrecuente en Chile, reportando buenos resultados en pacientes graves con fistula enteroatmosférica, en series extranjeras, v/s nutrición Parenteral. Reportamos un caso de Fistulocclisis en Chile y los resultados posteriores.

**Objetivos:** Mostrar caso donde la Fistulocclisis estaba indicada y tuvo un impacto positivo.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente con tiflectomía reciente, consulta 06/02/2018 por cuadro de obstrucción intestinal, confirmado por TAC. Se realiza Laparotomía exploradora sin adherenciolisis, por riesgo de deserosamiento por adherencias interasas.

Paciente evoluciona desfavorablemente, requiriendo VM y DVA, NP por CVC y trasladándose a UCI. Posteriormente se realiza 2da laparatomía lográndose Adherenciólisis y resección de 25cm de Colon Anastomosis termino-terminal y Laparostomía VAC. Luego de aseo quirúrgico, se sigue evidenciando abundante contenido en cavidad y abdomen congelado, filtración de anastomosis y tejido esfascelado. El 26/02 aparece fístula enteroatmosférica y fístulas mucosas de alto débito. Se decide Fistulorrafia lográndose cierre de una sola Fístula. Por desnutrición severa, se decide Fistuloclis para nutrición enteral y reinstalación de Fistuloclis por expulsión accidental.

Por cuadro de sepsis se realiza cultivo de arrastre y hemocultivo, ( ) para Enterococo faecalis, manejado con antibioterapia y retiro de CVC, suspendiéndose NP.

Finalmente se realiza Colectomía de intestino fistulizado Anastomosis termino-terminal, sin incidentes

## FACTORES PREOPERATORIOS ASOCIADOS A CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA VIDEO LAPAROSCÓPICA A LAPAROTOMÍA EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA.

*Christian König PetitLaurent, Fernando Lucas Alvarez Videla, Christian Antonio Veloso Melo, Camilo Veyl Quinteros, Rodrigo TorresQuevedo Quevedo,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). servicio cirugía. Universidad de Concepción.*

**Introducción:** La tasa de conversión de colecistectomía video laparoscópica (CVL) a colecistectomía abierta (CA) por colecistitis aguda litiásica (CAL) alcanza hasta 10% en las distintas series nacionales publicadas, esto aumenta los costos hospitalarios y morbilidad.

**Objetivos:** Identificar factores preoperatorios asociados a conversión de CVL a CA en pacientes operados en Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción (HGGB).

**Material y Método:** Cohorte histórica cuya muestra está constituida por pacientes mayores de 15 años con CAL operados en unidad de emergencia del HGGB entre enero 2016 y mayo 2018. Variables analizadas: exámenes de laboratorio (leucocitos y PCR) e informes de ecotomografía abdominal (engrosamiento de paredes vesiculares mayores de 4mm, distensión vesicular, edema peri vesicular y Murphy ecográfico). Criterios de inclusión: pacientes con confirmación diagnóstica

intraoperatoria de CAL, mayores de 15 años, recuento leucocitario, PCR y ecotomografía abdominal. Criterios de exclusión: exámenes y ecotomografía no actualizados o incompletos, colecistectomía abierta como cirugía primaria y daño hepático crónico. Para análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel 2010 e IBM SPSS, para establecer relación entre variables chi-cuadrado.

**Resultados:** 254 pacientes. Hombres 92 (36,2%) y mujeres 162 (63,8%). tasa de conversión 13% (33 pacientes). Variables independientes fueron leucocitosis mayor de 12.000/ml ( $p=0,0173$ ), PCR mayor a 100mg/L. ( $p=0,0001$ ), el grosor de la pared mayor de 4mm ( $p=0,2616$ ), distensión vesicular ( $p=0,0095$ ), Murphy ecográfico ( $p=0,1583$ ) y edema peri vesicular ( $p=0,0025$ ).

**Conclusiones:** En nuestra serie la tasa de conversión es levemente mayor a la publicada a nivel nacional. Recuento de leucocitos mayor de 12.000/ml, PCR mayor de 100mg/L, distensión vesicular y presencia de edema peri vesicular se relacionan con mayor tasa de conversión en pacientes con CAL. El grosor mayor de 4mm de la pared vesicular y Murphy ecográfico positivo no se relacionan con un aumento en la tasa de conversión.

## FIEBRE TIFOIDEA COMO CAUSA DE FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE: REGRESO AL ESCENARIO EPIDEMIOLÓGICO.

*Andrea Quinchavil Diaz, Rocío Quinchavil Díaz, Fabián Valdovinos Mendoza, Raul Garrido Frigolett,*

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

**Introducción:** La fiebre tifoidea es una enfermedad sistémica producida principalmente por Salmonella typhi, transmitida por vía fecal-oral. La incidencia nacional ha declinado a menos de 1/100.000 habitantes, dadas mejoras en políticas sanitarias.

Las complicaciones bordean el 10%, frecuentemente colecistitis, hepatitis, neumonía y falla renal. La mortalidad aumenta en presencia de perforación intestinal, encefalopatía y hemorragia digestiva; provocada por erosión de Placas de Peyer, siendo crucial el manejo quirúrgico.

**Objetivos:** El objetivo de este caso clínico persigue considerar a la fiebre tifoidea entre nuestros diagnósticos diferenciales, entendiendo que el fenómeno migratorio actual está cambiando el escenario epidemiológico nacional. Así, un abordaje quirúrgico oportuno de las complicaciones, considerando la

fisiopatología, genera una diferencia sustancial en el pronóstico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente haitiana, 16 días en Chile, consulta en urgencias por dolor abdominal, diarrea, cefalea y fiebre. Presenta falla respiratoria, hemodinámica, renal y hepática. Marcadores de Hepatitis B, C y VIH negativos. Hemocultivo informa *Salmonella typhi*. Se agrega hemorragia digestiva baja y paro cardiorrespiratorio recuperado. Tomografía Abdominal evidencia engrosamiento parietal en colon ascendente e íleon con realce mucoso, adenopatías íleocecales y mesentéricas. Se efectuó hemicolectomía derecha y resección de íleon distal. Biopsia describe íleon con ulceración mucosa sobre placas linfoides. Evolución favorable hasta la remisión del cuadro séptico.

## ENTEROBIUS VERMICULARIS COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA.

*Felipe Celedon Porzio, Diego Ignacio Roselló Belmar, Jorge Josué Hidalgo Tapia, Arturo Antonio Espinoza Negrete, Sebastián Uribe Araya,*

*Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Servicio de Cirugía..*

**Introducción:** La parositosis constituye una rareza etiológica en el diagnóstico de Apendicitis Aguda

**Objetivos:** Señalar la importancia del estudio anatomopatológico y de su disponibilidad al momento del control postoperatorio, así como el manejo posterior de la enfermedad.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 28 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal epigástrico tipo cólico de 14 horas de evolución, progresivo, que migra hacia región periumbilical y fosa ilíaca derecha (FID), asociado a pujo.

Al examen físico: Signos vitales normales. Abdomen distendido, doloroso difuso a la palpación profunda mayor en FID con ruidos hidroaéreos aumentados y Blumberg positivo.

Exámenes de laboratorio: leucocitosis con desviación izquierda y PCR 0,8.

TC de abdomen y pelvis contrastado: apéndice engrosado de 13.7 mm, con realce parietal, asociado a cambios inflamatorios periapendiculares, sin líquido libre. Se realiza apendicectomía laparoscópica identificando líquido peritoneal claro hacia fondo de saco rectovesical con Apéndice flegmonoso aumentado diámetro hacia distal asociado a gangrena local. Se realiza apendicectomía, aseo de cavidad abdominal y se envía pieza a biopsia diferida.

Post operatorio favorable, dado de alta en 48 hrs.

En control postoperatorio paciente asintomático. Estudio

anatomopatológico: Apendicitis aguda úlcero-flegmonosa. Presencia de *Enterobius vermicularis*.

Se indica tratamiento con mebendazol a paciente y familia.

## HERNIA DE SPIEGEL COMPLICADA CON DIVERTICULITIS PERFORADA. REPORTE DE CASO.

*Hernán Guzmán Martín, Christian Dauvergne Ogaz, Raimundo Izquierdo Cox, Andrés San Martín,*

*Hospital DIPRECA. Servicio de Cirugía..*

**Introducción:** La hernia de Spiegel es una entidad poco frecuente de defecto herniario de la pared abdominal. Su diagnóstico y tratamiento continúa siendo un tema controvertido, fundamentalmente por su diversa e infrecuente presentación.

**Objetivos:** Presentar caso de abdomen agudo en adulto mayor.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 89 años, antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, EPOC, hernia de Spiegel y diverticulosis. Consultó por cuadro de 2 días de evolución de compromiso del estado general, fiebre, disnea y tos. Exámenes evidenciaron parámetros inflamatorios elevados. Se inició tratamiento antibiótico empírico foco respiratorio. Mala evolución clínica, con signos de shock séptico asociado a dolor abdominal. Scanner mostró hernia de Spiegel izquierda con aire y líquido libre dentro del saco herniario; signos de perforación intestinal con neumoperitoneo. Se decidió laparotomía exploradora de urgencia que evidenció hernia de Spiegel complicada, contenido del saco herniario corresponde a colon sigmoideos con diverticulitis perforada; hallazgo de divertículo de Meckel dilatado y perforado a 15 cm de válvula ileocecal. Se realizó operación de Hartmann y resección completa de divertículo de Meckel, seccionando íleon distal para realizar ileo-ascenso anastomosis. Lavado de cavidad y colocación de drenajes tubulares. Paciente es trasladado a unidad de cuidados intensivos donde evolucionó favorablemente

## EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO EN EL MANEJO MÉDICO DE LAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES ALTAS SECUNDARIA A BRIDAS, DESDE 2015 AL 2018.

*Ismael Vial Letelier, Macarena Nieto Garrido, Stefano Ramolfo Pacheco, Eduardo Muñoz Le Beuffe, Jose*

*Tomas Valdés Morales, Joaquin Irrarrazaval Espinosa,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía General.*

**Introducción:** La obstrucción intestinal (OI) representa hasta un 15% de las consultas por dolor abdominal en Urgencias y corresponde al problema quirúrgico más frecuente de intestino delgado. Hasta un 80% puede resolverse con tratamiento médico y no requerir cirugía.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es describir la respuesta al manejo médico de los pacientes con Obstrucción Intestinal Alta secundario a bridas e identificar factores predictivos de falla del manejo médico.

**Material y Método:** Estudio observacional retrospectivo y analítico de pacientes egresados con diagnóstico de obstrucción intestinal alta.

La recopilación de datos fue obtenida de TRACK-CARE, se incluyó historia clínica, examen físico, signos vitales, laboratorio, TAC y tipo de intervención quirúrgica.

Se incluyeron pacientes con OI alta secundarios a bridas, confirmado por tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis.

Se excluyeron pacientes con OI Baja, pediátricos, enfermedad renal crónica, datos incompletos, fallecidos.

Se utilizó la prueba de comparación de proporciones con un nivel de significación de  $p < 0,05$  y la prueba de regresión logística multivariable para la identificación de los factores predictivos de falla del manejo médico. Se analizaron las variables PCR, Leucocitos, Creatinina, Taquicardia, ASA, edad.

**Resultados:** Se incluyeron 75 casos en este estudio. 67 casos con OI Parcial, 8 con OI Completa.

El 92% de los pacientes tenía antecedentes de cirugías previas.

En 37,5% de las OI Completa y 13,4% de OI Parciales fracasó el manejo médico, requiriendo cirugía posterior. La edad varió de 19 a 92 años, con un promedio de 72 años.

El sexo femenino correspondió al 54,6 % de los pacientes. La estadía hospitalaria promedio fue de 7 días.

Los factores predictivos evaluados no sugieren asociación al fracaso del manejo médico.

**Conclusiones:** No existe asociación entre los factores predictivos evaluados y la falla al manejo médico. La clínica, examen físico seriado, la experiencia del equipo médico y el TAC son fundamentales en relación al manejo inicial.

## DIAGNÓSTICO INTRA OPERATORIO LAPAROSCÓPICO DE APENDICITIS

## AGUDA SECUNDARIO A ENTEROBIUS VERMICULARIS

*Andres Torrealba Bustos, Álvaro Gallardo Villalobos, Fernando Mutizabal Toro, Juan Pablo Henriquez Rissios,*

*Pontificia U. Católica de Chile. División de cirugía.*

**Introducción:** Enterobius Vermicularis es un nematodo popularmente conocido como oxiuro, ampliamente prevalente en nuestro medio. Rara vez produce manifestaciones intestinales, encontrándose casos excepcionales de apendicitis aguda con una incidencia del 1-3%, debido a la migración del parásito y obstrucción del lumen apendicular.

**Objetivos:** Reportar el caso de una paciente operada por apendicitis aguda secundaria a Enterobius Vermicularis. Características clínicas, imagenológicas, histológicas y quirúrgicas son presentadas de manera descriptiva.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 15 años con dolor abdominal difuso de 24 hrs de evolución que migra fosa iliaca derecha, asociado a náuseas sin vómitos ni fiebre, leve resistencia muscular, leucocitos 8200 sin eosinofilia, PCR 0.4. TC evidencia apéndice engrosado en tercio distal hasta 9 mm y aumento de la densidad de la grasa periapendicular. Refiere dolores abdominales inespecíficos en el último mes. Se realiza apendicectomía laparoscópica con leves cambios inflamatorios apendiculares. Al seccionar el apéndice protruyen 2 parásitos vivos, fusiformes, compatibles con Enterobius Vermicularis en la biopsia. Evolución post operatoria favorable, siendo tratada con mebendazol de forma ambulatoria.

Este caso constituye una presentación y etiología inhabitual de una apendicitis aguda, a considerar por el cirujano, en contexto de pacientes con escasos signos inflamatorios, jóvenes y en poblaciones de riesgo de parasitosis.

## INFLAMACION Y OBSTRUCCION DEL DIVERTICULO DE MECKEL POR BRIDA CONGENITA EN EL ADULTO

*Jacqueline Johanna Villanueva Benguria, Benjamin Omega Lafuente, Carla Angelotti Fuentes,*

*Universidad de Valparaíso. Catedra de Cirugía. Servicio de Urgencia y Servicio de Cirugía Hospital Naval de Viña del Mar*

**Introducción:** La obstrucción intestinal es una patología frecuente en adultos. Las bridas y adherencias pueden ser causantes sin tener una laparotomía previa, pero que comprima y vulvule el divertículo de meckel es

infrecuente, mas aun con antecedente familiar

**Objetivos:** Dar a conocer una patologia poco prevalente en adultos que es importante diagnosticar y manejar precozmente

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 49 años que consulta en urgencia por cuadro de 12 hrs de evolucion de dolor persistente y distension abdominal periumbilical, flanco y fosa iliaca derechas mas nauseas e hiporexia. al examen fisico con resistencia muscular involuntaria y blumberg esbozado. al laboratorio destaca leucocitosis de 10900 con predominio segmentados y pcr de 8,9. se solicito tomografia computada de abdomen y pelvis que mostro signos de obstruccion intestinal mecanica por volvulo de intestino delgado a nivel de ileon distal. Se interviene via laparotomia media infraumbilical encontrando brida congenita gruesa que estrangula y volvula diverticulo de meckel con signos de isquemia. se extirpa mediante sutura mecanica, asegurando vitalidad y calibre del ileon, resecao ademas apendice cecal. buena evolucion postoperatoria, dolor abdominal en regresion, alimentacion bien tolerada..  
Paciente refiere que 2 de sus hijos presentaron mismo cuadro quirurgico años atras.

## ESPLENECTOMÍAS: RESULTADOS DE 16 AÑOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*Francisco Moraga Vásquez, Javiera Toledo Gómez, Carlos Alberto Mariangel Maldonado, Leonardo Arancibia Herrera, Carlos García Carrasco, Carlos Benavides Castillo, Carlos Esperguel Galaz, Alejandro Cancino Viveros,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago).  
Cirugía digestiva. Universidad de Chile Campus Centro*

**Introducción:** La esplenectomía está principalmente indicada para el tratamiento de trastornos hematológicos benignos refractarios a tratamiento médico, como el PTI. Con el desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas el papel de la esplenectomía ha tomado mayor importancia, considerándose esta cirugía para el tratamiento de elección en este tipo de pacientes.

**Objetivos:** Caracterizar a los pacientes sometidos a esplenectomías en nuestro centro en cuanto a indicación quirúrgica y evaluar los resultados de morbi-mortalidad.

**Material y Método:** Se realizó un estudio de cohorte transversal. Se incluyeron todos los pacientes >15 años sometidos a esplenectomías electivas en los últimos 16 años. En total 56 pacientes fueron esplenectomizados, 33 con registro completo. Las variables demográficas,

clínica, parámetros de laboratorio, diagnóstico, indicación quirúrgica, abordaje, biopsia y seguimiento a largo plazo. Se excluyeron los pacientes <15 años y aquellos con resección esplénica secundaria durante otra cirugía. Se realizó análisis estadístico comparando variables categóricas con test de X<sup>2</sup>. Para todos los cálculos estadísticos se utilizó programa SPSS 24.

**Resultados:** 56 pacientes fueron sometidos a esplenectomía. La mediana de edad fue 52 años, 66% mujeres. El antecedente de hemorragia fue la presentación clínica más común en un 35,4%. La mediana de plaquetas fue de 39.000. El diagnóstico fue púrpura trombocitopénica (PTI) en 75%. La indicación de esplenectomía fue en 51,5% por crisis hemolítica, seguida de hiperesplenismo. El abordaje quirúrgico fue un 90% la vía laparoscópico. 15,2% presentaron complicaciones. La biopsia se tomó en el 78% de los casos, de estos el 30% fue PTI. La mediana de seguimiento fue de 7 años. Se registró un fallecido por causa indeterminada a los 5 años de seguimiento.

**Conclusiones:** La mayoría de las indicaciones de esplenectomías electivas fueron por causas hematológicas. Los resultados demuestran ser una opción segura para los pacientes con indicación quirúrgica.

## ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UNA APENDICITIS AGUDA SECUNDARIO A HERNIA DE SPIEGEL INCARCERADA. REPORTE DE UN CASO Y VIDEO.

*Álvaro Gallardo Villalobos, Francisco Aranda Godoy, Pablo Achurra Tirado, Rodrigo Tejos Sufan, Rodrigo Migueles Cocco,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía digestiva.*

**Introducción:** La hernia de Spiegel se origina por un defecto entre las fibras musculares del oblicuo interno y la vaina anterior del recto, agregandose fibras del musculo transverso bajo la arcada de Douglas. Si bien Claudius Amyand en 1736 reportó la apendicitis aguda dentro de una hernia inguinal complicada, se han descrito casos excepcionales de esta patología en relación al defecto de la línea semilunar y ninguno resuelto por laparoscopia.

**Objetivos:** Reportar el caso de un paciente operada por mediante laparoscopia por apendicitis aguda secundaria a hernia Spiegel incarcerada.

**Reporte del(los) Caso(s):** Se reportan características

clínicas, imagenológicas y video del procedimiento laparoscópico de una mujer de 60 años con antecedente de una abdominoplastia hace 10 años, consulta por dolor abdominal periumbilical lateralizado a derecha de 2 semanas de evolución, sin fiebre, vómitos o masa palpable. Al ingreso a urgencia se constatan parámetros inflamatorios bajos y una tomografía computada que evidencia hernia de Spiegel con apéndice cecal inflamado en su interior. Se realiza exploración laparoscópica, reducción del apéndice, apendicetomía y aseo, para luego reparar de forma primaria del anillo herniario con PDS 1/0 con sutura intracorpórea. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al segundo día post operatorio.

## MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A COLECISTECTOMÍAS EN COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES OCTOGENARIOS

*Darío Eduardo Palominos Salas, Daniela Andrea Alarcon Saavedra, maria paz opazo mellado, FLORENCIA PINTO GILARDONI, Antonio Robert Tocornal, roberto humeres apra,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Departamento de Cirugía.. Universidad de los Andes.*

**Introducción:** La colecistectomía en pacientes mayores de 80 años con colecistitis aguda es el tratamiento de elección. Es un procedimiento desafiante debido a la fragilidad de estos pacientes y las comorbilidades asociadas. En Chile no existen estudios con patología aguda litiasica en octogenarios.

**Objetivos:** Analizar el cuadro clínico preoperatorio, los hallazgos intraoperatorios y la morbilidad asociada en octogenarios sometidos a colecistectomía, por colecistitis aguda.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes con colecistectomía por colecistitis aguda, en el Hospital Militar de Santiago, desde enero/2007 a mayo/2018. Se incluyeron pacientes octogenarios, con cuadro de colecistitis aguda. Se excluyeron pacientes que se realizaron otro procedimiento durante la cirugía. Se analizaron distintas variables considerando significancia estadística con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Hubo 88 pacientes mayores de 80 años con colecistitis aguda, en los que decidió manejo quirúrgico. Edad promedio fue 84,37(80-98) años. 45(51,13%) eran hombres. Promedio de días de dolor antes de consultar es 3,5 días. 20(22,72%) pacientes presentaron patrón colestásico y solo 2(2,2%) pancreatitis asociada. 66(75%) pacientes tenían ecografía preoperatoria, el resto presentaba estudio con

TC. De los pacientes con ecografía, en 16(24,24%) se evidenció coledocolitiasis o dilatación de vía biliar. Se realizaron 11(12,50%) colangioRNM, dado presencia de patrón colestásico o hallazgos imagenológicos, de las cuales 6(54,54%) fueron positivas para coledocolitiasis. Se realizó colangiografía-intraoperatoria en 41(46,59%) pacientes con hallazgos positivos en 8(19,51%) pacientes, extrayéndose cálculos en el mismo acto operatorio en 6 pacientes y en 2 se realizó CPRE postoperatoria. La tasa de conversión a técnica abierta fue 14,77%(13 pacientes) y 14 casos(15,90%) se comenzó con técnica abierta. De todos los pacientes, 7(7,95%) presentaron complicaciones Clavien Dindo > II. La tasa de mortalidad a 30 días fue 3,40%. Hubo 5(5,68%) pacientes con cáncer vesicular.

**Conclusiones:** La colecistectomía en octogenarios por cuadro biliar agudo es un desafío mayor que lo reportado en población general, con aumento de su morbilidad.

## LAPAROSCOPIA EN TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL

*Pablo Achurra Tirado, Juan Pablo Ramos Perkis, Pablo Rafael Ottolino Lavarte, Erik Manriquez Alegria, Rodrigo Muñoz Claro,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Unidad de Trauma y Urgencias, Hospital Sotero del Río Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** En las últimas décadas la cirugía mínimamente invasiva (CMI) como método diagnóstico y terapéutico ha aumentado las herramientas de manejo del paciente con trauma.

**Objetivos:** Presentar 3 videos de alta resolución de manejo laparoscópico de trauma penetrante abdominal por arma blanca y fuego

**Contenido del Video:** Se presenta un video con 3 casos clínicos de trauma penetrante abdominal resueltos por laparoscopia:

1. Trauma por arma blanca toraco-abdominal: Aseo de hemotórax (transdiafragmático), exploración abdominal y luego reparación laparoscópica de 2 lesiones traumáticas diafragmáticas izquierdas.
2. Trauma por arma blanca en hipocondrio izquierdo: Lesión de intestino delgado y de colon reparados con sutura primaria por laparoscopia.
3. Herida de bala abdominal en flanco izquierdo, exploración abdominal, hemostasia, resección y anastomosis de intestino delgado por laparoscopia.

## CIRUGÍA DE MIGRAÑA, EXPERIENCIA PRELIMINAR EN CHILE.

*Cecilia Rozas Contreras, Marcelo Steiner Goldbaum, Angel Francisco Lazo Cornejo,*

*Clínica Santa María. Cirugía Plástica y Reparadora.*

**Introducción:** La Migraña es una patología multifactorial que genera un alto nivel de invalidez personal, familiar, laboral y económica. Su prevalencia mundial se estima entre un 11-32%, predominando en las mujeres (18% v/s 6%). No hay cifras chilenas oficiales. Se descubre el año 2000 la técnica de cirugía de migraña, por el Dr. Guyuron (USA). Esta técnica se basa en la liberación de ramas nerviosas periféricas en territorio facial, las que se encuentran comprimidas por vasos, músculos, fascia y/o hueso. Se han definido 6 puntos gatillo hasta ahora, además de migrañas numulares. En este trabajo se implementa esta técnica como experiencia preliminar en Chile.

**Objetivos:** Evaluar el efecto de la cirugía de migraña en la frecuencia, intensidad y duración de las migrañas, en pacientes chilenos.

**Material y Método:** Corresponde a un estudio experimental en pacientes migrañosos. Se establecen criterios de inclusión y exclusión de los participantes. Especifica la variable resultado (intensidad, duración y frecuencia de las migrañas) y otras variables que afectan el cuadro clínico. El método estadístico de análisis corresponde a estadística descriptiva.

**Resultados:** Se realizan 24 cirugías en 11 pacientes entre Septiembre de 2017 y Mayo 2018, con un seguimiento mínimo de 6 meses en cada uno (14-6 meses). Se observa una mejoría mayor al 70% en alivio de la frecuencia, intensidad y duración de las migrañas. Se define mejoría como una disminución de al menos un 50% en la intensidad, frecuencia y duración de las migrañas. El grupo control comparable mantiene sus migrañas sin cambios durante el período de desarrollo de este trabajo.

**Conclusiones:** La cirugía de migraña realizada en esta muestra de pacientes ha demostrado mejoría comparables a la publicada por el creador de la técnica, tanto en éxito como en bajas complicaciones. Su implementación en Chile en esta muestra inicial, representa una nueva opción terapéutica para estos pacientes.

## PARTICIPACIÓN DE RESIDENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE CHILE EN LA

## PUBLICACIÓN CIENTÍFICA: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

*Alfonso Jorge Navia Torelli, Gonzalo Yañez Caro, José Tomás González Bresky, Aldo Lopez Ortega, Alvaro Cuadra Campos, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, Susana Searle Ferrari,*

*Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía..*

**Introducción:** La publicación científica es una actividad académica fundamental, constituyendo una fuente de conocimiento y actualización, además de dar prestigio a sus autores. Por ende, como elemento docente constituye una importante labor durante el período de residencia, sin embargo no existen estudios que objetiven la participación real de residentes en la investigación.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es conocer la participación de los residentes de cirugía plástica de Chile en la publicación científica durante los últimos 20 años.

**Material y Método:** Revisión en Pubmed, Lilacs, Scielo, Revista Médica de Chile y Chilena de Cirugía, desde 1998 al 2018 bajo los términos: Cirugía Plástica AND Chile y Plastic Surgery AND Chile. Se incluyeron los trabajos con cirujanos plásticos o residentes entre sus autores y centro de filiación en Chile. Se registraron los artículos con participación explícita de residentes y se analizaron sus autores según período de residencia. Se analizó tema, año de publicación y revista. Se aplicó una encuesta a residentes de cirugía plástica para conocer su percepción respecto a la participación en publicación científica. Análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** Se revisaron aproximadamente 400 publicaciones, de las cuales aproximadamente 160 cumplieron con criterios de inclusión. El porcentaje reportado de participación de residentes fue menor al 10%, sin embargo al ampliar la búsqueda en relación a los residentes no explicitados como tal dentro de los autores, la participación subió a más del 40%. Predominó temática reconstructiva (60%), estudios en adultos (70%) y centros Universitarios (60%). Los residentes expresaron en las encuestas la falta de tiempo como impedimento a la publicación.

**Conclusiones:** Existe una tendencia en aumento a la publicación científica nacional. La participación de residentes de cirugía plástica en las publicaciones corresponde a más de un 40%. La implementación de programas de investigación en cirugía plástica y de espacios de tiempo protegidos podrían contribuir a aumentar esta cifra.

## TRATAMIENTO DE LINFEDEMA POST-TRAUMÁTICO CON COLGAJO LIBRE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA ILIACA SUPERFICIAL LINFÁTICO (SCIP-L): NUEVO PARADIGMA EN RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES

*Nicolás Pereira Covarrubias, Alvaro Cambara Parro, Matías Kufeke Marchant, Ricardo Roa Gutierrez,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Departamento de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador.*

**Introducción:** Linfedema post-traumático es una entidad poco conocida y estudiada. Su tratamiento no es parte de los objetivos clásicos de reconstrucción. Presentamos el primer caso reportado en la literatura de tratamiento de linfedema post-traumático mediante colgajo libre SCIP-L.

**Objetivos:** Presentar el primer caso reportado en la literatura de tratamiento exitoso de linfedema post-traumático mediante colgajo libre SCIP-L. Se hará también una revisión de la literatura disponible, anatomía relevante y fundamento fisiológico de este nuevo concepto en reconstrucción de extremidades.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino, 21 años, sano. Derivado a cirugía plástica por necrosis cutánea de cara medial de rodilla y tercio proximal de pierna izquierda secundario a desforamiento por accidente en vía pública. Se realiza escarectomía y aseos dejando defecto significativo de partes blandas.

A las 2 semanas del accidente presenta evidente linfedema de la extremidad accidentada con porcentaje de exceso de volumen (PEV) de 20% respecto a la extremidad sana. Se decide cobertura de defecto usando un colgajo SCIP-L que se realiza 1 mes post accidente.

Buena evolución postoperatoria, sin complicaciones.

Se constata baja de PEV a 8% y -1.3% a los 12 días y 3 meses postoperatorios respectivamente confirmando resolución completa del linfedema.

## DESARROLLO DE UN MICROSCOPIO ÓPTICO PORTÁTIL Y VASOS SINTÉTICOS PARA EL ENTRENAMIENTO Y MANTENCIÓN DE HABILIDADES MICROQUIRÚRGICAS A DISTANCIA

*Alfonso Jorge Navia Torelli, Susana Searle Ferrari, Carolina Salisbury Devincenzi, Claudio Guerra Sanchez, Alvaro Cuadra Campos, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia,*

*Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía.*

**Introducción:** La microcirugía es una disciplina que depende del entrenamiento simulado para la adquisición de destrezas. Actualmente existe una amplia oferta de cursos que ofrecen entrenamiento en modelos vivos y ex vivos, sin embargo, la centralización de nuestro país y la corta duración de dichos cursos motiva a la creación de dispositivos que permitan el entrenamiento a distancia.

**Objetivos:** Presentar la experiencia preliminar del desarrollo de un microscopio óptico portátil y vasos artificiales para el entrenamiento y mantención de habilidades microquirúrgicas a distancia.

**Material y Método:** Estudio experimental. Se adaptó un microscopio óptico miniatura e inalámbrico. Con siliconas flexibles se confeccionaron vasos sanguíneos artificiales de diámetro microquirúrgico. Se presentó el microscopio, instrumental y vasos sintéticos a un 5 staff del equipo de cirugía plástica de nuestro centro y se les solicitó realizar una anastomosis termino-terminal en un vaso de 1.4mm. Posteriormente se les realizó una encuesta de evaluación del modelo, analizando: portabilidad, ergonomía, comparación con el escenario real y utilidad para el entrenamiento microquirúrgico a distancia. Se realizó un análisis descriptivo.

**Resultados:** Se logró desarrollar un microscopio óptico portátil con un aumento fijo de 10x, perilla de ajuste de foco y distancia de trabajo de 7cms. Se elaboraron vasos sintéticos de distinto diámetro (1, 1.5 y 2 mm). La evaluación de los staff del modelo fue positiva, teniendo como principal desventaja la necesidad de trabajar a un aumento fijo y la transgresión de algunos principios ergonómicos básicos en microcirugía. Sin embargo, consideraron aquella desventaja como tolerable y valoraron positivamente su utilidad como herramienta en el entrenamiento microquirúrgico a distancia.

**Conclusiones:** Es factible desarrollar un kit de entrenamiento microquirúrgico portátil. El presente modelo no pretende reemplazar el entrenamiento simulado en laboratorios y cursos especializados, sino que busca optimizar la adquisición de habilidades a través del entrenamiento a distancia y ofrecer una herramienta para la mantención posterior de destrezas.

## ENTRENAMIENTO DE SUPERMICROCIRUGÍA EN ALA DE POLLO

*Alfonso Jorge Navia Torelli, Carla Natalia Ibarra Mujica, Alvaro Cambara Parro, Alvaro Cuadra Campos, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia,*

*Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía..*

**Introducción:** La supermicrocirugía consiste en aplicar técnicas de anastomosis a vasos menores a 0.8mm. Es una disciplina técnicamente muy demandante, por lo que el entrenamiento simulado es esencial para la adquisición de destrezas. Varios modelos han sido descritos, la mayoría en modelo animal vivo o ex vivo. Presentamos un modelo de entrenamiento en ala de pollo y una descripción de su anatomía.

**Objetivos:** Medición y descripción con nomenclatura actualizada de la anatomía del anteala de pollo. Presentación de un modelo de entrenamiento en supermicrocirugía en ala de pollo.

**Material y Método:** Estudio cuasi experimental. Se disecaron 60 alas de pollo (*Gallus Gallus*) en una tienda local. Se usaron midieron diámetros de los principales vasos y nervios del anteala del pollo con una regla submilimétrica y se describió su anatomía. Luego, con el uso de instrumental de punta fina, se realizaron anastomosis en los vasos descritos. El modelo fue utilizado por residentes de cirugía plástica de nuestra institución con entrenamiento previo en técnicas en microcirugía. Se registró su desempeño en supermicrocirugía y se comparó su rendimiento con el obtenido realizando el mismo procedimiento en arterias de 1.0mm de diámetro mediante escalas objetivas y estadística analítica.

**Resultados:** Dentro de las mediciones destacaba el diámetro de la arteria ulnar superficial  $0.92 \pm 0.08\text{mm}$  (0.85-0.96), arteria radial profunda  $0.67 \pm 0.07\text{mm}$  (0.6-0.7), arteria radial superficial  $0.43 \pm 0.15\text{mm}$  (0.4-0.45) y la vena ulnar profunda  $0.9 \pm 0.15\text{mm}$  (0.8-1.0). La evaluación de nuestros residentes en el entrenamiento evidenció una disminución no significativa de su desempeño, sugiriendo la existencia de transferencia de habilidades.

**Conclusiones:** Es factible usar el anteala de pollo para el entrenamiento de supermicrocirugía. Hasta donde hemos podido comprobar, este sería el primer estudio que describe detalladamente la anatomía del ala de pollo, su versatilidad para el entrenamiento de supermicrocirugía y su implementación y comparación

en un grupo de residentes.

## DOBLE PRESIÓN NEGATIVA (BI-VAC) PARA EL TRATAMIENTO DE SEROMAS

*Juan José Lombardi Azócar, Juan Pablo Camacho Martino, Wilfredo Calderón Ortega, Rodrigo Subiabre Ferrer, Kenneth Guler Gonzalez,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía Plástica y Reconstructiva.*

**Introducción:** Los beneficios de la terapia de presión negativa controlada para el tratamiento de heridas han sido descritos ampliamente en el campo de la cirugía plástica. Se ha descrito además su uso para favorecer la cicatrización de heridas quirúrgicas cerradas, sin quedar claro su beneficio para la formación de seromas.

**Objetivos:** Mostrar una técnica innovadora para el manejo de seromas

**Contenido del Video:** Grabación realizada en el Hospital del Salvador mostrando el uso de la técnica en un paciente con un gran seroma de difícil manejo. Se realiza el drenaje y capsulectomía del seroma, se instala un drenaje aspirativo por contrabertura, se realiza el cierre de la herida, y se aplica la terapia de presión negativa incisional. De esta forma obtenemos una presión negativa interna y externa (Bi- VAC) que permite el colapso adecuado de la cavidad.

## RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA ANTERIOR CON SISTEMA STRATOS? Y COLGAJO DORSAL ANCHO PEDICULADO, EN PACIENTE CON RESECCIÓN ESTERNAL ANTIGUA Y HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A COLGAJO OMENTAL

*Roberto Ariel Macchiavello Macho, Diego Marre Medina, Carolina Soto Diez, Marcelo Felipe Parra Novoa, Manuel Calcagno Lüer,*

*Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). Cirugía Plástica y Quemados.*

**Introducción:** Los defectos de pared torácica anterior pueden ser congénitos o adquiridos. De estos últimos, la resección esternal responde a causas oncológicas o infecciosas. Reconstruir la pared torácica contribuye a

restablecer anatomía, funcionalidad, prevenir infecciones y trauma. Técnicas quirúrgicas incluyen materiales protésicos y colgajos regionales/libres.

**Objetivos:** Presentar caso de reconstrucción compleja de pared torácica anterior.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 60 años, hipertenso, diabético, cardiópata coronario. Cardiocirugía previa, osteomielitis con resección esternal y cobertura con flap omental. Mayo 2018 consulta en HUAP con shock séptico, diagnosticándose hernia diafragmática, perforación gástrica y mediastinitis, realizándose aseo, gastrorrafia, cierre con mallas (vicryl) en defecto diafragmático y esternal. Post-operatorio satisfactorio.

Realizamos reconstrucción torácica diferida utilizando sistema STRATOS?, barras ancladas a costillas cubiertas con colgajo dorsal ancho miocutáneo desepidermizado, cierre primario de colgajos cutáneos y VAC incisional, con buena evolución.

Existen distintas alternativas de cobertura de partes blandas en región esternal. Utilizar colgajos musculares ha demostrado utilidad asociados a elementos protésicos, obliterando espacios muertos, previniendo infección. Además, presentan menos molestias y mejor resultado estético. El colgajo dorsal ancho, liberado de sus inserciones, realizando disección del pedículo con técnica microquirúrgica otorga gran arco de rotación permitiendo sobrepasar línea media, cubriendo defecto central y barras de titanio, logrando buen resultado funcional y estético.

## COBERTURA DE RODILLA MEDIANTE COLGAJO SURAL

*Ezequiel Jose MALLIA Caparelli, Oscar Julian Francisco MEDINA Romero,*

*Hospital Sofia T de Santamarina de Monte, Esteban Echeverría, Buenos Aires*

**Introducción:** Se presenta el caso de un paciente con una herida en región anterior de rodilla izquierda con fractura expuesta y desguantamiento la cual se resuelve mediante estabilización de la fractura y un colgajo sural para la cobertura de la articulación.

**Objetivos:** El objetivo es demostrar la necesidad de cobertura de la articulación mediante un colgajo, y la utilidad del colgajo sural para resolver este defecto.

**Reporte del(los) Caso(s):** Se presenta un paciente de sexo masculino de 25 años de edad que sufre un traumatismo por accidente moto-auto que genera un desguantamiento y fractura expuesta de rodilla izquierda. Recibe tratamiento por traumatología que trata la fractura y realiza un cierre primario de herida. El paciente regresa con deshiscencia de herida por flexión

de la articulación. Se realiza un drebridamiento de los tejidos desvitalizados y cicatrizales y una posterior cobertura cutánea mediante un colgajo sural a pedículo proximal.

## COBERTURA DE EXTREMIDAD SUPERIOR CON COLGAJO MICROQUIRÚRGICO QUIMÉRICO ALT ? SCIP, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*José Tomás Gantz Vives,*

*Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Hospital del Trabajador de Santiago Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. .*

**Introducción:** En extremidad superior, la utilización de colgajos quiméricos, permite confeccionar grandes colgajos a partir de un mismo pedículo, minimizando morbilidad de zona dadora.

**Objetivos:** Presentar un caso, junto con una revisión de la literatura de reconstrucción de extremidad superior utilizando colgajo microquirúrgico quimérico ALT ? SCIP (colgajo perforante de Arteria Inguinal Circunfleja Superficial)

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenino de 28 años de edad. Sin antecedentes mórbidos.

Ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital del Trabajador de Santiago (HTS), con diagnóstico de fasciitis necrotizante extensa del dorso de antebrazo, muñeca y mano derecha.

Tras siete aseos quirúrgicos, se realiza reparación aparato extensor de D2 y D3 con injerto de tendón. Cobertura de antebrazo, muñeca y dorso radial de mano y 1-2 dedos con colgajo ALT izquierdo adelgazado. Colgajo SCIP de adelgazado ?Flow through? al pedículo del ALT, para completar cobertura.

21 días después, se realiza liberación de sindactilia de 2-3 dedo y 4-5 dedo. Comisuroplastia mas injerto dermo epidérmico a zonas residuales de espacios inter digitales cruentos.

Paciente evoluciona en forma satisfactoria. Inicio precoz de terapia física y rehabilitación.

## RECONSTRUCCIÓN DE RODILLA CON COLGAJO PERFORANTE LIBRE UTILIZANDO CIRCULACIÓN COLATERAL COMO VASO RECEPTOR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD OCLUSIVA

*Gunther Mangelsdorff Galeb, Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Jose Ramon Rodriguez Astudillo,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Cirugía Plástica y Quemados Hospital del Trabajador Santiago.*

**Introducción:** Defectos de cobertura pueden complicar de forma importante las artroplastias de rodilla y pueden requerir la reconstrucción con colgajos libres, donde los vasos receptores habituales son ramas principales de arteria femoral o poplítea. En la enfermedad arterial oclusiva estas opciones no están disponibles y hay escasas alternativas descritas.

**Objetivos:** Reportar un caso de un defecto post artroplastia de rodilla en paciente con enfermedad arterial oclusiva severa, y plantear la utilización de una vena arterializada de la circulación colateral como arteria receptora con flujo anterógrado y retrógrado.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre de 65 años que requirió recambio de prótesis total de rodilla debido a infección, evoluciona con necrosis amplia de la piel anterior de la rodilla. En el estudio preoperatorio se evidencia obstrucción por aterosclerosis bilateral femoral, poplítea, tibial anterior y posterior. Se planificó escarectomía y reconstrucción inmediata con colgajo SCIP libre utilizando como vasos receptores vasos perforantes. Utilizando doppler portátil dentro del defecto se evidenció vaso menor a 1mm, subcutáneo, sin comitantes, similar a una vena, con flujo pulsátil, intenso y bidireccional. Se utilizaron ambos cabos como arteria receptora, y mediante supermicrocirugía se hicieron dos anastomosis arteriales. Evolución postoperatoria inmediata y a seis meses fue satisfactoria, sin complicaciones en seguimiento.

## COLGAJOS ADELGAZADOS EN PACIENTES OBESOS: ¿CUÁL ES LA MEJOR ZONA DADORA?

*Ignacio Cifuentes Ortiz, Nicolás Pereira Covarrubias, Maria Eliana Perez Mora, Josefa Venegas Navarrete, Matías Kufeke Marchant, Ricardo Roa Gutierrez, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución". Hospital del Trabajador. ACHS. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Pontificia Universidad Católica de Chile*

**Introducción:** La necesidad de obtener coberturas con adecuado contorno ha conducido a la búsqueda de colgajos adelgazados. El adelgazamiento del colgajo perforante de arteria circunfleja iliaca superficial (SCIP)

en la región inguinal y el colgajo anterolateral del muslo (ALT) elevados sobre la fascia superficial, presentan en promedio un grosor de 5mm de acuerdo a la literatura. Sin embargo, las poblaciones estudiadas son en su mayoría pacientes normopeso (60%), lo cual no es representativo de nuestra realidad.

**Objetivos:** Comparar el grosor del muslo y la región inguinal en pacientes que requieren cobertura con colgajos libres adelgazados.

**Material y Método:** Estudio observacional. Se analizaron en forma retrospectiva pacientes reconstruidos con colgajo SCIP adelgazado en el Hospital del Trabajador por un mismo equipo. En el Angiotac preoperatorio se midió el grosor del tejido subcutáneo sobre la fascia superficial a nivel inguinal bilateral y en la cara anterolateral de ambos muslos, las cuales se compararon entre pacientes normopeso y obesos (Mann-Whitney). Se correlacionó el IMC con el grosor del muslo y la región inguinal (Spearman).

**Resultados:** Se estudiaron 22 pacientes consecutivos. El 68,1% (N=15) presentó un IMC mayor a 25 y el 36,3% (N=8) mayor a 30. La mediana del grosor del muslo en pacientes normopeso y obesos fue de 4,5mm y 4,7mm (p=0,6) respectivamente, mientras que el grosor de la región inguinal fue de 5mm en pacientes normopeso y 9,25 mm en obesos (p=0,04). La correlación entre el grosor del muslo y el IMC fue de 0,2 (p=0,2) mientras que en la región inguinal fue de 0,54 (p=0,009).

**Conclusiones:** Nuestra serie presenta un alto porcentaje de pacientes obesos. En normopeso, el colgajo SCIP es el colgajo de elección. Dado que el grosor del muslo se mantiene constante, a diferencia de la región inguinal que aumenta a mayor IMC, el ALT adelgazado parece ser una mejor alternativa cuando se requieren coberturas de contorno adecuado en pacientes obesos.

## PACIENTE ATACADO POR JAURÍA DE PERROS.

*Mario Alejandro Hitschfeld González, Felipe Bello Godoy,*

*Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). UPC - UCI CIRUGIA GENERAL Y PLASTICA.*

**Introducción:** Se presenta caso clínico, poco frecuente en unidad, con resolución favorable, dada la complejidad y gravedad del caso.

**Objetivos:** Presentar caso clínico, complicaciones y tratamiento multidisciplinario.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente sexo masculino, 30 años, quien en sitio erizado, bajo efectos de drogas y alcohol es atacado por una jauría de perros. Ingresa en Shock hipovolémico e hipotermia. Al examen físico, herida scalp de cuero cabelludo, amputación de pabellones auriculares, herida con pérdida de piel y subcutáneo de antebrazo derecho, lesión del nervio radial derecho, heridas a colgajo abdominales, torácicas y de extremidades inferiores. Es trasladado a pabellón de urgencia: aseo quirúrgico e instalación sistema VAC en el brazo.

Evoluciona con sepsis foco cutáneo, evaluado en conjunto con infectología, se ajusta esquema ATB (vancomicina, ciprofloxacino, clindamicina). Posteriormente presenta infección intrahospitalaria (ABC). Se cambia ATB (colistin, tigeciclina y rifampicina). Rabdomiólisis e IRA oligúrica con requerimiento de terapia de Reemplazo Renal (15 HD). Posterior a 26 días de VMI se progresa en weaning, retrasado por difícil manejo de agitación y dolor.

Superada la etapa séptica y posterior a ocho intervenciones quirúrgicas es dado de alta con cirugías reparadoras pendientes, tales como: Reparación del Nervio Radial Derecho, Instalación de Prótesis de pabellones Auriculares Bilaterales.

## Reconstrucción facial con malla de titanio y colgajo libre fascial de muslo anterolateral: reporte de un caso.

*Cristian Ramos Sepulveda,*

*Montefiore Medical Center*

**Introducción:** Se presenta el caso de una paciente de 66 años con diagnóstico de papiloma invertido a la cual se le realiza maxilectomía parcial y reconstrucción facial con malla de titanio y colgajo libre de muslo anterolateral.

**Objetivos:** Se presenta este caso clínico como alternativa de reconstrucción para defectos en zona de cara media, con morbilidad disminuida y buen resultado funcional y estético.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 66 años, sexo femenino, se presenta en el servicio de urgencia por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por aumento de volumen maxilar, asociado a dolor, ojo rojo y visión borrosa. Se realiza un TC en donde se evidencia una lesión tumoral maxilar izquierda que compromete piso de órbita. La biopsia muestra un papiloma Schneideriano tipo invertido. Se planifica maxilectomía parcial más orbitotomía izquierda. Considerando la alta recurrencia del tumor y la posibilidad de transformación maligna, el tratante solicita conservar el espacio maxilar abierto y así mantener la opción de monitorización a través de nasofibroscopía. Se realiza resección de

paredes anterior y medial de maxila y de piso de órbita. La reconstrucción se realiza utilizando una malla de titanio para soporte del globo ocular y un colgajo libre de muslo anterolateral para volumen y cobertura.

## MICROCIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: RESULTADOS Y LECCIONES DESPUÉS DE 170 COLGAJOS LIBRES.

*Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras, Omar Chavez Maichil, Cecilia Briones Sagredo, Carolina Soto Diez, Pilar Claire Soria, Bruno Villalobos Coz,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva*

**Introducción:** La microcirugía ofrece la posibilidad de reconstruir defectos que previamente eran difícil de solucionar y en muchos casos ofrecer reconstrucciones de mejor calidad comparado con métodos convencionales.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es comunicar la experiencia de un equipo dedicado a distintos tipos de reconstrucciones.

**Material y Método:** Estudio de cohortes retrospectivo. Esta serie está constituida por 170 colgajos libres realizados consecutivamente entre Junio 2015 y Junio del 2018. Todos los casos fueron realizados por el primer autor. El 39,4% de los casos correspondió a reconstrucción de extremidad inferior, el 14,7% a reconstrucción de cabeza y cuello, el 14,7% a tratamiento del linfedema, el 9,4% a reconstrucción mamaria y tratamiento concomitante de linfedema, el 9,4% a reconstrucción mamaria aislada, el 5,3% a reconstrucción de extremidad superior, el 3,5% a reconstrucción de genitales y en 3,5% de los casos a tratamiento de úlceras por presión. La media de edad fue de 46,1 años con un rango de 6 a 91 años.

**Resultados:** En todos los pacientes se logró el objetivo reconstructivo. De 7 colgajos complicados con trombosis se intentó el rescate de urgencia en 4 lográndose rescatar 2. La sobrevida a largo plazo en la serie completa se logró en 165 colgajos (97,1%). En diez casos se tuvieron pérdidas parciales. Hubo sólo una complicación grave en zona donante (0,6%) que se solucionó con microcirugía.

**Conclusiones:** Esta serie muestra el alcance de la microcirugía en distintas zonas anatómicas a reconstruir, con resultados que se comparan favorablemente a lo publicado en la literatura. Teniendo como base un

entrenamiento y experiencia sólida en microcirugía, en nuestra experiencia cada tipo de reconstrucción tiene su propia curva de aprendizaje. A pesar de las dificultades encontradas durante el inicio, es posible ofrecer a los pacientes una reconstrucción microquirúrgica con altos estándares de calidad y baja morbilidad

## PERFIL DE BÚSQUEDA EN LÍNEA DE CIRUGÍAS ESTÉTICAS EN CHILE. ANÁLISIS DE GOOGLE® TRENDS

*Ignacio Cifuentes Ortiz, María Eliana Pérez Mora, Carolina Salisbury Devincenzi, Alvaro Cuadra Campos, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia,*

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

**Introducción:** La búsqueda en internet sobre información perioperatoria de cirugías estéticas ha ido en aumento. Esto ha llevado a la proliferación de múltiples sitios, foros, y páginas personales de cirujanos plásticos. El análisis del perfil de búsquedas en línea es ampliamente utilizado en marketing y recientemente ha sido utilizado en el área médica para predecir brotes infecciosos. Actualmente, se desconoce el perfil de búsqueda en línea de procedimientos estéticos en Chile.

**Objetivos:** Describir el perfil de búsqueda en línea de cirugías estéticas en nuestro país.

**Material y Método:** Estudio descriptivo. Se realizó una búsqueda en Google trends, utilizando los términos:

¿Mamoplastia de aumento?, ¿Mamoplastia de reducción?, ¿Ritidectomía?, ¿Liposucción?, ¿Abdominoplastia?, ¿Rinoplastia?, ¿Botox?, ¿Ácido hialurónico? y ¿Rinoplastia?. Se limitó la búsqueda a Chile, entre los años 2013 y 2018. Se evaluó la frecuencia total de búsqueda de los términos, la tendencia en el tiempo y la frecuencia de búsqueda por mes y región.

**Resultados:** El término más buscado fue liposucción (30,8%), seguido por toxina botulínica (22,9%), abdominoplastia (11%), rinoplastia (11%) y ácido hialurónico (10,8%). Los términos menos buscados fueron reducción mamaria (1,8%), blefaroplastia (2%) y ritidectomía (1,8%). Los términos con mayor crecimiento en los últimos 5 años fueron Ritidectomía (150%), Toxina botulínica (129%) y ácido hialurónico (94%). El único término con crecimiento negativo fue liposucción (-20%).

Los términos con relacionados con contorno corporal predominaron en verano, mientras que los procedimientos faciales predominaron en invierno. Geográficamente, el 55% de las consultas provienen del

norte del país.

**Conclusiones:** Los términos de búsqueda relacionados con cirugías estéticas difieren en frecuencia y ubicación geográfica. Las cirugías de contorno corporal son las más solicitadas y los procedimientos no quirúrgicos son los que más han crecido en los últimos 5 años. Esta información podría ser de utilidad para orientar nuestra práctica clínica.

## APLICACIONES DEL REGISTRO NACIONAL DE QUEMADOS (RNQ): PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES QUEMADOS DERIVADOS AL HOSPITAL DE URGENCIAS ASISTENCIA PÚBLICA (HUAP)

*Carlos Alberto Barril Merino, Cristian Siques Urzua, Carolina Soto Diez, Cristián Arriagada Irrázaval, Roberto Ariel Macchiavello Macho,*

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

**Introducción:** El Registro Nacional de Quemados (RNQ) es una plataforma creada en Julio 2017, que desde entonces es la única vía de gestión y traslados de pacientes Gran Quemado Adulto que cumplan los criterios de las Garantías Explícitas de Salud (GES). Además, nos ha permitido conocer distintas variables clínicas y epidemiológicas de los pacientes.

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes quemados admitidos al Hospital de Urgencias Asistencia Pública (HUAP) entregadas por el RNQ.

**Material y Método:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes admitidos a HUAP entre Julio de 2017 y Julio 2018, cuyos datos fuesen ingresados al RNQ. Se excluyen aquellos pacientes que no cumplen criterios GES.

**Resultados:** Se identificaron 141 pacientes, con edad promedio de 49,20 años, 28% de ellos adultos mayores de 65 años, 63% de sexo masculino. La mayoría de la zona central del país. El 70% tenía un índice de masa corporal mayor a 30. El promedio de superficie corporal quemada fue de 25,20%, un 95% de éstas con algún componente de espesor total de la piel. El mecanismo principal fue fuego con un 59% del total. La injuria inhalatoria está presente en el 39%. El score de Garcés promedio fue 104,49 puntos, con un 37% en la categoría de Grave.

**Conclusiones:** Los pacientes Gran Quemado GES ingresados a RNQ son principalmente de sexo masculino, de la zona centro del país, siendo fuego el principal mecanismo de quemadura. Muchos de los pacientes derivados presentan injuria inhalatoria. La plataforma RNQ es una herramienta de la cual se pueden obtener diversas variables epidemiológicas que permiten establecer pronóstico o mortalidad y a su vez formular nuevos estudios a futuro.

## COLGAJO LIBRE DE PERFORANTE MEDIALIS PEDÍS: CASO CLÍNICO

*Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras, Omar Chavez Maichil, Cecilia Briones Sagredo, pilar clare soria,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva*

**Introducción:** El concepto de los colgajos de perforantes permite realizar reconstrucciones optimizando al máximo la concordancia entre los tejidos y minimizando la morbilidad en la zona donante.

**Objetivos:** Reportar el caso de un paciente con secuela de quemadura reconstruida con colgajo libre de perforante medialis pedis.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente 51 años con secuela de quemadura profunda con cicatriz retráctil y falta de tejido en la palma de la mano a nivel de las articulaciones. Se diseñó colgajo de perforante medialis pedis de 2 x 7 cm con ayuda de doppler sonido. No se utilizó angiotac en la planificación del colgajo. Se elevó colgajo identificando perforante y siguiendo trayecto hasta vasos tibiales posteriores. Se logra un pedículo de 12 cm. El colgajo sobrevivió sin necesidad de reexploraciones. Se logró el objetivo de aportar tejido bien vascularizado logrando una excelente concordancia de tejido. La zona donante fue cerrada de forma primaria. En suma, el colgajo de perforante medialis pedis ofrece una excelente cobertura para la cobertura de la palma de la mano o zona volar de los dedos de la mano. Este constituye el primer colgajo libre de perforante medialis pedis comunicado en Chile.

## RECONSTRUCCIÓN ESTÉTICA CON COLGAJO DE PERFORANTE DE ARTERIA PROFUNDA FEMORIS (PAP)

*Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras, Bruno Villalobos Coz, Cecilia Briones Sagredo, Carolina*

*Soto Diez, pilar clare soria, Omar Chavez Maichil,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva*

**Introducción:** Los colgajos de perforante ofrecen la posibilidad de reconstruir con mínima morbilidad en la zona donante. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es comunicar la experiencia con la introducción del colgajo PAP.

**Material y Método:** Estudio de cohortes retrospectivo. Esta serie esta constituida por 7 colgajos PAP realizados consecutivamente entre el 22 de mayo del 2017 y el 30 de junio del 2018. La planificación se realizó con marcación intraoperatoria con Doppler sonido. Seis casos corresponden a colgajo libres para reconstrucción mamaria. Un caso corresponde a un colgajo de perforante pediculado para reconstrucción de vagina y perine. La media de edad fue de 47 años con un rango de 25 a 71 años.

**Resultados:** En todas las pacientes fue posible levantar el colgajo sin problemas. La sobrevida de los colgajos fue de 100%, sin necesidad de re-exploraciones. En todas las pacientes se logró el objetivo reconstructivo. No hubo complicaciones en la zona donante que necesitaran reoperación.

**Conclusiones:** El colgajo PAP es un colgajo versátil, reproducible y seguro. En nuestra experiencia parece una buena opción en reconstrucción de vagina y periné. En reconstrucción mamaria nos parece especialmente valioso en casos de mastectomía con preservación de piel en pacientes sin buena zona donante abdominal.

## COLGAJO LIBRE DE PERFORANTE PROXIMAL DE ARTERIA PERONEA (PPAP) : SERIE INICIAL

*Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras, Cecilia Briones Sagredo, Carolina Soto Diez, pilar clare soria, Bruno Villalobos Coz, nohelía abou kheir caballero,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva*

**Introducción:** El colgajo PPAP es un colgajo plegable, fino, seguro y reproducible.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es comunicar la experiencia inicial con el colgajo PPAP para la reconstrucción de distintos defectos de cobertura.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Esta serie está constituida por 6 colgajos libres PPAP realizados en 6 pacientes operados consecutivamente entre Enero del 2018 y Junio del 2018. Todos los casos fueron realizados por el primer autor. La planificación de los colgajos se realizó con doppler sonido y pinch test, sin necesidad de angiotac. En 5 casos (83%) se utilizó para cobertura de pie y en un caso para cobertura de antebrazo. La media de edad fue de 56 años con un rango de 41 a 77 años.

**Resultados:** Todos los colgajos fueron elevados sin problemas. La supervivencia de los colgajos fue de 100%. En todos los pacientes se logró el objetivo reconstructivo. A pesar de un pedículo relativamente corto de 5 x 0,2 cm, en ningún caso fue necesario utilizar bypass. El más pequeño de los colgajos correspondió a una elipse de 4x9 cm y el más grande a 7 x 24 cm.

El grosor del colgajo tuvo una media de 6 mm, sin necesidad de ser adelgazado.

Todas las zonas donantes fueron cerradas de forma primaria. No observamos complicaciones en la zona donante.

**Conclusiones:** El colgajo PPAP parece ser una excelente opción tanto para defectos pequeños como para defectos medianos a grandes. Libre es. En la presencia de vasos receptores adecuados permite ser un colgajo seguro y reproducible. La colocación estratégica y adecuada del colgajo es fundamental para evitar la necesidad de bypass.

## PRIMER CASO EN SUDAMÉRICA DE USO DE MATRIZ DÉRMICA ACELULAR DE ORIGEN CADAVERÍCO DERMACELL® PARA EL MANEJO DE LESIONES COMPLEJAS EN QUEMADOS.

*Carolina Soto Diez, Natali del Pilar Figueroa Rosero, Manuel Calcagno Lüer, Cristian Siques Urzua, Carlos Alberto Barril Merino,*

*Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). Servicio de Quemados - Centro de derivación nacional.*

**Introducción:** Desde los años ochenta se han estado usando las matrices dérmicas como alternativa de tratamiento en lesiones complejas. En quemados se han estado utilizando para reparación de secuelas. DermACELL® es una matriz dérmica acelular de aloinjerto estéril, proporciona un andamio limpio y biocompatible para la regeneración de nuevo tejido.

**Objetivos:** Mostrar su uso en la cobertura de una lesión

compleja con exposición articular en un paciente diabético quemado, evitando una posible amputación.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 69 años, diabético mal controlado, fumador, sufre quemadura por fuego de tercer grado en ambos pies (3% SCT). Ingresó a HLT, se realizó aseo quirúrgico y escarectomía. Se trasladó a HUAP donde se constata exposición de capsula articular de Halux bilateral, con salida de pus, se realizó aseo y colocación de heteroinjertos. En segundo aseo se implantó DermACELL® a capsulas articulares y autoinjerto dermoepidérmico laminar. Post operatorio satisfactorio, matriz integrada, injertos prendidos casi completos, articulaciones vitales.

Las matrices dérmicas humanas descelularizada de origen cadavérico, proporcionan buena opción de tratamiento en lesiones complejas. Demostró ser sólida biomecánicamente, segura, resistente a la infección, de fácil uso. Una buena alternativa de manejo en quemados con lesiones complejas, evitando una posible amputación o la necesidad de un colgajo libre requiriendo microcirugía.

## MEDICIÓN DE RESULTADOS EN CIRUGÍA DEL CONTORNO CORPORAL A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO BODY-QOL.

*Diego Andres Quispe Valdes, Stefan Danilla Enei, Sergio Sepúlveda Pereira, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Claudia Albornoz Garrido,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía plástica y reparadora.*

**Introducción:** En cirugía plástica existe un creciente interés por conocer la experiencia del paciente tras una cirugía. El instrumento Body QoL fue diseñado para medir la satisfacción con el cuerpo desde la perspectiva del paciente, permite medir resultados en cirugía del contorno corporal.

**Objetivos:** Dar a conocer los factores identificados con este instrumento que modifican la calidad de vida posterior a cirugía de contorno corporal.

**Material y Método:** Cohorte retrospectiva. Variable: puntaje de escala de calidad de vida de instrumento BodyQoL. Muestras: 1200 pacientes. Criterios de inclusión: Pacientes sanos sin deseo de cirugía y sanos con deseo de cirugía, paciente con alteraciones del contorno corporal operados y no operados. Criterio de exclusión: pacientes con cualquier tipo de incapacidad física. Estadística analítica con programa STATA, T test y ANOVA univariada para variables continuas o normalizadas entre grupos.

**Resultados:** El género femenino ( $p < 0,001$ ), aumento del IMC ( $p < 0,001$ ) y aumento de la edad ( $p = 0,004$ ) disminuyeron significativamente la calidad de vida asociada al cuerpo. Pacientes que no deseaban tener un procedimiento de contorno corporal puntuaron mejor que los pacientes que sí querían algún procedimiento (mediana 79 vs 67 puntos,  $p < 0,001$ ). Los pacientes que habían tenido procedimientos de contorno corporal previos puntuaron mejor que la población control independiente de su deseo o no de realizarse un procedimiento de contorno corporal (mediana de 86 vs 74,  $p < 0,001$ ). La calidad de vida mejora significativamente en forma precoz a los pacientes sometidos a cirugía de contorno corporal y el efecto se mantiene por al menos 2 años.

**Conclusiones:** La cirugía de contorno tiene un efecto de alta magnitud y estadísticamente significativo sobre la calidad de vida, en la satisfacción con el cuerpo, vida sexual, autoestima y síntomas físicos; el efecto es precoz y sostenido en el tiempo.

## ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE: ENCUESTA A EGRESADOS 2011-2017

*Diego Andres Quispe Valdes, Luis Felipe Selman Briceno, Enrique Larraín Compagnon, Sergio Sepúlveda Pereira, Stefan Danilla Enei, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Claudia Albornoz Garrido,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía plástica y reparadora.*

**Introducción:** La formación de cirujanos plásticos de calidad exige una constante revisión y evaluación del programas de formación de los residentes. Han transcurrido 8 años desde que se evaluó la opinión de los egresados del Programa de Cirugía Plástica de la Universidad de Chile por primera vez.

**Objetivos:** Análisis del programa de formación de la especialidad según opinión de egresados.

**Material y Método:** Estudio descriptivo. Criterio de inclusión: egresados de cirugía Plástica y Reconstructiva de la Universidad de Chile durante los años 2011-2017. Criterios de exclusión: no hubo. Variable: encuesta de 28 preguntas, las cuales evalúan aspectos generales de la residencia, rotaciones específicas del residente, actividades prácticas, actividades teóricas y aspectos económicos y de investigación. Análisis con estadística básica (porcentajes).

**Resultados:** De 21 egresados, se obtuvo respuesta de la encuesta en 16, el 100% de los encuestados aprueba el programa de formación, El 69% cree que durante la formación adquirió las destrezas suficientes para resolver las patologías que comprende la especialidad, un 50% cree que no están claramente descritos los objetivos del programa, un 50% cree que el sistema de evaluación de conocimientos y destrezas no es el mas adecuado, el 63% de los encuestados considera que la duración del programa es insuficiente. Un 63% consideró el número de participaciones en pabellón adecuado La rotación mejor evaluada del programa fue el Hospital Clínico de la Universidad de Chile según un 56% de los egresados. Las áreas de mejor percepción de formación fueron cirugía de Contorno corporal y cirugía estética mamaria respectivamente.

**Conclusiones:** La aprobación del programa de formación de la especialidad sigue siendo alta en los egresados, sin embargo se mantiene la opinión de la necesidad de un programa mas extenso. El análisis recogido de esta encuesta es una buena herramienta para identificar aspectos del programa que se pueden mejorar.

## RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES EN AUMENTO MAMARIO CON IMPLANTES REDONDOS VS ANATÓMICOS: EVIDENCIA USANDO EL BREAST-Q

*Diego Andres Quispe Valdes, Claudia Albornoz Garrido, Stefan Danilla Enei, Luis Felipe Selman Briceno, Enrique Larraín Compagnon, Sergio Sepúlveda Pereira, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Plástica y Reparadora.*

**Introducción:** El aumento mamario con implantes es una de las cirugías mas solicitadas por las pacientes. Existe debate acerca de cuál es el mejor tipo de implante (redondo vs anatómico); sin embargo, hasta ahora no existen evaluaciones de satisfacción y resultados reportados por los pacientes.

**Objetivos:** Objetivo: evaluar calidad de vida post aumento mamario en pacientes con implantes redondos y anatómicos, usando un cuestionario validado, específico para cirugía de mama (BREAST-Q).

**Material y Método:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron 54 pacientes operadas de aumento mamario en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Criterio de Inclusión aumento mamario en HCUCH. Exclusión mastopexias. Se analizó tipo de implante (redondo vs anatómico), edad, índice de masa corporal, volumen del

implante y plano de inserción. La variable dependiente fueron los puntajes de satisfacción con las mamas, satisfacción con resultado, bienestar físico, bienestar psicosocial y sexual del cuestionario Breast-Q. Se analizaron resultados con t de student, Mann-Whitney y regresión lineal.

**Resultados:** 54 pacientes respondieron el cuestionario postoperatorio, 19 con implantes redondos y 35 anatómicos. El análisis univariado no demostró diferencias significativas en la mayoría de las escalas en pacientes con implantes redondos vs anatómicos: satisfacción con mamas (76.7 vs 78.5,  $p=0.72$ ), satisfacción con resultado (78.0 vs 80.2,  $p=0.41$ ), bienestar psicosocial (84.5 vs 84.2,  $p=0.66$ ), y bienestar físico (77.9 vs. 79.4,  $p=0.45$ ). Pacientes con implantes anatómicos presentaron mayores niveles de bienestar sexual comparados con implantes redondos (87.3 vs. 82.5,  $p=0.24$ ), sin embargo no significativo. El estudio multivariado no demostró diferencias significativas en satisfacción con las mamas y bienestar sexual entre pacientes con implantes anatómicos y redondos.

**Conclusiones:** Los resultados reportados por los pacientes en este estudio demuestran similares niveles de satisfacción con las mamas, con los resultados y bienestar psicosocial y físico. Pacientes con implantes anatómicos reportaron niveles más altos de bienestar sexual, pese a no ser estadísticamente significativo.

## DESCRIPCIÓN DE CIRUGÍAS OSTEOTOMICAS Y RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE CIRUGÍA BIMAXILAR REALIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE (HCUCH) DURANTE EL PERIODO 2012-2018.

*Diego Andres Quispe Valdes, Cristian Erazo Cortés, Naomi Yamada Torres, Sofia Serra Daprile, Patricio Andrades Cvitanic, Stefan Danilla Enei, Claudia Albornoz Garrido, Sergio Sepúlveda Pereira,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Plástica y Reparadora.*

**Introducción:** Las dismorfosis dentofacial provoca serios problemas estomatognáticos, de estética facial y psicosociales. Existen pocos centros de cirugía plástica en Chile que practica este tipo de cirugías. El departamento de Cirugía Plástica de HCUCH realiza este tipo de cirugías desde el año 2010

**Objetivos:** Evaluar resultados a corto y largo plazo de las cirugías osteotómicas realizadas por el departamento de cirugía Plástica y Reparadora del HCUCH.

**Material y Método:** Serie de casos de pacientes operados de cirugía osteotómicas en el servicio de Cirugía Plástica HCUCH durante el periodo 2012-2016. Criterios de inclusión: Pacientes operados de cirugía osteotómica. Criterios de exclusión: no hubo. Variables: datos demográficos, cirugía realizada, complicaciones perioperatorias. En cirugía bimaxilar: autoreporte vía telefónica de complicaciones transcurrido de su 4 meses a 4 años de su cirugía. Estadística básica (medias)

**Resultados:** Total: 33 cirugías osteotómicas; Cirugía bimaxilar tipo Le Fort 1 mas osteotomía sagital de mandíbula 15, genioplastia de avance 11, Avance de maxila 3, Osteotomía sagital mas avance de mandíbula 2, distracción mandibular

1 y distracción Maxilar tipo Le Fort II 1. Complicaciones tempranas: fractura de corteza externa mandibular en 1 paciente y recidiva posicional de maxila en 1 paciente. Complicaciones a largo plazo cirugía bimaxilar vía telefónica: se contactaron 13 pacientes; todos los pacientes refieren perdida de la sensibilidad del segmento desde el labio inferior al mentón en variable intensidad, de 0 a 10 la perdida de sensibilidad media fue 6.9 (DE 2.3), 10 pacientes refieren estar muy satisfechos con la cirugía, 2 satisfechos y 1 insatisfecho. Complicaciones: 2 refieren Infección leve secundario a secuestro óseo. 3 pacientes presentaron mejoría de su ronquido. 1 paciente presento disconformidad con el resultado estético.

**Conclusiones:** La revisión de la experiencia del departamento de Cirugía Plástica del HCUCH es positiva, las complicaciones a corto y largo plazo son bajas, los pacientes presentan un alto grado de satisfacción.

## CONSULTAS POSTOPERATORIAS DE CIRUGÍAS ESTÉTICAS REALIZADAS POR MEDIO DE WHATSAPP®.

### ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE MOTIVAN SUS CONSULTAS?

*Diego Andres Quispe Valdes, Stefan Danilla Enei, Matias Pruzzo Garate, Luis Felipe Selman Briceno, Claudia Albornoz Garrido, Sergio Sepúlveda Pereira, Patricio Andrades Cvitanic, Cristian Erazo Cortés,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Plástica y Reparadora.*

**Introducción:** El hecho de que la cirugía estética sea

# Cirugía Plástica y Reparadora

una experiencia evitable hace que el proceso postoperatorio sea difícil de aceptar. En la actualidad Whatsapp® se ha convertido en una herramienta de comunicación muy frecuente en este tipo de pacientes.

**Objetivos:** Recoger y categorizar los motivos de consultas postoperatorias de cirugías estéticas realizadas por Whatsapp®

**Material y Método:** Estudio cualitativo emergente, fenomenológico. Por medio de la función de exportación de chat de Whatsapp® se seleccionaron y exportaron diálogos de whatsapp de pacientes que consultaron posterior a cirugías estéticas a cirujanos tratantes y residentes independientemente del tiempo postoperatorio. Criterio de inclusión: paciente postoperado de cirugía estética que consulta por Whatsapp®. Criterio de exclusión: consultas que no se entendió la pregunta.

Muestra: Al menos un chat para cada tipo de cirugía estética. Pacientes que realizaron más consultas se seleccionaron específicamente para obtener mas información. Estadística descriptiva (Porcentaje)

**Resultados:** Se exportaron 22 chats de 10 tipos de cirugías estéticas obteniendo 129 afirmaciones significantes. El mayor numero de consultas fue el jueves (21%), el menor numero de consultas fue el domingo (4,7%). El horario de mayor numero de consultas fue entre las 13:00 y 14:00 horas. Los motivos de consultas según tópicos fueron los siguientes: 1) Curación de la herida, 2) Apariencia de la herida, 3) Uso de prendas compresivas, 4) Edema o aumento de volumen, 5) Síntomas gastrointestinales, 6) Mareo y/o desmayo, 7) Dolor de la herida. 8) Drenaje quirúrgico, 9) Alteraciones de la sensibilidad, 10) Consultas no relacionadas con la cirugía, 11) Actividad física postoperatoria, 12) Resultados estéticos, 13) Consultas administrativas y de gestión.

**Conclusiones:** Consultas por Whatsapp® es un tema muy prevalente. Cuando podemos utilizar esta herramienta con seguridad y como prevenir consultas que no son importantes con mejores medios de información son puntos a tratar para reducir el agotamiento que presenta el Cirujano Plástico tranquilizando pacientes postoperados.

## RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL CON TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES Y MARCAJE DOPPLER DE ARTERIAS PERFORANTES ABDOMINALES

*alvaro andres rubio gonzalez, carlos Mauricio figueroa trncoso, hector eduardo quiñonez sarmiento,*

*Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Cirugia plastica.*

**Introducción:** Las eventraciones complejas con «pérdida de derecho a domicilio» son hernias gigantes, con defectos crónicos que van creciendo y alterando de forma progresiva la fisiología normal de la pared abdominal. Las hernias incisionales ocurren después de el 10% de todas las laparotomías, ocasionando severas secuelas.

**Objetivos:** describir la utilidad de la Técnica de Ramírez y la adición de la técnica de marcaje de las arterias perforantes de la pared abdominal guiada por ultrasonido duplex definir el grado de movilización musculoaponeurótica de la pared abdominal utilizando esta técnica segura.

**Reporte del(los) Caso(s):** Estudio observacional, descriptivo longitudinal de 12 pacientes, de ambos sexos, mayores 18 años, con antecedentes de cirugías de urgencia o electivas, portadores de hernias incisionales complejas en Hospital regional de Talca.

Se realizó como tratamiento quirúrgico, la técnica de separación anterior de componentes con refuerzo de malla de polipropileno y en todos los casos se realizo marcaje preoperatorio de arterias perforantes de pared abdominal anterior con uso de ultrasonido duplex a 7,5Mhz. El seguimiento se realizo mensual con una media de evolucion a los 12 meses sin recidivas, con buena fisiologia de pared abdominal.

Nuestra serie es de 12 pacientes, sexo masculino 04 y femenino 08, con edad promedio 49,1 años(30- 68)

## EXPERIENCIA DEL HCUCH EN CIRUGÍAS DE LIPOASPIRACIÓN DE ALTA DEFINICIÓN DURANTE EL PERIODO 2015 -2018: RESULTADOS Y COMPLICACIONES.

*Diego Andres Quispe Valdes, Stefan Danilla Enei, Claudia Albornoza Garrido, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira, Naomi Yamada Torres, Sofia Serra Daprile,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugia Plastica y Reparadora.*

**Introducción:** La lipoaspiración de alta definición es un procedimiento que comienza a masificarse a a partir de la sistematización propuesta por Hoyos el año 2007. En nuestro país se esta comenzado a realizar, sin embargo no existe reportes hasta la fecha.

**Objetivos:** Evaluar los resultados y complicaciones de

una serie de casos de lipoaspiración de alta definición realizadas en HCUCH.

**Material y Método:** Serie de casos durante el periodo comprendido entre mayo 2015 y mayo 2018. Criterio de inclusión: Pacientes operados de lipoaspiración de alta definición durante el periodo. Criterio de exclusión: Paciente que no acudieron a su control postoperatorio. Variables: Tipo de procedimiento realizado y sus complicaciones a corto y largo plazo.

**Resultados:** Durante el periodo comprendido entre mayo 2015 y mayo 2018 se operaron un total de 17 pacientes, en los cuales se realizó en total 65 cirugías. 13 lipoaspiraciones fueron primarias y 4 secundarias. Se realizó cirugía combinada en todos los pacientes: abdominoplastia 15, abdominoplastia mas mastopaxia con implantes 11, Aumento mamario 9, Abdominoplastia mas Aumento Mamario 6, Implantes Glúteos 2, Implantes Glúteos mas Implantes Mamaros 1. Complicaciones: no se presentaron complicaciones sistémicas. Dentro de las complicaciones locales: fibrosis nodular transitoria en zonas de lipoaspiración superficial 15, hiperpigmentación Transitoria en zonas de lipoaspiración superficial 9 e hiperpigmentación permanente 1, falta de definición de las áreas de lipoaspiración superficial 1, apariencia poco natural del contorno corporal 3, síndrome de Mondor 2. Grado de satisfacción: 16 pacientes refirieron estar satisfechos con la cirugía y solo 1 paciente expreso no estar conforme.

**Conclusiones:** Tradicionalmente se desaconseja realizar lipoaspiración superficial debido al riesgo de irregularidades del contorno e hiperpigmentación, sin embargo con el avance de la tecnología y la técnica quirúrgica se han reducido sus complicaciones drásticamente. Esta serie de casos presenta complicaciones locales transitorias asociado a un alto grado de satisfacción.

## GLUTEOPLASTÍA DE AUMENTO CON IMPLANTES DE SILICONA CON TÉCNICA XYZ. SERIE DE CASOS REALIZADA EN EL HCUCH DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2014 - JUNIO DE 2017.

*Diego Andres Quispe Valdes, Stefan Danilla Enei, Claudia Albornoz Garrido, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Cirugia Plastica y Reparadora.*

**Introducción:** En los últimos años ha habido un aumento significativo en el número de pacientes que

buscan perfeccionar su figura en la región glútea. La gluteoplastia de aumento con técnica XYZ es una técnica que se está implementando lentamente en nuestro país, existiendo escasos reportes.

**Objetivos:** Dar a conocer una serie de casos de este tipo de cirugía, sus resultados y complicaciones

**Material y Método:** Serie de casos retrospectiva de pacientes sometidos a gluteoplastia de aumento con implantes de silicona por medio de técnica intramuscular XYZ realizadas en HCUCH durante el periodo diciembre 2014 - junio de 2017. Criterio de inclusión: pacientes sometidos a gluteoplastia de aumento con implantes de silicona. Criterios de exclusión: No hubo. Se describen datos demográficos, antecedentes médico quirúrgicos y complicaciones postoperatorias. Estadística descriptiva (Promedios)

**Resultados:** Total: 19 pacientes: 18 mujeres y 1 hombre. Edad promedio 35 años (DE 8,2), peso promedio 56 Kg. (DE 5,8), talla promedio 1,6 Mts.(DE 0,07), IMC promedio 22 (DE 1,5), tiempo operatorio promedio 235 min. (DE 119), comorbilidades 3 pacientes: 1 LES, 1 VIH, 1 ACV. La complicación más frecuente fueron: dehiscencia de herida operatoria 5 pacientes, Hematoma postoperatorio 1 paciente, seroma postoperatorio 2 pacientes, rotación de un implante 1 paciente, re-internación para manejo del dolor 1 paciente. Una paciente se perdió de seguimiento luego del control de retiro de puntos a la 6ª semana. Ningún paciente necesitó reoperación. Ningún paciente presentó infección de herida operatoria. Ningún paciente presentó extrusión ni pérdida de implantes. . Hubo una alta satisfacción con la cirugía excepto en 1 paciente.

**Conclusiones:** La técnica XYZ es un método efectivo para el tratamiento estético y reconstructivo de la región glútea especialmente en pacientes que no presentan zona dadora suficiente para injerto graso. Las complicaciones descritas son acordes a la literatura. La experiencia con esta técnica se presentó como reproducible y segura.

## ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD SEGÚN EL ÍNDICE DE GARCÉS Y EL ÍNDICE ABREVIADO DE SEVERIDAD DE QUEMADURA (ABSI) EN PACIENTES DERIVADOS AL HOSPITAL DE URGENCIAS ASISTENCIA PÚBLICA (HUAP)

*Cristian Siques Urzua, Carlos Alberto Barril Merino, Carolina Soto Diez, Angelica Paulos Parot, Cristián Arriagada Irrázaval, Manuel Calcagno Lúer, Roberto Ariel Macchiavello Macho,*

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

**Introducción:** El Registro Nacional de Quemados (RNQ) es una plataforma que permite optimizar el traslado y manejo de grandes quemados en Chile categorizándolos según el Índice de Garcés (IG), informando su gravedad y pronóstico de mortalidad porcentual. Actualmente el Abbreviate Burn Severity Index (ABSI) es el índice de gravedad de quemados más utilizado en el extranjero.

**Objetivos:** Análisis del IG y ABSI según mortalidad en los pacientes quemados ingresados al RNQ admitidos en el Hospital de Urgencias Asistencia Pública (HUAP) de Julio de 2017 a Julio 2018.

**Material y Método:** Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados al RNQ, admitidos al HUAP entre el período especificado. Se excluyen aquellos que no cumplen los criterios de las Garantías Explícitas de Salud. Análisis estadístico realizado con Stata.

**Resultados:** Ingresaron 141 pacientes, 15 fallecieron durante su hospitalización. El IG promedio al ingreso fue  $104 \pm 49$  puntos, ABSI  $7 \pm 2$ . Se observa una buena asociación entre IG y ABSI con regresión de Lowess, y correlación de Lin de 0,895 (IC:95%). La mortalidad es estadísticamente menor en graves y críticos según IG comparado a cifras HUAP 2013, no así en Sobrevivida excepcional. Los pacientes con  $ABSI > 10$  tienen menor mortalidad. Cada cambio de categoría en IG aumenta 4,5 veces el riesgo de morir (IC 95%) comparado con ABSI que aumenta 2,5 veces (IC: 95%), lo que explica el 20-22% en la variabilidad del riesgo de morir comparando ambas escalas.

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados a HUAP desde el inicio del RNQ presentan mortalidad menor comparado a estudios previos del mismo centro. Se demostró que el IG se correlaciona a ABSI en esta cohorte, éstos por separado explican sólo el 20-22% de la probabilidad de morir, siendo más significativo el IG. Sería interesante evaluar nuevas variables a medir en ese score como injuria inhalatoria o índice de masa corporal.

## ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DE LA MANO QUEMADA. REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Manuel Calcagno Lüer, Diego Marre Medina, Cristián Arriagada Irrarrázaval, Carolina Soto Diez, Adriana Alzate Rodas,*

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

**Introducción:** Las quemaduras en las manos ocurren de forma desproporcionada si se considera el porcentaje de superficie corporal que éstas implican. Tienen importancia funcional vital para la supervivencia, trabajo y actividad social. El manejo adecuado de estas quemaduras en la etapa aguda y subaguda es crítico y va desde el manejo tradicional conservador hasta la escarectomía agresiva precoz.

**Objetivos:** Discutir el uso de manejo conservador versus quirúrgico Discutir el uso de escarectomía precoz versus tardía  
Discutir el mejor tipo de cobertura cutánea

**Material y Método:** Revisión sistemática en buscadores Pubmed, Cochrane, Scielo, Lilacs, Tripdatabase. 57 artículos. Criterios inclusión: ensayo clínico controlado, 2008-2018, adultos, español-inglés. Análisis 7 artículos

**Resultados:** Se recomienda el tratamiento conservador en quemaduras superficiales y dérmicas superficiales con hidrocoloides ya que presentan epitelización más rápida y menor cicatriz que las manos manejadas con sulfadiazina de plata.

La escarectomía precoz ha demostrado mejores resultados versus la tardía, sin embargo depende de la gravedad y extensión del paciente ya que dependerá de privilegiar sobrevida versus funcionalidad.

El injerto dermoepidérmico laminar es el estándar de oro, sin embargo fenestrarlo permite mejor resultado funcional y estético.

**Conclusiones:** El tratamiento de la mano quemada se basa en un diagnóstico preciso y precoz de la profundidad, un tratamiento quirúrgico temprano y adecuado. Si bien existen recomendaciones claras con respecto al uso o no de debridantes enzimáticos, así como de apósitos activos específicos, dependerá de un diagnóstico preciso principalmente de la profundidad de la quemadura. Asimismo si bien la escarectomía precoz está indicada en quemaduras profundas, dependerá si se trata o no de un paciente de gran extensión y si existe o no la posibilidad de cobertura de esta zona funcional sin poner en riesgo la vida del paciente

## OSTEOTOMÍA MANDIBULAR HORIZONTAL PARA EXPOSICION DISTAL DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA EN TRAUMA

Juan Pablo Retamal Campodonico, Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer, Sandra Osorio Véliz, María Jose Villarroel Fuentealba, Cristian Arriagada Godoy,

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Cirugía.

**Introducción:** Las lesiones traumáticas de las arterias carótidas corresponden a un 3 a 10 % de las lesiones de los vasos cervicales. Las ubicadas en la zona III, son más difícil de abordar por su proximidad a la base del cráneo. Presentamos la alternativa de osteotomía transversa mandibular para lograr la exposición distal de la arteria carótida interna en manejo de trauma.

**Objetivos:** - Exponer una opción de técnica quirúrgica a utilizar para mejor exposición en lesión de ACI en zona cervical III.

Exponer caso clínico complejo, y demostrar opciones terapéuticas a reproducir en otros centros. Destacar el manejo multidisciplinario que se debe realizar en el paciente de urgencia.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente sexo masculino de 26 años ingresa al servicio de urgencia por herida por arma de fuego cervical izquierda, ingresa hipotenso, manejo de reanimación en una primera instancia, intubación con estabilización hemodinámica, posteriormente se traslada a sala de rayos donde se toma angiotac de cuello y tac cerebral, pesquisando hematoma cervical, lesión de ACI con extravasación de medio de contraste a nivel zona III.

## TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE AORTA VISCERAL

Melissa Pavez Kuncar, Jorge Vergara Cristi, Humberto Pizarro Villalon, Vicente Rodriguez Torres,

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Equipo Cirugía Vascul y Endovascular. Universidad de Chile

**Introducción:** Los pseudoaneurismas de la aorta visceral son infrecuentes, las causas más comunes son secundarias a procedimientos neuroquirúrgicos.

En territorios anatómicamente complejos como la aorta visceral, la cirugía endovascular representa una alternativa mínimamente invasiva y con baja

morbimortalidad.

**Objetivos:** Mostrar la técnica utilizada y los resultados de ésta al año de seguimiento.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 22 años, ingresa a urgencia con herida penetrante abdominal por arma de fuego, inestable hemodinámicamente y parapléjica. Sometida a laparotomía exploradora, se reparó lesión gástrica, y se encuentra hematoma retroperitoneal zona II derecha no expansivo, que no fue explorado. Posteriormente, TAC de columna muestra proyectil alojado en canal medular a nivel de T12 por lo que se realiza laminectomía y retiro de proyectil. Evoluciona con caída del hematocrito. AngioTAC de abdomen evidenció pseudoaneurisma de aorta visceral entre emergencia de AMS y arteria renal derecha de 46x55mm.

Dado contexto de cirugía abdominal reciente y condición neurológica, se decidió tratamiento endovascular. Vía punción femoral derecha e introductor 7F, se implantó stent no cubierto ProtegeGPS 14x30mm más embolización con coils de pseudoaneurisma trans-stent, logrando excluirlo.

Ha completado un año de seguimiento sin complicaciones. Angio TAC de control muestra pseudoaneurisma excluido y permeabilidad de las ramas viscerales de la aorta abdominal.

## ANEURISMA ARTERIA CAROTIDA INTERNA. REPORTE DE CASO

Patricio Huerta Bustamante, Juan Aldana Landeros, Andrea Gomez Schulz, Alonso Bulboa Fuentes, Jorge Vergara Cristi,

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Equipo Cirugía Vascul. Universidad de Chile

**Introducción:** Los Aneurismas de arteria carotida extracraneana corresponden al 1% del total de aneurismas arteriales, con mayor presentación en sexo masculino, edad promedio 60 años. Son más frecuentes de encontrar en arteria carotida interna (ACI) y luego en carotida común (ACC), de etiología principalmente degenerativa.

Son subdiagnosticados; cuando son sintomáticos pueden tener resultados catastróficos (TIA/AVE); 87% son asintomáticos; también pueden manifestarse como masa cervical, hematoma, ruptura o dolor. El diagnóstico es imagenológico. Su indicación es mayoritariamente quirúrgica, siendo la aneurismectomía reconstrucción la cirugía de elección.

**Objetivos:** Reporte de caso clínico resuelto en HBLT

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente sexo femenino, 56 años; HTA. 2 años de evolución aumento de volumen submandibular izquierdo. Sin trauma o cirugía cervical.

Masa pulsátil de 3cm diámetro, indolora, sin signos inflamatorios y móvil.

EcoDoppler: Dilatación aneurismática ACI izquierda; sin trombos, diámetro 2.6 cm.

AngioTC cervicales: ACI tortuosa, dilatación aneurismática sin trombosis, 3.2x2.6x2.6 cm a 1.5 cm sobre bifurcación. Resolución quirúrgica: aneurismectomía anastomosis primaria.

Evolución favorable, alta segundo día postoperatorio.

Biopsia: Aneurisma extensa aterosclerosis

## PRONÓSTICO DE LAS ANGIOPLASTÍAS PERIFÉRICAS DE EXTREMIDADES INFERIORES (PTA EEII) EFECTUADAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE (HCUCH) PERÍODO 2015-2017

*Felipe Alegría González, Carolina Camp Moya, Gabriel Sandoval Silva, José Matías Robles Maldonado, Gregory Francisco Cordova Aitken, Juan Pablo Moreno Perez,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía Vascul Periférica.*

**Introducción:** La Isquemia Crítica de Extremidades Inferiores (IC EEII) impacta significativamente en la calidad de vida. Los factores de riesgo anatómicos asociados a mortalidad y amputación son lesiones arteriales multinivel y pérdida de tejido. La revascularización con PTA EEII ha mostrado resultados adecuados a mediano plazo, pero con mayor riesgo de reintervenciones y efectuadas multinivel tienen mejor pronóstico que la de vasos tibiales por sí sola, con mejor resultado en cierre de heridas y amputación.

**Objetivos:** Evaluar el rendimiento de las PTA EEII del HCUCH desde 2015 al 2017, según riesgo de amputación mayor y regresión clínica por Rutherford a 6 meses postratamiento

**Material y Método:** Cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a PTA EEII por IC EEII desde 2015 al 2017 en HCUCH. Se incluyeron pacientes con categoría Rutherford 4. Se excluyeron las PTA EEII por trauma vascular o complicaciones de procedimientos endovasculares.

Las variables fueron regresión clínica IC EEII según Rutherford, mortalidad y evolución según territorio tratado

**Resultados:** Se estudiaron 108 pacientes, promedio de edad 68.5 años. El 63% consultó por dolor de reposo y resto por lesiones tisulares. El éxito procedural fue 96.3%, reportándose 3 procedimientos frustrados, que requirieron amputación supracondilea (2) y uno fallece.

Se requirió amputación mayor en 3.7% y la mortalidad fue 1.8% a 6 meses. Se efectuaron 27 angioplastias ilíacas, 70 femoropoplíteas, 45 tibiales, y 27 multinivel. No se observó relación estadísticamente significativa entre estado clínico preoperatorio y riesgo de amputación mayor ni mortalidad a los 6 meses, tampoco entre angioplastia multinivel y los vasos de salida en la pierna con la regresión clínica de la IC EEII

**Conclusiones:** Las PTA EEII en esta serie demuestran un adecuado rango de seguridad según riesgo de amputación y mortalidad a mediano plazo independiente del sitio tratado, debiéndose ajustar el tratamiento a la condición del paciente, siendo las revascularizaciones indirectas un método adecuado de tratamiento

## ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

*Tamara López Araos, Carlo Zuniga Gonzalez,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar).*

**Introducción:** Los aneurismas de las arterias viscerales son poco frecuentes, reportándose una incidencia del 0,01-2%. Los aneurismas de la A. mesentérica superior ocupan el tercer lugar (5.5%), por detrás de los aneurismas de la A. esplénica (60%) y hepática (20%). La mayoría son diagnosticados después de complicaciones dado su alta tasa de ruptura.

**Objetivos:** Dar a conocer una patología poco común, generalmente asintomática, con alta incidencia de ruptura e inminente peligro para la vida.

Mostrar el manejo de un paciente con aneurisma roto de la AMS con buena evolución clínica e imagenológica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Sexo masculino, 72 años, sin antecedentes mórbidos, cuadro de 2 semanas con deposiciones líquidas, dolor abdominal difuso y oliguria. Al ingreso hemodinámicamente estable, con globo vesical y falla renal aguda. Posteriormente, presenta dolor abdominal intenso y compromiso hemodinámico. Se realiza TAC: dilatación aneurismática parcialmente trombosada de arteria mesentérica superior (AMS) de 2,5 cm y hemoperitoneo moderado.

Se realiza laparotomía encontrando 400cc de hemoperitoneo, sin sangrado activo y sin isquemia intestinal. Se realiza control vascular de AMS, resección de aneurisma y reparación con bypass de vena safena. Biopsia: aneurisma de tipo aterosclerótico con hemorragia intramural y trombosis secundaria.

Paciente evoluciona satisfactoriamente. 2 meses postoperatorio se realiza Angiotac de control que evidencia bypass permeable.

## EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE REPARACIÓN ENDOVASCULAR (EVAR) DE PATOLOGÍA DE AORTA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL BARROS LUCO - TRUDEAU

*Jorge Vergara Cristi, Alonso Bulboa Fuentes, Andrea Gomez Schulz, Melissa Pavez Kunzar, Juan Aldana Landeros, Maria Constanza Neira Coulon,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Equipo de Cirugía Vascul y Endovascular. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina, Campus Sur*

**Introducción:** Desde su introducción en la década de 1990, la reparación por vía endovascular se presenta como una alternativa segura de manejo para pacientes con patología de aorta abdominal. En el Hospital Barros Luco, se inicia hace 10 años con esta técnica.

**Objetivos:** Evaluar morbi-mortalidad de la resolución endovascular de la patología de aorta abdominal en pacientes tratados en período 2008-2018 en el CABL.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, mediante revisión de fichas clínicas de pacientes con patología de aorta abdominal manejados por vía endovascular (EVAR), durante el período 2008-2018 en el CABL.

**Resultados:** Se reporta un total de 98 pacientes tratados por vía endovascular, 83% hombres 17% mujeres, edad promedio 69.5 años (rango 38 a 85), comorbilidades: HTA 81.8% DM2 18.2% Tabaquismo 60.2%, IRC 17%. El 26.1% tenía compromiso de una o ambas arterias ilíacas, y en 2 casos la indicación fue por aneurisma ilíaco puro. El 64% de los casos requirió un EVAR simple sin otro procedimiento asociado, 20.5% requirieron manejo de arterias ilíacas con embolización o branch ilíaco, 2 casos de EVAR unilíaco más By pass fémoro-femoral y 3 pacientes requirieron angioplastia de arterias ilíacas. El tiempo promedio de hospitalización postoperatoria fue 3,6 días (rango 2 a 13). Se presentan 5 casos de endoleaks, 2 tipo 1A, 2 tipo 1B y uno tipo 3. Por otra parte, 4 pacientes presentaron oclusión de una rama ilíaca en el seguimiento, requiriendo revascularización con by pass fémoro-femoral. Hubo 2 casos de mortalidad perioperatoria no asociada al procedimiento (menor a 30 días), con una sobrevivida a 2 años de 86%.

**Conclusiones:** Se observa que el perfil demográfico es similar a lo demostrado en series previas de pacientes con patología de aorta abdominal tratados por vía endovascular, con tasas de complicaciones dentro de lo esperado según estos reportes, con una baja mortalidad perioperatoria, lo que confirma su seguridad.

## PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR.

*Joaquín Mascaró Martínez, Gregory Francisco Cordova Aitken,*

*Hospital San Juan de Dios (Los Andes). Servicio de Cirugía. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. Centro de Salud Familiar Cordillera Andina de Los Andes*

**Introducción:** En la actualidad no existe registro nacional de la prevalencia de enfermedad arterial oclusiva crónica de extremidades inferiores (EAOEII), cuando la evidencia internacional muestra un ascenso en el diagnóstico y costos asociados a la enfermedad. El examen más práctico y difundido para el diagnóstico es la aplicación del Índice Tobillo/Brazo (ITB).

**Objetivos:** Caracterizar y determinar prevalencia de EAOEII en pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV) pertenecientes a programa de salud cardiovascular del CESFAM Cordillera Andina (Los Andes) entre los años 2016 y 2018.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal y observacional. Bajo autorización comité de ética y consentimiento informado pacientes, se realizó análisis de ficha clínica para caracterización general (edad, sexo, estado nutricional, comorbilidades) y aplicación ITB como herramienta diagnóstica intra-box (se utilizó Esfigmomanómetro aneróide Riestler Exacta y Sonda Doppler portátil Sonotrax de 8 Mhz) según clasificación internacional. Se incluyeron en el estudio pacientes de alto RCV (según clasificación MINSAL) que sean atendidos en programa de salud en CESFAM, sin criterios de exclusión. Para determinación de muestra, se realizó muestreo aleatorio del total de pacientes atendidos en policlínico salud cardiovascular (n:264).

**Resultados:** Del total de 264 pacientes, promedio de edad fue 67±7 años, 136 hombres/128 mujeres. Del total, 17% eutróficos, 57% sobrepeso y 17% obesos. 81% padecía hipertensión arterial, 65% diabetes mellitus, 71% Dislipidemia y 10% enfermedad renal crónica. Un 39% fumaba, 78% sedentario y 54,6% consumía alcohol ocasional. 54% presentaba claudicación intermitente. Del total de pacientes, un 62,1% padecía EAOEII siendo leve en 20% y moderada en

42,1%. No padecía EAOEEII un 36,6%.

**Conclusiones:** El diagnóstico precoz de EAOEEII permite un manejo oportuno preventivo para frenar la progresión de la enfermedad. La realización del ITB es un procedimiento de fácil acceso y aplicación, que permitiría una mejor cobertura y atención a pacientes con alto RCV.

## TERAPIA EN ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE CUATRO EXTREMIDADES SECUNDARIO A ERGOTISMO POR INTERACCIÓN CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

*Francisco Vargas Serrano, Fernando Velásquez Urbano, Pamela Carolina Contreras Campbell, Pedro Sfeir Vottero, Leopoldo Mariné Massa,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.*

**Introducción:** El ergotismo es un síndrome caracterizado por síntomas neurológicos, psíquicos o vasculares secundarios a intoxicación por derivados de la ergotamina. En la vasculatura produce vasoconstricción periférica que puede llevar a isquemia severa con riesgo elevado de amputación. La ergotamina interactúa con medicamentos inhibidores de CYP3A, incluso en dosis únicas, reportándose casos de ergotismo asociado a antirretrovirales usados en tratamiento de VIH.

**Objetivos:** Reportar el manejo del vasoespasmo arterial secundario a ergotismo por asociación de ergotamínico con antirretrovirales en pacientes con VIH en nuestra institución.

**Reporte del(los) Caso(s):** En un lapso de 7 años, consultaron 2 pacientes de género masculino de 35 y 41 años en terapia antirretroviral (TARV), por cuadro de isquemia de extremidades, consistente en palidez, cianosis y parestesias intermitentes de manos y pies. Ambos refirieron uso de ergotamina 24 a 72 horas previo al inicio de los síntomas.

PVR arterial de extremidades y AngioTAC confirmaron sospecha de vasoespasmo desde nivel proximal.

Se suspendió TARV y se inició Heparina terapéutica, Nitroglicerina y Sildenafil. En uno de los casos se administró Alprostadil intraarterial. En ambos casos se inició infusión de Iloprost, evolucionando con mejoría clínica y pletismográfica; recuperando pulsos de las 4 extremidades.

En ambos pacientes se logró conservar las extremidades sin necesidad de amputación.

## PSEUDOANEURISMA ESPLÉNICO SECUNDARIO A PANCREATITIS

*Carlo Zuniga Gonzalez, Gerson Pérez Flores, Cristóbal Francisco Ulloa Astargo, Javiera Isidora Jorquera Pesce, Nataly Véjar Pérez,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Cirugía Vascul.*

**Introducción:** Los aneurismas de arteria esplénica (AAE) son los terceros en frecuencia de los aneurismas abdominales luego de los aórticos e ilíacos, con incidencia de 0,1-10,4% en población general.

Se define como la dilatación anormal de arteria esplénica mayor a 1cm de diámetro. Son de atención a pesar de su baja frecuencia, dado el riesgo de ruptura y hemorragia concomitante que puede comprometer la vida del paciente, con mortalidad del 25-70%. En los últimos años las alternativas quirúrgicas han sido muy variadas, desde cirugía convencional hasta laparoscópica y terapia endovascular, siendo esta última considerada como primera línea de tratamiento.

**Objetivos:** Presentar caso de baja prevalencia con técnica mínimamente invasiva y resolución completa en controles post operatorios

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre, 65 años, antecedentes de hipertensión arterial y dos cuadros de pancreatitis aguda (PA) grave. Tras segundo episodio de PA (2011), se diagnostica por tomografía computada (TC) abdomen y pelvis, aneurisma fusiforme de arteria esplénica y trombosis mural, iniciándose terapia anticoagulante. En diciembre 2013 presenta cuadro de epigastralgia, se decide instalar sonda nasogástrica, dando débito hemático. Estudio endoscópico normal. En enero 2014 se realiza angiografía y embolización de pseudoaneurisma esplénico con amplatzer 25mm, abordaje femoral derecho. En controles imagenológicos 2018, resolución completa de aneurisma.

## TRATAMIENTO RADICAL DE LA ÚLCERA VENOSA CRÓNICA DE LA PIERNA

*Juan Bombin Franco, ALEJANDRO KOTLIK AGUILERA, Daniel Alejandro Garcia Oneto,*

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

**Introducción:** La Úlcera Venosa Crónica (UVC) de la pierna es secundaria a hipertensión venosa crónica por reflujo valvular con isquemia y necrosis grasa reemplazada progresivamente por tejido fibroso.

Clínicamente aparece celulitis crónica fibrosa y pigmentada, y finalmente UVC. Los tratamientos habituales logran cicatrizar la mayoría de las úlceras, pero existen muchas recidivas y algunos nunca cicatrizan, lo que se debe a fibrosis extrema del tejido celular, a veces, con grandes várices hipertensivas en medio del tejido indurado (aspecto queso Emental).

**Objetivos:** Mostrar resultados de la Resección cutánea y posterior Injerto en pacientes portadores de UVC persistente o recidivada a pesar del tratamiento médico y/o quirúrgico convencional por más de dos años.

**Material y Método:** Cohorte prospectiva, 204 pacientes (295 extremidades) durante 4 años en el Hospital Dr. Eduardo Pereira, Valparaíso, operadas por insuficiencia venosa crónica. De ese universo 17 extremidades fueron C6 (Clasificación CEAP), de ellos sólo a 12 (4,07 %) se indicó Resección e Injerto cutáneo diferido. Se excluyeron pacientes con inmovilidad articular, insuficiencia arterial, trombosis venosa profunda actual, embarazo, condiciones socio-culturales adversas, alcoholismo o drogadicción. Los pacientes llenaron un cuestionario de Calidad de Vida en relación al Dolor, Actividades cotidianas y Ámbito social en el pre y post-operatorio.

**Resultados:** Los 12 pacientes operados evolucionaron cicatrizando todos de la UVC en el control a 30 días. En la Encuesta de Calidad de Vida a un año en 11 pacientes no se observó recidiva de la úlcera y ausencia de dolor, volviendo todos a sus actividades habituales. Fue particularmente satisfactorio el ámbito social. No hubo mortalidad operatoria.

**Conclusiones:** La Resección Cutánea de una Úlcera Venosa Crónica en casos seleccionados tiene buenos resultados clínicos y en calidad de vida, y no debe ser desechada del arsenal quirúrgico del cirujano flebólogo.

## TRATAMIENTO HÍBRIDO DE UN ANEURISMA VERDADERO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR.

*Luis Felipe Contreras Ninoles, Martín Andres Cubelli Garrido, Eitan David Schwartz Yuhaniak,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Cirugía Vascul.*

**Introducción:** La incidencia de aneurismas viscerales es de aproximadamente 1%, de ellos 5% corresponde a Aneurismas de Arteria Mesentérica Superior (AAMS). Su etiología es principalmente aterosclerótica. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y masa pulsátil siendo asintomático en un 10% de los casos. Presenta una mortalidad de hasta 30% en contexto de urgencia.

Existen variadas alternativas de tratamiento quirúrgico, que van desde el Endovascular hasta el Bypass Aortovisceral.

**Objetivos:** Relatar la experiencia del tratamiento híbrido de un AAMS y discutir sus ventajas o desventajas respecto a otras modalidades de tratamiento.

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre de 27 años en estudio por dolor abdominal se solicita Angio-TAC de abdomen que evidencia AAMS de 4cm de diámetro en su porción proximal, Yuxta arteria cólica media.

Se realiza reparación híbrida con la siguiente técnica: Laparotomía media xifopuviana. Disección de AAMS, sección distal de AMS y cierre de ostium. Control aórtico y reimplante mesentérico en cara anterior infrarenal con anastomosis termino lateral. Clampeo mesentérico de 22 minutos. Por vía antecubital izquierda se accede a arteria humeral. Se canula AMS y se avanza hasta saco aneurismático donde se emboliza con Coils y se instala Vascul Plug en ostium de AMS.

Evoluciona favorablemente y es dado de alta al 7° día.

## MANEJO MÉDICO COMO PRINCIPAL ALTERNATIVA TERAPEUTICA EN DISECCIÓN DE TRONCOS VISCERALES

*Josefina Caviedes Morales, Eitan David Schwartz Yuhaniak, Sandra Osorio Véliz, Humberto Pizarro Villalon, Juan Pablo Fuenzalida Galvez, Patricio Huerta Bustamante, Vicente Rodriguez Torres,*

*Clínica Davila. .*

**Introducción:** La disección aislada de arterias viscerales es una entidad poco frecuente, cuya incidencia aun no es estimable, sin embargo, gracias a la mejora en técnicas imageneologicas ha aumentado su detección. El manejo es controversial, no obstante, el tratamiento medico es altamente efectivo (79%), reservando la resolución quirurgica para algunos casos seleccionados. En el presente estudio se busca confirmar que el manejo medico es seguro en cuanto a morbi-mortalidad analizando la realidad local.

**Objetivos:** Hacer un reporte local de la efectividad y seguridad de manejo médico en disección de tronco arterial visceral

**Material y Método:** Análisis descriptivo y retrospectivo, que incluye todos los casos de disección de arterias viscerales sintomáticos, diagnosticados por AngioTAC abdominal en los últimos 10 años, en Clínica Dávila de Santiago.

**Resultados:** Total de 30 casos con el diagnóstico de

disección de tronco celiaco (TC) y/o sus ramas, arteria mesentérica superior (AMS) o ambas. Edad media de 47 años, relación 3:1 entre hombres y mujeres. De estos, 23% fumadores, 40% con hipertensión arterial (HTA), 16.7% obesos y 6.7% con patología autoinmune. Lugar de disección más frecuente el TC con un 63.3%. Dos casos de disección coexistente de TC AMS. El manejo médico (TACO o Antiagregante plaquetario) fue exitoso en un 90%, con cese total de síntomas, sin complicaciones y sin mortalidad asociada, los tres casos restantes tuvieron manejo Endovascular con Stent, 2 a AMS y un Stent Graft a TC.

**Conclusiones:** La disección de troncos viscerales es un cuadro de escasa frecuencia, lo que posiciona nuestro estudio como una serie local de alto volumen. El manejo conservador ha demostrado ser seguro para la gran mayoría de los pacientes, por lo que debe ser considerado como la primera opción terapéutica. Lo anterior concuerda con la experiencia internacional disponible en la actualidad.

## INUSUAL IRRIGACIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DEL PULMÓN DERECHO A TRAVÉS DE UNA ARTERIA MAMARIA INTERNA. CASO CLÍNICO.

*Daniel Alejandro García Oneto, Constanza Gomez Munoz, Juan Bombin Franco, ALEJANDRO KOTLIK AGUILERA, Mario Santamarina R,*

*Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso).  
Equipo de Cirugía Vascul.*

**Introducción:** Las malformaciones vasculares congénitas en el territorio pulmonar son muy raras. Se pueden clasificar en malformaciones arteriovenosas, irrigación pulmonar desde arterias sistémicas anormales y el secuestro pulmonar.

**Objetivos:** Se presenta un caso sintomático de irrigación por una arteria mamaria interna anormal del lóbulo pulmonar inferior derecho y su resolución endovascular.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 67 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipotiroidismo, tabaquismo activo y tuberculosis pulmonar tratada. Consulta de urgencia por hemoptisis, sin otras molestias. Ingres a estable, un AngioTC de tórax muestra el lóbulo pulmonar inferior derecho irrigado por una arteria mamaria interna derecha marcadamente hipertrófica y tortuosa, con una formación aneurismática venosa mediastínica que drena finalmente en ramas de las venas pulmonares derechas. Se aprecia clara imagen en vidrio esmerilado en el lóbulo inferior pulmonar derecho. Sin alteraciones del sistema traqueo-bronquial, ni

diafragma. Se realiza embolización selectiva de la arteria mamaria interna derecha con coils metálicos logrando la oclusión arterial completa. Aortografía de control, sin alteraciones vasculares de importancia. La paciente está actualmente asintomática luego de un año de seguimiento.

## ANEURISMA AORTA ABDOMINAL - ILIACO- DISTAL CON REPARACIÓN ENDOVASCULAR EXITOSA, SEGUIMIENTO DE UN CASO

*Sergio Valenzuela Roediger, CONSUELO VALDES RUBILAR, Javiera Toledo Gómez,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago).  
Equipo Cirugía Vascul, Servicio Cirugía, Universidad de Chile.*

**Introducción:** Entre los Aneurismas de Aorta Abdominal (AAA) , los extensos complicados representan un 15% del total. Particularmente los aneurismas complejos sin cuello adecuado para resolución endovascular presentan un desafío respecto a su resolución y el uso de la técnica con grafts paralelos, a fin de mantener permeables las arterias viscerales.

**Objetivos:** Presentar un caso infrecuente con resolución quirúrgica endovascular compleja y su seguimiento a 18 meses.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino 67 con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica etapa III, derivado por isquemia crítica con úlcera en 4º orjejo izquierdo, se realiza estudio con angiotc y angiografía que muestra extenso aneurisma aorta abdominal con compromiso visceral, iliaco y distal oclusión iliaca común izquierda. El 2017 se realiza bypass femoro-femoral, revascularización hipogástrica y amputación de orjejo. En un segundo tiempo se realiza reparación endovascular de aneurisma con prótesis aorto uniliaca derecha con técnica chimeneas (ch-evar) a las arterias renal izquierda, mesentérica superior y tronco celiaco. Control de AngioTC un mes post cirugía muestra leak tipo Ia en goteras de las chimeneas. En control permanente, último control 2018 con AngioTC de seguimiento muestra endoprótesis in situ sin endoleak con disminución significativa del diámetro del aneurisma. Clínicamente en buenas condiciones sin claudicación significativa.

## VALIDACION DEL DUPLEX CAROTIDEO POR COMPARACION CON LA ANGIOGRAFIA DIGITAL

# Cirugía Vascul

Roberto Tapia Riepel, Gabriela Molina González, Sándra Hasbún Atala, Camilo Sánchez González,

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Cirugía Vascul.

**Introducción:** La validación de los exámenes que efectúan los Laboratorios Vasculares es fundamental para una eventual acreditación y para la confiabilidad de estos (1,2,3,).

Actualmente el duplex de vasos del cuello es el examen de elección para evaluar una probable estenosis carotídea, siendo el único método diagnóstico que se utiliza en muchos centros para decidir el tipo de tratamiento de esta patología (4,5). El dúplex de vasos de cuello reúne todas las ventajas de una prueba diagnóstica (validez, reproducibilidad y seguridad (6,7) es no invasivo y de relativo bajo costo. Sus desventajas son pocas, siendo la más importante el ser operador dependiente.

En nuestro Laboratorio efectuamos desde el año 2008 aproximadamente 700 estudios de vasos del cuello al año.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es validar los resultados de la ecografía de vasos del cuello de nuestro centro para el estudio de estenosis carotídea aterosclerótica y la toma de conductas en su manejo.

**Material y Método:** Se revisó en forma retrospectiva los datos de pacientes que se sometieron a ambos exámenes entre los años 2015 y 2017, con un plazo menor o igual tres meses entre ellos, correspondiendo a 37 pacientes (74 bifurcaciones carotídeas) 11 hombres y 26 mujeres.

Se analizó la especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) para diagnosticar: 1- Presencia o ausencia de enfermedad.

2- Estenosis mayores de 50%.

**Resultados:** A.-Presencia o ausencia de enfermedad: sensibilidad 100%, especificidad 98% VPP 97% y VPN 100%

B.- Para detectar estenosis mayores de 50%: sensibilidad 93%, especificidad 77%, VPP 93% y VPN 77%.

**Conclusiones:** El análisis de nuestros resultados con el duplex de vasos del cuello muestra, al igual que la literatura, que este examen es confiable y permite tomar decisiones terapéuticas.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL LINFEDEMA DE EXTREMIDADES INFERIORES.

Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras,

alejandros rojas, Omar Chavez Maichil, Cecilia Briones Sagredo, Carolina Soto Diez, pilar clare soria, Bruno Villalobos Coz,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva

**Introducción:** El linfedema de extremidad inferior es una enfermedad agobiante para muchos pacientes que dependen de sistemas de compresión y terapia kinésica de por vida. La microcirugía permite mejorar el drenaje linfático de forma fisiológica, disminuyendo las complicaciones asociadas al linfedema.

**Objetivos:** El objetivo de este artículo es comunicar los resultados de un enfrentamiento quirúrgico integral en pacientes con linfedema de extremidad inferior.

**Material y Método:** Estudio de cohortes retrospectiva. La serie esta constituida por 12 pacientes con linfedema de extremidades inferiores. En dos pacientes con linfedema leve se realizaron anastomosis linfático-venosa con supermicrocirugía. En los 10 pacientes restantes con linfedema moderado o severo se realizó transferencia ganglionar con microcirugía. En 8 casos una transferencia y en 2 casos dos transferencia. En 5 casos severos se realizó cirugía reductiva después de mejorar el drenaje linfático (en 3 casos liposucción y en un caso cirugía de Charles modificada). La media de edad fue de 38 años (20- 54 años). La media de seguimiento fue de 14 meses (3-27 meses). Para cuantificar los cambios del linfedema se realizó la medición estandarizada con cinta métrica.

**Resultados:** En todos los pacientes se observó disminución del linfedema con microcirugía. En los dos pacientes en que se realizó anastomosis linfático-venosa con supermicrocirugía se normalizó el diámetro de la extremidad. El porcentaje de reducción de linfedema en el subgrupo de transferencia ganglionar fue de 51% (20-100%) ( $p < 0.001$ ). Los episodios de celulitis en el último año disminuyeron de 4,2 a 0,8 ( $p < 0.001$ ). No hubieron complicaciones en el postoperatorio.

**Conclusiones:** La microcirugía y supermicrocirugía del linfedema es reproducible y segura. Una vez mejorado el drenaje linfático, los procedimientos reductivos son necesarios en un subgrupo de pacientes. Los buenos resultados de esta serie estimulan un enfrentamiento integral para el tratamiento y la profilaxis del linfedema.

## RECONSTRUCCIÓN DE PIE DIABÉTICO CON COLGAJOS DE PERFORANTES: DE LA MICROCIURUGÍA A LA LA

## SUPERMICROCIRUGÍA.

Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras, Bruno Villalobos Coz, Cecilia Briones Sagredo, Carolina Soto Diez, pilar clare soria, Omar Chavez Maichil, nohelia abou kheir caballero,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva

**Introducción:** La microcirugía reconstructiva permite tratar el pie diabético, ofreciendo coberturas estables y mejorando la microcirculación del pie afectado con tejido bien irrigado. Los colgajos de perforante ofrecen mínima morbilidad en la zona donante y la evolución hacia la supermicrocirugía la posibilidad de minimizar el daño en los vasos receptores y lograr la cobertura de defectos antes considerados intratables.

**Objetivos:** Reportar los resultados obtenidos de una cohorte de pacientes con pie diabético sometidos a microcirugía para cobertura de defectos.

**Material y Método:** Esta serie esta constituida por 30 colgajos libres realizados en 30 pacientes con pie diabético operados consecutivamente desde Mayo del 2016 a julio del 2018. La planificación de los colgajos se realizó con Doppler sonido. La media de edad fue de 46,1 años con un rango de 6 a 91 años.

**Resultados:** En todos los pacientes fue posible levantar el colgajo de perforante sin problemas. La sobrevida de los colgajos fue de 97%. En todos las pacientes se logró el objetivo reconstructivo. Un paciente tuvo complicación de la zona donante que necesitó reintervención, sin presentar problemas en su colgajo libre. En los últimos 5 pacientes operados de la serie se utilizó un enfrentamiento con supermicrocirugía, lográndose una sobrevida de esos colgajos de 100%.

**Conclusiones:** La reconstrucción del pie diabético con microcirugía es segura y reproducible. Logra dar una solución estable a heridas complejas que habitualmente sin microcirugía terminan en amputación. Después de revisar la literatura esta constituye la mayor serie de pacientes con pie diabético tratados con microcirugía en Chile.

## HEMOPTISIS COMO COMPLICACIÓN DE ÚLCERA PENETRANTE AORTA DESCENDENTE.

Nicolas Von Jentschky Rojas, Carla Guianatti Mancilla, Felipe Alegría González, Juan Pablo Moreno Perez,

Katherine Nicole Barahona Torres,

Hospital Clínico U. de Chile. .

**Introducción:** La úlcera aórtica penetrante es una entidad poco frecuente y subdiagnosticada, asintomática hasta en un 75% de los pacientes. Puede presentarse como síndrome aórtico agudo, siendo la hemoptisis una presentación excepcional de esta entidad. Primer reporte de caso en la literatura de hemoptisis secundaria a úlcera aórtica penetrante de aorta descendente.

Se destaca el manejo mínimamente invasivo con anestesia local, disminuyendo además riesgos potenciales de VMI asociado a hemorragia alveolar.

**Objetivos:** Se describe el caso de paciente con hemoptisis y úlcera de aorta descendente penetrante, tratada con técnica endovascular.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 74 años, antecedente de HTA y ACV no secuelado, 5 días de hemoptisis escasa, con episodio de hemoptisis de alta cuantía de 500 cc previo a consulta. Ingres a taquicardica, con respuesta a reanimación inicial. Angio-TC de tórax compatible con signos de hemorragia alveolar, en estrecha relación anatómica a úlcera penetrante aorta descendente.

Se decide manejo de urgencia endovascular bajo anestesia local y sedoanalgesia. Abordaje abierto inguinal derecho y acceso por punción inguinal izquierdo. Se instala endoprótesis torácica sin incidentes. Evolución post operatoria favorable, sin complicación quirúrgica.

## DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIAS VISCERALES

Sebastian Sepulveda Palamara, Julian Hernandez Castillo, Fernando Ibáñez Castro, Alfredo Arriagada Rehren, Victor Bianchi Schast, Gabriel Cassorla Jaime, Camila Hevia Stevens, Juan Seitz Castillo,

Clínica Alemana. Cirugía Vascul.

**Introducción:** La disección espontánea de vasos arteriales abdominales es una causa poco frecuente de dolor abdominal, sin embargo, su incidencia ha aumentado probablemente debido al aumento de exámenes imagenológicos realizados

**Objetivos:** Presentar una serie de casos diagnosticados en nuestra institución describiendo la forma de presentación de este cuadro, el vaso afectado y su tratamiento.

**Material y Método:** Serie de casos obtenida de la base de datos de Clínica Alemana. Se incluyeron pacientes

con imágenes abdominales realizadas entre julio de 2014 y diciembre de 2017, en cuyos hallazgos se diagnosticó una disección de arterias viscerales. Se recolectaron datos demográficos, forma de presentación, arteria afectada, tipo de imagen realizada y tratamiento. Variables cualitativas expresadas en número absoluto y porcentaje; variables cuantitativas, en mediana y rango absoluto.

**Resultados:** Se identificaron 7 pacientes en el período señalado. 4 (57%) fueron de sexo masculino, mediana de edad 60 (37-68) años. 5 (71,4%) pacientes se presentaron con dolor abdominal, en 2 (28,6%) fue un hallazgo en imagen realizada por otra causa. 4 (57%) pacientes presentaron compromiso del tronco celiaco, 2 (28,6%) de la arteria mesentérica superior y 1 (14,3%) de la arteria cólica izquierda. 4 (57%) tenían tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis y los otros Angio TC. En los pacientes con dolor el tratamiento fue anticoagulación y/o antiagregación plaquetaria. No fue necesaria la revascularización quirúrgica en esta serie.

**Conclusiones:** La disección arterial espontánea forma parte de las causas de dolor abdominal, por lo tanto, debe ser considerada entre sus diagnósticos diferenciales, si bien su sospecha es difícil debido a su baja frecuencia y presentación clínica variable, como se puede ver en esta serie de casos. Su diagnóstico también es difícil, siendo la TC una herramienta fundamental.

## FÍSTULA ARTERIO-VENOSA BRAQUIO-BASÍLICA COMO ACCESO DE ELECCIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL SIN OTRO CAPITAL VENOSO AUTÓLOGO DISPONIBLE Y PREVIO AL USO DE CONDUCTO PROTÉSICO

*Obren Danilo Drazic Beni, Cristian Zarate Bertoglio, Michel Bergoeing Reid, Leopoldo Mariné Massa, Renato Mertens Martín, Francisco Vargas Serrano, Albrecht Krämer Schumacher, Francisco Valdés Echenique,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de cirugía Vascul y Endovascular.*

**Introducción:** La enfermedad renal (ER) terminal es un importante problema de salud pública con una elevada mortalidad, morbilidad y costo asociado para los sistemas de salud. El acceso vascular debe tener la mayor durabilidad posible con el menor número de complicaciones asociadas. El uso de catéteres tunelizados expone al paciente al riesgo de sepsis grave y el agotamiento de accesos. La fístula arterio-venosa (FAV) braquio-basílica (FAVbb) debe ser considerada

como una buena opción cuando la anatomía del paciente no permite realizar otra técnica con vena autóloga (FAVa) y previo a realizar una FAV protésica (FAVp) o instalar un catéter central.

**Objetivos:** Evaluar los resultados obtenidos en nuestro centro con esta técnica y mostrar una opción factible para un acceso definitivo.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectiva no concurrente que incluyó a todos los pacientes sometidos a construcción de FAV entre enero de 2009 y marzo de 2018. Los objetivos primarios a evaluar fueron permeabilidad primaria, primaria asistida y secundaria. Los objetivos secundarios fueron falla precoz y otras complicaciones perioperatorias. Se utilizó estadística analítica y descriptiva para el análisis del estudio.

**Resultados:** Se realizaron 406 FAV en 339 pacientes, 297 FAVa (73,1%), 27 FAVbb (6,7%) y 82 FAVp (20,2%); 66,3% de las FAV fueron realizadas al lado izquierdo. El 68,2% de género masculino, y edad promedio de 59,7 años; 79,3% eran hipertensos, 41,6% diabéticos y sólo el 15,4% presentaba cardiopatía coronaria. La permeabilidad a 36 meses para las FAVa, FAVbb y FAVp fue: primaria 50,6%, 47% y 12,6% ( $p=0,0066$ ) y secundaria 62,9%, 69% y 35,9% ( $p=0,1106$ ), respectivamente. No hubo diferencia significativa en la presencia de complicaciones perioperatorias ( $p=0,135$ ).

**Conclusiones:** Las FAVbb presentan mejor permeabilidad primaria que las FAVp y similar a las FAVa, sin mostrar una diferencia favorable en cuanto a las complicaciones. La FAVbb debe ser considerada en todo paciente previo a la FAVp.

## CHIMENEAS EN EVAR: REPORTE DE EXPERIENCIA LOCAL.

*Javiera Toledo Gómez, Francisco Moraga Vásquez, Sergio Valenzuela Roediger, Juan Pablo Uribe Larach, Marcelo Mege Navarrete, Pablo Carreño Ortega, CONSUELO VALDES RUBILAR,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía, Equipo Cirugía Vascul. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

**Introducción:** El tratamiento endovascular se ha consolidado como manejo del aneurisma de aorta abdominal (AAA). Las fronteras endovasculares se han ampliado con el tiempo y en situaciones con anatomía desfavorable se vuelve difícil el uso de endoprótesis convencionales. Cuando no es posible ocluir arterias principales existen técnicas endovasculares para tratarlas, como son los stent paralelos (chimenea,

snorkel) y las prótesis fenestradas.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia local y evaluar los resultados de pacientes sometidos a reparación de aneurisma de aorta abdominal por vía endovascular (EVAR) con el uso de técnica de chimenea para preservación de ramas arteriales comprometidas.

**Material y Método:** Serie de casos en que se incluyeron pacientes tratados con EVAR y técnica de chimenea entre 2014-2018. Se realiza análisis descriptivo de la sobrevida, complicaciones, permeabilidad de la chimenea y disminución del tamaño del saco aneurismático. Criterios de inclusión: Pacientes con AAA de anatomía difícil tratados con terapia endovascular. Criterios de exclusión: Pacientes tratados mediante cirugía abierta y aquellos sin indicación quirúrgica.

**Resultados:** 5 pacientes fueron sometidos a reparación endovascular con chimenea, con una mediana de edad de 70 años. 60% fueron hombres. El diámetro preoperatorio máximo fue 9 cm y la mediana 8 cm. El procedimiento planificado fue factible en todos. El seguimiento tuvo una mediana de 18 meses (4-37 meses). La permeabilidad de las chimeneas fue de 100% al seguimiento. 1 paciente requirió reintervención realizando angioplastia de refuerzo en stent de AMS. El tamaño del AAA en los controles se mantuvo estable y en 2 pacientes se redujo el diámetro. Hubo un paciente fallecido por causa indeterminada.

**Conclusiones:** En el presente trabajo mostramos la experiencia realizada en 5 pacientes, logrando un éxito técnico inmediato y en el seguimiento inicial. Son necesarios más estudios sobre el uso de stent paralelo/chimenea para poder plantearla como una alternativa válida frente al manejo de un AAA de anatomía difícil.

## RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ABERRANCIA ANATÓMICA DE ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA Y DIVERTÍCULO DE KOMMERELL COMPLICADO CON DISECCIÓN AÓRTICA STANFORD B.

*Luis Burgos de Cea, Carlos Haroldo Jarpa Figueroa, Miguel Angel Icarte Opazo, Diego Ardiles Lopez,*

*Clínica Alemana Temuco. Equipo de Cirugía Vascul y Endovascular. Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco*

**Introducción:** La aberrancia anatómica de arteria subclavia derecha y el divertículo de Kommerell son

patología vascular infrecuente, pero se estima que su real prevalencia es mayor. Existe potencial riesgo de ruptura y disección aórtica asociado, señalándose que el tamaño sería el principal factor desencadenante.

**Objetivos:** Presentar la estrategia de terapia endovascular aplicada y resultados obtenidos en el tratamiento de esta patología por nuestro equipo.

**Material y Método:** Estudio observacional descriptivo que corresponde al reporte de casos consecutivos. Los casos corresponden a cuadro patológico de aberrancia anatómica de arteria subclavia derecha, con o sin conformación de divertículo de Kommerell y que se presentaron además en contexto de una disección aórtica tipo Stanford B complicada. Todos los casos fueron tratados mediante uno o más procedimientos de terapia endovascular en aorta torácica y fueron realizados en Clínica Alemana Temuco y Hospital Hernán Henríquez Aravena. La revisión es desde febrero del 2010 a Julio del 2018. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medida de tendencia central y dispersión. Para el análisis de supervivencia se utilizó estimador de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se reportan 5 casos que presentaban una aberrancia de arteria subclavia derecha. Todos los casos fueron diagnosticados sobre base de una disección aórtica en fase aguda complicada (Stanford B). Se empleó terapia endovascular aórtica para resolución de complicación y patología vascular de base. La edad presenta rango de 32 a 73 años (media de 52 años), 80% corresponde a género masculino. Para terapia endovascular se empleó hasta 4 procedimientos, tiempo promedio de intervención 118 minutos (rango 76 a 168 minutos). Mortalidad a 30 días 0%.

**Conclusiones:** Ante ocurrencia de esta patología vascular infrecuente y en asociación con una complicación, se pueden obtener buenos resultados como los reportados por nuestro centro mediante planificación y aplicación de terapia endovascular.

## COMPROMISO ARTERIAL DE EXTREMIDADES INFERIORES EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ARTERITIS DE LA ARTERIA TEMPORAL).

*pedro sfeir vottero, Cristian Zarate Bertoglio, Obren Danilo Drazic Beni, Fernando Velásquez Urbano, Renato Mertens Martín,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.*

**Introducción:** La arteritis de células gigantes es mas

frecuente en mujeres, mayores de 60 años, con sintomatología asociada a inflamación sistémica y compromiso de arterias craneales, principalmente la arteria temporal. El compromiso arterial sintomático de extremidades inferiores es un cuadro muy infrecuente y que puede llevar la pérdida de la extremidad.

**Objetivos:** Describir una causa infrecuente de isquemia de extremidades inferiores y cómo la oportuna sospecha diagnóstica permite indicar un tratamiento adecuado.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 73 años consulta en cirugía vascular por cuadro de 1 mes de claudicación intermitente clásica de extremidades inferiores de aparición brusca, fiebre, compromiso del estado general, claudicación mandibular, cefalea y baja de peso. Se realizó estudio vascular no invasivo que evidenció enfermedad arterial fémoro poplítea distal moderada de predominio derecho con índice tobillo brazo (ITB) 0,68 a derecha y 0,83 a izquierda. Se hospitaliza para estudio por sospecha de cuadro embólico por endocarditis, descartada con ecocardiograma. Angio tomografía computada evidenció engrosamiento de pared aórtica y disminución marcada de diámetro de ambas arterias femorales superficiales. Se inicia tratamiento esteroidal y se realiza biopsia de arteria temporal que resulta compatible con arteritis de células gigantes. Presenta remisión completa de su sintomatología en 6 semanas.

## TRATAMIENTO HIBRIDO DE LA PATOLOGÍA DE LA AORTA TORACOABDOMINAL

*Cristian Zarate Bertoglio, Obren Danilo Drazic Beni, Renato Mertens Martín, Francisco Valdés Echenique, Albrecht Krämer Schumacher, Michel Bergoeing Reid, Leopoldo Mariné Massa, Francisco Vargas Serrano,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular.*

**Introducción:** La cirugía híbrida (CH) ha surgido como alternativa terapéutica para intentar disminuir la mortalidad y morbilidad perioperatoria de la cirugía convencional del segmento tóraco-abdominal de la aorta.

**Objetivos:** El objetivo es evaluar nuestros resultados en CH comparando las tasas de morbilidad con la experiencia internacional publicada.

**Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo analizando todos los casos intervenidos mediante CH (simultánea o diferida) en un periodo de 14 años, evaluando: mortalidad, morbilidad renal/neurológica perioperatoria y seguimiento a largo plazo.

**Resultados:** 51 pacientes fueron intervenidos, 35 hombres (68%) y edad promedio de 58 años. Catorce pacientes presentaban antecedentes de enfermedad del tejido conectivo y 30 disección aórtica crónica (59%). La indicación de CH fue: 46 pacientes aneurisma toracoabdominal (90%), 3 pacientes con pseudoaneurisma anastomosis de aorta de cirugía aórtica previa (6%) y 2 aneurismas micóticos de arteria visceral. Se presentaron datos de la población, al menos edad sexo, laguna patología asociada y la patología tratada. Mortalidad perioperatoria fue de 11,7%, paraplejia o paraparesia persistente y necesidad de diálisis permanentes 3,9 y 2% respectivamente. El tiempo de clampeo renal y tiempo operatorio fueron factores de riesgo significativo para desarrollar falla renal postoperatoria (diferencia promedio de 6 minutos con IC95% 1,7 ? 10,3 minutos,  $p = 0,006$  y diferencia promedio 105 minutos con IC95% 21 ? 188,  $p = 0,01$ ). Se revascularizaron 160 vasos viscerales (TC, AMS, ARs), tasa de permeabilidad primaria asistida y secundaria a 5 años de 97 y 98%. Tiempo libre de reintervención 79% a 60 meses. Sobrevida global a 5 y 10 años 72 y 50% respectivamente.

**Conclusiones:** CH es un procedimiento teóricamente atractivo para el tratamiento de patologías que afectan el segmento tóraco-abdominal de la aorta con una morbilidad aceptable para esta grave patología. El tiempo operatorio y de clampeo renal son determinantes en el riesgo de morbilidad renal.

## TRAUMA VASCULAR ABDOMINAL. EPIDEMIOLOGÍA Y EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SANTIAGO

*Francisco Carriel Albarracín, Juan Francisco Allamand Turner, Rafael Fernández Peñafiel, Sebastián Oyanedel Pérez,*

*Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón).*

**Introducción:** La patología traumática ocupa buena parte del quehacer de los servicios de cirugía en Chile y el mundo. Existe gran heterogeneidad entre casos y centros clínicos, por lo que su manejo muchas veces tiene menos peso de evidencia. Por lo anterior, revisiones de grandes series son de interés. Existen múltiples series de trauma vascular reportadas en Chile, pero la mayoría de estas series se enfocan en trauma de extremidades, habiendo pocos reportes concernientes a lesiones vasculares intraabdominales y sus resultados.

**Objetivos:** Describir características demográficas, clínicas, manejo y evolución de pacientes con trauma vascular abdominal.

**Material y Método:** Estudio observacional retrospectivo

de todos los traumas vasculares operados en el Hospital Padre Hurtado de Santiago, desde abril 2009 a Diciembre 2017. Inclusión: lesiones arteriales y/o venosas traumáticas que necesitaron de una resolución quirúrgica. Se excluyeron los casos de pacientes que no fueran tratados en pabellón, y los que no presentaron lesiones vasculares intraabdominales. Se recopilaron características demográficas, del trauma, del procedimiento, como de la evolución. Se realizó estadística descriptiva de las variables de interés

**Resultados:** Se operaron 185 pacientes por trauma vascular, de los cuales 31 presentaron lesión vascular abdominal(16,75%). 100% eran hombres. Promedio de edad 28,45 años. el 71% por arma de fuego, 26% por arma blanca, y 1 paciente por trauma contuso grave. Los vasos más frecuentemente afectados fueron los ilíacos (11/31). 87% presentó lesiones asociadas. La mortalidad general fue 11/31, siendo el 82% de estos por arma de fuego, falleciendo todos durante las primeras 24 horas.

**Conclusiones:** El trauma vascular abdominal presenta alta morbimortalidad en nuestro medio, siendo predominantemente por arma de fuego, y presentando con gran frecuencia lesiones asociadas y sus secuelas respectivas. El manejo expedito define el pronóstico y sobrevida de estos pacientes, por lo que los servicios de urgencia deben estar preparados para actuar rápida y coordinadamente en estos casos.

## ANEURISMA DE LA AORTA TORÁCICA EN CONTEXTO DE SHAGGY AORTA. REPORTE Y REVISIÓN DE UN CASO.

*Herman Viveros Guajardo, Sandra Osorio Véliz, Cristian Arriagada Godoy, Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer, paulina lobos larenas,*

*Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Cirugía. Universidad de Santiago de Chile*

**Introducción:** La "Shaggy" Aorta está definida como una enfermedad ateromatosa muy extensa con úlceras difusas asociadas a placas blandas y sueltas. Es alto factor de riesgo en causa embólica para déficit neurológico, y la intervención en esta tiene como dificultad el desprendimiento del ateroma y en consecuencia su arrastre hacia las arterias carótidas.

**Objetivos:** Describir incidencia e incidencia en la técnica quirúrgica de la Shaggy Aorta, comparando con la literatura actual. A propósito de un caso.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 86 años con antecedente de Hipertensión Arterial, sin otros

antecedentes mórbidos. Consulta en Servicio de urgencia por dolor abdominal epigástrico que irradia a región retroesternal, de 24 horas de evolución y que no cede a analgesia. Paciente sin complicación hemodinámica. Evoluciona con caída del hematocrito por lo que se realiza AngioTAC que evidencia enfermedad ateromatosa difusa y un aneurisma de la aorta torácica, sacular, con signos de sangrado activo hacia el saco aneurismático. Además múltiples lesiones ulceradas en aorta que continúan hacia abdomen. Evoluciona favorablemente por lo que se realiza reparación endovascular torácica aortica (TEVAR) con endoprotesis relay 36 x 200 mm. Procedimiento sin incidentes, paciente con buena evolución clínica.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA MICÓTICO. REPORTE DE 37 CASOS

*Cristian Zarate Bertoglio, Obren Danilo Drazic Beni, Michel Bergoeing Reid, Renato Mertens Martín, Francisco Valdés Echenique, Albrecht Krämer Schumacher, Leopoldo Mariné Massa, Francisco Vargas Serrano,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.*

**Introducción:** El "aneurisma micótico" (AM) es la formación de pseudoaneurisma secundario a la destrucción de pared arterial producida por infección, siendo una condición infrecuente y de difícil manejo. Históricamente los pilares terapéuticos son: terapia antibiótica, debridación y revascularización.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo es caracterizar los pacientes con AM, analizar factores de riesgo y evaluar los resultados de las estrategias quirúrgicas utilizadas en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

**Materia y Método:** Estudio descriptivo de pacientes intervenidos por AM por el equipo de Cirugía Vascul y Endovascular de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 1985 hasta abril de 2018 de forma consecutiva. Se incluyeron variables demográficas, antecedentes mórbidos, exámenes de laboratorio, localización anatómica, agente etiológico, tratamiento quirúrgico realizado y sobrevida a corto y largo plazo.

**Resultados:** 37 casos en 35 pacientes tratados quirúrgicamente. Edad promedio 64 años, siendo 68,6% masculinos. 17 pacientes presentaban antecedente de infección reciente, siendo endocarditis, absceso epidural e infección urinaria las más prevalentes. El agente bacteriológico más frecuente fue staphilococcus (27%), seguido de salmonella y streptococo (18,9%

respectivamente). Según localización, 51% compromiso aórtico, 24% iliaco y 13,5% visceral. La estrategia quirúrgica más frecuente fue: 54,1% bypass extraanatómico y exclusión, 29,7% tratamiento endovascular, 8,1% ligadura y reconstrucción in situ 8,1% cada uno. Mortalidad a 30 días 10%. Mortalidad global a 12, 36 y 60 meses fue de 70, 64 y 60% respectivamente (error estándar 0,8%). En pacientes con afección de aorta, la mortalidad a 60 meses fue de 55% para cirugía convencional y 62% para cirugía endovascular (error estándar 17%).

**Conclusiones:** El AM es una entidad desafiante para el cirujano vascular. El tratamiento adecuado disminuye las complicaciones asociadas con tasas de mortalidad aceptables. El tratamiento endovascular es una alternativa a considerar en pacientes complejos, con tasas de mortalidad similares a cirugía convencional.

## MANEJO ENDOVASCULAR DEL SEGMENTO YUXTA-ANASTOMÓTICAS DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS AUTÓLOGAS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO. EXPERIENCIA ENTRE 2014-2018

Gabriel Cassorla Jaime, Camila Hevia Stevens, Moshe Pincu Lechner, Gabriel Seguel Seguel, Juan Pablo Ramos Perkis,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Vascul.

**Introducción:** El Acceso de elección para Hemodiálisis es la Fístula Arteriovenosa (FAV) Autóloga. La disfunción por estenosis u oclusión del segmento Yuxta-anastomótico es un problema frecuente que genera pérdida del nivel de la FAV o bien disminución del segmento dializable, con el agotamiento progresivo del capital venoso disponible. Las técnicas endovasculares permiten rescatar FAVs afectadas y mantener el segmento útil para diálisis.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de Rescates Endovasculares del segmento Yuxta-anastomótico del HSR entre los años 2014 a 2018 y sus resultados

**Material y Método:** Se presenta una serie de casos retrospectiva seleccionada de pacientes sometidos a rescate de FAV endovasculares Yuxta-anastomótico. De 235 pacientes consecutivos sometidos a rescate endovascular entre los años 2014-18, se incluye aquellos con intervenciones sobre el área anastomótica Arterial (Arteria dadora, Anastomosis y Capuchón / Vena comunicante) excluyendo FAV protésicas e

intervenciones en otros segmentos. Se revisan de fichas y protocolos operatorios, luego son analizados usando Microsoft EXCEL e IBM SPSS. Se define como variable principal la permeabilidad de la FAV rescatada; además se registran datos demográficos del paciente y de las características de la FAV.

**Resultados:** Se identifican 36 pacientes (69% hombres) sometidos a rescate Endovascular Yuxta-Anastomótico en el período, la mayoría (82%) son FAV distales, con un promedio de 29 meses (9,4-74,4) desde su creación al ser intervenidas; sólo un 14% debutaron con Trombosis. En 97% de los casos se utilizó Stents autoexpandibles, y 6% de Balón medicado de forma primaria. El éxito técnico fue 92%, pudiendo dializarse 86% por la FAV intervenida; 68% no requirieron otra intervención. La permeabilidad primaria es 79,6%, 68,7% y 39,7%; primaria asistida es 79,6%, 68,7% y 51,6%; y secundaria es 82,4%, 71,2% y 53,5% respectivamente a 6,12 y 24 meses.

**Conclusiones:** El Rescate Endovascular del segmento Yuxta-anastomótico en nuestra experiencia permite prolongar el tiempo de vida útil de la FAV.

## CORRELACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA EN LA ARTERITIS DE LA TEMPORAL

Pedro Sfeir Vottero, Cristian Zarate Bertoglio, Fernando Velásquez Urbano, Obren Danilo Drazic Beni, Renato Mertens Martín, Michel Bergoeing Reid, Francisco Vargas Serrano, Albrecht Krämer Schumacher,

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.

**Introducción:** La biopsia de arteria temporal (BAT) es el estándar de oro en el diagnóstico de arteritis temporal (AT). A pesar de ser un procedimiento quirúrgico de baja morbilidad, no está exento de complicaciones. Dado las diferentes formas de presentación, se ha propuesto desarrollar criterios clínicos e imagenológicos que permitan aumentar la precisión de la BAT, la cual según recientes publicaciones, ha reportado tasas negativas cercanas al 50%.

**Objetivos:** Nuestro objetivo es analizar la experiencia con BAT como método diagnóstico de AT y comparar los grupos con biopsia positiva y negativa identificando criterios clínicos que aumenten la acuciosidad diagnóstica del cuadro de AT.

**Material y Método:** Se realizó estudio de casos y controles, incluyendo pacientes con sospecha de AT que se les realizó BAT en nuestra institución entre los años 2000 y 2017. Se excluyeron pacientes sin acceso al

resultado de BAT o con muestra no representativa. Se revisaron protocolos operatorios, informes de biopsia y ficha clínica, registrando datos demográficos, antecedentes médicos, historia actual de la enfermedad, procedimiento quirúrgico y descripción histopatológica de la muestra. El objetivo primario es buscar la asociación entre sintomatología y resultado de biopsia positiva. Se utilizó estadística descriptiva y analítica para el análisis.

**Resultados:** De 130 pacientes con sospecha de AT, logramos acceso a 127 BAT y de estas, 124 (98%) fueron representativas. La edad promedio fue de 70 años (39-91) y 71% eran mujeres. La muestra fue sugerente de AT en 54 pacientes (43.5%). Claudicación mandibular (OR 6.36 IC95% 1.67-24.28) y síndrome consuntivo (OR 2.72 IC95% 1.07-6.9) aumentan el riesgo para BAT compatible y poliartritis lo disminuye (OR 0.03 IC95% 0.003-0.31).

**Conclusiones:** La sospecha clínica de AT se asocia a bajo resultado de BAT compatible. La claudicación mandibular y el síndrome consuntivo aumentan el riesgo de BAT compatible y poliartritis lo disminuye.

## SÍNDROME DE OPÉRCULO TORÁCICO ARTERIAL, ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

*José Herrera Valdés, Carlos Felipe Andres Ormeño Muñoz, Danitza andrea Escobar Hogg, Magdalena de las Mercedes Reyes Ferrada, Vicente Rodríguez Torres,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Cirugía. Universidad de Chile Universidad de Santiago de Chile*

**Introducción:** El síndrome de opérculo torácico, corresponde a un grupo de trastornos con etiología y clínica diferente, con una característica en común, la compresión de uno o más elementos neurovasculares a medida que atraviesan la salida desde el tórax. Se identifican cinco tipos: arterial, venoso, traumáticos neurovasculares, neurogénica y controvertidos. El síndrome de opérculo torácico arterial es un trastorno poco frecuente que involucra la compresión de la arteria subclavia, casi siempre unilateral y que afecta a personas jóvenes, siendo con mayor frecuencia la anomalía ósea la etiología. La clínica es puramente arterial generando síntomas de claudicación con el esfuerzo. El diagnóstico es corroborado por imagenología y el tratamiento con by pass es una de las alternativas.

**Objetivos:** A través de la exposición de un caso clínico

se busca ver en detalle la forma arterial de este síndrome, revisión de la literatura, y presentar como alternativa de tratamiento el by pass carotideo-braquial

**Reporte del(los) Caso(s):** Se presenta el caso de una mujer de 63 años, con clínica de claudicación en extremidad superior izquierda, con ausencia de sintomatología neurogénica y venosa. Evaluada con exámen de imagen, se objetiva síndrome de opérculo torácico arterial. Se decide tratamiento con by pass, carotideo-braquial versus resección costal, con buen resultado.

## EXPERIENCIA EN EL MANEJO ENDOVASCULAR DE PATOLOGÍA AÓRTICA ABDOMINAL POR EQUIPO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (HGGB) DE CONCEPCIÓN ENTRE ENERO DE 2015 Y DICIEMBRE DE 2017

*Rodolfo Agurto Neira, Blas Aguilera Ibarra, Carolina Andrea Pérez Grandón, Ignacio Joaquín Fuentes Palma, Gustavo andres Penalzoza Gomez, Josefa Pizarro Castro, Willy Yankovic Barceló, Alexis Bustos Valenzuela,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** La reparación endovascular (EVAR) constituye el gold standard en el tratamiento de las enfermedades de la aorta abdominal.

**Objetivos:** Caracterizar la serie y presentar resultados locales de EVAR en relación a los días de estadía en UCI, complicaciones post procedimiento y mortalidad.

**Material y Método:** Serie de casos de pacientes sometidos a EVAR en HGGB entre enero de 2015 y diciembre de 2017 con revisión de variables biodemográficas, caracterización clínica, estadía en UCI, complicaciones y mortalidad.

Excluidos pacientes con ficha incompleta o inexistente, se registraron las variables en planilla Excel y se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión para el análisis de variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas.

**Resultados:** 50 pacientes fueron sometidos a EVAR, 9 no cumplen con criterios de inclusión. La edad media fue  $72 \pm 7$  años y el 70% (n=33) corresponden al género masculino. Las comorbilidades más frecuentes fueron

hipertensión arterial y tabaquismo con un 56% (n=23) y 39% (n=16) respectivamente. El 83% (n=34) de los procedimientos fueron electivos, siendo la presentación más frecuente el hallazgo imagenológico (63%). El 60% (n=25) presentó un aneurisma aórtico abdominal (AAA) infrarrenal siendo esta la indicación más frecuente, con un diámetro aneurismático medio de  $6,2 \pm 1,7$  cm. Solo en un caso (2,4%) la indicación fue una úlcera aórtica. La mediana de estadía en UCI fue 2 [1 ? 11] días. 21 pacientes se complicaron siendo la más frecuente el endoleak (76%). La mortalidad en nuestra serie fue de un 7,3%, todos tenían signos de rotura inminente.

**Conclusiones:** La patología aórtica en nuestra serie fue más frecuente en hombres adultos mayores y la indicación más frecuente fue el AAA Infrarrenal. Los tiempos de estadía en UCI fueron breves y la complicación más frecuente fue el endoleak. La mortalidad en nuestra serie es baja y se relaciona con signos de rotura inminente.

## ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA EN PACIENTES SINTOMÁTICOS VS. ASINTOMÁTICOS. ESTUDIO COMPARATIVO DE 1696 OPERACIONES.

*Pedro Sfeir Vottero, Cristian Zarate Bertoglio, Obren Danilo Drazic Beni, Albrecht Krämer Schumacher, Renato Mertens Martín, Leopoldo Mariné Massa, Michel Bergoeing Reid, Francisco Valdés Echenique,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.*

**Introducción:** La endarterectomía carotídea (EC) es el tratamiento más eficaz para el manejo de la aterosclerosis severa de la bifurcación carotídea. Nuestra serie es la experiencia más extensa publicada en nuestro país.

**Objetivos:** Análisis de morbi-mortalidad de la EC efectuada por nuestro grupo. El objetivo secundario es evaluar la morbilidad neurológica y comparar su incidencia en el grupo de pacientes sintomáticos vs asintomáticos.

**Material y Método:** Cohorte no concurrente de todos los pacientes operados por aterosclerosis carotídea mediante EC entre diciembre 1977 y abril 2018. Se excluyen 112 pacientes: EC combinada con cirugía cardíaca (46) u otra cirugía (18) y EC por re-estenosis ipsilateral alejada (47). Se registraron datos demográficos, preoperatorios, detalles intra operatorios y resultados a 30 días. Se evaluó morbilidad cardiovascular, respiratoria, neurológica (centrales y periférica), y de herida quirúrgica. Se utilizó

estadística analítica y descriptiva para el análisis de resultados.

**Resultados:** 1696 EC realizadas consecutivamente en xxx pacientes. Edad promedio 70.3 años. Varones 70,4%. Sintomáticos 54%. Morbilidad neurológica central 1,36% y periférica 1,2%. Mortalidad global perioperatoria es 0,47%.

En pacientes sintomáticos la morbilidad neurológica central fue de 2,3% v/s 0,2% en asintomáticos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). La mortalidad perioperatoria en grupo sintomático fue de 0,6% y 0,2% en asintomáticos, diferencia no significativa.

**Conclusiones:** Nuestros resultados se encuentran dentro de los estándares internacionales para esta intervención, con tasas de morbimortalidad incluso más bajas que en series extensas internacionales. Los pacientes sintomáticos, tienen un mayor riesgo que los pacientes asintomáticos en morbilidad neurológica perioperatoria

## EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS VISCERALES

*Manuel Espindola Silva, Gustavo Sepulveda Monsalve, Mauricio Maureira Lleiva, Sebastián Saavedra Fernández, Francisca Muñoz Canales, María Josefina Egaña Duran, Jonathan Rivero Armijo,*

*Hospital DIPRECA. Cirugía vascul periférica y endovascular. Universidad De Santiago de Chile*

**Introducción:** Los aneurismas de arterias viscerales constituyen entidades clínicas infrecuentes, pero relevantes al presentarse como urgencia quirúrgica en un 22% de los casos, con tasas de mortalidad general del 8,5%. Actualmente, aunque con escasa literatura, se reconoce el tratamiento endovascular como una excelente opción en el contexto electivo.

**Objetivos:** El objetivo fue presentar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento endovascular de los aneurismas viscerales

**Material y Método:** Serie de casos retrospectiva en la que se incluyeron todos los pacientes con aneurisma de arteria visceral tratados por vía endovascular entre febrero de 2013 y febrero de 2018 en el Hospital DIPRECA y Clínica Las Condes. Fueron excluidos los pacientes sin control post operatorio. Se consignaron variables biodemográficas, clínicas, éxito técnico, complicaciones y morbimortalidad perioperatoria y tardías o necesidad de reoperación. Se utilizó estadística descriptiva

**Resultados:** Se trataron 13 pacientes con un promedio de edad de 62,8 años (DS  $\pm$  13,8) de los cuales el 69% correspondían a mujeres. Al diagnóstico 10 eran asintomáticos, dos presentaron dolor abdominal y uno debutó con rotura aneurismática. Se trataron 5 arterias renales, 4 esplénicas, 2 hepáticas, 1 mesentérica superior y 1 tronco celiaco. Las técnicas usadas fueron; instalación de coils (9), stent (3) y ambas en un paciente, con éxito técnico primario en todos los casos, con 2 complicaciones en el intraoperatorio, una falla renal aguda por infarto renal post rotura de aneurisma renal derecho y sin mortalidad. El seguimiento promedio fue de 11,6 meses con control clínico e imagenológico, sin complicaciones ni indicación de reoperación durante el seguimiento

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos se correlacionan con la evidencia disponible avalando el afrontamiento endovascular para la resolución de esta patología.

## ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA: ESTUDIO COMPARATIVO SEGÚN EL USO DE SHUNT EN 1696 OPERACIONES CONSECUTIVAS

*Obren Danilo Drazic Beni, Pedro Sfeir Vottero, Francisco Vargas Serrano, Michel Bergoeing Reid, Leopoldo Mariné Massa, Renato Mertens Martín, Albrecht Krämer Schumacher, Francisco Valdés Echenique,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.*

**Introducción:** La endarterectomía carotídea (EC) es el tratamiento más eficaz para el tratamiento de la aterosclerosis severa de la bifurcación carotídea. El uso de shunt para protección cerebral es de indicación rutinaria en nuestro grupo, y su omisión es excepcional. Algunos grupos postulan su uso selectivo usando técnicas para verificar su necesidad. Se postula que el uso rutinario de shunt haría más segura la EC.

**Objetivos:** Evaluar la morbi-mortalidad de la EC comparando los resultados entre los pacientes operados con y sin shunt.

**Material y Método:** Se configuró una cohorte prospectiva no concurrente con los pacientes tratados con EC entre diciembre 1977 y abril 2018. Se excluyen pacientes con EC combinada con cirugía cardíaca u otra cirugía y EC por re-estenosis ipsilateral alejada. Se obtuvo datos de fichas clínicas, registrando datos demográficos, preoperatorios, detalles intraoperatorios y resultados a 30 días. La morbilidad incluye eventos cardiovasculares, respiratorios, renales, neurológicos

centrales y periféricos, y de herida quirúrgica. Se utilizó estadística analítica y descriptiva para el análisis

**Resultados:** Efectuamos 1.696 EC consecutivas en 1529 pacientes. Edad promedio 70.3 años. Varones 70,4%, sintomáticos 915 (54%). La morbilidad intrahospitalaria y a 30 días fue 7.55%. En 1,36% ocurrió un evento neurológico perioperatorio (TIA/AVE). En 22 (1,3%) se objetivó lesión transitoria de nervio craneano. La mortalidad a 30 días de toda la serie es 0,47%. En 83 EC (4.8%) omitimos el uso de shunt. Los resultados con comparados con las 1613 EC con shunt. Entre los dos grupos sólo fue significativa la diferencia en la morbilidad global ( $p=0,025$ ).

**Conclusiones:** La EC es una operación segura, de baja morbi-mortalidad independiente del uso de shunt. El uso de shunt depende de preferencias del cirujano, o de factores anatómicos de la circulación intra/extracraneana

## ABSTRACT TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON DISPOSITIVO DE ASPIRACIÓN (PENUMBRA) EN PACIENTES CON TEP MASIVO

*Manuel Espindola Silva, Mauricio Maureira Lleiva, Francisca Muñoz Canales, Gustavo Sepulveda Monsalve, Jeison Peñuela Arredondo, Sebastián Saavedra Fernández, María Josefina Egaña Duran, Jonathan Rivero Armijo,*

*Hospital DIPRECA. Cirugía Vascul. Clínica las Condes*

**Introducción:** El TEP masivo es la presentación más grave de esta patología, se caracteriza por shock cardiogénico y/o falla ventricular derecha. El manejo angiográfico provee herramientas frente a situaciones críticas convencionalmente intratables.

**Objetivos:** Presentamos dos pacientes con TEP masivo tratados con sistema de trombo aspiración (Penumbra) y su evolución posterior.

**Reporte del(los) Caso(s):** Pacientes de sexo masculino 68 y 72 años, ambos en shock cardiogénico y TEP confirmado por angioTAC, medición de presión de arteria pulmonar mediante Swan Ganz: 79 mm Hg y 78 mm Hg respectivamente. Se llevan a ECMO central; revisión angiográfica evidencian trombos en arteria pulmonar trombectomía por aspiración Penumbra 8F, mejora inmediata hemodinámica en ambos casos. presión de arteria pulmonar post procedimiento son de 52 mm Hg 45 mm Hg respectivamente.

En pacientes con TEP masivo que incluyen inestabilidad hemodinámica y la falla aguda del corazón derecho, representan un desafío en el manejo, la trombectomía mecánica por angiografía es una alternativa que promete

aumentar la sobrevida en este tipo de pacientes. Representa una alternativa a la tradicional fibrinólisis sistémica en los casos en los que haya contraindicación.

## TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA FEMOROPOPLITEA TRATADA CON TROMBOLISIS DIRIGIDA ASOCIADA A TROMBECTOMIA PERCUTANEA; EXPERIENCIA INICIAL

*Manuel Espindola Silva, Gustavo Sepulveda Monsalve, Mauricio Maureira Lleiva, Francisca Muñoz Canales, Sebastián Saavedra Fernández, María Josefina Egaña Duran, Jonathan Rivero Armijo, Jeison Peñuela Arredondo,*

*Clínica Las Condes. Cirugía Cardiovascular. Hospital DIPRECA*

**Introducción:** La trombosis venosa profunda (TVP) femoropoplitea es una entidad clínica con tasas de embolización pulmonar, recurrencia local y síndrome postflebítico significativamente mayores al territorio infrapoplíteo. Así, además de la anticoagulación es necesaria la trombolisis dirigida ya que tiene mejores resultados comparado a la anticoagulación por sí sola o asociada a trombolisis sistémica. Adicionalmente, la trombectomía percutánea podría ofrecer ventajas al reducir la carga trombótica previo a la trombolisis dirigida favoreciendo la permeabilidad posterior. En este contexto, se realizó un estudio retrospectivo para evaluar los resultados de la trombolisis dirigida asociada a trombectomía percutánea con dispositivo de aspiración (Penumbra, Indigo system) en pacientes con TVP del territorio femoropoplíteo.

**Objetivos:** Evaluar el éxito técnico primario, la presencia de complicaciones, recidiva y mortalidad en el perioperatorio.

**Material y Método:** Serie de casos prospectiva observacional. Incluye a todos los pacientes con TVP femoropoplitea en los que se realizó trombolisis dirigida asociada a trombectomía percutánea con dispositivo de aspiración en el periodo comprendido entre enero y julio de 2018.

Se realizaron 5 procedimientos en un total de 4 pacientes donde las variables a describir fueron el éxito técnico del procedimiento, tiempo operatorio, stenting, control flebográfico satisfactorio, morbimortalidad perioperatoria y días de hospitalización total y en UPC.

**Resultados:** Se logró éxito técnico en 4 casos, con un paciente que debido a una trombosis extensa de toda la extremidad inferior izquierda requirió trombolisis por 48 horas y trombectomía percutánea en la 1era intervención y a las 24 hrs con mejor permeabilidad. Los promedios

fueron; tiempo operatorio de 90 minutos, hospitalización de 5,8 días (4,8 en UPC). No hubo complicaciones ni mortalidad intraoperatorias ni durante la hospitalización.

**Conclusiones:** Los resultados de esta serie inicial sugieren que la trombectomía percutánea con dispositivo de aspiración es un procedimiento sencillo que permite reducir la carga trombótica favoreciendo la permeabilidad post trombolisis.

## ¿ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES TRATADA CON DISPOSITIVO DE TROMBOEMBOLECTOMIA PERCUTANEA; EXPERIENCIA INICIAL?

*Manuel Espindola Silva, Gustavo Sepulveda Monsalve, Francisca Muñoz Canales, Mauricio Maureira Lleiva, Sebastián Saavedra Fernández, María Josefina Egaña Duran, Jonathan Rivero Armijo,*

*Hospital DIPRECA. Cirugía vascular. Clínica las condes*

**Introducción:** La isquemia aguda (IA) de extremidades inferiores es un cuadro grave que amenaza la extremidad afectada. La indicación clásica es la tromboembolotomía abierta con catéter de fogarty, sin embargo, actualmente dispositivos endovasculares que podrían ofrecer una ventaja al corregir la oclusión aguda de una o más arterias de manera mínimamente invasiva contando además con radioscopia y permitiendo eventualmente en el mismo tiempo quirúrgico tratar lesiones crónicas optimizando así el flujo distal.

**Objetivos:** Realizamos este estudio con el objetivo de presentar los resultados en el tratamiento de la isquemia aguda con dispositivo de tromboembolotomía percutánea (Penumbra, Indigo system) en relación al éxito técnico y resultados en el periodo perioperatorio.

**Material y Método:** Estudio observacional tipo serie de casos prospectiva que incluye a todos los pacientes que presentaron IA de una extremidad inferior tratada mediante tromboembolotomía percutánea entre octubre de 2017 y junio de 2018.

En un total de 10 procedimientos mediante estadística descriptiva las variables a analizar fueron el éxito técnico, n° de arterias tratadas, angioplastia/stenting en lesiones crónicas, tiempo operatorio, conversión a cirugía abierta, control angiográfico satisfactorio, morbimortalidad perioperatoria y días de hospitalización.

**Resultados:** Obtuvimos éxito técnico en los 10 casos, con embolectomía en 13 arterias y 11 permeables al control angiográfico inmediato. Hubo una disección

arterial y una embolización con oclusión parcial en arterias distintas a la ocluida originalmente que fueron resueltas en el mismo acto quirúrgico, permeables en el nuevo control angiográfico. Se angioplastearon 20 arterias, 10 asociados a instalación de stent, además de 6 arterias con stenting por si solo. Promedio de hospitalización fue de 10,8 días, con 5 días de estadía en UPC.

**Conclusiones:** En esta experiencia inicial hay favorables, entendiendo que aún no extrapolables, consideramos que la embolectomía percutánea es un procedimiento seguro, efectivo, y que ofrece las ventajas de poder tratar lesiones crónicas en mismo tiempo operatorio.

## TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE MAY-THURNER

*Francisco Vargas Serrano, Fernando Velásquez Urbano, Francesca Andrea Moller Macherone, Pedro Sfeir Vottero, Leopoldo Mariné Massa, Michel Bergoeing Reid, Francisco Valdés Echenique, Renato Mertens Martín,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.*

**Introducción:** El Síndrome de May-Thurner se produce por la compresión de la vena iliaca izquierda en su cruce entre la arteria iliaca derecha y la columna lumbosacra.

**Objetivos:** Reportar nuestra experiencia en el manejo endovascular de pacientes con síndrome de May-Thurner.

**Material y Método:** Se realizó un estudio de serie retrospectivo de 18 pacientes con diagnóstico de síndrome de May Thurner que fueron manejados de forma endovascular entre Mayo 2011 y Noviembre 2017, efectuándose análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** La edad promedio fue de 37.3 años (20-62 años), 15 pacientes fueron mujeres (83.3%). Siete pacientes (38.8%) tenían antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral izquierda en el pasado, uno de ellos se presentó con nueva TVP, otros 6 pacientes debutaron con TVP iliofemoral. 4 pacientes (22.2%) presentaron TEP agudo. Todos los pacientes recibieron manejo endovascular. De los pacientes con TVP aguda, 4 (57.1%) recibieron trombolisis farmacomecánica, 1 trombolisis mecánica, 1 trombolisis farmacológica por catéter y 1 trombolectomía mecánica. Se instaló stent en 17/18 pacientes, todos exitosos. El promedio de stents por paciente fue 1.4 (1-3 stents). Además, se instaló filtro de vena cava en 8 pacientes (44.4%). Dentro de las complicaciones postoperatorias

destaca un paciente que requirió transfusión de 2 U de glóbulos rojos y dos que presentaron hemoglobinuria aislada. 5 pacientes (27.8%) presentaban signos o síntomas de insuficiencia venosa durante el seguimiento. Se obtuvo seguimiento imagenológico en 15 pacientes, el promedio de seguimiento fue 18.4 meses (0.5-60 meses) posterior a la cirugía, de los cuales 13 (86.7%) mantenían stent permeable. Dos pacientes requirieron reintervención debido a retrombosis y por estenosis demostrada. A los 18 meses de seguimiento la permeabilidad primaria fue 88,2%, primaria asistida 5.9% y secundaria 5.9%.

**Conclusiones:** El manejo endovascular del Síndrome de May-Thurner es seguro y permite una mejoría de los síntomas en los pacientes que se presentan con congestión venosa secundaria.

## FÍSTULA VENTRÍCULO-COLÓNICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL. REPORTE DE DOS CASOS.

Nelson Munoz Perez, Juan Andres Mansilla Espinoza, Luis Armando Soto Fuentes, Mariano Flores Moyano, Pablo Ebensperger Palacios,

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Servicio de Cirugía. Equipo Coloproctología. Departamento de Cirugía. Universidad de la Frontera. Temuco. Chile

**Introducción:** Las derivaciones ventrículo-peritoneales (DVP) están asociadas a complicaciones severas, que incluyen obstrucción, infección (peritonitis, ventriculitis y meningitis), migración y perforación. La perforación al tracto gastrointestinal se presenta en el 0.1-0.7% de los pacientes. La clínica va desde asintomáticos a complicaciones severas y riesgo vital. El tratamiento consiste en defuncionalización proximal DVP, antibioticoterapia y retiro del extremo perforante. No hay reportes nacionales sobre tratamiento endoscópico de esta complicación y en literatura internacional sólo casos aislados.

**Objetivos:** Exponer el cuadro clínico, estudio y tratamiento documentado con imágenes de dos pacientes.

**Reporte del(los) Caso(s):** Caso 1: Femenino 29 años usuaria de DVP, consulta por cefalea, fiebre y dolor abdominal. TAC abdomen y pelvis: DVP fistulizada a colon descendente, sin lesiones intrabdominales. Neurocirugía desconecta DVP y realiza drenaje ventricular externo. Coloproctología retira vía colonoscópica catéter distal con asa diatermia. Cultivo líquido cefalorraquídeo (LCR): E. Coli. Evolución satisfactoria, alta día 20.

Caso 2: Masculino 19 años, usuario de DVP, consulta por visualización de cuerpo extraño por ano. TAC de abdomen y pelvis: DVP fistulizada ángulo esplénico, sin signos de perforación ni peritonitis. Similar tratamiento que en caso previo. Cultivo LCR: K.Pneumoniae, E. Coli, C. Freundii y E. Casseliffavus. Evoluciona tórpidamente con ventriculitis, hipertensión intracraneal secundaria y neumonía aspirativa.

## PREVALENCIA DE CONSTIPACION FUNCIONAL EN POBLACIÓN GENERAL

Natalia Moreno Baeza, Nicolas Von Jentschky Rojas, Gunther Bocic Alvarez, Mario Abedrapo Moreira, Rodrigo Azolas Marcos, Antonella Sanguineti Montalva, Jose Luis Llanos Bravo, Mauricio Diaz Beneventi,

Hospital Clínico U. de Chile. Equipo Coloproctología.

**Introducción:** Los reportes extranjeros dan cuenta de la presencia de esta patología en cifras que varían entre 10 y 70

% según el método utilizado y población analizada, con sólo un reporte nacional centrado en ancianos institucionalizados.

Existen diferentes formas de evaluar la presencia de constipación, en nuestra experiencia utilizamos los nuevos criterios de ROMA IV que define como constipación funcional cuando se cumplen dos o más criterios.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de constipación en población general según los resultados obtenidos por encuesta aplicada de manera presencial y/o vía web (SurveyMonkey).

**Material y Método:** Estudio de corte transversal realizado entre enero y marzo de 2018. Se estima una muestra de 1000 pacientes. Se incluyen mayores de 18 años que acceden a completar la encuesta. Se excluyen aquellos con antecedentes médicos o quirúrgicos de patología digestiva aguda o crónica. Se eligen de forma aleatoria mediante sorteo entre asistentes a HCUCH. También se realiza encuesta vía web. Se aplican los criterios de ROMA IV. También se consideran aspectos demográficos y antecedentes mórbidos. Se utiliza estadística descriptiva.

**Resultados:** De 1223 encuestas realizadas un 68,4 % cumplían con dos o más criterios de constipación funcional, con diferencias estadísticamente significativas en el grupo de sexo femenino y en pacientes de mayor edad. El análisis específico de cada criterio de ROMA IV muestra que los síntomas más frecuentes fueron deposiciones duras, esfuerzo defecatorio excesivo y sensación de evacuación incompleta. Hubo diferencias estadísticamente significativas en mujeres en los ítems: menor frecuencia, deposiciones duras y esfuerzo defecatorio mientras que la mayor edad se asocia a evacuación incompleta.

**Conclusiones:** Un 68 % de la población cumple criterios de constipación funcional, con mayor frecuencia en mujeres y al aumentar la edad. La disminución del número de evacuaciones semanales no es habitual, pero sí lo son la presencia de deposiciones duras y la sensación de vaciamiento incompleto.

## CIRUGÍA ELECTIVA POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR.

## RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO.

*Steffi Wachtendorff Salinas, Tamara Cantwell Olivares, Jose Gellona Vial, Rodrigo Capona Perez, Nicolás Kerrigan Bustos, Mauricio Díaz Beneventi, Baldo Rinaldi Crespo, Gonzalo Soto Debeuf,*

*Clínica Santa María. Coloproctología. Universidad de los Andes Universidad de Santiago*

**Introducción:** El objetivo de realizar una cirugía electiva en enfermedad diverticular (ED) es lograr buenos resultados quirúrgicos inmediatos, y disminuir la tasa de recurrencia a mediano y largo plazo. No hemos encontrado en la literatura nacional trabajos en ED que evalúen la recidiva en pacientes operados.

**Objetivos:** Estudiar los resultados quirúrgicos inmediatos y la recidiva de ED a mediano plazo.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos, de todas las cirugías electivas realizadas por ED entre 2014 y 2017. Se evaluó datos demográficos, indicación quirúrgica, tipo de cirugía, tasa de conversión, tasa de ostomía, estadía hospitalaria, tasa de re-operación y re-hospitalización y morbimortalidad a 30 días.

Se realizó seguimiento clínico y telefónico, definiendo recidiva como episodio clínico de diverticulitis aguda confirmado por TC.

**Resultados:** Se operaron 145 pacientes en forma electiva. La mediana de edad fue 51 años, el IMC promedio fue 28, en 28% de los pacientes el ASA fue I, en 61% II, y en 11% III. Las indicaciones quirúrgicas principales fueron diverticulitis complicada resuelta y diverticulitis a repetición. El 98,6% de las cirugías se realizó con técnica mínimamente invasiva. La tasa de conversión fue de 1,37%. La tasa de ostomía fue de 1,37%. La estadía hospitalaria mediana fue 4 días. La tasa de re-operación fue de 0,7% por hemoperitoneo. No hubo re-hospitalizaciones. La morbilidad severa fue de 4,1%. No hubo mortalidad.

La tasa de seguimiento fue 88,9%, con una mediana de seguimiento de 20 meses. La tasa de recidiva fue de 1,4%.

**Conclusiones:** En esta serie, la mayoría de los pacientes se resuelve con técnicas mínimamente invasivas, con baja tasa de conversión, baja morbimortalidad y baja recidiva a mediano plazo.

## RESULTADOS ONCOLÓGICOS A CORTO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA POR

## CÁNCER DE RECTO, VÍA ROBÓTICA.

*Carla Alessandra Cassana Abad, Alejandro Zarate Castillo, Udo Kronberg, Claudio Wainstein Gewolb,*

*Andres Larach Kattan, Jorge Larach Said, Francisco López Köstner,*

*Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** La resección de tumores rectales es un desafío para el coloproctólogo dado principalmente por las restricciones anatómicas del trabajo pélvico. La cirugía robótica es una alternativa que tendría como ventajas una mejor ergonomía manteniendo la seguridad de los resultados quirúrgicos.

**Objetivos:** Analizar los resultados oncológicos y quirúrgicos a corto plazo de pacientes con cáncer de recto (CR) operados por vía robótica.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo, muestra consecutiva de pacientes entre el 2014-2017. Criterios de inclusión: pacientes con CR primario, sometidos a una resección de recto, vía robótica con intención curativa. Criterios de exclusión: histología no adenocarcinoma. Evaluación de datos clínico-quirúrgicos. Análisis estadístico descriptivo. Sobrevida con método de Kaplan Meier.

**Resultados:** 26 pacientes cumplieron los criterios de ingreso; 13 (50%) fueron mujeres y la edad promedio fue: 58,9 años. La distancia promedio desde el borde distal del tumor al margen anal fue: 6 cm (0 ? 12 cm). Recibieron neoadyuvancia 17 pacientes. Hubo 4 resecciones abdominoperianales y 22 con anastomosis. Tiempo operatorio medio: 276 minutos. No hubo transfusiones; conversión: 1 paciente. Los márgenes proximales, distales y radiales fueron negativos en todos los pacientes.

Una o más complicaciones se observaron en 11 (42,3%) pacientes, 5 de ellos fueron Clavien-Dindo III ó IV, de estos 4 (15,4%) fueron reoperados (2 dehiscencias de anastomosis, una isquemia de colon descendido y una obstrucción intestinal). No hubo mortalidad postoperatoria. La estancia hospitalaria postoperatoria promedio fue: 8,5 días (4 ? 27). Promedio de linfonodos resecaados: 17. Se restituyó el tránsito intestinal en 17/22 (77%) pacientes. El promedio de seguimiento fue: 16 meses (i:1-41), la sobrevida global y libre de enfermedad fue: 100%.

**Conclusiones:** El abordaje robótico para pacientes con adenocarcinoma del recto, mostró ser una técnica que no compromete los criterios oncológicos en la pieza quirúrgica y los resultados quirúrgicos son similares a los descritos por abordaje laparoscópico y abierto.

## PASOS Y DETALLES TÉCNICOS DE LA CONFECCIÓN DE UNA ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA EN LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA

*Tomas Contreras Rivas, Felipe Andrés Imigo Gueregat, Felipe Bellolio Roth, Jose Tomás Larach Kattan,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Unidad de Coloproctología  
Departamento de Cirugía Digestiva.  
Facultad de Medicina..*

**Introducción:** La anastomosis intracorpórea (AIC) ha demostrado beneficios sobre la anastomosis extracorpórea en la hemicolectomía derecha laparoscópica (HDL) en estudios observacionales. La adopción de la técnica aún es limitada, dado que requiere una curva de aprendizaje más larga.

**Objetivos:** Presentar un video tutorial de una HDL con énfasis en la técnica de la AIC.

**Contenido del Video:** Técnica con uso de 4 trócares. Movilización del mesocolon de medial a lateral con ligadura central de los vasos ileocólicos y rama derecha de los vasos cólicos medios. Sección de los mesos con dispositivo de energía avanzada y posteriormente del colon e íleon con endograpadora lineal flexible, carga azul de 60 mm. Retiro de la pieza operatoria a través de minilaparotomía transversa suprapúbica. Confección de una ileotransverso anastomosis látero-lateral, isoperistáltica, mediante suturas de afrontamiento, enterotomías anti-mesentéricas y endograpadora lineal, carga azul de 60 mm. Sutura intracorpórea para el cierre de las enterotomías con Vicryl 3-0 corrido en dos planos. Finalmente se muestran las fotos de la pieza operatoria y del aspecto de las heridas en el postoperatorio.

## RELACIÓN DE SARCOPENIA IMAGENOLÓGICA Y DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER DE COLON.

*Natalia Moreno Baeza, Mario Abedrapo Moreira, Francisca Araya Campos, Gunther Bocic Alvarez, Rodrigo Azolas Marcos, Jose Luis Llanos Bravo, Antonella Sanguineti Montalva, Katya Carrillo Gonzalez,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Coloproctología.*

**Introducción:** Una de las complicaciones más relevantes de la cirugía colorrectal es la dehiscencia de anastomosis (DA). Entre los factores de riesgo asociados a la DA, el estado nutricional de los pacientes es relevante. Una de las formas objetivas de evaluar nutricionalmente a los pacientes es medir la sarcopenia, definida como disminución de masa muscular esquelética, que puede ser objetivada por análisis de Unidades Hounsfield (UH) y área muscular (AM) evaluados por medio de Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis (TCAP).

**Objetivos:** Evaluar si existe relación entre la DA y la presencia de sarcopenia detectada por alteraciones en la medición de UH y AM en TCAP en pacientes sometidos a colectomía por cáncer.

**Material y Método:** Estudio de casos y controles con estadística analítica. De la base de datos de cáncer colorrectal en un centro universitario, entre 2011 y 2017, se eligen de manera aleatoria 21 pacientes con DA y 40 sin DA. Se incluyen >18 años, con colectomía por cáncer y anastomosis primaria. Fueron excluidos pacientes ostomizados, que no tuvieran TCAP pre operatoria o que éste no permitiera medir de manera segura UH y AM. La evaluación imagenológica fue realizada por radiólogo experto.

**Resultados:** Al realizar la comparación entre ambos grupos se observa que son homogéneos con respecto al sexo (predomino hombres), edad (promedio 60 años) y localización del tumor (colon sigmoides). Se observó que la presencia de sarcopenia tiene relación con la DA puesto que en este grupo existe disminución en UH con valores estadísticamente significativos y una tendencia a presentar valores menores en el AM.

**Conclusiones:** Según esta experiencia la presencia de sarcopenia evaluada por alteración de UH en estudio radiológico se correlacionan con la DA, pudiendo ser un predictor de riesgo. La importancia de este hallazgo es que es un factor de riesgo potencialmente corregible.

## ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL ?GASTROINTESTINAL QUALITY OF LIFE INDEX? (GIQLI) PARA SU APLICACIÓN EN PACIENTES CHILENOS.

*Natalia Moreno Baeza, Antonella Sanguineti Montalva, Mario Abedrapo Moreira, Benjamin Ortiz Fuentes, Matias*

*Pruzzo Garate, Rodrigo Azolas Marcos, Gunther Bocic Alvarez, Mauricio Diaz Beneventi,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Coloproctología.*

**Introducción:** La medición de calidad de vida se ha transformado en una herramienta fundamental para evaluar y valorar los resultados en la terapia médica. La Escala GIQLI es ampliamente usada por cirujanos digestivos, y evalúa el efecto de síntomas del aparato gastrointestinal alto y bajo. Esta escala existe en dos versiones: la original en inglés y otra validada al español neutro, pero no se cuenta con una versión adaptada a nuestra población.

**Objetivos:** Realizar y validar adaptación transcultural de la escala GIQLI desde el español neutro al español chileno.

**Material y Método:** Estudio de corte transversal, con estadística descriptiva. Por medio de traducciones, comparación de éstas y traducción inversa, se obtiene una versión prototipo en español chileno utilizando en todos el proceso investigadores y traductores independientes. La versión obtenida se somete a un estudio piloto con un grupo representativo de 40 pacientes operados del aparato gastrointestinal alto y bajo, elegidos al azar por programa computacional, en un Hospital universitario, en un periodo de 2 meses. Se excluyen quienes no consientan participar o que no puedan responder por incapacidad física. Se registra el nivel de comprensión lingüística de la escala, % de llenado y si surgen problemas para su aplicación.

**Resultados:** En todos los casos los pacientes lograron comprender completamente el lenguaje utilizado, con índice de llenado de 100%, sin dificultades en su aplicación. Se obtiene así una versión del cuestionario adecuada para ser utilizada en población chilena.

**Conclusiones:** Se cuenta con una versión adaptada del cuestionario GIQLI para ser usado en nuestros pacientes operados del aparato gastrointestinal. Está disponible para ser sometida a procesos de validación para objetivar su valor.

## RESULTADOS DE LA CITORREDUCCIÓN (CRS) ASOCIADA A QUIMIOTERAPIA HIPERTRMICA INTRAPERITONEAL (HIPEC) DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) DE ORIGEN COLORRECTAL (CR) EN LA FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PEREZ (FALP)

*Jorge Gajardo Jofre, Jorge Matute Villota, Sebastian Hoefler Steffen, Nicolas Devaud Jaureguiberry, Roberto Charles Carrasco, Jean Michel Butte Barrios,*

*Fundación Arturo López Pérez. Cirugía Oncológica Digestiva. Universidad de Los Andes*

**Introducción:** La CP está presente en un 20% de los pacientes al diagnóstico y representa un sitio frecuente de recurrencia en cáncer CR. La CRS asociada a HIPEC es considerada como el tratamiento de elección para pacientes seleccionados con CP de origen CR.

**Objetivos:** Describir los resultados perioperatorios y oncológicos a mediano plazo, de una serie de pacientes con CP de origen CR sometidos a CRS y HIPEC en FALP.

**Material y Método:** Se describe una serie de casos prospectiva de pacientes explorados por CP de origen CR entre octubre de 2015 y abril de 2018 en FALP. Fueron excluidos aquellos con enfermedad extra-abdominal y ECOG $\geq$ 2. Los pacientes elegibles para HIPEC fueron seleccionados utilizando el índice de carcinomatosis peritoneal (ICP) y ausencia de criterios de irreseccabilidad. Se reportan los resultados perioperatorios y oncológicos. Para el análisis se utilizó el software Stata 14.

**Resultados:** Treinta y un pacientes fueron explorados. Quince (48%) fueron hombres y la edad media 61 $\pm$ 11 años. El tratamiento incluyó CRS/HIPEC en 23 pacientes (74%) y laparotomía exploradora en 8 (26%). La histología más frecuente fue adenocarcinoma (84%). La localización más frecuente del tumor primario fue colon sigmoides (45%). La mediana de ICP para los pacientes resecaados fue de 8[1-23]. Se logró CRS completa en el 100% de los pacientes resecaados. Es este grupo, la mediana de vísceras resecaadas fue de 3 [1-8], con sangrado intraoperatorio de 200cc [100-500] y duración media de la cirugía de 480min. La morbilidad Clavien $\geq$ 3 fue 30%. No hubo mortalidad perioperatoria a 90 días. Con una mediana de seguimiento de 16 meses, el 91% de los pacientes resecaados se encontraban vivos, no alcanzando la mediana de sobrevida global (SG). La SG en los pacientes con adenocarcinoma no resecaado fue de 7.4 meses.

**Conclusiones:** La CRS/HIPEC es una técnica factible de realizar con baja morbilidad en pacientes seleccionados.

## COMPARACIÓN DE MORBILIDAD EN RESECCIÓN DISCOIDE VERSUS RESECCIÓN SEGMENTARIA EN PACIENTES OPERADAS POR ENDOMETRIOSIS PROFUNDA DE

## RECTO-SIGMOIDES.

*Natalia Moreno Baeza, Matias Pruzzo Garate, Celso Castillo Toro, Benjamin Ortiz Fuentes, Katya Carrillo Gonzalez, Sebastián Andrés López Núñez, Ignacio Miranda Mendoza, Mario Abedrapo Moreira,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo Coloproctología-Equipo Ginecología.*

**Introducción:** La endometriosis profunda (EP) que infiltra el recto-sigmoide se asocia a síntomas digestivos y ginecológicos tales como dolor pélvico crónico, dispareunia, disquecacia, rectorragia, infertilidad, entre otros, y su manejo representa un desafío multidisciplinario. El mejor tratamiento es aún controversial y la indicación quirúrgica varía según las características individuales de cada paciente. La cirugía de elección fue la resección segmentaria (RS), sin embargo, técnicas menos invasivas como la resección discoidal (RD) han demostrado resultados aceptables.

**Objetivos:** Comparar la morbilidad de dos series de casos operadas con resección discoide versus resección segmentaria por endometriosis profunda.

**Material y Método:** Estudio observacional de cohorte retrospectiva, con estadística analítica. Se incluyeron 50 pacientes operadas por EP, entre los años 2001-2017 en un hospital universitario. Se excluyeron cirugías diferentes a RS o RD. Se compara clínica preoperatoria, características morfológicas e histológicas de la EP, tipo de cirugía y morbimortalidad asociada.

**Resultados:** Del 2001-2015 se operaron 28 pacientes con RS (resección anterior baja [RAB] o sigmoidectomía) y desde 2015-2017 se operaron 22 pacientes, de las cuales 19 fueron RD. Ambos grupos son homogéneos en edad (promedio 34,2 años), tamaño y número de nódulos endometriósicos (promedio 2,5cm) y duración de síntomas (promedio 26 meses). El grupo operado con RD no presentó complicaciones postoperatorias. El grupo con RS presentó un caso de filtración de anastomosis que requirió reoperación e ileostomía y un caso de hemorragia de manejo médico. No hubo mortalidad en la serie ni casos de estenosis intestinal.

**Conclusiones:** En los últimos años ha aumentado la indicación de resección discoide en casos de endometriosis profunda de recto-sigmoide. Nuestra serie muestra que es un procedimiento adecuado incluso en casos con síntomas severos, y parece presentar menos complicaciones que la resección segmentaria intestinal.

## DIFERENCIAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y MOLECULARES DE

## TUMORES DE COLON ESPORÁDICO DERECHO VERSUS IZQUIERDO.

*Ana Maria Wielandt Necochea, Cynthia Villarroel Spring, Claudia Hurtado Riveros, Daniela Simian Marin, Maria Teresa Vial Perez, Alejandro Zarate Castillo, Udo Kronberg, Francisco López Köstner,*

*Clínica Las Condes. Laboratorio de Oncología y Genética Molecular. Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** Se han descrito diferencias en las características clínico-patológicas y moleculares para pacientes con cáncer de colon (CC) con respecto a la localización del tumor.

**Objetivos:** Determinar las características clínico-patológicas, moleculares y pronóstico de pacientes con CC comparándolos según su localización derecha o izquierda.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectiva. Criterios de inclusión: pacientes operados por adenocarcinoma de colon, sin tratamiento neoadyuvante. Criterios de exclusión: síndromes hereditarios, cirugía no curativa. Periodo: entre 2008-2017. Se dividieron en dos grupos: CCD: (colon ascendente-transverso) y CCI: (colon descendente-sigmoide); se analizaron características clínico-patológicas, vías carcinogénicas: inestabilidad microsatelital (MSI), inestabilidad cromosomal (CIN), fenotipo metilador (CIMP) y mutaciones en: KRAS, BRAF y PI3KCA. Análisis estadístico: test t de student y Chi-cuadrado. Sobrevida mediante método de Kaplan-Meier y log rank.

**Resultados:** 103 pacientes cumplieron los criterios. Los CCI fueron el 68% del total. Los CCD y CCI fueron similares en edad (65,6 vs 70,3 años;  $p=0,09$ ), y difieren en género (mujeres 52% vs 27%;  $p=0,01$ ). Los CCD no presentan diferencias significativas en invasión linfática (45% vs 29%;  $p=0,12$ ), estadios avanzados (III y IV) (58% vs 41%;  $p=0,12$ ), con mayor frecuencia de mucina, no significativa, (21% vs 6%;  $p=0,11$ ), tumores mal diferenciados (33% vs 3%;  $p=0,0001$ ) y mutaciones en BRAF (33% vs 1%;  $p=0,00002$ ), respecto a los CCI. Los pacientes con CCD presentan mayor frecuencia de MSI (39% vs 3%;  $p=0,00001$ ) y CIMP (45% vs 14%;  $p=0,0005$ ) y menor de CIN (21% vs 58%;  $p=0,0502$ ) que los CCI, respectivamente. La sobrevida estimada a 5 años no difiere entre ambos grupos (CCD vs CCI) ( $p=0,86$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con CCD presentan con mayor frecuencia parámetros patológicos de mal pronóstico (mal diferenciados), además en sus vías carcinogénicas tiene mayor porcentaje de MSI y CIMP; y mutaciones en BRAF, sin embargo, no hay diferencia de

sobrevida según localización. FONDECYT 1140012.

## USO DE FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

*Alejandro Barrera Escobar, Manuel Lizana Corvera, Guillermo Bannura Cumsille, Javiera Toledo Gómez, Benjamin Fernandez Marambio,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

**Introducción:** La evaluación de la irrigación del colon descendido es uno de los factores importantes para el resultado de una anastomosis colo rectal baja. Distintos reportes han demostrado que la determinación del aspecto visual puede ser insuficiente para esto, por lo que se recomienda utilizar otros métodos para este objetivo. En cirugía laparoscópica, esto se puede lograr con el uso de verde de indocianina comprobando su fluorescencia a la luz infrarroja.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia en los primeros casos de esta técnica en la evaluación de la irrigación del colon descendido en la confección de una anastomosis colo rectal baja

**Contenido del Video:** Se presentan dos pacientes portadores de un cáncer de recto, sometidos a una resección anterior baja. La evaluación de la irrigación del colon proximal descendido se hace por vía laparoscópica, utilizando verde de indocianina (0,5 mgr por kilo) administrado por vía endovenosa previamente. Se utilizó una torre laparoscópica con una cámara que permite cambiar la modalidad de iluminación a luz cercana al infrarrojo con lo que se observa la fluorescencia dada por el verde de indocianina, que indica la irrigación de colon descendido.

## INVAGINACIÓN COLÓNICA EN EL ADULTO: REPORTE DE UN CASO

*Nicolás Vicente Luchsinger, Magdalena de las Mercedes Reyes Ferrada, Felipe Castillo Henriquez,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). urgencia.*

**Introducción:** La intususcepción intestinal es infrecuente en pacientes adultos, describiéndose un 5% de casos en este grupo. De todas las localizaciones, la colónica es la menos frecuente, con 8 ? 27% de los casos. La presentación mas común es dolor abdominal cólico, asociado a náuseas, vómitos y distensión abdominal. A diferencia de la población pediátrica, se

encuentra una causa subyacente en el 90% de los pacientes, con hallazgos malignos entre 65-100% de ellos. El tratamiento indicado es quirúrgico.

**Objetivos:** Exponer un caso de intususcepción intestinal colo-colónica en paciente adulto, en quien se encontró una lesión benigna, con buena respuesta al tratamiento quirúrgico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 39 años, sin antecedentes, presenta historia de 1 año de dolor abdominal cólico episódico asociado a malestar general y cambio en habito intestinal. Acude al servicio de urgencia por aumento del dolor en las últimas dos semanas. Al ingreso destacan signos de irritación peritoneal. Se realiza TAC que evidencia una intususcepción colo-colónica en ángulo esplénico. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia un tumor en colon transverso que determina invaginación intestinal, sin evidencia de diseminación. Se realiza hemicolectomía derecha extendida con anastomosis primaria. Biopsia informa adenoma túbulo-velloso con displasia de alto grado.

## ANASTOMOSIS ILEO-CÓLICA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ANASTOMOSIS MECÁNICA VS MANUAL.

*Alessandra Cassana Abad, Alejandro Zarate Castillo, Udo Kronberg, Claudio Wainstein Gewolb, Andres Larach Kattan, Jorge Larach Said, Francisco López Köstner,*

*Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** En los últimos años han surgido inquietudes respecto a una mayor tasa de filtraciones anastomóticas observadas en las anastomosis ileocólicas mecánicas. Por tanto en el año 2015 se decidió volver a la realización de anastomosis manuales.

**Objetivos:** Analizar y comparar los resultados quirúrgicos entre una anastomosis manual versus mecánica (Barcelona) posterior a una HCD.

**Material y Método:** Estudio tipo caso y control, durante el periodo 2013 a 2018. Criterios de inclusión: pacientes a quienes se les realizó una HCD y anastomosis primaria. Criterios de exclusión: realización de ostomía de protección. Casos: anastomosis manuales (latero-laterales) y controles: anastomosis mecánica tipo Barcelona. Se compararon variables clínicas, especialmente las relacionadas a las complicaciones postquirúrgicas. Filtración anastomótica: absceso perianastomótico o salida de contenido intestinal (o contraste) a través de anastomosis. Análisis estadístico:

test T student y chi cuadrado; se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** En el período descrito hubo 106 pacientes que cumplieron con los criterios del estudio. Los grupos de casos y controles no se diferenciaron en género (hombres 61 vs 52%;  $p=0,41$ ), edad (59,3 vs 60,8 años,  $P=0,69$ ), ni índice masa corporal (24,9 vs 25,3;  $p=0,56$ ). Respecto al tiempo operatorio este fue similar entre casos y controles (144 vs 148 min;  $p=0,79$ ), las complicaciones generales no se diferenciaron significativamente (casos: 16% vs controles: 28%  $p=0,17$ ), pero si las clavien-dindo III-IV (0 vs 8). En los casos hubo 1 sangrado postquirúrgico y ninguna filtración en los controles 5 filtraciones y 6 sangrados y un caso con filtración y sangrado. Las reoperaciones fueron menores en los casos (0 vs 4), no hubo mortalidad en la serie. La estadía postquirúrgica fue similar en casos y controles (5,5 vs 5,9 días;  $p=0,59$ ).

**Conclusiones:** En este estudio los pacientes sometidos a HCD con anastomosis mecánica tipo Barcelona tuvieron mayor porcentaje de complicaciones especialmente filtración y sangrado postquirúrgico.

## RESECCIÓN PERINEAL TIPO ALTEMEIER COMO TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LA MUCOSA NEO-RECTAL POST RESECCIÓN INTERESFINTERIANA DE TUMOR DE RECTO BAJO: CASO CLÍNICO.

*Nicolás Kerrigan Bustos, Sebastian Pradenas Bayer, Rodrigo Capona Perez, Alejandro Nicolás Readi Vallejos, Ernesto Melkonian Tumani,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía.*

**Introducción:** En tumores de recto bajo, la resección total del mesorrecto y resección interesfinteriana con anastomosis coloanal, es una alternativa a la resección abdominoperineal. Esta técnica no está exenta de complicaciones. Entre las complicaciones tardías está el prolapso de mucosa neo-rectal. Su frecuencia es 1-8%

**Objetivos:** Mostrar un caso de prolapso de la mucosa neo-rectal, la técnica quirúrgica utilizada para su resolución y el resultado a 6 meses de seguimiento.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenino de 62 años, sin antecedentes. Por adenoma vellosos gigante del recto bajo, desde la línea pectínea hasta 10 cm del MA. Se realiza una proctectomía laparoscópica con RIE y anastomosis coloanal e ileostomía. Posterior al cierre de la ileostomía, en controles alejados la paciente relata pujo, ocupación anal que protruye, asociado a dolor al

sentarse e incontinencia fecal. Al examen destaca prolapso de la mucosa coloanal. Inicialmente se manejó con rehabilitación perineal. Por persistencia de las molestias se decide cirugía. Se realizó una resección perineal tipo Altemeier y miorrafia posterior del puborrectal y nueva anastomosis coloanal manual. Evolución postoperatoria sin incidentes, de alta al 2 día postoperatorio. En control a los 6 meses se encuentra sin incontinencia fecal, sin mayores molestias y sin evidencia de prolapso mucoso.

## LA TRANSVERSA DISMINUYE INCISIONALES SOMETIDOS LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL MINILAPAROTOMÍA SUPRAPÚBICA LAS HERNIAS EN PACIENTES A CIRUGÍA POR CÁNCER

*Eugenio Anibal Grasset Escobar, Matías Felipe Callejas Cánepa, Rodrigo Ignacio San Martín Bachmann, Christophe Riquoir Altamirano, María Elena Molina Pezoa, Felipe Bellolio Roth, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Jose Tomás Larach Kattan,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Equipo Coloproctología, División Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile*

**Introducción:** La cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal (CLCC) ha demostrado beneficios a corto plazo y resultados oncológicos equivalentes a largo plazo, pero no se ha establecido qué sitio de extracción (SE) de la pieza operatoria se asocia menor tasa de hernias incisionales (HI).

**Objetivos:** Comparar la tasa de HI según SE en pacientes sometidos a CLCC. Identificar factores de riesgo para HI en CLCC.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo no concurrente. Incluimos pacientes registrados en una base de datos prospectiva, sometidos a CLCC entre septiembre 2006 y diciembre 2017 en un hospital universitario, donde el SE fue una minilaparotomía media (MM) o minilaparotomía transversa suprapúbica (MTS). Excluimos cirugías convertidas, pacientes sin tomografía computada de seguimiento en nuestro centro o con SE no consignado. Se determinó la presencia de HI (hernias del SE y trócares) en la tomografía al año de la CLCC evaluada por dos radiólogos ciegos al procedimiento. Comparamos la tasa de HI según SE utilizado. Estadística analítica y modelos de regresión para la evaluación. Para potencia del 80% y significación del 95%, para demostrar una diferencia en tasas de HI

del 20%, el tamaño muestral calculado es 124.

**Resultados:** Incluimos 226 pacientes, edad promedio 62,8(12,91) años, 51,8% hombres. En el 46,9% se realizó MM. El grupo MM se asoció a mayor edad promedio (65,3 versus 60,6;p=0,006), cirugía de colon versus recto (74,5% versus 37,4%;p<0,001) y menor uso de adyuvancia (39,4% versus 58,5%;p=0,005) que MTS. La tasa de HI fue de 34,9% versus 18,3% p=0,007 respectivamente con OR para MM versus MTS de presentar HI de 2,3(1,29-4,34;p=0,005). Al ajustar por covariables, el OR fue 2,0(1,05-4,0;p=0,02). En el análisis multivariable, edad y SE se asociaron independientemente a HI.

**Conclusiones:** La MTS se asocia a menor tasa de HI en pacientes sometidos a CLCC. La edad y SE se asociaron independientemente a HI.

## MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL EN CHILE, ANÁLISIS SEGÚN REGIÓN Y TENDENCIAS.

*Alejandro Zarate Castillo, Gabriel Cavada Chacon,*

*Universidad Finis Terrae. Departamento de cirugía.*

**Introducción:** La mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) está en aumento en diversos países que se caracterizan por un aumento de la esperanza de vida, cambios en factores ambientales y falta de programas de cribado de CCR generalizados. Chile es un país con estas características y con diferencias según zona geográfica.

**Objetivos:** Analizar la mortalidad por CCR en Chile según regiones y analizar su tendencia.

**Material y Método:** Estudio tipo ecológico de series de tiempo para analizar las tendencias y proyecciones de la mortalidad por cáncer de colon (CC) y recto (CR) en Chile y sus regiones en el período 2002 al 2016. Criterios de inclusión: ICD-10 para CC códigos, C19 y C18); para CR código C20. Criterios de exclusión: cáncer de apéndice, código C18.1 de ICD-10. SE estudia la variable mortalidad. Análisis estadístico mediante tasas crudas según modelo de regresión de Prais Winsten para evaluar la tendencia temporal.

**Resultados:** En el período descrito la mortalidad por CC aumentó significativamente (pendiente: 0,41; p=0,009), no así la mortalidad por CR (pendiente: 0,06; p=0,54). El mayor aumento de mortalidad por CC fue en las regiones XV, VIII, XII y RM (pendiente: 2,0; 0,83; 0,64 y 0,34) y para el CR la región VIII (pendiente: 0,23). Al comparar la razón de tasas, considerando a la RM como base (1), las regiones con mayor proporción de riesgo

para mortalidad por CC fueron las regiones: XI, XII, XV (IRR: 9,48; 7,55; 5,18) y para CR las regiones: XI, XII y XV (IRR: 3,29; 2,65 y 2,24). La tendencia de la tasa cruda de mortalidad por CC espera un aumento en 5 puntos al 2030.

**Conclusiones:** En Chile la mortalidad por CC ha aumentado significativamente, destacando las regiones XV, VIII, XII y RM. La tendencia al año 2030, muestra un aumento significativo.

## RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA A LA QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE COLON ETAPA IV: REPORTE DE UN CASO

*Elías Ricardo Arroyo Alarcón, Mauricio Cáceres Pérez, Pablo Sebastián González Bobadilla, Daniel Eduardo Acevedo Pereira,*

*Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** La respuesta patológica completa (RPC) a quimioterapia sistémica es poco común en cáncer de colon. La evidencia actual en etapa IV esta constituida principalmente por reportes de casos.

**Objetivos:** Reportar caso de RPC a quimioterapia en paciente con cáncer de colon etapa IV.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, consulta en servicio de urgencias por cuadro de distensión abdominal y vómitos fecaloideos. Tomografía computada (TC) de abdomen-pelvis evidencian engrosamiento parietal obstructivo del colon transverso de aspecto neoplásico, signos de carcinomatosis peritoneal, conglomerado adenopático iliaco con hidroureteronefrosis secundaria y derrame pleural derecho. Antígeno carcinoembrionario (CEA) 0.8 ng/ml. Se realiza ileostomía en asa donde se evidencia siembra peritoneal, citología de ascitis positiva para células neoplásicas, pleurostomía con citología negativa para células neoplásicas, Biopsia de siembra presenta adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realiza quimioterapia paliativa con 6 ciclos de FOLFOX-6. Control con TC y resonancia nuclear magnética sin evidencia de enfermedad, CEA 0.0ng/ml. Se realiza second-look, hemicolectomía derecha extendida y liberación de uréter derecho, sin evidencia macroscópica de neoplasia. Biopsia de pieza quirúrgica sin evidencia de enfermedad. Colonoscopia de control sin lesiones. Se decide seguimiento estricto con TC y CEA. Actualmente 18 meses sin evidencia de enfermedad.

## RESECCIÓN INTESTINAL MASIVA POR VASCULITIS SECUNDARIA A LUPUS. REPORTE DE UN CASO.

*Josefina Sepúlveda Gimeno, Victor Manuel Pino Poblete, Rodrigo Capona Perez, Gonzalo Soto Debeuf, Jose Gellona Vial,*

*Clínica Las Condes. Coloproctología.*

**Introducción:** Las vasculitis son causa infrecuente de colitis isquémica. Se dan en 36% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, y dentro de estos, la afectación gastrointestinal tiene una prevalencia de 0.2-9.7%, y una mortalidad del 50%.

**Objetivos:** Reportar el caso de una resección intestinal masiva por vasculitis lúpica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 42 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico en tratamiento. Consulta por cuadro de ocho horas de evolución de dolor abdominal difuso intenso, asociado a vómitos y diarrea, sin rectorragia. Se solicita angioTAC, que muestra troncos vasculares normales, evidenciándose colitis isquémica de colon transverso. Durante las primeras 48 horas se realiza manejo médico, evolucionando con deterioro clínico, y TAC que muestra progresión isquémica hacia colon izquierdo y sigmoides, además de signos de isquemia vesicular. La exploración quirúrgica mostró líquido libre turbio en peritoneo, colon con signos de isquemia en todas sus porciones, intestino delgado con parches necróticos y vesícula isquémica. Se realiza una colectomía total, con resección intestinal, dejando 120cm de intestino, ileostomía terminal y colecistectomía. Se sospecha Síndrome Antifosfolípido, por lo que se anticoagula, evolucionando con hemoperitoneo al segundo día postoperatorio. La reintervención quirúrgica sólo muestra coágulos antiguos, sin sangrado activo. Biopsia diferida informa vasculitis de vaso pequeño y mediano.

## ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL DIAGNOSTICADOS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO

*Carlos Miranda Fernandez, Alejandro Zarate Castillo, Stanko Karelavic Car, Tomoyuki Odagaki, Ricardo Estela Petit, Guillermo Bannura Cumsille, Udo Kronberg, Francisco López Köstner,*

*Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** Los programas de cribado para el cáncer colorrectal (CCR) permiten un diagnóstico precoz y

disminución de la mortalidad. En Chile se dio inicio a un programa de cribado multicéntrico el año 2012 (PRENEC), el cual incluye: individuos entre 50-75 años y asintomáticos.

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento endoscópico y quirúrgico de los pacientes con CCR diagnosticados en el programa de cribado PRENEC.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo, muestra consecutiva de pacientes entre 2012 al 2016 con muestreo no probabilístico por conveniencia. A los individuos se les realiza un test de sangre oculta en heces inmunológico, de resultar positivo se prosigue con una colonoscopia. Criterios de inclusión: Paciente con diagnóstico de CCR Criterio de exclusión: histología no adenocarcinoma. Se analizó el tratamiento endoscópico, quirúrgico y sobrevida. Análisis estadístico: estadística descriptiva y para la sobrevida el método de Kaplan - Meier.

**Resultados:** De 159 pacientes; 96 mujeres (60%) y edad promedio: 62,6 años. Tratados vía endoscópica y quirúrgica 107 (68%) y 51 (31%) pacientes, respectivamente. Un paciente fue tratado por vía endoscópica y quirúrgica (CCR metacrónico). Del tratamiento endoscópico hubo 3 (2,8%) eventos adversos (2 perforaciones y 1 sangrado), sin mortalidad. No hubo recurrencias y 3 (2,8%) pacientes fallecieron (causas no relacionadas al CCR). De los 52 tratados quirúrgicamente, 35 (67,3%) fueron estadios precoces (I-II). Una o más complicaciones se observaron en 9 (17,3%) pacientes (Clavien-Dindo III o IV, 7 pacientes). Estadía post operatoria: 5 días. Un paciente (1,9%) presentó recurrencia local y 5 (9,6%) a distancia. Con una mediana de seguimiento de 49,1 meses (2-71); la sobrevida global a 5 años fue: 91,9% (IC: 94,6-89,2%) y la libre de enfermedad: 96,1% (IC: 94,5-97,7%).

**Conclusiones:** La implementación de PRENEC ha permitido la detección del CCR en estadios precoces, permitiendo el tratamiento endoscópico en la mayoría de los pacientes y una alta sobrevida.

## RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y DE SOBREVIDA A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLON TRATADOS VÍA LAPAROSCÓPICA.

*Carlos Miranda Fernandez, Alejandro Zarate Castillo, Udo Kronberg, Claudio Wainstein Gewolb, Andres Larach Kattan, Jorge Larach Said, Francisco López Köstner,*

*Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** En reportes internacionales se ha señalado que el acceso laparoscópico es tan seguro como el abierto para el tratamiento de los pacientes con cáncer de colon (CC). Estudios nacionales han mostrado la factibilidad de la cirugía laparoscópica en pacientes con CC.

**Objetivos:** Analizar los resultados a largo plazo en una serie de pacientes operados por CC, vía laparoscópica.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo, muestra consecutiva de pacientes entre 2007 al 2016 con muestreo no probabilístico por conveniencia. Criterios de ingreso: pacientes sometidos a cirugía electiva, resectiva por CC vía laparoscópica. Criterios de exclusión: histología diferente a adenocarcinoma. Variables: datos clínico-quirúrgicos y sobrevida. Análisis estadístico por intención de tratamiento, con estadística descriptiva y sobrevida mediante método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** De 199 pacientes, 121 (60,8%) fueron varones, edad promedio: 66,2 años. Localizaciones del CC: derecho, transversal, izquierdo-sigmoides en 56 (28%), 18 (9%) y 116 (62%) pacientes, respectivamente. CC

sincrónicos: 9 (4%) pacientes. Cirugía con intención curativa: 179 (90%) pacientes. Conversión en 22 (11,1%) pacientes. Una o más complicaciones se observaron en 62 (31,2%) (27 (13,6%) Clavien-Dindo III o IV). Un paciente falleció. Estadía post-operatoria: 5 días (I: 3-33). No hubo compromiso de márgenes proximales ni distales. Mediana de linfonodos: 21. Estadificación anatomopatológica: I, II, III y IV en 43 (22%), 70 (35%), 61 (31%) y 25 (12%) pacientes, respectivamente. 50 (82%) pacientes con estadio III recibieron tratamiento adyuvante.

Presentaron recurrencia local, regional, distancia y sincrónica (local-distancia), 2, 1, 16 y 1 pacientes, respectivamente.

Con una mediana de seguimiento de 66,2 (2,1-132,6) meses, la sobrevida a 5 años global y libre de enfermedad fue: 82,9% (IC: 73,8-80,4%) y 86,8% (IC: 84-89,6%).

**Conclusiones:** Los criterios de seguridad oncológica - anatómico-patológicos y sobrevida a largo plazo - son satisfactorios y comparables a series con acceso mediante laparotomía.

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

## RESULTADOS FINALES.

*Natalia Moreno Baeza, Marjorie Katherine De La Fuente López, Daniela Simian Marin, JUAN CARLOS ROA STRAUCH, Francisco López Köstner, Mario Abedrapo Moreira, Rodrigo Quera Pino, Marcela Alejandra Hermoso Ramello,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Coloproctología HCUCH*

*Equipo de Coloproctología CLC. Laboratorio de Inmunidad Innata ICBM Laboratorio de Genética y oncología molecular CLC*

*Fondecyt postdoctorado*

**Introducción:** El microambiente tumoral puede regular la progresión y diseminación del cáncer. Las quimioquinas participan en el reclutamiento de células inmunes y en la infiltración de Macrófagos Asociados a Tumor (TAMs) con fenotipo protumoral. En cáncer colorrectal posibles quimioquinas involucradas son CCL2, CCL3, CCL4, CCL5 y CXCL1.

**Objetivos:** Evaluar los niveles de quimioquinas tisulares y plasmáticas que puedan participar en el reclutamiento de TAMs y en la progresión del cáncer de colon.

**Material y Método:** Cohorte prospectiva, estadística analítica.

Se incluyó 48 pacientes con cáncer de colon, etapa I a III, enrolados en HCUCH y en CLC entre 2015-2017, que se someten a resección quirúrgica. Se excluyó pacientes con neoadyuvancia.

? En 25 muestras de tumor y mucosa colónica sana se mide la concentración de quimioquinas.

? En 31 muestras de tumor y tejido sano se evalúa el fenotipo de macrófagos infiltrantes analizando la expresión de receptores de quimioquinas y marcadores TAMs.

? En 32 pacientes y 15 controles se determinan los niveles circulantes de quimioquinas y marcadores TAMs (TNF $\alpha$  y VEGF) en sangre periférica.

**Resultados:** El tejido tumoral presentó mayores niveles de quimioquinas que el tejido sano y hubo correlación entre CCL4 y CD163. Sólo CCL2 tisular tuvo correlación con su homólogo plasmático. Las quimioquinas tisulares no se asociaron al TNM, pero iNOS tuvo correlación con presencia de desmoplasia tumoral.

El plasma de pacientes presentó mayores niveles de CCL3 que los controles y las quimioquinas se asociaron a TNF $\alpha$  y VEGF, pero no se asociaron a edad ni TNM.

**Conclusiones:** CCL4 podría participar en el perfil de TAMs, es más, la subpoblación de macrófagos puede estar asociada a las características del tumor.

Los niveles plasmáticos de citoquinas pueden estar influenciados por el tumor y no por la edad, por una

condición inflamatoria sistémica.

Las quimioquinas plasmáticas estudiadas podrían ser potenciales biomarcadores pronósticos de cáncer de colon.

## RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO TIPO DUHAMEL LAPAROSCÓPICO POSTERIOR A CIRUGÍA DE HARTMANN EN PACIENTE CON MEGACOLON Y CONSTIPACIÓN CRÓNICA.

*Miguel Luis Obaíd García, Nicolás Kerrigan Bustos, Ernesto Melkonian Tumaní, Gonzalo Rebolledo Díaz, Alejandro Nicolás Readi Vallejos,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Coloproctología.*

**Introducción:** El procedimiento Duhamel ha sido y sigue siendo uno de los más ampliamente realizados para la enfermedad de Hirschsprung. La modificación más significativa de este procedimiento ha sido la incorporación de la laparoscopia. De igual manera la técnica laparoscópica se ha aplicado para la reconstitución de tránsito después del procedimiento de Hartmann en un esfuerzo por reducir la morbilidad y la mortalidad. Existe poca información sobre reconstitución de tránsito laparoscópico tipo Duhamel posterior a cirugía de Hartmann.

**Objetivos:** Descripción de técnica laparoscópica de reconstitución de tránsito tipo Duhamel posterior a cirugía de Hartmann en paciente con antecedente de megacolon y constipación crónica.

**Contenido del Video:** Paciente de 19 años de sexo femenino en estudio por constipación crónica de cinco años de evolución de carácter progresivo. Con ausencia de deposiciones por semanas asociado a baja de peso de 10kg. en un año. Ingresó al servicio de urgencias por cuadro compatible con vólvulo de sigmoide realizándose cirugía tipo Hartmann. Manometría anorrectal de alta resolución compatible con hipertonia del esfínter anal interno, no visualizando reflejo rectoanal inhibitorio. Estudio de Chagas negativo. Ingresó de manera programada cinco meses después para reconstitución de tránsito tipo Duhamel laparoscópico. Evolucionó favorablemente otorgándose el alta al cuarto día. A los seis meses asintomática con deposiciones dos veces al día.

## RESECCIÓN DE GIST RECTAL Y ADENOCARCINOMA TEMPRANO CON CIRUGÍA TRANSANAL

## MINIMAMENTE INVASIVA (TAMIS)

*Natalia Moreno Baeza, Diego Valenzuela Silva, Katya Carrillo Gonzalez, Diego Zamorano Valenzuela, Mario Abedrapo Moreira,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Coloproctología.*

**Introducción:** Desde hace 10 años se ha utilizando TAMIS de forma creciente para la resección de lesiones benignas y malignas en estadio temprano localizados en recto inferior y medio. Esta técnica se ha impuesto ante otras formas de resección local endoanal, ya que permite un procedimiento seguro y eficaz con uso de instrumental laparoscópico habitual.

**Objetivos:** Se presenta el video de dos pacientes operados con técnica de Cirugía Transanal Mínimamente Invasiva.

**Contenido del Video:** Primer caso: Mujer de 77 años con antecedente de lupus y uso crónico de corticoides orales, presenta cuadro de rectorragia de 1 año de evolución. Se realiza estudio imagenológico, endoscópico e histológico diagnosticándose un adenoma a 7cm del margen anal, con foco de adenocarcinoma. Se reseca la lesión con técnica TAMIS sin incidentes. El estudio histopatológico informa un adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado con márgenes libres.

Segundo caso: Mujer de 54 años con antecedente de GIST rectal operado con resección local y uso de Glivec por 36 meses. Durante su seguimiento se encuentra recidiva en pared posterior rectal con 2 nódulos palpables a 6cm del margen anal. Se realiza resección con técnica TAMIS sin incidentes. El estudio histopatológico confirma GIST probablemente maligno con márgenes libres.

## POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: ESTUDIOS DE PATOGENICIDAD Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UNA FRECUENTE DUPLICACIÓN DEL GEN APC

*Karin Alvarez Valenzuela, Paulina Orellana Silva, Claudio Heine Tapia, Marjorie Katherine De La Fuente López, Ana Maria Wielandt Necochea, Maria del Pilar Carvallo De Saint Quentin, Francisco López Köstner,*

*Clínica Las Condes. Coloproctología, Laboratorio de Oncología y Genética molecular, Clínica Las Condes, Santiago, Chile. Departamento de Biología Celular y Molecular, Facultad de Ciencias Biológicas, Pontificia*

*Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** En nuestro registro de familias chilenas con poliposis adenomatosa familiar (PAF), identificamos una frecuente duplicación de los exones 1-3 del gen APC presente en 6/41 (14,6%) familias aparentemente no relacionadas. Llama la atención que esta alteración ha sido descrita sólo una vez en las bases de datos, en una familia Brasileña, cuyo efecto patogénico no ha sido demostrado.

**Objetivos:** Demostrar la patogenicidad de esta duplicación y describir la correlación genotipo-fenotipo.

**Material y Método:** Se seleccionaron las seis familias PAF que portan la duplicación, derivadas de distintas regiones del país, en quienes se determinó la patogenicidad de la duplicación a través de estudios de co-segregación y RT-PCR, y se registró la presentación clínica de la enfermedad.

**Resultados:** La duplicación fue identificada sólo en pacientes PAF y no en individuos sanos, demostrando la co-segregación de la mutación con el fenotipo. El análisis de RT-PCR demostró que la duplicación corresponde a una repetición en tándem de los exones 1-3 dentro del gen APC, que provoca un desplazamiento del marco de lectura generando un péptido trunco de 157 aminoácidos. En total, dieciocho afectados fueron identificados, diagnosticados con PAF en promedio a los 42 años (rango: 27-60). La mayoría presentó >100 pólipos, excepto dos pacientes que tenían 3 pólipos a los 30 años, uno de ellos demostró un aumento del número de pólipos con la edad: 40-60, >100 y >200 a los 35, 38 y 40 años, respectivamente. Nueve pacientes fallecieron por cáncer colorrectal diagnosticado en promedio a los 47 años (rango: 34-60). Manifestaciones extracolónicas fueron informadas en el 39% de los pacientes, siendo la más frecuente los pólipos fúndicos.

**Conclusiones:** Identificamos una alteración genética frecuente en pacientes PAF chilenos, la cual es infrecuente en otras poblaciones. El estudio familiar y molecular confirmó la patogenicidad de la duplicación. Llama la atención la ausencia de tumores desmoides, una de las manifestaciones clínicas más complicadas en la PAF.

## RESULTADOS DE RESECCIONES MULTIVISCERALES POR COMPROMISO ONCOLÓGICO COLORRECTAL; RESULTADOS PERIOPERATORIOS, DE SOBREVIDA LIBRE DE ENFERMEDAD Y GLOBAL

*Eugenio Anibal Grasset Escobar, Leonardo Carcamo*

*Gruebler, Rodrigo Migueles Cocco, Felipe Bellolio Roth, Jose Tomás Larach Kattan, María Elena Molina Pezoa, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Equipo Coloproctología, División Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

**Introducción:** En el cáncer colorrectal localmente avanzado con compromiso de órganos contiguos, las resecciones multiviscerales con márgenes libres son la única alternativa para ofrecer mejor sobrevida y hasta curación pero no están exentas de importante morbimortalidad.

**Objetivos:** Describir las características, morbilidad perioperatoria y sobrevida de nuestra serie de pacientes sometidos a resecciones multiviscerales oncológicas.

**Material y Método:** Cohorte prospectiva de pacientes sometidos a resecciones multiviscerales en nuestro centro desde el año 2000 a mayo 2018. Se incluyeron pacientes con compromiso neoplásico del colon, recto y/o ano, con extensión tumoral a órganos contiguos (cT4b). Se excluyeron pacientes menores a 18 años, operados de urgencia o con intención paliativa. Se evaluó mortalidad, datos demográficos, comorbilidad, características de la neoplasia primaria, extensión de la cirugía, morbi-mortalidad a 30 días, alejada y sobrevida. Consideramos como morbilidad mayor a Clavien Dindo (CD) III y IV. Se utilizó estadística descriptiva y curvas de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Analizamos 39 casos con mediana de seguimiento de 20 meses (IIQ=8,0-74,5). La mediana de edad fue 64,0 años (IIQ=53,5-71,5), 11 (28,2%) pacientes de sexo masculino, 28 (71,8%) con ASA II. 27 (69,2%) correspondieron a cáncer de recto, 26 (81,2%) no presentaban metástasis y 8 (20,5%) correspondían a recurrencia local. En relación al procedimiento, se realizaron 14 (36,8%) cirugías con preservación de esfínter, y se obtuvo márgenes negativos en 34 (87,2%) de los casos. Hubo morbilidad postoperatoria en 19 (48,7%) pacientes, 5 (12,8%) de ellos CD III-IV. En el seguimiento, la sobrevida global a 5 años fue 62% (DE=10,0%). La sobrevida libre de enfermedad promedio fue de 35,4 (DE=47,4) meses.

**Conclusiones:** Las resecciones multiviscerales fueron realizadas en su mayoría en mujeres y por cáncer de recto. Mas de la mitad de los pacientes tuvieron sobrevida global mayor a 5 años, y la morbilidad perioperatoria fue principalmente menor (CD I-II). Proponemos enfrentar a todos los pacientes con compromiso multivisceral como candidatos a la curación.

## SOBREVIDA DE CÁNCER DE RECTO A 5 AÑOS EN HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO.

*Roberto Andrés Durán Fernández, Juan Andres Mansilla Espinoza, Mariano Flores Moyano, luis armando soto fuentes, Nelson Munoz Perez, Catalina Fuentes De Celis, Pablo Ebensperger Palacios,*

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Coloproctología.*

**Introducción:** El cáncer de recto (CR) tiene una prevalencia que en conjunto con el cáncer de colon (CC) va aumentando, cerca de un 5,9% de las muertes por cáncer son atribuidas a estas patologías. El CR es más agresivo que CC, tiene una sobrevida a 5 años de un 87% en etapa I y cae hasta un 12% en etapa IV, su diagnóstico es más tardío.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio es determinar la sobrevida por estadíos de los pacientes con CR y describir los factores anatomoclínicos relacionados con la sobrevida.

**Material y Método:** Estudio cohorte retrospectiva. Revisión de fichas clínicas de pacientes con CR entre 2012 y 2016 en Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA). Análisis de variables demográficas, cálculo curvas de supervivencia global y por estadío (TNM 2010) usando el método de Kaplan-Meier, comparación de curvas de sobrevida con test log-rank. Se usó modelo de regresión de Cox (R-Cox) para factores pronósticos midiendo CEA preoperatorio (CEA), neoadyuvancia, metástasis al momento del diagnóstico y localización del tumor.

**Resultados:** La muestra total son 176 pacientes, 96 hombres, promedio de edad de 64.3 años con desviación estándar de 13.8, rango de 18 y 95 años. 80 de los pacientes tenían lesión en recto inferior, 55 medio y 41 superior. Los pacientes resecables fueron 43%. El seguimiento promedio fueron 30 meses.

Sobrevida global fue 41.5% y por estadío 100% para 0, 72% I, 70.8% II, 43.2% III y 10% IV.

El R-cox permitió identificar CEA, invasión perivascular, TNM y la ausencia de metástasis a distancia como factores pronósticos independientes.

**Conclusiones:** La sobrevida por estadío es más baja que en la literatura siendo más significativo en estadíos IIIa y IIIc, esto se puede explicar por factores culturales y de acceso a la atención. Con respecto a los factores independientes son similares a los reportados en la literatura.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES GIST DEL TABIQUE RECTO-VAGINAL

*fernanda evelyn haase paredes, mauricio leonardo caceres perez, edmundo julio cesar ziede rojas,*

*Hospital Base San José de Osorno. Servicio Coloproctología.*

**Introducción:** Los tumores GIST representan el 1% de las neoplasias gastrointestinales, solo el 5% se ubican en colon y recto. El manejo quirúrgico de estos tumores ubicados en la pelvis son un reto para el especialista.

**Objetivos:** Reportar un caso GIST de ubicación poco frecuente con rápido crecimiento y sintomático.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer, 62 años, HTA, DM, con tumor en tabique rectovaginal de rápido crecimiento y que protruye por vagina, con severo e intratable dolor. Se realiza biopsia incisional que sugiere GIST. TC preop: masa sólida que realza de forma heterogénea el tabique recto-vaginal, impresionando depender de la pared del recto de 54mm diámetro. Se decide realizar exenteración pélvica posterior 06/03/18 :operación de miles, histerectomía, anexectomía bilateral, colpectomía y colostomía terminal sin incidentes. Bp quirúrgica confirma tumor GIST, de bajo grado, de pared rectal que infiltra pared vaginal y esfínter interno, sin compromiso de bordes, sugiere origen en túnica muscular propia de recto. Linfonodos 0/6. Actualmente en seguimiento.

**Conclusión:**

El 30% de los GIST desarrolla invasión a tejidos vecinos que requerirán de una cirugía compleja, por lo que las guías (NCCN) en lesiones irreseccables o con metástasis recomiendan la neoadyuvancia con imatinib para la reducir la morbimortalidad perioperatoria pero no para enfermedad localmente avanzada

## DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES APENDICULAR (GCC), A PROPÓSITO DE UN CASO

*Mauricio Cáceres Pérez, Valentina Constanza Cea Díaz, Werner Bastian Costa Mendez, Camila Tamara Keim Ojeda,*

*Hospital Base San José de Osorno. Equipo de Coloproctología. Universidad Austral de Chile Campus Osorno*

**Introducción:** Los GCC son infrecuentes, representando menos del 5% de los tumores primarios

apendiculares. Corresponden a tumores de morfología glandular y neuroendocrina, con una supervivencia a 5 años que oscila entre 60 y 84%. Su diagnóstico de certeza es histopatológico, ya que macroscópicamente resulta compleja su diferenciación con procesos inflamatorios del apéndice.

**Objetivos:** Presentar un caso de GCC, diagnosticado luego de una apendicectomía.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino, 70 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias de Hospital Base Osorno por dolor en hemiabdomen derecho de dos semanas de evolución, asociado a vómitos. En los exámenes destacó elevación de parámetros inflamatorios y la Tomografía Computada (TC) reportó hallazgos sugerentes de apendicitis aguda, realizándose una apendicectomía laparoscópica convertida, donde se identificó apéndice flegmonoso, observándose en la mitad distal de este, un tumor inflamatorio de 5 cm. La biopsia reveló GCC, infiltrante hasta tejido adiposo periapendicular. Estudios posteriores mediante colonoscopia, TC de tórax, abdomen, pelvis y Antígeno carcinoembrionario fueron normales. Se presenta a comité oncológico con diagnóstico de GCC apendicular T3N0M0, donde se decide hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis, la que se realiza sin incidentes. Estudio anatomo-patológico de pieza operatoria negativo para neoplasia.

## ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS ASOCIADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN MEJORADO PARA PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO

*Erik Manriquez Alegria, Ioram Israel Jacobovsky Rosenblitt, Manuel Cabrerías Segura, Richard Castillo Ramos, María Le-Bert Guerrero, Rodrigo Kusanovich Borquez, Gabriel Bastías Silva, Felipe Quezada Díaz,*

*Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Coloproctología.*

**Introducción:** La implementación de un programa de recuperación mejorados (PRM) en cirugía colorrectal se asocia a la disminución de la morbilidad y estadía hospitalaria. Sin embargo, el costo económico para instituciones con recursos económicos limitados y el impacto en un sistema de cobertura universal para el tratamiento del cáncer colorrectal (CCR), no han sido claramente evaluados.

**Objetivos:** Estimar los costos de hospitalización asociados a la implementación de un PRM para CCR en un hospital público de Chile.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes operados electivamente por CCR que cumplían criterios de enrolamiento para un PRM. Se definieron 2 grupos: cohorte histórica previa a implementación de PRM (2014-2015) y post PRM (2016-2017). Se registraron variables demográficas, clínicas y el costo per cápita estimado utilizando la metodología de costeo de grupos relacionados a diagnóstico (GRD). Para el análisis de resultados de costos, se utilizó test paramétricos para comparar medias y un análisis de Kaplan Meier fue realizado para comparar estadía hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron 160 pacientes (56 pre-PRM y 104 post-PRM). La mediana de edad fue 64 años (20-88 años), 51% fueron mujeres y un 57% eran portadores de cáncer de recto. La mediana de días de hospitalización fue 8 días para el grupo pre-PRM versus 5 días para el post-PRM (log rank test  $p < 0,01$ ). La diferencia promedio de costo por paciente fue de \$560.372 pesos chilenos (IC 95% \$67.060- \$1.053.684) menos para el grupo post-PRM en comparación al control histórico ( $p < 0,03$ ).

**Conclusiones:** La implementación de PRM para pacientes operados de CCR se asoció a una disminución de los costos hospitalarios en una institución pública de salud. Considerando que el tratamiento quirúrgico del CCR forma parte del sistema de Garantías Explícitas de Salud, la implementación de PRM debe ser promovido.

## EXPERIENCIA INICIAL EN CITORREDUCCIÓN Y HIPEC EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL EN UN CENTRO UNIVERSITARIO: RESULTADOS DE MORBILIDAD PERIOPERATORIOS

*Eugenio Anibal Grasset Escobar, Álvaro Zúñiga Díaz, Felipe Bellolio Roth, Rodrigo Migueles Cocco, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, José Tomás Larach Kattan, María Elena Molina Pezoa,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Equipo Coloproctología, División de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

**Introducción:** Las metástasis peritoneales son frecuentes en pacientes con cáncer colorrectal siendo la segunda ubicación más frecuente luego de la hepática. La sobrevida en estos pacientes es corta por la escasa respuesta a la terapia sistémica. La

citoreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) es una alternativa de tratamiento para pacientes seleccionados, que en algunos casos puede ser curativa.

**Objetivos:** Describir las características y morbi-mortalidad perioperatoria de nuestra serie de pacientes sometidos a cirugía de citoreducción más HIPEC.

**Material y Método:** Serie de casos sometidos a citoreducción con peritonectomía más HIPEC con técnica cerrada por 90 minutos con mitomicina-C a 42°C realizada en nuestro centro. Excluimos pacientes con índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) >21. Describimos datos demográficos, comorbilidad, características de la neoplasia primaria, PCI, extensión de la cirugía y morbi-mortalidad a 30 días. Consideramos morbilidad mayor: Clavien Dindo ?III. Se utiliza estadística descriptiva.

**Resultados:** Incluimos 8 pacientes consecutivos, con mediana de edad de 49,5(IQ=49-56) años, 6 hombres. En 3 pacientes la carcinomatosis fue sincrónica al tumor primario, en 5 pacientes recurrió durante su seguimiento con mediana de 9(IQ=6-12) meses. El PCI al momento de la laparotomía tuvo una mediana de 18,4(DE=5,2). En todos se realizó citoreducción completa, incluyó peritonectomía y resección de un órgano en 4 pacientes y de 2 o más órganos en 4 pacientes. Tiempo quirúrgico de 510(IQ=480-600) minutos, sangrado medio 200(IQ=150-1000)ml. Tres pacientes requirieron transfusión en las primeras 24hrs. La estadía en UPC y hospitalaria fueron de 4,5(IQ=3-6) y 12(IQ=10-15) días respectivamente. Hubo morbilidad perioperatoria en 4 pacientes; 3 pacientes presentaron íleo adinámico que requirió nutrición parenteral, 1 paciente presentó ITU y 1 paciente reingresó al día 14 post-alta por sepsis de foco urinario que se resolvió con antibióticos. No hubo mortalidad perioperatoria.

**Conclusiones:** En nuestra serie la citoreducción con HIPEC es un procedimiento seguro, con baja morbilidad mayor y sin mortalidad perioperatoria.

## RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA RECTOPEXIA VENTRAL CON MALLA CON ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO.

*Diego Zamorano Valenzuela, Francisco López Köstner, Alejandro Zarate Castillo, Udo Kronberg, Andres Larach Kattan, Jorge Larach Said, Claudio Wainstein Gewolb,*

*Clínica Las Condes. Coloproctología.*

**Introducción:** Actualmente la rectopexia ventral con malla (RVCM) podría ser considerada como el gold

estándar, para el tratamiento del prolapso rectal. Por otra parte, los abordajes mínimamente invasivos ofrecen ventajas en el postoperatorio inmediato. En series recientes, este procedimiento se realiza con un abordaje robótico demostrando su factibilidad y seguridad.

**Objetivos:** Evaluar los resultados quirúrgicos de la RVCM laparoscópica y asistida por robot.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes, entre julio 2009 y julio 2017. Criterios de inclusión: pacientes en que se realizó RVCM laparoscópica o robótica. Cualquier paciente que se realizo otro tipo de técnica o resección fue excluido. Se analizaron datos clínicos, quirúrgicos, morbilidad precoz y tardía. Análisis estadístico: test de Mann-Whitney, considerando significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes, edad mediana 61 años (i: 14-85), el 95,8% (23) de género femenino. Indicación quirúrgica: prolapso rectal en los 24 (21 externo y 3 invaginación rectoanal). Procedimiento realizado: Rectopexia ventral en los 24 pacientes, con cirugía asociada en 2 pacientes: Histerectomía (1), vulvectomía simple (1). La vía de abordaje fue robótica y laparoscópica en 13 y 11 pacientes, respectivamente. Estadía postquirúrgica: 3 días (2-4). Solo un paciente presentó una complicación (Grupo laparoscópico, Clavien-Dindo II). Solo un paciente presentó una complicación tardía (obstrucción intestinal), de resolución médica. No hubo mortalidad. AL comparar los grupos laparoscópico versus robótico, no hay diferencias en tiempo quirúrgico promedio: 175 min (120-210) vs 188 min (135-375) ( $p= 0,05$ ). No existen diferencias en la estadía postquirúrgica (2,9 días, vs 3,0 días) ( $p= 0,05$ ). El seguimiento es de la totalidad de los pacientes, con un promedio de 12 meses (2-58), dos pacientes presentaron recidiva, ambos pertenecen al grupo laparoscópico, en los cuales se realizó un procedimiento de resección y rectopexia.

**Conclusiones:** La RVCM mínimamente invasiva aparece ser segura y efectiva en un grupo seleccionado de pacientes.

## EXACTITUD DIAGNÓSTICA DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE COLON

*Leonardo Carcamo Gruebler, Felipe Andrés Imigo Gueregat, Hector Henriquez Leighton, Daniela Figueroa Perez, Rodrigo Ignacio San Martín Bachmann, María Elena Molina Pezoa, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva, Unidad de Coloproctología.*

# Coloproctología

**Introducción:** La tomografía computada (TC) es esencial en la estadificación del cáncer de colon (CC). Se sabe que pacientes con tumores localmente avanzados se beneficiarían de quimioterapia preoperatoria, haciendo fundamental una correcta estadificación.

**Objetivos:** Determinar la exactitud diagnóstica de la TC en la estadificación del CC, su capacidad de discriminación para tumores T4, y concordancia entre dos radiólogos expertos.

**Material y Método:** Estudio de prueba diagnóstica, con tamaño muestral calculado en 50 pacientes. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con CC resecao. Se excluyeron pacientes operados de urgencia, resecciones no radicales, antecedente de neoadyuvancia o de enfermedad hereditaria. Se analizó la TC preoperatoria para invasión tumoral (T) y linfonodos (N) de manera ciega por dos radiólogos. Las discordancias fueron auditadas por un tercer radiólogo. Se consideró como gold estándar la histopatología. Se determinó exactitud diagnóstica y concordancia entre radiólogos.

**Resultados:** Hubo 6(12.8%) tumores T1-T2, 23(48.9%) tumores T3 y 18(38.3%) T4. La TC tuvo una exactitud de 89% para T1-T2 (VPP 0.56, VPN 0.97), 66% para T3 (VPP 0.65, VPN 0.67) y 75% para T4 (VPP 0.8, VPN 0.73). La correlación entre radiólogos tuvo un índice Kappa de 0.929, 0.602 y 0.584 para T1-T2, T3 y T4 respectivamente. Para el N la exactitud fue de 66% (VPP 0.67, VPN 0.65, Kappa 0.521). La capacidad de discriminar un T4 de entre los tumores avanzados fue 56%, con una sensibilidad de 35% y especificidad de 83%.

**Conclusiones:** La TC tiene buena capacidad para discriminar a tumores tempranos de los avanzados, con VPN de 0.97 y alta correlación entre los radiólogos. Sin embargo, la exactitud para diferenciar a tumores T4 de entre los avanzados, así como para identificar compromiso ganglionar, es de 56% y 66% respectivamente. Estas cifras sugieren buscar técnicas complementarias para identificar con certeza a los potenciales candidatos a recibir neoadyuvancia.

## FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD GRAVE EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIONES COLORRECTALES DE URGENCIA

*Tomas Contreras Rivas, Paula Miranda Berkhoff, Felipe Andrés Imigo Gueregat, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migüeles Cocco, Gonzalo*

*Ignacio Urrejola Schmied, Jose Tomás Larach Kattan, Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** La resección colorrectal de urgencia (RCU) se asocia a una tasa elevada de morbilidad, reoperaciones, rehospitalizaciones y mortalidad. En nuestro país los datos publicados en relación con el tema son escasos.

**Objetivos:** Evaluar los resultados postoperatorios e identificar factores asociados a morbilidad grave en pacientes sometidos a RCU.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a RCU entre enero de 2010 y mayo 2017 en un hospital universitario. Se excluyeron sujetos con complicaciones de cirugía electiva realizada en nuestro centro. Se analizaron las variables preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias. Se definió morbilidad grave como aquella III según Clavien-Dindo y se consignaron reoperaciones, reingresos y mortalidad a 30 días. Estadística descriptiva, y análisis estadístico de factores asociados a morbilidad grave mediante una regresión logística, ingresando al modelo multivariable aquellos con  $p < 0,05$  en el análisis univariable.

**Resultados:** Se analizaron 150 pacientes, de edad promedio 61,7 (17-96) años (56,7% hombres), ASA III en 34,7%. Un 56% de los pacientes sufrieron algún tipo de complicación, de las cuales el 50% fueron graves. Al comparar los pacientes con complicaciones graves versus los que no las tuvieron, hubo diferencias en el ASA III 54,8% vs 26,9% ( $p=0,001$ ), diagnóstico de neoplasia 19% vs 53,7% ( $p=0,0001$ ), indicación quirúrgica: obstrucción 21,4% vs 48,1% ( $p=0,003$ ) e isquemia 16,7% vs 2,8% ( $p=0,002$ ), paso por UPC 83,3% vs 48,1% ( $p=0,0001$ ) y necesidad de transfusión 33,3% vs 15,7% ( $p=0,017$ ). En la regresión logística, el único factor independientemente asociado a morbilidad grave fue el diagnóstico de patología no neoplásica con OR 3,29(IC95%;1,27-8,5).

**Conclusiones:** El diagnóstico de patología no neoplásica es un factor independientemente asociado a morbilidad grave en la RCU.

## MODELO ?EX VIVO? DE SIMULACIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO DE ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA

*Cristián Jarry Trujillo, Martín Inzunza Agüero, Carlo*

Marino Coloma, Gabriel Escalona Vivas, Julian Varas Cohen, Jose Tomás Larach Kattan,

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC.

**Introducción:** La anastomosis intracorpórea (AIC) ha demostrado beneficios sobre la anastomosis extracorpórea en la hemicolectomía derecha laparoscópica (HDL), pero en la mayoría de los centros no se realiza dado que la curva de aprendizaje es mayor. La simulación surge como una oportunidad para acortar esta curva.

**Objetivos:** Diseñar y evaluar un modelo de aprendizaje simulado para entrenamiento de AIC en HDL.

**Material y Método:** Estudio cuasiexperimental. Se diseñó un modelo para entrenamiento de AIC. El proceso incluyó revisión bibliográfica, opinión de expertos, análisis crítico de videos y ergonomía en pabellón. Se obtuvo colon de porcino e intestino de bovino para simular las visceras, y se utilizó esponja y solución jabonosa para simular consistencia del colon. El modelo se incorporó a un simulador laparoscópico con salida de video en alta definición. Para emular la ergonomía, se utilizaron los puertos ubicados en flanco izquierdo del fantoma separados por 9,5 cm. Se incluyeron cirujanos colorrectales y residentes de cirugía general y colorrectal para realizar una AIC mecánica, látero-lateral, isoperistáltica utilizando una endograpadora lineal y sutura intracorpórea para el cierre de enterotomías. No hubo criterios de exclusión. La experiencia se evaluó mediante un cuestionario de fidelidad y utilidad del modelo. Estadística descriptiva.

**Resultados:** Seis sujetos realizaron el procedimiento. Respecto a la fidelidad del modelo, el 83%(n=5) valoró positivamente la similitud con el colon, la relación anatómica entre las estructuras y el uso del instrumental; el 50%(n=3) valoró positivamente la ergonomía. El 83%(n=5) consideró fundamental el modelo para el entrenamiento, tanto en el uso de endograpadora, como sutura manual laparoscópica. Todos los participantes declararon que el módulo permite entender y reflexionar sobre la técnica quirúrgica propuesta.

**Conclusiones:** El modelo diseñado representaría fielmente la realidad quirúrgica y permitiría entrenar la AIC para la HDL. De incorporarse a un módulo de aprendizaje estructurado, podría contribuir a acortar las curvas de aprendizaje.

## CÁNCER COLORRECTAL EN MENORES DE 40 AÑOS: ¿EXISTE UNA REAL DIFERENCIA?

Javiera Toledo Gómez, Manuel Lizana Corvera, Benjamin Fernandez Marambio, Francisco Moraga Vásquez, Felipe Illanes Fuertes, Alejandro Barrera Escobar, Guillermo Bannura Cumsille,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) tiene mayor incidencia en edades avanzadas. Múltiples factores afectan los resultados oncológicos en los pacientes jóvenes, uno de los más importantes está dado por el diagnóstico tardío, debido a que se encuentran fuera del grupo etario de pesquisa.

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento de los pacientes menores de 40 años con CCR y compararlo con el pronóstico global del CCR.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte prospectiva, se incluyeron pacientes con diagnóstico de CCR en el período comprendido entre enero de 1990 y agosto de 2017 del HCSBA. De 1567 pacientes operados por CCR en este período, 67 pacientes fueron <40 años. Se analizaron variables demográficas, hallazgos histológicos y seguimiento a largo plazo. Criterios de inclusión: Pacientes operados de CCR, excluyendo los no intervenidos. Se realizó análisis estadístico comparando variables categóricas con test de X<sup>2</sup>. La sobrevida fue estimada con método de Kaplan-Meier y comparación de curvas con Log-rank Test. Para efectos estadísticos se definió el tiempo de sobrevida desde la fecha de la cirugía. Para los cálculos estadísticos se utilizó programa SPSS 24.

**Resultados:** Fueron sometidos a cirugía 67 pacientes <40 años con CCR. La mediana de edad fue de 36 años, 55% hombres. El recto inferior fue la localización más frecuente (34%). La sobrevida global a 5 años fue de 55%. Los pacientes <30 años presentaron una peor sobrevida (p<0.02). La curva de Kaplan-Meier arrojó que los pacientes con CR medio y superior presentan un comportamiento similar a los tumores de colon en nuestra serie.

**Conclusiones:** El comportamiento de las curvas de sobrevida en pacientes <40 años con CCR es similar a la sobrevida de la serie global. Se evidenció que el grupo <30 años presentó peor sobrevida que el grupo mayor, pero presenta con más frecuencia ubicación en recto bajo y estadios más avanzados.

## ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y TRANSANAL SIMULTÁNEO PARA LA RESECCIÓN TOTAL DEL MESORRECTO

*Tomas Contreras Rivas, Felipe Belloio Roth, Luis Ibañez Anrique, Jose Tomás Larach Kattan,*

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

**Introducción:** El abordaje mínimamente invasivo transanal ha generado gran interés a nivel mundial por las potenciales ventajas que tendría en pacientes con cáncer de recto con tumores bajos y avanzados, de pelvis estrecha y/u obesos. El trabajo simultáneo laparoscópico y transanal en dos equipos optimizaría la resección.

**Objetivos:** Presentar el video de una cirugía de abordaje híbrido simultáneo, laparoscópico y transanal, en un paciente hombre, de pelvis estrecha, con cáncer de recto bajo.

**Contenido del Video:** Hombre de 68 años, con cáncer de recto de 6 cm, localmente avanzado, ubicado a 1 cm. del anillo anorrectal. Cirugía a las 8 semanas de completada la neoadyuvancia. En el tiempo abdominal se realizó el descenso del ángulo esplénico y disección medial del mesocolon con ligadura alta de los vasos mesentéricos inferiores. Por vía perineal se realizó una resección interesfintérica y posteriormente la instalación del GelPoint Path para la disección mesorrectal simultánea por vía abdominal y transanal, en dos equipos. Minilaparotomía de Pfannenstiel para exteriorización de la pieza operatoria. Anastomosis coloanal látero-terminal manual, drenaje a la pelvis e ileostomía de protección. Sangrado menor a 500 cc. Tiempo operatorio: 5 horas. Paciente de alta sin complicaciones al quinto día postoperatorio. Biopsia ypT2N0 G2, márgenes negativos.

## VALOR DIAGNÓSTICO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA Y LA RELACIÓN NEÚTRÓFILOS-LINFOCITOS PARA PREDECIR COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL RESECTIVA PROGRAMADA.

*Manuel Lizana Corvera, Karen Arcos Lemus, Alejandro Barrera Escobar, Cristián Gallardo Villalobos, Guillermo Bannura Cumsille, Javiera Toledo Gómez, Benjamin*

*Fernandez Marambio, Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*

**Introducción:** La resección colorrectal conlleva una morbilidad cercana al 30%, siendo las complicaciones infecciosas las más frecuentes. El seguimiento con proteína C reactiva (PCR) y relación neutrófilos/linfoцитos (RNL) en el postoperatorio podrían hacer sospechar una complicación cuando clínicamente la manifestación es mínima.

**Objetivos:** Conocer el valor diagnóstico de la PCR y la RNL para las complicaciones infecciosas durante el postoperatorio y sugerir un valor de corte con mayor precisión diagnóstica.

**Material y Método:** Cohorte prospectiva entre enero de 2017 a junio de 2018. Muestra de 100 pacientes intervenidos de cirugía resectiva colorrectal programada, excluyendo cirugías de urgencia, no resectivas o alteración de exámenes preoperatorios. Se definió infección postoperatoria a cualquier cuadro inflamatorio-infeccioso desarrollado hasta 30 días posterior a la cirugía. Se controló a los pacientes con PCR y RNL al segundo (POP2) y cuarto día (POP4) postoperatorio, delta y razón entre POP2/POP4. Se evaluó sensibilidad y especificidad mediante construcción de curva ROC y área bajo la curva. Análisis realizado con SPSS 24.

**Resultados:** De 100 pacientes, 55% mujeres, mediana de 66 años. 70% realizadas vía laparoscópica. Hubo infección asociada en un 37%. La PCR al POP4 tuvo sensibilidad de 92% y especificidad de 80% para el diagnóstico de infección para un valor de corte de 14. Valores de PCR al POP2, POP2-POP4 y la relación PCR2/PCR4 obtuvieron valores menores. La RNL al cuarto día postoperatorio tiene sensibilidad de 78% y especificidad de 65% para un valor de corte de 4,3. Si se evalúa solo laparoscopia, la PCR4 tiene sensibilidad de 95% y especificidad de 87% para un valor de 15,5.

**Conclusiones:** El mejor valor diagnóstico es para la PCR al POP4, con un valor de corte de 15,5. La mantención de valores elevados al POP4, en especial la PCR, debe hacer sospechar y descartar en forma activa un proceso infeccioso evitando la morbimortalidad asociada al diagnóstico tardío.

## IMPACTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL REINGRESO HOSPITALARIO A 30 DÍAS EN PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA

## CON ANASTOMOSIS

*Benjamin Fernandez Marambio, Javiera Toledo Gómez, Manuel Lizana Corvera, Alejandro Barrera Escobar, Amanda Florencia Carrasco Navarrete, Francisco Moraga Vásquez, Karen Arcos Lemus, Guillermo Bannura Cumsille,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía Adultos Servicio de Coloproctología. Universidad de Chile*

**Introducción:** Los reingresos hospitalarios (RH) son un problema frecuente que aumenta considerablemente el gasto en salud a nivel mundial. La tasa de reingresos es habitualmente utilizada para valorar la calidad de la atención de salud de un centro hospitalario. Existen numerosos estudios a nivel internacional que han reportado asociación entre el RH postoperatorio y el nivel socioeconómico (NSE), sin embargo, aún son escasos los estudios a nivel nacional que analicen esta asociación.

**Objetivos:** Identificar si existe asociación entre el nivel socioeconómico y el reingreso hospitalario a 30 días, en los pacientes operados en el servicio de Coloproctología en el período comprendido entre 2013-2017.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes operados de cirugía colorrectal con anastomosis intestinal entre el período de Enero de 2013- Diciembre de 2017 de la base de datos del servicio de Coloproctología del Hospital San Borja-Arriarán. Se excluyeron pacientes sin adecuado registro clínico. Como indicador del NSE se utilizó el tramo de FONASA. Se distribuyó a los pacientes en 2 grupos de estrato socioeconómico, Grupo 1 (FONASA A y B), grupo 2 (FONASA C y D). Se realizó estadística descriptiva para variables edad, género, comorbilidad, tramo FONASA y reingreso a 30 días. Para la estimación de la asociación entre NSE y reingreso hospitalario se aplicó el test  $\chi^2$  y para el análisis multivariado regresión logística binaria. Se utilizó programa SPSS Statistics 24®.

**Resultados:** Se analizaron 435 pacientes, de los cuales reingresaron 40 a 30 días. No hubo diferencias significativas entre las variables descriptivas previo al análisis estadístico. De los pacientes reingresados no hubo diferencias significativas entre el grupo 1 y 2 de nivel socioeconómico, con  $p = 0.17$  (significancia:  $p$ value  $< 0.05$ ).

**Conclusiones:** En nuestro estudio se evidenció que el nivel socioeconómico no influyó en el reingreso hospitalario a 30 días en los pacientes operados de cirugía colorrectal de nuestro servicio.

## COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA RADIOTERAPIA Y MORBILIDAD POSTOPERATORIA SEGÚN ESQUEMA DE NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO

*Leonardo Carcamo Gruebler, Felipe Andrés Imigo Gueregat, Felipe Alcalde Gudenschwager, Elias Torres Contreras, Marisa Bustos Carrasco, Jose Tomás Larach Kattan,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva, Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** La radioterapia de curso corto (RCC) y la radioquimioterapia (RQ) neoadyuvante han probado disminuir la recidiva local postoperatoria del cáncer de recto medio e inferior localmente avanzado (CRMI). Ambos esquemas tienen potencial de toxicidad y aumento de la morbilidad postoperatoria.

**Objetivos:** Comparar los efectos adversos de la radioterapia (EA) y morbilidad postoperatoria (MP) en pacientes sometidos a RCC versus RQ por CRMI.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos tratados con neoadyuvancia y cirugía por CRMI en nuestra institución entre 2010-2016. Se excluyeron sujetos sometidos a resecciones locales e irradiados u operados en otro centro. La indicación de RCC o RQ estuvo sujeta a decisión de un comité multidisciplinario basada en guías institucionales. Se consignaron variables pre, intra y postratamiento. Los EA se definieron como los ocurridos durante la neoadyuvancia. Estos se clasificaron según CTCAEv4.03 y la MP según Clavien-Dindo. Estadística analítica y regresión logística para ajustar por variables confundentes.

**Resultados:** Se incluyeron 103 pacientes, edad promedio  $58,75 \pm 13,29$  años (50,5% hombres), cáncer de recto inferior en 50,5% y cirugía con conservación esfinteriana en 78,6%. El 21,3% recibió RCC. Al comparar los grupos RCC y RQ, hubo diferencias en edad (66,54 vs. 56,64;  $p=0,002$ ), metástasis a distancia (22,7% vs. 7,4%;  $p=0,047$ ) e intervalo a la cirugía (6 vs. 76,78 días;  $p=0,000$ ). Las EA fueron menos frecuentes (22,7% vs. 61,7%;  $p=0,001$ ) y menos graves ( $p=0,002$ ) en el grupo de RCC; no hubo diferencia en MP total (27,3% vs 32,1%;  $p=0,664$ ) o según Clavien-Dindo ( $p=0,262$ ) entre los grupos. Al ajustar por variables confundentes, la RCC se asoció significativamente a

menos EA con OR 0,063 (IC95%;0,011-0,353;p=0,002), pero no a menos MP que la RQ.

**Conclusiones:** La RCC se asocia a menor frecuencia y gravedad de EA que la RQ en pacientes tratados por CRMI. No hubo diferencia en la MP entre ambos esquemas.

## ¿TIENE IMPACTO LA OBESIDAD VISCERAL EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LOS PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER COLORRECTAL?

*Leonardo Carcamo Gruebler, Eduardo Peñailillo ., María Teresa Martínez ., Valeria Tapia ., Isabela Tapia Alvarez, Lucas Oberpaur ., Jose Tomás Larach Kattan,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva, Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** La obesidad visceral (OV) se ha asociado a la génesis del cáncer colorrectal (CCR), sin embargo, su influencia en el resultado del tratamiento oncológico es desconocida. Una forma precisa y reproducible de evaluar la OV es la medición del área de grasa visceral (AGV) en la tomografía computada (TC).

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la OV en los resultados oncológicos de pacientes con CCR tratados con intención curativa.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con CCR operados con intención curativa y TC disponible entre 2010-2015 en nuestra institución. Se excluyeron sujetos con metástasis, cáncer previo, enfermedad inflamatoria intestinal y síndromes hereditarios. Se recolectaron variables demográficas, perioperatorias, anatomopatológicas y seguimiento oncológico. OV fue definida como  $AGV > 130 \text{ cm}^2$  en TC prequirúrgica a nivel del disco intervertebral de L3-L4, y se estudió su asociación con sobrevida global (SG) y sobrevida libre de enfermedad (SLE). Se estudiaron además otros puntos de corte de AGV publicados para definir OV ( $> 100 \text{ cm}^2$ ;  $> 130 \text{ cm}^2$  hombres o  $> 90 \text{ cm}^2$  mujeres). Estadística analítica, comparación de curvas Kaplan-Meier y regresión de Cox para factores asociados a SG y SLE.

**Resultados:** Se identificaron 364 pacientes, edad promedio 64,3( $\pm 14$ ) años (53,8% hombres) y 66,8% OV. La mediana seguimiento fue 52(35-89) meses. La SG y SLE a 5 años fue 79,5% y 70,1%, respectivamente. El grupo OV con respecto a no-OV, se asoció más frecuentemente a sexo masculino (67,5% vs 26,5%;p=0,000), comorbilidades cardiovasculares,

diabetes y renales, márgenes comprometidos (4,4% vs 0%;p=0,023) y mayor tiempo operatorio (241 vs. 187 minutos;p=0,032). En la regresión de Cox, la OV no presentó asociación significativa con SG o SLE, con HR 0,905(0,56-1,46;p=0,683) y 1,03(0,661-1,602;p=0,898), respectivamente. Tampoco se identificó asociación utilizando otros puntos de corte de AGV, ni al analizarla como variable continua.

**Conclusiones:** La OV no se asocia a peor pronóstico oncológico en pacientes con CCR operados con intención curativa.

## MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE ANO: REVISIÓN DE 18 CASOS

*Eduardo Mordojovich Zuniga, Marcelo Yañez Lillo, José Tomás Undurraga Nadeau, Sebastian Pradenas Bayer, Ernesto Melkonian Tumaní, Alejandro Nicolás Readí Vallejos, Rodrigo Capona Perez, Mónica Belén Martínez Mardones,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía Equipo Digestivo Bajo.*

**Introducción:** El cáncer de ano es una patología infrecuente (1.5 casos por 100.000), que cuando se diagnostica precozmente y se maneja con una terapia adecuada presenta un pronóstico favorable (80% de sobrevida a 5 años).

**Objetivos:** Describir el manejo y evaluar la respuesta de los pacientes con Cáncer de Ano tratados en el Hospital del Salvador.

**Material y Método:** Trabajo retrospectivo, con revisión de la base de datos del Comité Oncológico realizado en el Hospital del Salvador entre agosto del 2015 y diciembre del 2017. Se filtró por diagnóstico de cáncer de ano y se revisaron los Comités oncológicos y las fichas clínicas de los pacientes seleccionados.

**Resultados:** Se reclutaron 18 pacientes con el diagnóstico de cáncer de ano. 12 mujeres y 6 hombres, con un promedio de edad de 68 años. 4 pacientes eran VIH en terapia anti-retroviral y 1 paciente tenía como antecedente radioterapia previa por un cáncer cervicouterino.

El tamaño tumoral en promedio fue de 49 mm. Diez pacientes se etapificaron como T1-T2 y 8 pacientes como T3-T4. Cinco pacientes eran N( ) y ninguno tuvo metástasis a distancia al momento del diagnóstico.

El manejo inicial fue cuidados paliativos en 3 pacientes, resección local en 1 paciente, radioterapia en 2 pacientes, terapia de Nigro en 11 pacientes y cirugía de Miles en 1 paciente (RT previa).

Con un promedio de 25 meses de seguimiento, a la fecha 10 pacientes se encuentran sin recidiva local, 3 requirieron cirugía de Miles de rescate luego de la terapia de Nigro y 3 presentaron enfermedad metastásica.

**Conclusiones:** En nuestro centro el tratamiento de elección es la terapia de Nigro con buena respuesta local. Nuestra recurrencia local posterior a terapia de Nigro (27%) es similar a lo publicado por la literatura.

## MORTALIDAD POSTOPERATORIA DE CÁNCER COLORRECTAL Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL POSSUM-CR COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD.

*Nelson Munoz Perez, Juan Andres Mansilla Espinoza, Mariano Flores Moyano, Luis Armando Soto Fuentes, Roberto Andrés Durán Fernández, Pablo Ebensperger Palacios, Catalina Fuentes De Celis,*

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Servicio de Cirugía. Equipo Coloproctología. Departamento de Cirugía. Universidad de la Frontera. Temuco. Chile*

**Introducción:** En Chile no contamos con datos sobre mortalidad posoperatoria en cáncer colorrectal (CCR), salvo algunas series que la sitúan entre el 0-3%. Los índices de riesgo orientan sobre la posibilidad de que aparezcan complicaciones graves o muerte en el periodo perioperatorio, una de las escalas más conocidas es el POSSUM-CR, destacando por su simplicidad y por estar validada internacionalmente.

**Objetivos:** General.

1.-Establecer frecuencia de muerte posoperatoria a 30 días en pacientes intervenidos de CCR con intención curativa el HHA durante el periodo 2013-2018. Específico.

1.-Determinar presencia de muerte posoperatoria a 30 días.

2.-Evaluar capacidad diagnóstica del POSSUM-CR en pacientes que fallecieron y no fallecieron.

**Material y Método:** Diseño: Corte Transversal

Criterios inclusión: Pacientes sometidos a cirugía por CCR con intención curativa por equipo de coloproctología, periodo 2013-2018, en HHA.

Criterios exclusión: Enfermedad recurrente.

Tamaño muestral: Estimación proporción, total población 600, confianza 95%, precisión 3%, proporción 5%, pérdidas 15%, 179 pacientes.

Técnica muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Variables: Dependiente: presencia de mortalidad posoperatoria. Independientes: Las consignadas en

POSSUM-CR. Estadística: Descriptiva, sensibilidad, especificidad, LR, LR- y curvas ROC. STATA 11.0.

**Resultados:** Se analizaron 192 pacientes.

La mortalidad observada fue de 2.08% y la mortalidad predicha por el score fue de 4.7%.

El área bajo la curva (ABC) para predicción de mortalidad a 30 días con el POSSUM-CR fue de 0.819 con un valor de corte en 9.3%, dando una sensibilidad del 75%, especificidad de 89%, VPP 12.5%, VPN 99.4%, LR 6.7 y LR- 0.28.

El OR para la predicción mortalidad utilizando el POSSUM-CR es de 1.15 (IC 95% 1.04-1.26 p=0.004).

**Conclusiones:** El valor de corte del POSSUM-CR del HHA es 9.3%, El ABC ROC indica un poder predictivo moderado-alto.

El POSSUM-CR es una herramienta que permite predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes intervenidos de CCR. No obstante, el empleo de puntuaciones pronósticas debe ser solamente algo orientativo.

## RESULTADOS DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO.

*Sebastian Pradenas Bayer, Eduardo Mordojovich Zuniga, Marcelo Yañez Lillo, José Tomás Undurraga Nadeau, Sheila Cerda Veneros, Jean Camousseigt Bertin, Alejandro Nicolás Readí Vallejos, Ernesto Melkonian Tumani,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía Nutrición.*

**Introducción:** El síndrome de intestino corto (SIC) es el resultado de la pérdida del área de superficie de absorción del intestino delgado debido a resección quirúrgica o derivación.

Las causas más comunes de SIC en adultos son las resecciones del intestino delgado por isquemia, enfermedad de Crohn, trauma. La definición más habitual es aquellos con resección intestinal de intestino delgado con un largo remanente estimado menor de 2mts.

Su manejo es complejo y el objetivo final es lograr la mayor autonomía del paciente en su alimentación.

**Objetivos:** Describir los resultados del manejo quirúrgico de pacientes con SIC en el Hospital del Salvador.

**Material y Método:** Serie retrospectiva de casos de pacientes manejados en conjunto con la unidad de nutrición con resección intestinal masiva, en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2017.

Se analizaron datos demográficos, causa de la resección intestinal, manejo quirúrgico, uso nutrición parenteral (NP) y la independencia de esta y necesidad de hospitalización domiciliaria.

**Resultados:** La serie consta de 8 pacientes; 7 de género masculino. La mediana de edad 59 años. La principal causa primaria de SIC fue isquemia mesentérica en 3 casos. Siete pacientes requirieron de una ostomía transitoria, 5 de ellos se encuentran actualmente sin ostomía. El largo promedio del intestino remanente fue 120cms (45-190cm). Tres pacientes tenían una resección de colon previa y 3 requirieron una resección de colon asociado a la resección intestinal masiva. Siete pacientes requirieron NP durante la hospitalización. Dos pacientes requirieron manejo ambulatorio con NP, actualmente solo 1 la requiere. En un paciente fue necesaria una elongación intestinal (STEP). La estadía hospitalaria promedio fue 57 días. Hubo un fallecido en la serie.

**Conclusiones:** El SIC es una entidad poco frecuente de difícil manejo y que con un manejo multidisciplinario es posible independizar a los pacientes del uso de NP.

## COLONOSCOPIAS DE CRIBADO VERSUS VIGILANCIA EN UN PROGRAMA DE TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL.

*Alejandra Ponce Flores, Alejandro Zarate Castillo, Udo Kronberg, Gustavo Bresky Ruiz, Stanko Karelovic Car, Mauricio Cáceres Pérez, Rodolfo Avendano Hoffmann, Francisco López Köstner,*

*Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.*

**Introducción:** En la realización de un programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR), la colonoscopia es un pilar fundamental, siendo el objetivo principal la detección de lesiones polipoideas y de cáncer.

**Objetivos:** Analizar marcadores de calidad de la colonoscopia en programa de cribado multicéntrico para CCR (PRENEC).

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo, muestra consecutiva de pacientes entre 2012 al 2017 con muestreo no probabilístico por conveniencia. PRENEC enrola a individuos entre 50 y 75 años, asintomáticos. Criterios de inclusión: Pacientes con colonoscopia de cribado o de vigilancia. Variables: se definió como criterios de calidad (CRITC): llegada al ciego con Boston 8-9 y tiempo de retiro ? 8 minutos. CCA: Primera colonoscopia con CRITC. CVA: colonoscopia de vigilancia con CRITC, posterior a colonoscopia de cribado A. Análisis estadístico, se

comparan ambos grupos, con estadística paramétrica, se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se realizaron 6.376 colonoscopias; 3995 y 880, CCA y CVA, respectivamente. De las 3.995 CCA, se resolvieron en el primer procedimiento 3.746 (93,7%), de las 250 no resueltas, las principales causas fueron: necesidad de mucosectomía compleja y derivación quirúrgica en 112 y 45 casos, respectivamente. De las CVA (880) se resolvieron 845 casos (96%), de las 37 no resueltas las principales causas fueron: necesidad de mucosectomía compleja y pólipos múltiples en 15 y 9 casos, respectivamente. La tasa de detección de adenoma en CCA y CVA fue: 1.538 (38,5%) y 409 (46,5%) ( $p=0,000001$ ), respectivamente. El porcentaje de pólipos de alto riesgo en CCA y CVA fue: 567 (14%) y 129 (15%) ( $p=0,72$ ), respectivamente. Los casos de cáncer en CCA y CVA fueron: 135 (3,4%) y 9 (1%) ( $p=0,0001$ ), respectivamente.

**Conclusiones:** Tanto en la CCA como en la CVA hay un alto porcentaje de detección de adenomas y lesiones de alto riesgo, sin embargo, la presencia de CCR disminuye significativamente en el seguimiento.

## LINFANGIOMA QUISTICO PERINEAL RECIDIVADO; TUMOR DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

*Felipe Muñoz Barceló, CESAR ROBINSON QUINTEROS IBANEZ, Tamara López Araos, Gianinna Cerda Carretero, Diego Andres Martinez Olivares,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio de Cirugía Adulto.*

**Introducción:** Tumor de origen linfático, benigno, de crecimiento progresivo y con capacidad de recidivar. Puede desarrollarse en cualquier región del cuerpo. La etiopatogenia aun es poco clara. La localización más común es a nivel de cabeza y cuello, la localización perineal es muy rara. La sintomatología es inespecífica por lo que dificulta el diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico se considera el estándar. La resección debe ser completa cuando sea posible. La tasa de recurrencia es del 40% para extirpación incompleta y del 17% para la extirpación macroscópicamente completa. Otros tratamientos como escleroterapia intralesional no han tenido tan buenos resultados. Las principales complicaciones son la hemorragia y la infección, otras menos frecuentes son abscesos, fistulas o incontinencia fecal.

**Objetivos:** Presentar caso clínico de linfangioma quístico recidivado de localización infrecuente operado en el servicio de cirugía HGF

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenino, 62 años, con antecedentes de linfangioma quístico perineal resecado con bordes libres el año 2014. Evoluciona a fines 2016 con aumento de volumen progresivo en zona perineal, doloroso al tacto que impide sentarse, sangrado intermitente. Sin alteración de la función defecatoria.

RNM: gran masa de 13.5x9x11 cm que ocupa gran parte de las fosas isquioresales e isquiones, compromiso mayor a derecha. Características quísticas, multilobulada y multiseptada.

## TUMOR CECAL, HALLAZGO EN HERNIA INGUINAL.

*Felipe Celedon Porzio, Jorge Josué Hidalgo Tapia, Vicente Ignacio Tortora Morel, Kristian Grego Parra, Sebastián Uribe Araya,*

*Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Servicio de Cirugía..*

**Introducción:** El hallazgo de un adenocarcinoma tubular-mucinoso de colon invadiendo un saco herniario inguinal es inesperado, infrecuente y escasamente reportado.

**Objetivos:** Aportar datos clínicos al estudio de patología infrecuente.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer, 77 años. Hipertensa, diabética insulino-requiriente. Consulta en Urgencia por dolor abdominal de 6 meses. Últimas 3 semanas localizado en FID, irradiado a muslo, asociado a deposiciones negruzcas e hiporexia. Con múltiples consultas en extrasistema.

Examen físico: temperatura 37,6°C, hipotensa, bradicárdica, pálida. Abdomen sensible FID y región inguinal, sin masa palpable evidente.

Laboratorio: Hb 10.1gr/dl, Leucocitos 14610xmm<sup>3</sup>, PCR 16.43mg/dL, Creatinina 2.73mg/dl.

TC con/cte: Proceso expansivo de aspecto neoplásico descrito en relación al ciego de 4,2x4,8x6,0 cms, asociado a colección abscedada de pared abdominal de 6,0x5,0x6,5 cms, sin aparente compromiso intraabdominal.

Cirugía: Laparotomía media supra e infraumbilical. Proceso tumoral cecal adherido a región inguinocrural. Resección de masa tumoral colónica; disección de ligamento inguinal con salida de pus y mucina; hemicolectomía derecha con anastomosis látero-lateral mecánica. Se deja drenaje tipo blake a cavidad herniaria.

Evolución favorable. Se retira drenaje al día 14 y se decide alta.

Control: Paciente en buenas condiciones, con dolor abdominal leve. Biopsia: Adenocarcinoma tubular con áreas mucinosas, medianamente diferenciado, infiltra

túnica subserosa. Bordes libres quirúrgicos. Sin compromiso linfoidal.

## SCHWANNOMA DEL RECTO.

*Octavio Cordero Molina, Felipe Andrés Imigo Gueregat, Leonardo Carcamo Gruebler, Tomas Contreras Rivas, Rodrigo Migueles Cocco,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Unidad de Coloproctología Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** El Schwannoma es una neoplasia infrecuente derivada de la vaina nerviosa. En el tracto gastrointestinal afecta principalmente estomago y la ubicación rectal es infrecuente. La resección radical es el tratamiento estándar. Se consideran tumores de curso benigno y de bajo potencial metastásico sin embargo presentan un riesgo de recurrencia del 30%.

**Objetivos:** Describir las características y manejo de un caso clínico infrecuente.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer, 67 años, sin antecedentes consulta por dolor abdominal intermitente de 6 meses de evolución asociado a baja de peso de 5 kilos. Se realizó colonoscopia donde se aprecia compresión extrínseca de recto medio-superior. En exploración bajo anestesia se identificó tumor móvil, que no compromete la mucosa con el borde inferior a 6 cm del margen anal. Resonancia de Pelvis (Foto 1) informa tumor pararectal derecho de 4,3 cm con aspecto sugerente de GIST. Marcadores tumorales CEA, CA 19-9 y CA 125 en rangos normales. Se realizó resección radical sin biopsia previa realizando una resección anterior baja laparoscópica. Cursó un postoperatorio sin incidentes. Biopsia informó tumor GIST de 5,5 x 4,7 cm, con marcador S-100 positivo, compatible con Schwannoma rectal, sin compromiso ganglionar y márgenes quirúrgicos negativos. Sin indicación de adyuvancia se realiza seguimiento sin evidencia de recurrencia.

## PRIMERA EXPERIENCIA EN CHILE CON USO DE VERDE DE INDOCIANINA COMO PREDICTOR DE FALLA DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL.

*Nelson Munoz Perez, Gonzalo Campana Villegas, Marcelo Rodriguez Gonzalez, Jaime Opazo Aránguiz,*

*Clínica Indisa. Cirugía Coloproctológica. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago. Chile*

**Introducción:** La evaluación de una anastomosis

colorrectal se realiza mediante parámetros intraoperatorios subjetivos, como sangrado activo del margen de resección, pulsación palpable del mesenterio, coloración de cavos a anastomosar e inspección colonoscópica posterior y otros parámetros objetivos como la tensión de oxígeno tisular y doppler.

El verde de indocianina (ICG) se ha utilizado desde finales de los años 50 en diferentes campos de la medicina y actualmente se están extendiendo sus aplicaciones a cirugía colorrectal.

**Objetivos:** Exponer la primera experiencia en Chile con utilización de ICG en cirugía colorrectal laparoscópica.

**Contenido del Video:** Paciente de 45 años con diverticulitis sigmoidea recurrente complicada con fístula colovesical. Se realiza sigmoidectomía con cistectomía parcial vía laparoscópica. Inyección de indocianina 5mg ev. previo a sección proximal del colon, 15?? después se realiza angiografía indirecta con óptica infrarroja identificando límite de irrigación y borde de sección, además visualizando irrigación vesical y trayecto del uréter izquierdo. Realización de anastomosis intracorpórea con stapler circular y posterior nueva angiografía, encontrando colon y recto muy bien irrigados.

No hubo complicaciones perioperatorias, alta médica al 5º día.

Muchos factores que contribuyen al fracaso de una anastomosis están fuera del control del cirujano, esta tecnología ofrece una técnica segura, reproducible, con un mínimo de complejidad y de tiempo añadido.

## RESECCIÓN DISCOIDE DE NÓDULO ENDOMETRIOSICO RECTAL. VIDEO DE UN CASO

*Natalia Moreno Baeza, Matias Pruzzo Garate, Ignacio Miranda Mendoza, Mario Abedrapo Moreira,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Coloproctología.*

**Introducción:** La endometriosis profunda que afecta el recto-sigmoides puede provocar síntomas digestivos y ginecológicos invalidantes. El manejo de esta patología es aún controversial, debiendo ser individualizado y multidisciplinario. En los casos con indicación quirúrgica la cirugía de elección fue la resección segmentaria, sin embargo, la resección discoide ha surgido como una alternativa menos invasiva con resultados de eficacia y seguridad aceptables.

**Objetivos:** Se presenta el video de un caso de endometriosis rectal operada con resección discoide.

**Contenido del Video:** Se presenta el caso de una mujer de 31 años, con diagnóstico de infertilidad secundaria

hace 2 años, dolor pélvico crónico cíclico invalidante, disqueccia severa y rectorragia. El estudio imagenológico y endoscópico muestra múltiples nódulos endometriósicos en peritoneo, uno de ellos de 2 cm, con compromiso de la pared anterior del recto, a 8 cm del margen anal. Se realiza cirugía conjunta por equipos de ginecología y coloproctología que incluye resección discoide de la lesión rectal, con sutura mecánica circular y asistencia vía laparoscópica.

## ANÁLISIS DEL SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS POR CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO

*Richard Castillo Ramos, Pablo Moreno López, Alex Eduardo Vásquez Andrades, Francisco Navarro Subiabre, Jaime Abarzúa Valero, Manuel Cabrerías Segura, Erik Manriquez Alegria, Felipe Quezada Díaz,*

*Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Coloproctología, Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud incipiente en Chile que requiere de la implementación de estrategias para la detección precoz.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es realizar un análisis de situación de los CCR diagnosticados en Complejo Asistencial Dr. Sótero de Río (CASR) según origen de derivaciones como reflejo del funcionamiento de la red de salud para evaluar la necesidad de implementar estrategias de detección precoz.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva de los casos de CCR diagnosticados en CASR en 2016 (beneficiarios de FONASA), no se consideraron tumores sincrónicos. De acuerdo al origen de derivación (APS, extrasistema), se analizó variables demográficas y de estado de avance del CCR, tiempos de espera y resultados perioperatorios inmediatos. Se realizó análisis logístico multivariado con SPSS 20.0.

**Resultados:** 133 pacientes se diagnosticaron de CCR, 80% con intención curativa, 11% etapas tempranas (0-I), 26% metastásicos (IV). El 49% fue derivado desde fuera de la red. No hubo diferencias según derivación en etapa oncológica ni complicaciones postoperatorias en el análisis univariado. Los pacientes de APS presentaron mayor debut en urgencia y estadía hospitalaria y menos uso de laparoscopia y protocolo ERAS. En análisis multivariado se detectó que el origen de la derivación se asoció de manera independiente al debut de urgencia y a la estadía hospitalaria prolongada; por su parte, la cirugía de urgencia se asoció de manera independiente a la estadía hospitalaria prolongada, y la neoadyuvancia,

a la presencia de complicaciones postoperatorias.

**Conclusiones:** El CASR presenta alta derivación desde fuera de la red para pacientes con CCR beneficiarios del sector público, sin embargo, no presentan mejores resultados en detección precoz de la enfermedad. Se justifica la implementación de estrategias de tamizaje selectivo y de priorización en esta red.

## VAGINOPLASTIA CON COLON EN PACIENTES CON AGENESIA VAGINAL, ABORDAJE ABDOMINAL POR VÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA.

*Jose Manuel Vivanco Aguilar, Misael Ocares Urzua, Mauricio Ignacio Contreras Bastías, Gino Caselli Morgado,*

*Universidad de Concepción. COLOPROCTOLOGIA. HOSPITAL CLINICO REGIONAL CONCEPCION*

**Introducción:** La agenesia vaginal y otras malformaciones se acompañan de ausencia parcial o total de vagina. El tratamiento de estos pacientes representa un reto para el cirujano. Actualmente la vaginoplastia con colon, es un recurso eficaz para una variedad de anomalías congénitas que requieren de crear una neovagina.

**Objetivos:** Mostrar la técnica quirúrgica de vaginoplastia con colon sigmoide, con abordaje abdominal por vía video-laparoscópica.

**Contenido del Video:** Por vía video-laparoscópica se realiza desfuncionalización de segmento del colon sigmoide conservando el pedículo vascular que lo irriga, se procede a realizar anastomosis termino-terminal con stappler lineal CDH 29 de los cabos proximal y distal. Por vía abdominal se realiza apertura del sinus vaginal y se exterioriza segmento de sigmoide desfuncionalizado para anastomosis colo-vaginal, previa fijación del segmento al promontorio. En el tiempo vaginal se realiza resección de mucosa de seno urogenital desde introito a tercio proximal, ampliación de hiato urogenital con resección de piel invaginada a seno. se realiza anastomosis colo-vaginal. Introducción de dilatador Hegar 18 obteniendo longitud final vaginal de 16 cm.

## CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO MEDIANTE ESCALA LARS

*Daniela Arauco Rodríguez, Tiffany Rojas Ortega, Carlos Melo Labra, Guillermo Bannura Cumsille, Esteban Fuentes Foncea, Eliseo Fuentes Foncea,*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Equipo de Coloproctología.*

**Introducción:** Los avances de las técnicas quirúrgicas actuales en el cáncer de recto incluyen mejoras en anastomosis y la escisión mesorrectal total con cirugía preservadora de esfínter, evitando una colostomía definitiva que implica una peor calidad de vida. Sin embargo, estos pacientes reportan bastantes alteraciones funcionales a nivel intestinal y de continencia. Por esta razón es preponderante conocer esta realidad en nuestros pacientes y evidenciar cómo afecta su calidad de vida.

**Objetivos:** Analizar los resultados de la encuesta LARS aplicada a los pacientes postoperados de nuestro servicio.

**Material y Método:** Estudio Descriptivo Retrospectivo. Se aplicó la encuesta LARS de forma telefónica a todos los pacientes operados de resección anterior baja. Se puntuaron según respuesta y se analizaron los datos mediante tablas excel. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes sometidos a resección anterior baja y los de exclusión fueron los pacientes ostomizados.

**Resultados:** Se obtuvieron los siguientes **Resultados:** El total de la muestra correspondió a 151 pacientes, siendo 63 hombres (41,7%) y 88 mujeres (58,3%). Respondieron 80 pacientes la encuesta (52,9%) La mayoría presenta escape de gases por ano (70%); un 48,75% no tuvo pérdida de deposiciones; un 65% tiene 1-3 deposiciones por día; un 47,5% niega deposiciones antes de una hora de haber defecado; un 50% afirma tener urgencia defecatoria al menos una vez por semana.

**Conclusiones:** De este estudio podemos concluir que un importante número de pacientes presenta alteraciones en su hábito intestinal y continencia luego de una resección anterior baja, lo cual afecta directamente su calidad de vida, interacción social e independencia. Por esto consideramos primordial establecer un tratamiento estandarizado multimodal que involucre el aspecto psicosocial y la rehabilitación funcional.

## CARCINOMA ESCAMOSO A PARTIR DE UN CONDILOMA: TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN

*JUAN PABLO HENRIQUEZ ESCUDERO, Sebastian Antonio Muñoz Huerta, Rodrigo Alonso Díaz Saavedra, Catalina Alejandra Ortiz Koh, Carlos Robinson Hermansen Truan,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).  
Coloproctología.*

**Introducción:** El tumor de Buschke-Löwenstein es considerado una etapa intermedia entre condiloma y carcinoma escamoso. Es de lento crecimiento en inmunocompetentes, aunque en inmunosuprimidos puede desarrollarse de forma rápida y agresiva.

**Objetivos:** Presentar caso clínico de tumor de Buschke-Löwenstein en paciente inmunocompetente

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino, 47 años, MSM. Consulta en noviembre 2014 por aumento de volumen perianal progresivo de un año de evolución, de aspecto verrucoso, sensible y rectorragia durante deposiciones. Tomografía computarizada y resonancia magnética compatibles con lesión neoplásica primaria, asociada a adenopatías inguinales. Resección de tumor endoanal (marzo 2015). Biopsia evidencia carcinoma escamoso bien diferenciado de 2x1.5 centímetros, asociado a condiloma infiltrante hasta tejido adiposo, con bordes quirúrgicos comprometidos. Ampliación de márgenes en abril 2015. Tomografía de control postoperatoria demuestra aumento significativo de adenopatías inguinales, ilíacas y retroperitoneales. Posteriormente paciente se presentó a comité oncológico para protocolo de NIGRO (noviembre 2015) con diagnóstico de tumor de Buschke-Löwenstein resecado y cáncer anal T2N1M0.

**Conclusión:** El tumor de Buschke-Löwenstein y su evolución a carcinoma escamoso ha sido reportado entre un 30% a 56%, generando tumores con riesgo de presentarse fuera de alcance quirúrgico. La pesquisa precoz, derivación oportuna y tratamiento específico son esenciales para lograr tratamiento curativo evitando el riesgo de malignización.

## **ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOXIGEA. RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, RECIDIVA Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES TRATADOS CON TÉCNICA ASIMÉTRICA DE KARYDAKIS.**

*Jose Manuel Vivanco Aguilar, Misael Ocares Urzua,  
Christian König PetitLaurent, Claudio Benavides Yanez,  
David Oscar Contreras Flores, Gino Caselli Morgado,*

*Universidad de Concepción. COLOPROCTOLOGÍA.  
HOSPITAL CLINICO REGIONAL CONCEPCION*

**Introducción:** La enfermedad pilonidal sacrocoxigea es una condición crónica adquirida que afecta la piel y el

tejido subcutáneo en la región del sacro-coxis. Afecta a personas en su rango de edad productivo implicando un importante deterioro en su vida personal y laboral. Puede presentarse como una condición crónica o bien debutando como urgencia.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio tiene es dar a conocer la evolución postoperatoria posterior a la quistectomía con técnica de Karydakis y establecer si existe relación entre el estado nutricional de los pacientes y la aparición de complicaciones postoperatorias y recidiva.

**Material y Método:** Nuestro estudio corresponde a un estudio observacional analítico retrospectivo. La muestra está constituida por pacientes mayores de 15 años portadores de quiste sacrocoxigeo operados con técnica de Karydakis entre los años 2012 y 2018 . Se incluyeron en nuestra muestra un total de 115 pacientes. Para el IMC los pacientes se estratificaron en 3 grupos: normal, sobrepeso y obesidad, estos se agruparon en dos: uno, pacientes con IMC normal y el segundo, pacientes con sobrepeso y obesos, para determinar si existe diferencia entre estos grupos con respecto a recidiva y aparición de complicaciones postoperatorias. Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel 2010 e IBM SPSS, para establecer relación entre variables IMC normal vs sobrepeso y obesidad para recurrencia y morbilidad se utilizó chi-cuadrado.

**Resultados:** La recidiva alcanzó el 5,2%. El estado nutricional al momento de cirugía el 33,9% presentaba un IMC normal, 39,1% sobrepeso y 27% obesidad. No existe diferencia estadísticamente significativa para recurrencia de enfermedad entre pacientes con IMC normal vs sobrepeso y obesos ( $p=0,3594$ )

**Conclusiones:** 55,7% de la muestra presentó complicación del quiste sacrocoxigeo. 33,9% de nuestra serie presenta IMC normal. No encontramos significancia estadística que relacione la recidiva y la aparición de complicaciones postoperatorias con el estado nutricional.

## UTILIZACIÓN DE RADIOFRECUENCIA EN INGUINODINIA CRÓNICA POSTERIOR A HERNIOPLASTÍA INGUINAL. EXPERIENCIA EN HOSPITAL PROVINCIAL SAN CAMILO DE SAN FELIPE DESDE EL AÑO 2016.

*Susan Retamal Brendel, Yocelyn Palta Lopez, Maria Toro Vildosola, Nicolas Rosso Galleguillos, Joaquín Mascaró Martínez,*

*Hospital de San Camilo (San Felipe). Servicio de Cirugía. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.*

**Introducción:** El dolor inguinal crónico como complicación post-operatoria a hernioplastía inguinal(DCPHI) se define como aquel que persiste posterior a 3 meses de realizado el procedimiento, presente entre el 23-63% de los pacientes. Si bien existen diversos abordajes para el manejo de esta complicación, la radiofrecuencia pulsada(RFP) ha demostrado ser una herramienta útil, segura y eficaz en el manejo del dolor y seguimiento.

**Objetivos:** Describir las características, procedimiento y seguimiento de pacientes con inguinodinia crónica sometidos a radiofrecuencia pulsada post hernioplastía inguinal desde enero 2016 a julio 2017 en Hospital San Camilo.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo. Se realizó análisis de ficha clínica de pacientes que cumplían los siguientes requisitos(n:4): pacientes con DCPHI refractarios a tratamiento farmacológico sometidos a RFP desde enero del 2016 a julio 2017. Se excluyeron pacientes con inguinodinia crónica re-operados y aquellos con manipulación del canal inguinal sin hernioplastía. Se define como variables:sexo,edad,motivo consulta,diagnostico,cirugía,control post-operatorio,momento presentación inguinodinia,EVA,tratamiento farmacológico utilizado,latencia RFP,control post-procedimiento. Se realiza analítica descriptiva, presentando resultados en tablas de frecuencia.

**Resultados:** Edad promedio: 55±6,9 años. Sexo: 3 hombres/1 mujer. Consultan por aumento volumen región inguinal(3 derecha/1 izquierda), 1 inguinodinia previa. Diagnosticados hernia inguinal,3 indirectas/1 directa. Se realiza hernioplastía con técnica Lichtenstein con malla de polipropileno, sin complicaciones. Control al mes post-operatorio, todos presentan dolor en región inguinal pericicatricial EVA entre 7 a 10/10. Se inicia

tratamiento farmacológico ascendente con analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y opioides a dosis terapéuticas, con respuesta parcial(disminución EVA 50%). Por persistencia dolor, diferido de la cirugía en 97 ±14 días, se realiza RFP en nervios ileohipogástrico, genitofemoral y genitoinguinal sin incidentes. Control 3, 6, 9 y 12 meses sin dolor ni complicaciones asociadas.

**Conclusiones:** En Hospital San Camilo la RFP ha resultado eficaz en el tratamiento de inguinodinia crónica. Por el tipo de estudio, no permite inferir asociaciones ni causalidad.

## REPARACIÓN ENDOSCOPICA PREPREAPONEUROTICA DE DIASTASIS DE LOS RECTOS ASOCIADA A HERNIAS VENTRALES: REPORTE DE UN CASO

*Contanza Muñoz Gatica, Francisco Javier Valdes Nunez, Macarena Andrea Palacios Fellay, Rocio constanza Ponce Contreras, José Roberto Araya Navarrete,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de Institución".*

**Introducción:** La diástasis de los rectos (DR) es la separación de los músculos rectos del abdomen causado por una disminución de la consistencia de sus fibras en la línea alba. Si esto se asocia a hernias en línea media, se recomienda manejo quirúrgico concomitante para ambas patologías, siendo la abdominoplastía una técnica comunmente utilizada. La reparación endoscópica preaponeurótica (REPA) representa una alternativa para su corrección utilizando las ventajas de una técnica minimamente invasiva.

**Objetivos:** Presentar técnica REPA como una técnica segura, reproducible y con las ventajas que ofrece al ser una técnica minimamente invasiva. Considerar uso de técnica REPA en pacientes con DR sintomática y hernias ventrales asociadas para la reparación de ambas patologías de forma simultánea.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 65 años con antecedente de trauma penetrante abdominal, presentó 4 meses post laparotomía hernias ventrales incisionales, asociadas a dolor al esfuerzo físico, y DR. TAC informó 2 hernias en línea media, umbilical, supraumbilical y DR de 4cm. Se decide realizar REPA. Se identifican anillos herniarios y se reduce contenido. Se realiza plicatura de músculos rectos abdominales y se instala malla plana autoadherente en espacio preaponeurótico. Se instalaron drenajes para evitar formación de seromas, retirados al cuarto día postoperatorio.

Paciente evoluciona favorablemente.

## HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP): EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

*Pablo Peñailillo Bonacich, Alberto Perez Castilla,*

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO CIRUGIA CLINICA  
INDISA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

**Introducción:** Varias publicaciones han documentado el abordaje TAPP como opción segura y de excelentes resultados en la reparación de la hernia inguinal en comparación a la técnica abierta de Lichtenstein. No obstante, aún sigue el debate respecto a cual es la mejor técnica quirúrgica.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es describir los resultados quirúrgicos de la técnica TAPP en un periodo de 5 años de seguimiento.

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Criterios inclusión fueron diagnóstico de hernia inguinal unilateral o bilateral, operados con TAPP entre 2010-2015, mayores de 15 años. Se excluyeron pacientes menores de 15 años. Muestra total, 416 procedimientos. Datos registro clínico electrónico.

Las Variables del estudio: sexo, tipo hernia, localización hernia, recidiva, dolor agudo o crónico, hematoma, seroma, absceso, hidrocele, retención orina.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis del estudio. Las variables continuas se expresan como promedio y desviación standard del promedio, las variables categóricas se expresan como porcentajes. La información fue analizada con el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** El total de número de hernias tratadas con TAPP fue de 416 procedimientos, realizados en 312 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal. Según localización un 34% hernias fueron derecha, 33% izquierdas y 33% bilateral. Según el tipo de hernia, un 56% fue tipo indirecto, y en un 44% de tipo directa. El seguimiento a 5 años fue del 94%. Se registraron complicaciones postoperatorias en 46 pacientes (11.8%). Durante el periodo de seguimiento se registró recidiva en 9 de las hernias operadas, lo que corresponde a un 2.3%.

**Conclusiones:** TAPP es factible, efectivo, seguro y beneficioso para los pacientes. En este estudio los resultados de la técnica demostraron ser similares a los

resultados en cuando a recidiva de la técnica de Lichtenstein

## HERNIOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA DE GRYNFELT

*Domingo Montalvo Vasquez, Guillermo Castro Guerra,*

*Clínica San José. .*

**Introducción:** Paciente de sexo femenino de 65 años, consulta por aumento de volumen en flanco izquierdo. La tomografía computada evidencia una hernia de 3 cm en el triangulo lumbar superior.

**Objetivos:** Mostrar la reparación laparoscópica de una hernia infrecuente.

**Contenido del Video:** Abordaje completamente laparoscópico de una hernia de Grynfeldt izquierda. Se redujo el contenido herniario y luego se abre el músculo transversal y oblicuo menor, instalándose una malla de 10 x 10 cm, fijada con puntos cardinales, bajo el músculo oblicuo mayor.

## OBSTRUCCION INTESTINAL SECUNDARIO A HERNIA DE SPIEGEL, REPORTE DE UN CASO

*Constanza Muñoz Gatica, Macarena Andrea Palacios  
Fellay, rodrigo campos moscoso, Rocio constanza  
Ponce Contreras, Constanza Javiera Gonzalez Vasquez,*

*Otra institución no incluida en los demás "Tipos de  
Institución". .*

**Introducción:** La hernia de Spiegel (HS), es un defecto en la línea semilunar por la cual protruye grasa preperitoneal o saco peritoneal con o sin vísceras intraabdominales.

No presenta sintomatología característica, por tanto su reconocimiento temprano y diagnóstico preoperatorio es difícil. Puede presentarse como dolor abdominal de localización imprecisa, intermitente, de larga data y que aumenta con Valsalva ó debutar como obstrucción intestinal.

**Objetivos:** Presentar HS como patología de baja prevalencia pero con consecuencias ominosas de no recibir tratamiento adecuado de manera oportuna, considerando su clínica inespecífica, y por ende difícil diagnóstico

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente masculino de 89 años hipertenso y con antecedente de hernia inguinal izquierda, ingresó con cuadro compatible con obstrucción intestinal. Al examen físico: hernia

inguinoescotal derecha no complicada y masa en flanco derecho. TAC de abdomen y pelvis sin contraste (por falla renal aguda asociada) evidenció signos de obstrucción intestinal y hernias inguinoescrotal izquierda gigante, inguinal derecha y femoral derecha. Informó además HS derecha complicada.

Se realizó laparotomía exploradora, reducción del contenido y cierre del defecto de la HS y hernia femoral. No se evidenció compromiso intestinal. Se decidió no intervenir hernias inguinales.

Paciente evolucionó favorablemente, sin recidiva de hernias y normalización de función renal.

## HERNIA DE AMYAND: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

*Cristóbal Francisco Ulloa Astargo, Gerson Pérez Flores, Javiera Isidora Jorquera Pesce, Nataly Véjar Pérez,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Cirugía.*

**Introducción:** La presencia del apéndice cecal al interior de un saco herniario se describe en hasta el 1% de los casos de hernia inguinal, siendo aún más excepcional la presencia de apendicitis aguda asociada. Esta condición es conocida como hernia de Amyand, la cual presenta una incidencia de alrededor del 0,13% de todas las apendicitis agudas.

**Objetivos:** Presentar caso clínico de patología infrecuente con pocos reportes en la literatura internacional

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente femenino, 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial y hernia inguinal derecha de larga data (10 años). Consulta en servicio de urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de dolor inguinal asociado a irreductibilidad de su hernia. Laboratorio normal. Se realiza tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis sin contraste, en el cual se describe apéndice cecal al interior de saco herniario con signos inflamatorios focales compatibles con apendicitis aguda. Se ingresa para resolución quirúrgica.

Se realiza reducción de hernia con apéndice en su interior por vía preperitoneal con apendicectomía clásica posterior y hernioplastia con técnica de Lichtenstein con malla de polipropileno.

Paciente evoluciona favorablemente por lo cual se decide alta hospitalaria. Biopsia diferida muestra apéndice cecal con congestión mucoserosa, sin signos de malignidad.

Control postquirúrgico sin complicaciones.

## HERNIOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL

## EXTENDIDA (E-TEP) CON BALÓN SPACEMAKER Y MALLA AUTOADHERENTE, PARA EL TRATAMIENTO DE HERNIA INGUINAL BILATERAL

*Marco Alban Garcia, Jaime Carrasco Toledo, Marcelo Rodrigo Fajardo Gutierrez, Andres Marambio Granic, Jose Luis Galindo Rivera,*

*Clínica Bicentenario. Unidad de Hernias. RedSalud*

**Introducción:** El acceso laparoscópico de las hernias inguinales bilaterales es recomendado por las guías clínicas EHS (European Hernia Society). No existen diferencias significativas entre las técnicas TEP y TAPP. La variante e-TEP permitiría una visión más amplia frente a la técnica TEP y el uso de mallas sin fijación extra disminuiría la posibilidad de lesiones vasculares y de nervios, además el uso de balón disminuiría los tiempos y complicaciones en la disección preperitoneal en la primera fase de la curva de aprendizaje.

**Objetivos:** Presentar un caso de e-TEP con balón disector y malla autoadherente, demostrando los puntos críticos en la anatomía y técnica.

**Contenido del Video:** Se presenta un caso de e-TEP con acceso preperitoneal con balón de disección Spacemaker que permite la disección preperitoneal de los espacios de Bogros y Retzius controlada bajo visión directa permitiendo una amplia visión anatómica y de los defectos herniarios durante la insuflación del mismo. Una vez disecados los sacos, anillos y lograr una visión amplia de ambos orificios miopectíneos se procede al despliegue de mallas autoadherentes de 15 x 10 cm sin requerir fijación extra. Se expone una técnica limpia, segura, con prolija hemostasia y amplia exposición del campo operatorio.

## MORBILIDAD EN HERNIOPLASTÍA VENTRAL LAPAROSCÓPICA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA DE FORMA SIMULTÁNEA. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.

*Nicolás Quezada Sanhueza, Gregorio Maturana Cortés, Cristóbal Azócar Bizama, Letty Michelle Erazo Amores, Rodrigo Muñoz Claro, Pablo Achurra Tirado, Fernando Crovari Eulufi,*

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

**Introducción:** Uno de los principales factores de riesgo

para el desarrollo de una hernia ventral (HV) es la obesidad. Índices de masa corporal muy elevados se asocian a mayor recurrencia herniaria y morbilidad operatoria. Actualmente existe poca evidencia en la realización de cirugía bariátrica (CB) y hernioplastía simultánea, dado el riesgo de infección de la malla, por considerarse la CB una cirugía limpia-contaminada.

**Objetivos:** Evaluar la morbilidad según Clavien-Dindo de los pacientes sometidos a hernioplastía ventral laparoscópica (HVL) y CB de forma simultánea.

**Material y Método:** Serie de casos. Se revisaron los registros de CB y HVL simultánea entre 2004 y 2014. Se realizó seguimiento clínico y telefónico hasta Junio de 2018. No existen criterios de exclusión. El objetivo primario fue la morbilidad y el secundario la recidiva herniaria. Se utilizó estadística descriptiva con SPSS(v2.0).

**Resultados:** Se realizaron 60 CB con HVL simultánea, de ellos 25 bypass gástricos y 35 gastrectomías en manga con una mediana de seguimiento de 50 meses (6-119). Un 58%(n=35) eran de género femenino con una edad de 49 años (32-69) e IMC de 38,6kg/m<sup>2</sup> (27,5-52,4). La localización más frecuente fue umbilical 45,8%(n=28). En 48%(n=29) de las hernioplastías se utilizó malla. En 51,7%(n=31) se realizó herniorrafia. La morbilidad fue 5%(n=3), 2 hematomas y 1 seroma, ambos en el área de disección de la hernia, todos Clavien-Dindo I. No se reportó infección del sitio operatorio ni de las mallas. Hubo recurrencia en 10(16,7%) pacientes, 7 en hernioplastía con malla y 3 en herniorrafias. En los primeros fue principalmente infraumbilical (n=4) y en los segundos umbilical (n=2). No hubo mortalidad.

**Conclusiones:** En esta serie la realización simultánea de CB y HVL no se asocio a un incremento de la infección del sitio operatorio ni de la prótesis. La tasa de recurrencia herniaria es aceptable para esta población de pacientes.

## MALLA AUTOADHERENTE EN HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TAPP. PASOS PRÁCTICOS PARA UN POSICIONAMIENTO CORRECTO

*Marco Alban Garcia, Jaime Carrasco Toledo, marcelo rodrigo fajardo gutierrez, Andres Marambio Granic, Jose Luis Galindo Rivera,*

*Clínica Bicentenario. Unidad de Hernias. RedSalud*

**Introducción:** La hernioplastía inguinal laparoscópica tiene reconocidas ventajas frente a la técnica abierta en

términos de reincorporación laboral y deportiva precoz y menor dolor en las primeras semanas postoperatorias, asociado a menor consumo de analgesia. El no uso de medios de fijación extra en mallas autoadherentes en esta técnica disminuiría la posibilidad de lesiones, además de menor dolor. La autoadherencia de la malla a los tejidos condiciona una dificultad técnica en su despliegue en la primera fase de la curva de aprendizaje.

**Objetivos:** Mostrar los pasos prácticos del despliegue de una malla autoadherente en el tratamiento quirúrgico laparoscópico de las hernias inguinales

**Contenido del Video:** Se muestra paso a paso los tips quirúrgicos para el correcto despliegue de una malla autoadherente en la región inguinal por técnica TAPP

## SÍNDROME DE EHLER DANLOS Y HERNIAS INCISIONALES. A PROPÓSITO DE DOS HERMANOS.

*Patricio Sepúlveda Valdebenito, Carlos Domínguez Contreras, Gabriel Sandoval Silva, Antonella Sanguineti Montalva, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Hernias Hospital Clínico Universidad de Chile.*

**Introducción:** El Síndrome de Ehler Danlos (SED) es causado por una mutación genética del colágeno tipo I, III y V.

La Hernia Incisional se presenta en 10% de los pacientes sometidos a laparotomía, cifra que sube en pacientes portadores de factores de riesgo hasta 35%.

A pesar de la falta de evidencia se cree que el SED podría tener efectos negativos en la evolución postoperatoria en términos de complicaciones y recurrencia.

**Objetivos:** Presentar un esquema terapéutico de hernia incisional en SED y revisar la reducida bibliografía sobre el tema.

**Reporte del(los) Caso(s):** Se presenta 2 hermanos con antecedentes de SED, cirugía abdominal previa y hernias incisionales primarias y recidivadas, evaluadas con tomografía computada preoperatoria.

Ambos recibieron Toxina Botulínica 6 semanas previo a la cirugía y fueron sometidos a neumoperitoneo preoperatorio. La técnica quirúrgica utilizada fue el cierre primario de los anillos más instalación de malla de polipropileno supraponeurótica.

La evolución postoperatoria inmediata no tuvo complicaciones en el área quirúrgica.

Existen escasos reportes quirúrgicos con resultados insatisfactorios en el tratamiento de pacientes con hernia

incisional y SED.

La estrategia presentada en ambos casos podría ser una opción terapéutica.

El seguimiento a largo plazo y un mayor número de casos, permitirá evaluar la real utilidad de este esquema terapéutico.

## **MALLA AUTOADHESIVA: UNA ALTERNATIVA CONFIABLE Y SEGURA EN LA REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CON TÉCNICA DE LICHTENSTEIN MODIFICADA.**

*Guillermo Martínez Salinas, Juan Jorge Silva Solís, Felipe Castillo Vega, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser, Jaime Carrasco Toledo, Carlos Domínguez Contreras, Carlos Jauregui Lozada, Ignacio Leal Fernández,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Hernias y Pared Abdominal..*

**Introducción:** La introducción del uso de mallas en la reparación de las hernias de la pared abdominal ha disminuido dramáticamente la tasa de recurrencias. Sin embargo, 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. Las características de esta malla la hacen una elección muy buena en este campo, por no requerir de suturas para su fijación, relativamente fácil de instalar y a un costo razonable.

**Objetivos:** Presentar nuestros resultados en el uso de malla autoadherente entre los años 2011 y 2016 con seguimiento mínimo de 2 años post cirugía..

**Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Base de datos de pacientes operados en HCUCh por el equipo de Hernias. Se incluyeron todos los pacientes operados de hernia inguinal con técnica de Lichtenstein modificada en los que se utilizó malla autoadherente Progrid (r). Se excluyeron los pacientes en los que se utilizó otra técnica y otro tipo de malla. La muestra total fue de 500 pacientes obtenidos a través de muestreo aleatorio simple. Se utilizó estadística descriptiva y para esto se utilizó STATA.

Las variables estudiadas fueron género, edad, lateralidad, tiempo quirúrgico, dolor post operatorio y recidiva.

**Resultados:** 72.6% hombres. Edad promedio 58.05 años. Mayoritariamente hernias inguinales derechas. Tiempo Qx promedio 50 minutos. Dolor a la semana en primer control EVA 3/10 promedio. A los 3 meses 10 pacientes tuvieron dolor EVA 5/10. La recidiva en

nuestra serie fue menor al 1%.

**Conclusiones:** El uso de malla autoadherente es de fácil aplicación, sin necesidad de puntos de sutura, lo que se traduce en menor tiempo operatorio, menos dolor post-operatorio y una tasa de recurrencia al menos comparable con las técnicas tradicionales que utilizan otros tipos de malla.

## **TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL Y SPIEGEL SIMULTANEA CON TÉCNICA DE LICHTENSTEIN MODIFICADA: UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA SEGURA Y REPRODUCIBLE.**

*Guillermo Martínez Salinas, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser, Carlos Domínguez Contreras, Jaime Carrasco Toledo, Juan Jorge Silva Solís,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Hernias y Pared Abdominal.*

**Introducción:** La Hernia inguinal y Spiegel simultáneas tienen muy baja incidencia y hay escasos reportes en la literatura por lo que existe limitada evidencia respecto a las directrices de manejo quirúrgico.

Por lo anterior reportamos nuestra experiencia con una técnica segura y reproducible.

**Objetivos:** Describir una modificación de la técnica quirúrgica de Lichtenstein para el tratamiento de pacientes que presentan hernia inguinal y Spiegel simultáneas.

**Reporte del(los) Caso(s):** Caso 1: Hombre, 68 años, hernia inguinal Bilateral mas Spiegel Bilateral, confirmada con ultrasonido. Caso 2. Paciente mujer, 65 años, hipertensa. Hernia Spiegel inguinal derecha confirmadas con Ultrasonido. Técnica: Intervención con técnica de Lichtenstein, bilateral y unilateral respectivamente, modificada prolongando la abertura la aponeurosis del oblicuo externo hacia la espina iliaca anterosuperior ipsilateral. Reducción hernia de Spiegel, cierre continuo Anillo con polipropileno 0, tratamiento habitual de hernia inguinal, colocación malla de polipropileno mas poligrecaprone, liviana, de 10x20 cms, que cubre área inguinal y Spiegel. Cierre habitual. Ambos de alta a las 24 horas.

Los controles postoperatorios hasta dos meses plazo, no muestran conflicto quirúrgico.

La técnica de Lichtenstein modificada puede ser de utilidad en pacientes portadores de ambas patologías en forma simultánea. Solo un mayor número de casos y el seguimiento a largo plazo, permitirá definir el rol de esta modificación en la técnica para el tratamiento simultáneo

de hernia inguinal y Spiegel.

## DISECCIÓN DE GRAN SACO INGUINOESCROTAL POR VIA LAPAROSCOPICA TAPP. PUNTOS CRÍTICOS

*Marco Alban Garcia, Jaime Carrasco Toledo, marcelo rodrigo fajardo gutierrez, Andres Marambio Granic, Jose Luis Galindo Rivera,*

*Clínica Bicentenario. Departamento de Cirugía. RedSalud*

**Introducción:** El acceso laparoscópico de las hernias inguinoescrotales representan un desafío quirúrgico, no solo por la técnica, sino también por la correcta selección de pacientes y elección adecuada de tamaño y tipo de malla.

**Objetivos:** Presentar los puntos críticos durante la disección de grandes sacos inguinoescrotales y exposición amplia del sitio operatorio para la instalación de mallas grandes

**Contenido del Video:** Se presenta un caso de hernia inguinal bilateral con saco inguinoescrotal derecho de aproximadamente 20 cm, resuelto por vía laparoscópica TAPP, con mallas 3DMAX de 17 x 12 cm fijadas con Glubrand con vaporizador

## EXPERIENCIA INICIAL DE HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TAPP

*Jose Salinas Acevedo, Gustavo Martinez Riveros, Mario Werner Mancilla,*

*Hospital de Puerto Montt. Cirugía Digestiva. Universidad San Sebastian Sede Puerto Montt*

**Introducción:** La hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP es una técnica quirúrgica emergente para la reparación de hernias inguinales con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es describir los primeros 31 casos de hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP en términos clínicos, morbilidad y seguimiento.

**Material y Método:** Cohorte retrospectiva. Desde diciembre de 2015 a julio de 2018 se han operado 31 pacientes, 15 casos en el Hospital de Puerto Montt, 11 casos en la Clínica Universitaria de Puerto Montt y 5 casos en la Clínica Puerto Varas. Análisis de variables

clínicas por revisión de ficha clínica y protocolo operatorio. Seguimiento por ficha clínica y contacto telefónico.

**Resultados:** De 31 pacientes operados, son 27 hombres y 4 mujeres con una mediana de edad 42 años. Casos Unilaterales/bilaterales 29/2. De 33 defectos herniarios: indirectos 16, directos 15 y femorales 2. Dos casos tenía reparaciones con malla previa. El tiempo operatorio fue de una mediana de 50 minutos. El tipo de malla fue progrip autoadherente en 17 casos y malla de 10x15cm de polipropileno con puntos de vycril 3.0 en 16 casos. En dos casos se realizó una ligadura espermática por urología por varicocele. No hubo incidentes intraoperatorios, conversiones ni reoperaciones. Las complicaciones postoperatorios fue seroma en 4 casos. La estadía hospitalaria fue de 1 (0 - 2) día. La mediana de seguimiento fue de 6 meses sin recidivas.

**Conclusiones:** En casos seleccionados la hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP tiene excelentes resultados en términos de morbilidad, estadía hospitalaria reducida y dolor postoperatorio. Queda pendiente tener más seguimiento para tener resultados en términos de recidiva

## VARIEDADES DE PRESENTACIÓN Y REPARACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA EN HERNIA DE SPIEGEL

*Pablo Achurra Tirado, Álvaro Gallardo Villalobos, Francisco Aranda Godoy, Rodrigo Muñoz Claro, Nicolás Quezada Sanhueza,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Hospital Sotero del Río*

**Introducción:** La hernia de Spiegel, o hernia de la línea semilunar es una patología poco frecuente y de variada presentación. Se presentan distintos abordajes mínimamente invasivos de estos pacientes.

**Objetivos:** Presentar 3 videos de aproximaciones diferentes para la reparación de una hernia de Spiegel por laparoscopia realizados en nuestra institución.

**Contenido del Video:** Se presenta un video de alta resolución (Full HD) con 3 casos de reparación laparoscópica de una hernia de Spiegel.

Paciente electivo operado por tecnica eTEP - TAR, totalmente extraperitoneal

Paciente electivo operado por tecnica TAPP

Paciente con apendice encarcerado en la henria de spiegel, reducción, apendicectomía, aseo y reparación primaria con sutura intracorpórea.

## SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES (TAR) EN HERNIAS VENTRALES COMPLEJAS: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

*Ioram Israel Jacobovsky Rosenblitt, Pablo Achurra Tirado, Ignacio Obaid Carrion, Rodrigo Muñoz Claro, Nicolás Jarufe Cassis, Fernando Pimentel Müller, Nicolás Quezada Sanhueza,*

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

**Introducción:** La separación posterior de componentes a través de la liberación del músculo transverso (TAR) ha ganado popularidad en los últimos años en el manejo de las hernias ventrales complejas debido a su menor incidencia de complicaciones cutáneas en comparación con la separación anterior.

**Objetivos:** Describir la experiencia inicial con la técnica TAR en un centro universitario

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de una serie de casos consecutivos de pacientes con hernias ventrales complejas operados con técnica de separación posterior de componentes entre diciembre 2016 y Mayo 2018. Se describen variables perioperatorias y demográficas además de complicaciones precoces. Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se operaron 22 pacientes en el periodo estudiado, la edad promedio fue 61 años (rango 29-83 años) y 55% fueron mujeres. El diámetro promedio del defecto fue de 12cm (rango 3-17cm), dos pacientes tenían múltiples defectos ventrales. En 6 pacientes se asoció otro procedimiento (80% colecistomía) y 4 pacientes fueron operados por vía laparoscópica. La morbilidad fue de 14%, 2 pacientes presentaron infección (en uno se retiró la malla) y uno un seroma postoperatorio. Un paciente requirió reintervención, no se registró mortalidad.

**Conclusiones:** La separación posterior de componentes (TAR) se puede realizar de manera segura al inicio de la curva de aprendizaje.

## E-TEP RIVES STOPPA, EXPERIENCIA INICIAL CON UNA NUEVA TÉCNICA PARA REPARACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA DE HERNIAS VENTRALES

*Alejandro Branes García, Pablo Achurra Tirado, Ioram*

*Israel Jacobovsky Rosenblitt, Rodrigo Muñoz Claro, Fernando Pimentel Müller, Nicolás Jarufe Cassis, Fernando Crovari Eulufi, Nicolás Quezada Sanhueza,*

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

**Introducción:** La aproximación endoscópica extraperitoneal extendida (eTEP) fue recientemente descrita como una opción mínimamente invasiva para la reparación retromuscular de las hernias ventrales. Existen pocas series de esta técnica en nuestro país.

**Objetivos:** Presentar la experiencia inicial con la reparación tipo eTEP Rives Stoppa (RS) en el hospital clínico de la Universidad Católica.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de una serie de casos consecutivos de pacientes con hernias ventrales seleccionados para reparación por eTEP RS entre Noviembre 2016 y Julio 2018. Se describen variables perioperatorias y demográficas además de complicaciones precoces. Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se operaron 15 pacientes (10 hombres) en el periodo estudiado, la edad promedio fue 57 años (rango 38-77), 12 pacientes con ASA II y 3 con ASA I. Todos los pacientes tenían defectos de la línea media y menores de 8cm. Ocho (53%) pacientes tenían múltiples defectos herniarios. En 2 pacientes se reparó también hernias inguinales bilaterales. Todos los pacientes fueron sometidos a un eTEP RS, un paciente requirió un procedimiento híbrido para el manejo del saco. El tiempo operatorio fue de promedio 120 minutos (rango 60-200) y fue disminuyendo con el avance en la curva de aprendizaje. No se registraron conversiones.

Se registró una morbilidad, un paciente que requirió una reoperación para drenaje de un hematoma del espacio retromuscular (Clavien IIIb). No se registró mortalidad.

**Conclusiones:** La reparación de hernias ventrales mínimamente invasiva por técnica de eTEP RS permite reparar múltiples defectos de la línea media de manera segura al inicio de la curva de aprendizaje.

## MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA COMPLICACIÓN DE LAS HERNIAS VENTRALES E INGUINALES

*Martín Inzunza Agüero, Pablo Achurra Tirado, José Luis Quezada González, Fernando Crovari Eulufi, Rodrigo Muñoz Claro, Nicolás Quezada Sanhueza,*

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

*Digestiva.*

**Introducción:** Estudios recientes plantean la seguridad del manejo expectante de las hernias asintomáticas debido a la baja tasa de complicación. Sin embargo, los pacientes con hernias complicadas se asocian a mayor morbimortalidad.

**Objetivos:** Describir la morbimortalidad perioperatoria de los pacientes operados por urgencias herniarias en el hospital clínico UC.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes operados por urgencias herniarias entre enero del 2015 y Mayo 2018. Se describen las variables demográficas, perioperatorias, morbimortalidad y reingresos. Se utilizó estadística descriptiva y no paramétrica en SPSS. Se consideraron morbilidad grave con Clavien-Dindo mayor o igual a 3.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado se operaron 1774 hernias en el hospital clínico UC, de las cuales 113 pacientes fueron intervenidos por urgencias herniarias y fueron incluidos en el estudio.

La edad promedio fue de 68 años (rango: 17-105), 43 (38%) mujeres y un 66% mayores de 65 años.

Un 16% de los pacientes se operaron por hernias ventrales atascadas, 27% inguinales, 28% crurales, 25% umbilicales y 17% otras hernias. En 21 pacientes fue necesario realizar una resección intestinal y 2 fueron operados por vía laparoscópica.

Veintidós (19%) pacientes presentaron morbilidad. La principal morbilidad fue de carácter médico destacando la neumonía aspirativa como la más frecuente. El 54% de los pacientes complicados fueron de carácter grave, 6 de 10 pacientes fueron operados de hernias inguinocrurales y 6 de 12 pacientes de hernia ventral (p: NS). La tasa de reoperación fue 2.7% y la mortalidad 2,7%.

**Conclusiones:** Las hernias complicadas representan una baja proporción del total de hernias operadas pero se asocian a alta morbimortalidad.

## ABORDAJE TOTALMENTE ROBÓTICO DE HERNIA HIATAL (HH) GIGANTE.

*Jorge Vinicio Bravo López, Ismael Court Rodriguez, Juan Eduardo Contreas Parraguez, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ,*

*Clínica Santa María. Unidad de cirugía robótica y mínimamente invasiva / Clínica Santa María.*

**Introducción:** El manejo quirúrgico de las HH es un desafío para el cirujano debido a la complejidad de la

disección del material herniado hacia el mediastino y las tasas de recidiva a largo plazo (>40%). El abordaje robótico es factible mostrando resultados comparables al abordaje laparoscópico y algunas facilidades técnicas y beneficios gracias a la visión tridimensional y mayor maniobrabilidad para la disección sobre todo en espacios pequeños e incómodos. Sin embargo, se requiere una curva de entrenamiento diferente y experiencia para conseguir tales beneficios **Objetivos:** Mostrar el manejo robótico de una hernia hiatal gigante **Contenido del Video:** Paciente de 66 años, historia de saciedad precoz, dolor retroesternal y pirosis. TAC: Gran HH tipo

III. Exploración robótica con plataforma DaVinci Si-Intuitive con 4 brazos y montaje frontal. T. trócares: 5min T. Montaje 6min. T. Consola: 75min. Instrumental Endowrist-8mm con dos Cadiere, armonico y portaagujas. Sección de vasos gástricos cortos. Sección de membrana frenoesofagica. Disección laboriosa pero completa de todo el saco herniario grandemente ascendido, resección de lipoma preherniario, se obtiene esófago intrabdominal sin tensión, Hiatorrafia con puntos continuos de V-Loc/barbado irreabsorbible 2/0. Cierre sin tensión y refuerzo con malla Bio-A. Funduplicatura de Nissen. Buena evolución, alta al segundo día.

## TRASPLANTE HEPÁTICO DONANTE VIVO: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y MORBILIDAD DE DONANTES

*Carlo Marino Coloma, Andrea Ramírez Burgos, Eduardo Briceno Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Juan Carlos Pattillo Silva, Marcel Paolo Sanhueza Garcia, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis,*

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

**Introducción:** El trasplante hepático de donante vivo (THDV) representa una alternativa frente a la escasez de injertos. Esta técnica se ha realizado en Chile durante los últimos años, pero no existen publicaciones nacionales respecto a los donantes.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es describir los resultados perioperatorios y morbilidad de los donantes vivos (DV) realizados en nuestro hospital.

**Material y Método:** Estudio descriptivo de serie de casos. Se revisaron las fichas clínicas de los donantes que participaron en THDV (adulto y pediátrico) entre Mayo de 2009 y Junio 2018. Se registraron: edad, sexo, comorbilidades, función hepática preoperatoria, volumen hepático residual (VHR) para donantes a adulto, cirugía y vía de abordaje, tiempo operatorio, transfusiones, complicaciones, reintervenciones, estadía hospitalaria, función hepática postoperatoria y mortalidad. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se realizaron 24 THDV (18 pediátricos). La mediana de edad del donante fue 35,5 años (22-62), siendo la mayoría mujeres (58,3%). 54,1% (N=13) presentaba comorbilidades, siendo más frecuente el sobrepeso (N=9). Todos los donantes tenían función hepática preoperatoria normal. La mediana de VHR fue 29,5% (26,1-71,6%). La intervención más frecuente fue la hepatectomía izquierda del donante para THDV pediátrico (100%) y, para adultos, la hepatectomía derecha del donante (83,3%). Todos los DV a adultos fueron abordados por laparotomía, mientras que el 66,6% de los DV a pacientes pediátricos fueron laparoscópicos (N=12). La mediana de tiempo operatorio fue 180 minutos (180-360). Ningún paciente requirió transfusiones ni reintervención. La morbilidad postoperatoria fue 20,8% (N=5), siendo la complicación más frecuente el bilioma (N=2). La mediana de estadía postoperatoria fue 4,5 días (3-7). No hubo casos de insuficiencia hepática ni mortalidad.

**Conclusiones:** El THDV representa una excelente

alternativa frente a la escasez de órganos, pero esta intervención no está exenta de morbilidad.

## MODELO PORCINO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

*Carlo Marino Coloma, Andres Troncoso Trujillo, Leyla Alegría Vargas, Pablo Achurra Tirado, Rolando Rebolledo Acevedo,*

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

*Equipo de Cirugía HPB, Hospital Sótero del Río. Instituto de Ingeniería Biológica y Médica*

**Introducción:** Las tasas de donación de órganos, a nivel mundial, han mantenido un descenso progresivo. Esto obliga a buscar nuevas técnicas que permitan aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante y/o mejorar las condiciones de un potencial injerto. El modelo porcino de trasplante hepático ortotópico (THO) representa una excelente alternativa para estudios experimentales, ya que es similar en anatomía, fisiología y tamaño al humano.

**Objetivos:** Dar a conocer la técnica de THO en modelo porcino sin by-pass venoso.

**Contenido del Video:** Cirugía de receptor. Laparotomía xifopúbica. Liberación de ligamentos falciforme y triangulares. Disección de pedículo hepático, identificando vía biliar (VB) y arteria hepática (AH), la que se disecciona hasta arteria gastroduodenal (AGD). Sección de AH y VB cerca del hilio. Liberación de vena porta (VP). Movilización de vena cava supra e infrahepática (VCSH, VCIH). Clampeo de VP, VCIH y posteriormente, VCSH. Sección de VP, VCIH y VCSH. Ectomía de la pieza. Implante de injerto. Anastomosis terminoterminal con prolene 4-0 a VCSH. Anastomosis portal terminoterminal con prolene 5-0 y reperusión. Anastomosis VCIH terminoterminal con prolene 4-0. Anastomosis arterial terminoterminal con prolene 6-0. Anastomosis terminoterminal VB con prolene 6-0 (opcional sonda Kehr).

## TRATAMIENTO PERIOPERATORIO CON PASIREOTIDE EN PACIENTES SOMETIDOS A PANCREATECTOMIA EN LA FUNDACION ARTURO LÓPEZ PÉREZ (FALP)

*Jorge Matute Villota, Jorge Gajardo Jofre, Sebastian Hoefler Steffen, Roberto Charles Carrasco, Nicolas Devaud Jaureguiberry, sebastian reyes zablah, Jean Michel Butte Barrios,*

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

Fundación Arturo López Pérez. CIRUGÍA DIGESTIVA  
ONCOLÓGICA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

**Introducción:** La cirugía pancreática presenta una alta morbi-mortalidad asociada al desarrollo de la fístula pancreática clínicamente significativa. En estudios randomizados, el uso del pasireotide, ha disminuido el riesgo de fistulas pancreáticas, pero no existe experiencia de su uso reportada en Chile.

**Objetivos:** Evaluar el rol del pasireotide en pacientes sometidos a una pancreatectomía e identificar los factores asociados a la fístula pancreática clínicamente significativa (b-c).

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo, a partir de una muestra obtenida de la base de datos quirúrgica de FALP. Fueron seleccionados 132 pacientes con cirugía de páncreas entre los años 2013-2018. Se incluyeron pacientes operados por un mismo equipo quirúrgico y se excluyeron a pacientes con pancreatectomía total. Se dividieron en 2 grupos. GrupoA: con pasireotide y GrupoB: sin pasireotide. Se analizaron variables demográficas, quirúrgicas y de morbilidad. Se evaluó la incidencia y los factores asociados al desarrollo de fístulas tipo b-c. Para el análisis se usó el programa Stata13.0.

**Resultados:** Setenta y cuatro fueron mujeres(56%) y la mediana de edad 59 años(16-87). Los diagnósticos más frecuentes fueron el adenocarcinoma ductal (n=27) y tumor neuroendocrino (n=24). La cirugía mas frecuente fue la pancreatoduodenectomía en 60%(n=79). Al 50% se le realizó pancreato-yeyunoanastomosis. El 55% recibió pasireotide. El 14% tuvo una fístula clínicamente significativa y 2,27% fue tipo C. El 93% de fístula tipoC requirió drenaje percutáneo. Las complicaciones Clavien?3 del grupoA vs grupoB fueron 22%vs41%. El 78% del grupoA no presentó morbilidad Cvl?3(p=0,020); las fístulas según consistencia del páncreas: duro-vs-blando: 44%vs66%; se vieron fístulas tipob-c en el 9% de los p.duros vs16% p.blandos; el tamaño del wirsung?4mm tuvo relación con la Fístulab-c (p=0,035); y la mortalidad perioperatoria a 90 días fue de 3%.

**Conclusiones:** Con nuestros resultados, usar pasireotide, se relaciona a una menor incidencia de fístula pancreática clínicamente significativa (tipo B y C).

## MANEJO LAPAROSCOPICO DEL HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

Oliver Daniel Maida Medina, Guillermo rencoret palma, Juan Christian Hepp Kuschel, Felipe Castillo Henriquez, Xabier De Aretxabala Urquiza, roberto humeres apra, Luis Manríquez Chau, Marcelo Vivanco Lacalle,

Clínica Alemana. Departamento de Cirugía Digestiva.

**Introducción:** El manejo actual del HCC suele ser multidisciplinario. Las técnicas disponibles son múltiples. El uso de la laparoscopia en el manejo y control de estos pacientes es reciente. Usualmente se combina por vía laparoscópica técnicas ablativas y resectivas para lograr un optimo control tumoral.

**Objetivos:** Primario: Morbimortalidad a los 90 dias de nuestra serie de pacientes tratados Secundario: Características demográficas de los pacientes Tasa de remisión completa tumoral Procedimientos asociados para tratamiento

**Material y Método:** Estudio tipo serie de casos clínicos Criterios de inclusión: Pacientes cirróticos con hipertension portal que se realizó un procedimiento laparoscopico para el tratamiento de sus tumores. Criterios de exclusión: Pacientes que no eran cirróticos y sin hipertension portal. El tamaño de la muestra se calculo en base al número de paciente operados. Variables del estudio.- Causas de daño hepático crónico, número de tumores, intervenciones previas, respuesta radiológica a 8 semanas, Meld preprocedimiento y posprocedimiento, downstaging para trasplante hepatico

**Resultados:** Tratamos 11 pacientes cirróticos entre agosto del 2016 a julio del 2018. La edad media fue de 64 años (59

- 77), 9 hombres y 2 mujeres. La media de lesiones tratadas fue de 2 (1 ? 4) y el 100% de los pacientes se sometieron a ablación por microondas de los cuales el 54% además tuvieron una resección hepática asociada en el mismo. 1 paciente tuvo una quimioembolización previa al procedimiento y 1 pacientes tuvieron una embolización posterior al procedimiento. La media de MELD-Na preoperatorio fue de 13,9 (8-20) y el posoperatorio fue 14,3 (8-18). No existieron complicaciones postoperatorias significativas (CD-III o más). La proporción de respuesta radiológica a las 8 semanas fue de 95%.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia el procedimiento a pesar de ser un grupo de pacientes de alto riesgo quirurgico, el manejo laparoscópico, en paciente cirróticos, es una opción quirúrgica segura y eficaz para el manejo del hepatocarcinoma.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN HÍGADO NO CIRRÓTICO. SERIE DE CASOS CON SEGUIMIENTO.

Carlos Manterola Delgado,

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

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

**Introducción:** El carcinoma hepatocelular (CHC) es el tumor primario más frecuente del hígado. Aunque suele asociarse con enfermedades hepáticas crónicas, puede presentarse en hígados no cirróticos.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, morbilidad postoperatoria (MPO) y supervivencia (SV) de una serie de pacientes con CHC en hígado no cirrótico (CHC-HNC) tratados quirúrgicamente.

**Material y Método:** Serie de casos de CHC-HNC intervenidos en Clínica Mayor, Temuco, Chile, entre 2001 y 2016 (16 años). El tiempo mínimo de seguimiento fue 6 meses. Las variables resultado principales fue desarrollo de MPO y SV. Otras variables de interés fueron edad, sexo, diámetro del tumor, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, necesidad de reintervención quirúrgica, tiempo de seguimiento y mortalidad. Se utilizaron estadísticas descriptivas.

**Resultados:** Se estudiaron 31 pacientes, con una mediana de edad de 68 años; 64,5% de los cuales eran hombres. La mediana del diámetro tumoral fue 12,0 cm (8-17 cm). Se registró una mediana de tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria de 100 min (80-245 min) y 7 días (4-35 días). La MPO fue 32,3% (disfunción hepática, fístulas biliares y colección intraabdominal: 25,8%; 9,6% y 3,2%, respectivamente). La mediana de SV fue 18 meses (7-40 meses). No hubo mortalidad ni reintervenciones. La SV global a 12, 36 y 60 meses fue 89,0; 33,4% y 13,4% meses, respectivamente.

**Conclusiones:** Pese al gran diámetro de los tumores y la amplitud de la resecciones, las tasas de mortalidad y MPO en pacientes con CHC-HNC son moderadas. Sin embargo, su pronóstico es pobre.

## TUMOR NEUROENDOCRINO PRIMARIO DEL HÍGADO

Tamara López Araos, Gianinna Cerda Carretero, Felipe Muñoz Barceló, Glyn Llewelyn Rubilar,

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar).

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos primarios hepáticos son muy raros. Es importante su confirmación anatomopatológica y descartar enfermedad en otro sitio para diferenciar compromiso primario o metastásico.

**Objetivos:** Dar a conocer una patología con escasos reportes en la literatura y que presenta un desafío diagnóstico que exige excluir cualquier tumor primario

dado su baja incidencia.

**Reporte del(los) Caso(s):** Sexo femenino, 35 años, consulta por masa abdominal y baja de peso. Dentro del estudio se realiza EDA sin lesiones, TAC y RM con contraste: hepatomegalia, incontables lesiones nodulares sólidas con áreas líquidas en su espesor de aspecto necrótico, con realce hipovasascular.

Al laboratorio destaca serotonina intraplaquetaria: 1817 ng/10<sup>9</sup> plaquetas, cromogranina A: 944 ng/ml. Resto de marcadores tumorales negativos.

Biopsia hepática: compatible con tumor neuroendocrino con positividad inmunohistoquímica para citoqueratina 7 y cromogranina e índice de proliferación Ki-67 de 3%. Se solicita PETCT Ga68/dotatate para búsqueda de primario: marcada hepatomegalia con múltiples lesiones focales hipercaptantes bilobares y macronódulo tiroideo derecho, hipercaptante.

Se solicita ecotomografía tiroidea: nódulo en lóbulo derecho 23x30x45 mm, TIRADS 4. Hormonas tiroideas y calcitonina en rangos normales. PAAF: Nódulo coloideo descarta origen primario.

Dado extensión del compromiso hepático no se realizó cirugía por lo que la paciente inició tratamiento con octreotide para evaluar su futura respuesta.

## COLECISTECTOMIA PRECOZ O TARDIA DESPUES DE UNA PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE

Facundo Orosco Ergueta, Mario Anselmi Méndez, Ana María Gemmato Tedesco, Julio Salgado Oyarzun, Lucas Binimelis Yaconi, Fabian Salinas Mora,

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Unidad docente Asistencial de Cirugía Endoscópica (udace). Universidad de Concepción

**Introducción:** La incidencia de pancreatitis aguda biliar (PAB) está aumentando, debido a mayor riesgo de colelitiasis relacionada con cambios de estilo de vida, factores nutricionales y obesidad.

La PAB es una enfermedad recurrente, sobre todo si persiste la causa que la desencadena. El tratamiento recomendado, en ausencia de pancreatitis severa, es la colecistectomía laparoscópica (CL) durante la misma admisión hospitalaria.

**Objetivos:** Comparar los resultados quirúrgicos asociados con la Colecistectomía Precoz (CLP) y Tardía (CLT) en pacientes sometidos a colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) por presentar PAB leve.

**Material y Método:** Se incluyeron pacientes sometidos a CPRE seguida de CL entre 01-01-2012 y 31-01-2018 y cuya indicación de CPRE fuera PAB leve.

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

Cohorte retrospectiva

Se dividieron dos grupos:

Grupo 1 (G1): CLP (hasta los 14 días) Grupo 2 (G2): CLT (15 o más días)

Se excluyeron menores de 18 años, diagnósticos alternativos y pancreatitis grave. Se evaluó: edad, sexo, tiempo operatorio, disección, conversión y adherencias.

La comparación entre grupos se realizó con prueba chi cuadrado  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 136 pacientes.

89 (65,5%) mujeres y 47 (34,5%) hombres. La edad promedio fue de 44,8 años (18 a 86). 92 (67,6%) pacientes correspondientes al G1 y 44 (32,4%), al G2.

En G1 el tiempo operatorio fue 40,4min (25-110) (DS: 15,5min) y en G2 de 64,5min (30-150min) (DS: 26,2min).

En G1, 50 (54,4%) no presentaban adherencias y 42 (45,6%) presentaron algún tipo de ellas.

En G2, 4 (9%) no presentaron adherencias y 40 (91%) presentaron adherencias ( $p=0,0000$ ).

En G1, 79 (86%) presentaron disección normal y 13 (14%), disección laboriosa. De estos, 2 resultaron muy laboriosa. En G2 11 (25%) presentaron disección normal y 33 (45%) presentaron disección laboriosa. De estos en 18 resultó muy laboriosa. ( $p=0,0000$ ).

Se convirtieron a cirugía abierta 10 (6,9%), 2 (20%) en G1 y 8 (80%) en G2.

**Conclusiones:** La CLP es un procedimiento viable y seguro que mejora los resultados clínicos.

## HEMOBILIA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA EN EL MANEJO MÉDICO DE LA COLECISTITIS AGUDA.

*Gabriela Ochoa Suazo, Carlos Enrique Carcamo Ibaceta,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía, Equipo Digestivo.*

**Introducción:** El manejo médico de la colecistitis aguda no está exento de problemas, donde la hemobilia es una rara complicación que se provoca por inflamación por contigüidad de elementos vasculares.

**Objetivos:** Presentación de un caso de paciente con hemobilia como complicación tardía de colecistitis aguda de manejo médico.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 54 años, cursa con cuadro de colecistitis aguda litiásica en febrero 2018 decidiéndose manejo médico. Inicialmente buena respuesta. Tres meses después se realiza laparoscopia exploradora describiéndose vesícula cubierta por plastrón de epiplón difícil de liberar sin plano de clivaje

con duodeno, decidiéndose abandonar la cirugía. Paciente evoluciona al mes con cuadro clínico de colangitis aguda y hematemesis. Se realiza CPER donde se describe papila con coágulo y posteriormente a la canulación flujo de bilis hemática oscura sin cálculos. Estudio con AngioTC impresiona vesícula con contenido hemático. Se decide colecistectomía abierta encontrándose plastrón perivesicular sobre vesícula a tensión que en su disección se abre dando salida a coágulos y cálculos, uno impactado en el bacinete, con pared posterior cruenta conectada íntimamente a lecho hepático. Se logra ectomía y control del pedículo. CIO sin lesiones. Paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los 4 días.

## MANEJO QUIRÚRGICO DE MÚLTIPLES TUMORES PANCREÁTICOS, EN PACIENTE CON NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE (NEM 1).

*Alberto Perez Castilla, Pablo Peñailillo Bonacich,*

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO CIRUGIA DIGESTIVA CLINICA INDISA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

**Introducción:** La neoplasia endocrina múltiple predispone al desarrollo de tumores en diferencias tejidos, principalmente en glándulas endocrinas, secundario a mutaciones genéticas. Presentamos un interesante caso clínico de una paciente con diagnóstico NEM1 y 3 tumores en el páncreas.

**Objetivos:** Dar a conocer una opción de manejo quirúrgica en un paciente con diagnóstico NEM1 con múltiples tumores pancreáticos.

**Contenido del Video:** Paciente hombre de 30 años, con diagnóstico de NEM1. Con tumores pancreáticos que están ubicados en cabeza (1cm), cuerpo y cola (4cm y 1cm). Se muestra video donde se realiza resección del tumor de la cabeza pancreática (enucleación) y pancreatectomía corporo-caudal con esplenectomía vía laparoscópica.

## MANEJO QUIRÚRGICO DE MÚLTIPLES TUMORES PANCREÁTICOS EN PACIENTE CON NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE (NEM 1): REPORTE DE CASO.

*Pablo Peñailillo Bonacich, Alberto Perez Castilla,*

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO CIRUGIA DIGESTIVA CLINICA INDISA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

**Introducción:** La neoplasia endocrina múltiple predispone al desarrollo de tumores en diferentes tejidos, principalmente en glándulas endocrinas, secundario a mutaciones genéticas. Presentamos un interesante caso clínico de un paciente con diagnóstico NEM1 con 3 tumores pancreáticos en distintas ubicaciones.

**Objetivos:** Dar a conocer una opción de manejo quirúrgico en paciente con diagnóstico NEM1 con múltiples tumores pancreáticos.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente hombre de 30 años, con diagnóstico de NEM1, hiperparatiroidismo 1º, microadenoma no funcionante 3mm, y con 3 tumores pancreáticos. Los tumores pancreáticos están ubicados en cabeza (1cm), cuerpo y cola (4cm y 1cm). Se realiza resección del tumor de la cabeza pancreática (enucleación) y pancreatectomía corporo-caudal con esplenectomía vía laparoscópica.

## SINDROME DEL MUÑÓN CÍSTICO. PRESENTACION ATÍPICA DE DOLOR ABDOMINAL POSTCOLECISTECTOMIA.

*Alberto Perez Castilla, Pablo Peñailillo Bonacich,*

*Clínica Indisa. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DIGESTIVA CLINICA INDISA. UNIVERSIDAD ANDRES BELLO*

**Introducción:** Entre el 5 y el 15% de los pacientes colecistectomizados pueden presentar episodios de dolor abdominal, y que se agrupan bajo el término síndrome poscolecistectomía. La etiología es muy variada, pudiendo ser secundarios a alteraciones biliares, como coledocolitiasis residual, discinesia biliar, fuga o estenosis biliar, o a otras enfermedades no biliares. Se han descrito, aunque con menos frecuencia, los secundarios a síndrome del muñón cístico.

**Objetivos:** Mostrar en video, el manejo quirúrgico de una presentación inusual de dolor abdominal post colecistectomía secundario a litiasis residual en el conducto cístico.

**Contenido del Video:** Paciente mujer de 72 años, con antecedentes de bypass gástrico y colecistectomía hace 20 años. Historia crónica de dolor cólico en relación a alimentos en cuadrante superior derecho. Ingresa a urgencia por exacerbación de los síntomas además de fiebre, se diagnostica coledocolitiasis y sospecha de litiasis en remanente cístico. Ingresa a pabellón, vía laparoscopia se identifica cístico de 7 cm, dilatado. Se realiza cisticotomía, por la cual da salida de gran cálculo

y abundante bilipus. ERCP transgástrico se extraen múltiples cálculos en vía biliar que confirman la coledocolitiasis.

## DUODENECTOMÍA DE URGENCIA EN EL MANEJO DE LESIÓN VASCULAR NO CONTROLABLE ENDOSCÓPICAMENTE.

*Gabriela Ochoa Suazo, Carlos Enrique Carcamo Ibaceta,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Equipo Digestivo.*

**Introducción:** La hemorragia digestiva del intestino delgado continúa siendo un desafío en el manejo de urgencia. Rara vez el sangrado es severo que requiera cirugía de urgencia.

**Objetivos:** Presentación de caso de paciente con lesión vascular en D4 que requirió duodenectomía de urgencia por shock hipovolémico

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 76 años ingresa el 26 de junio del 2018 por cuadro de shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta. Destaca al ingreso Hb 5,7 g/dl. Una vez estabilizada, se realiza EDA describiéndose estómago y duodeno hasta D3 sin lesiones. Colonoscopia frustra. Se re-evalúa con TC de abdomen y pelvis en que se evidencia malformación arterial a nivel de cuarta porción del duodeno con sangrado activo. Persiste con compromiso hemodinámico, por lo que requiere intervención de urgencia. Se realiza el 27 de junio 2018 laparotomía exploradora encontrándose asas de delgado con sangre sin lesiones externas evidentes. Se realiza resección intestinal desde D2 hasta yeyuno proximal y reconstrucción con entero-entero anastomosis termino-terminal. La paciente evoluciona favorablemente, estable, sin filtración y de alta 5 días post operada.

## ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE GIST DE INTESTINO DELGADO.

*Gabriela Ochoa Suazo, Carlos Enrique Carcamo Ibaceta,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Equipo Digestivo.*

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) generalmente se presentan con manifestaciones clínicas inespecíficas. Un pequeño porcentaje de GIST puede causar síntomas agudos, como hemorragia digestiva, que requiere intervención quirúrgica urgente.

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

**Objetivos:** Manejo quirúrgico laparoscópico de GIST sangrante

**Contenido del Video:** Paciente de 65 años ingresa el 29 de mayo 2018 por cuadro de hemorragia digestiva alta con anemia severa y compromiso hemodinámico. Inicialmente se realiza estudio y manejo endoscópico evidenciándose lesión en yeyuno proximal sugerente de GIST que se controla con argón plasma, siendo estabilizado. Se decide manejo quirúrgico diferido para mejorar las condiciones del paciente que cursa con desbalances hidroelectrolíticos y requirió transfusión de 6 unidades de glóbulos rojos. Se decide resolver en forma laparoscópica explorándose dirigidamente el yeyuno identificando a 30 cm del Treitz tumor blanco nacarado con circulación superficial de 2,5 cm que compromete pared intestinal sin alcanzar borde mesentérico. Se delimita zona de resección con buenos márgenes desde la lesión y se realiza anastomosis enteral mecánica. Buena evolución post operatoria y alta al 3 día. Biopsia confirma el diagnóstico.

## PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCOPICA -TÉCNICA DE CLOCKWISE, EXPERIENCIA INICIAL.

*Claudia Elizabeth Navarro Valenzuela, Hector Mauricio Almau Trenard, Daniel Alejandro Ledezma Vasquez, Jose Ignacio Gutierrez Cabello, Juan Nicolas Tomas Larrañaga Domec,*

*Hospital Regional de Rancagua. Equipo de Cirugía Digestiva Alta y Hepatobiliar, Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Rancagua (HRR). Universidad de Santiago de Chile*

**Introducción:** Actualmente la cirugía laparoscópica ha demostrado claros beneficios sobre la cirugía abierta en resecciones de cuerpo y cola del páncreas, la pancreatectomía distal laparoscópica Clockwise impresiona ser una técnica metódica y de fácil reproducción.

**Objetivos:** Describir los resultados perioperatorios y oncológicos de una serie de pacientes sometidos a pancreatectomía distal laparoscópica bajo la técnica Clockwise.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo de serie de casos sobre una base de datos prospectiva, de pacientes sometidos a pancreatectomía distal laparoscópica, bajo la técnica Clockwise desde julio de 2016 a julio de 2018. Las variables perioperatorias analizadas fueron edad, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, morbilidad y mortalidad a 90 días. Los resultados oncológicos analizados fueron tipo

histológico, margen quirúrgico y número de ganglios resecaados.

**Resultados:** De un total de 7 pacientes sometidos a pancreatectomías izquierdas laparoscópicas, 4 de éstas se realizaron bajo la técnica clockwise para tumores en la cola del páncreas. Todos los pacientes de sexo femenino, con una mediana de edad de 44 años (25-77). El tiempo operatorio promedio fue de 90,5 ±41,48 min. En todos los casos se reseco el páncreas junto al bazo, la media estimada de pérdidas hemáticas fue de 33,75 ±14,36 ml. Morbilidad: 25% (1/4) fístula pancreática grado A, la mediana de días de hospitalización fue de 3 días (3-5). 0% de mortalidad a 90 días. El resultado histológico correspondió: 50% (2/4) pacientes con tumor neuroendocrino bien diferenciado, 25% (1/4) metástasis de cáncer colorrectal, 25% (1/4) Cistoadenoma seroso. Márgenes libres en el 100% de los casos, 19 ±3,65 fue el número de ganglios resecaados en promedio.

**Conclusiones:** La técnica Clockwise en pancreatectomía distal laparoscópica impresiona ser una técnica segura y reproducible para el abordaje de enfermedades benignas y malignas del páncreas distal. Nuestra experiencia registra una baja morbimortalidad, con resultados oncológicos satisfactorios.

## HERNIOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON MALLA EN HERNIA DIAFRAGMÁTICA IATROGÉNICA SECUNDARIA A BYPASS GÁSTRICO.

*Oliver Daniel Maida Medina, Guillermo rencoret palma, Felipe Castillo Henriquez, Xabier De Aretxabala Urquiza, Marcelo Vivanco Lacalle,*

*Clínica Alemana. Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** Se define hernia diafragmática como el paso de contenido abdominal al espacio torácico a través de un defecto diafragmático. Se clasifican en congénitas y adquiridas, siendo éstas últimas generalmente de origen traumático y en raras ocasiones iatrogénicas. Presentamos un caso de hernia diafragmática iatrogénica secundaria a bypass gástrico.

**Objetivos:** Expondremos un video de hernioplastia diafragmática laparoscópica, con colocación de malla en una paciente con hernia.

**Contenido del Video:** Paciente sexo femenino de 53 años con antecedentes de asma, enfermedad autoinmune indiferenciada, apendicectomía y cirugía bariátrica hace 6 meses. Consulta por cuadro de 1 día de evolución de dolor abdominal difuso y náuseas, manejado medicamente. Reconsulta por persistencia de síntomas, por lo que se realiza TC que evidencia hernia

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

---

diafragmática izquierda con contenido colonico izquierdo en hemitorax ipsilateral.

Por lo anterior, se realiza laparoscopia exploratoria con hallazgos de herniación de colon transverso y epiplón. Se procede a disección del saco y reducción de hernia.

Se realiza cierre de defecto diafragmático con V-loc y se instala malla Proceed fijada mediante puntos separados y tacklers.

Control clínico-radiológico con TC sin evidencia de recidiva.

## TÉCNICA PARA ETAPIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL

*Oliver Daniel Maida Medina, Guillermo rencoret palma, Juan Francisco Tabilo Ahumada, Xabier De Aretxabala Urquiza, Marcelo Vivanco Lacalle,*

*Clínica Alemana. Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** El cáncer de vesícula biliar corresponde a la neoplasia maligna del tracto biliar. Históricamente, una proporción considerable de pacientes al momento del diagnóstico tienen enfermedad avanzada. A pesar de los avances en estudio de imágenes el valor predictivo de estos no es suficiente para la etapificación de dichos pacientes, lo que hace necesaria la cirugía de exploración como método de certeza. La laparoscopia como herramienta mínimamente invasiva en la identificación de enfermedad metastásica radiologicamente oculta, es de suma utilidad comparada con la morbilidad del abordaje abierto, que en muchos casos no es terapéutico.

**Objetivos:** Mostrar la técnica de etapificación laparoscópica en una paciente con cáncer de vesícula T1b.

**Contenido del Video:** Paciente de 39 años con antecedentes de colecistectomía laparoscópica hace 2 meses y biopsia de pieza quirúrgica con cáncer vesicular T1b. TC preoperatorio normal. En el siguiente video se muestra por etapas la técnica desarrollada por nuestro equipo de trabajo para la etapificación del cáncer de vesícula.

## ANEURISMAS MÚLTIPLES DE ARTERIA ESPLÉNICA. REPORTE DE UN CASO.

*Oliver Daniel Maida Medina, Guillermo rencoret palma, Felipe Castillo Henriquez, Xabier De Aretxabala Urquiza, Marcelo Vivanco Lacalle,*

*Clínica Alemana. Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** Los aneurismas de arteria esplénica definidos como diámetro >1cm. Son infrecuentes y ocupan el tercer lugar de los aneurismas abdominales, siendo más frecuentes en pacientes con colagenopatías.

**Objetivos:** Expondremos un caso de aneurismas múltiples de arteria esplénica y su manejo.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de sexo femenino de 39 años con antecedentes de histerectomía, implantes mamarios y tabaquismo. En estudio por pirosis de larga data estudiada con EDA el 2008 encontrando una gastropatía erosiva crónica y lesión 1 cm en fondo gástrico. Complementado con endosonografía sin hallazgos.

En marzo 2018 Consulta por persistencia de síntomas, por lo que se realiza nueva EDA con hallazgo de lesión subepitelial de 1.5 cm diámetro a nivel fondo gástrico que se complementa con TC abdomen-pelvis con fase venosa que no evidencia hallazgos.

Se realiza laparoscopia exploratoria y EDA intraoperatoria con hallazgo de múltiples aneurismas de arteria esplénica que por compresión extrínseca simulan tumoración a nivel de fondo gástrico.

Se realiza AngioTC posoperatorio con hallazgo de múltiples (5) aneurismas saculares del segmento distal de la arteria esplénica, el mayor de 12mm de diámetro.

Se evalúa caso y se decide realizar esplenectomía laparoscópica con resección de arteria esplénica.

## PASOS Y PUNTOS CRÍTICOS PARA UNA ABLACIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA SEGURA

*Oliver Daniel Maida Medina, Guillermo rencoret palma, Felipe Castillo Henriquez, roberto humeres apra, Marcelo Vivanco Lacalle,*

*Clínica Alemana. Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** La ablación tumoral por microondas consiste en la colocación de una antena en el centro de la lesión tumoral hepática bajo control ecográfico, y la producción de una energía calórica in situ. Su eficacia es superior en tumores de pequeño tamaño (< 3 cm), ya que produce un mayor grado de necrosis tumoral. Este procedimiento no está exento de complicaciones (2% en los mayores y 8% en los menores) por lo cual es necesario seguir una técnica reglada y prolija para disminuir al máximo esta posibilidad.

**Objetivos:** Expondremos un video de ablación de lesiones hepáticas mediante abordaje laparoscópico.

**Contenido del Video:** En el siguiente video se puede ver la descripción paso a paso de la técnica de ablación

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

por microondas con abordaje laparoscópica usando ecografía intraoperatoria en un paciente con múltiples tumores hepáticos asociado a cirrosis hepática e hipertensión portal.

## RESECCIÓN DE TUMORES DE PÁNCREAS CON RECONSTRUCCIÓN VASCULAR DEL EJE PORTOMESENTÉRICO: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y SOBREVIDA

*Carlo Marino Coloma, Cristóbal Azócar Bizama, Cristián Jarry Trujillo, Eduardo Briceno Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis,*

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

**Introducción:** Las resecciones de páncreas con reconstrucción venosa (RPRV) representan un desafío para el equipo quirúrgico, con tasas de morbimortalidad variables según reportes a nivel mundial.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es describir los resultados perioperatorios y la supervivencia en una serie de casos de RPRV.

**Material y Método:** Estudio descriptivo de serie de casos. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes sometidos a RPRV entre Enero 2007 y Mayo 2018, registrando: a) tipo y tiempo de cirugía, tipo de reconstrucción venosa, trombosis portomesentérica (TPM) precoz y tardía, fístula pancreática (FP), complicaciones generales, reintervenciones, estadía postoperatoria y estudio anatomopatológico; b) mortalidad y supervivencia libre de recurrencia (SLR). Para el análisis se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** 29 pacientes fueron sometidos a RPRV (23 pancreatoduodenectomías y 6 pancreatectomías corporocaudales). La mediana de tiempo operatorio fue 300 min (150-600). El tipo de reconstrucción venosa utilizado fue: 62,1% (N=18) cierre primario, 34,5% (N=10) puente venoso (9 vena donante cadavérica y 1 PTFE) y 3,4% (N=1) anastomosis término-terminal. 6,9% (N=2) presentó TPM precoz (< 30 días), siendo ambos casos manejados con anticoagulación (1 puente venoso y 1 cierre primario). 6,9% (N=2) presentó TPM tardía, ambos en contexto de recidiva local. 10 pacientes (34,4%) presentaron FP (8 tipo A, 1 tipo B y 1 tipo C). 51,7% (N=15) presentó morbilidad y 13,8% (N=4) fueron reintervenidos. La mediana de estadía postoperatoria fue 12 días (6-78). La histología demostró: adenocarcinoma (86,2%), neoplasia neuroendocrina (6,9%), carcinoma de

células acinares (3,4%) y pancreatitis crónica esclerosante (3,4%), confirmando infiltración venosa en 20,7% (N=6). La mortalidad postoperatoria fue 3,4% (N=1). La supervivencia a 2 años fue 27,6% y la mediana de SLR fue 9,5 meses (1-60).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, las RPRV tienen una morbilidad no despreciable con baja tasa de TPM. En 20% de los casos se pudo demostrar compromiso tumoral portomesentérico en anatomía patológica.

## PANCREATODUODENECTOMÍAS EN HOSPITAL DE PUERTO MONTT. RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y SOBREVIDA A LARGO PLAZO

*Erick Castillo Franz, Camila Schäfer Montalva, Constanza Barra Huanel, María Teresa Silva Elgueta, John Bohle Ojeda, Nelson Corsini Acuña,*

*Hospital de Puerto Montt. Cirugía Digestiva. Universidad San Sebastián. Sede Patagonia*

**Introducción:** La Pancreatoduodenectomía (PD) es la alternativa curativa en pacientes con tumores periampulares, sin embargo, sigue siendo una cirugía con elevada morbilidad, incluso en centros de alto volumen.

**Objetivos:** Analizar las características generales, operatorias, morbimortalidad y supervivencia alejada de nuestra serie de pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía entre los años 2010 y 2018.

**Material y Método:** Serie de casos retrospectiva con seguimiento prospectivo. Muestra por conveniencia de todos los pacientes sometidos a PD entre 2010 y 2018. Registro de variables demográficas, estudio preoperatorio, técnica quirúrgica y morbimortalidad perioperatoria. Análisis dirigido de mortalidad operatoria, fístula pancreática y retención gástrica dentro de las complicaciones perioperatorias. Shapiro Wilk para evaluar normalidad. Cálculo de supervivencia alejada y comparación de curvas con método Kaplan-Meier y Long Rank. Para análisis estadístico se utilizó SPSS 22.0

**Resultados:** 44 pacientes sometidos a una PD, mediana de edad 60 años (41- 77 años). Igual distribución por sexo. Tiempo operatorio de 300 minutos (200-410). Las anastomosis pancreáticas más utilizadas fueron ductomucosa en 15 casos y pancreatogastro en 19. La mortalidad operatoria fue de 0%, con una morbilidad de 41%, dadas fundamentalmente por fístula pancreática, retención gástrica, hemorragia digestiva y complicaciones pulmonares. Correspondieron a tumores malignos 37(84%) casos: cáncer de páncreas 14 (31,8%), cáncer de ampolla 13 (29,5%), cáncer de vía

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

biliar 7(16%), cáncer duodenal 3 (6,8%) y benignos 7 (16%). Análisis de supervivencia demostró peores resultados en tumores pancreáticos en mujeres y pacientes mayores de 70 años. La mejor supervivencia se presentó en los tumores ampulares.

**Conclusiones:** La PD presenta elevada morbilidad, aún en centros de alto volumen. Nuestra serie de 44 casos consecutivos, tiene la particularidad de no presentar mortalidad operatoria y de tener morbilidad dentro de los rangos internacionalmente publicados en centros de alto volumen.

## HEPATECTOMIAS MAYORES EN HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA: EXPERIENCIA INICIAL

*Hector Mauricio Almau Trenard, Claudia Elizabeth Navarro Valenzuela, Pedro Antonio Donetch Ulloa, Daniel Alejandro Ledezma Vasquez, Fernando Adolfo Gonzalez Acuña, Juan Nicolas Tomas Larrañaga Domec,*

*Hospital Regional de Rancagua. Equipo de Cirugía Digestiva Alta y Hepatobiliar, Servicio de Cirugía de Hospital Regional de Rancagua (HRR).. Universidad de Santiago de Chile.*

**Introducción:** Las Hepatectomías mayores se definen como la resección de 3 o más segmentos de Couinaud. Debido a la complejidad que caracteriza a estos procedimientos se recomienda que deben realizarse por personal y bajo estándares calificados.

**Objetivos:** Describir la experiencia inicial en Hepatectomías Mayores realizadas en el Hospital Regional de Rancagua (HRR).

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo sobre base de datos prospectiva de pacientes operados entre noviembre 2015 y Julio 2018. Las variables analizadas fueron: tipos de hepatectomías mayores, histología, tiempo operatorio, pérdidas hemáticas, transfusión de hemoderivados, morbilidad según Clavien-Dindo, Márgenes quirúrgicos, mortalidad a los 90 días post operatorios y al seguimiento a mediano plazo.

**Resultados:** En 35 pacientes operados, se realizaron 49 resecciones hepáticas, de las cuales 28,6%(14/49) fueron hepatectomías mayores: 7 hepatectomías derechas, 2 hepatectomía derechas extendidas, 2 hepatectomía centrales, 3 hepatectomía izquierdas extendidas. De las Hepatectomías mayores, el 79% correspondió a etiologías malignas: metástasis colorrectal 28,5%, hepatocarcinoma 14,2%, angiosarcoma 7,14%, Cistoadenocarcinoma 7,14%,

metástasis neuroendocrino 7,14%, metástasis epidermoide 7,14% y cáncer de vesícula 7,14%. 21% correspondió a etiología benigna, todas por litiasis intrahepática. El tiempo operatorio promedio fue 210,4 ±76,1 min. El promedio de pérdidas hemáticas fue 566,9 ±685,3 ml, con un 21,4% de requerimientos de transfusión de hemoderivados. Morbilidad: solo Clavien Dindo grado II un 28,5% (4/14): 1 fistula biliar y 3 transfusiones de hemoderivados. 0% falla hepática post-operatoria, 0% de mortalidad a 90 días. Cirugía R0 en 90,9% (10/11) pacientes. La mediana de seguimiento fue de 11 meses (1-32), mortalidad durante el período de seguimiento fue 7,14% (1/35).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos de esta serie inicial de pacientes, son comparables a la morbimortalidad publicada por centros de referencia para cirugía hepatobiliar.

## MANEJO DEL HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR CON METÁSTASIS PULMONARES.

*Miguel Luis Obaíd García, Sebastian UribeEchevarria Aranguiz, Guillermo Reyes Reyes, Viviana Margarita Santander Barría, Mario Uribe Maturana,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Hepatobiliopáncreas.*

**Introducción:** El hepatocarcinoma fibrolamelar constituye el 1% de los carcinomas hepatocelulares, predominando en pacientes jóvenes, no relacionándose con hepatopatías crónicas. Al diagnóstico suelen tratarse de masas solitarias de gran tamaño y heterogéneas. El tratamiento principal es el quirúrgico con altas tasas de recurrencia. A pesar de ello, el pronóstico es más favorable que el del carcinoma hepatocelular habitual. El tratamiento queda supeditado a la factibilidad técnica de lograr resecciones quirúrgicas completas ya que no se ha demostrado la utilidad de la quimioterapia.

**Objetivos:** Describir el caso y el manejo quirúrgico de una paciente portadora de hepatocarcinoma fibrolamelar con metástasis pulmonares.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente sin antecedentes mórbidos de importancia, con cuadro de dolor abdominal epigástrico de dos meses de evolución asociado a vómitos. Sin ictericia ni fiebre. AFP 128ng/ml. Sin hiperbilirrubinemia y con alteración discreta de transaminasas. Estudio imagenológico compatible con hígado aumentado de tamaño a expensas de masa sólida encapsulada y heterogénea que ocupa casi la totalidad del lóbulo derecho compatible con hepatocarcinoma fibrolamelar, asociado a metástasis pulmonares derechas e izquierdas. Se realiza manejo

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

agresivo quirúrgico mediante hepatectomía derecha y colecistectomía con alta hospitalaria al décimo día postoperatorio. Seguido en forma diferida de resecciones segmentarias pulmonares tanto derechas como izquierdas más linfadenectomía en dos tiempos logrando R0. Actualmente en seguimiento imagenológico estricto.

## HEPATECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS MAYORES VERSUS MENORES: RESULTADOS PERIOPERATORIOS

*Carlo Marino Coloma, Andres Troncoso Trujillo, Paula Miranda Berkhoff, Eduardo Briceno Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Marcel Paolo Sanhueza Garcia, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis,*

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

**Introducción:** La cirugía hepática laparoscópica ha tenido gran desarrollo en los últimos años. Inició con resecciones menores para luego extenderse a hepatectomías mayores.

**Objetivos:** El objetivo es presentar los resultados quirúrgicos de hepatectomías laparoscópicas mayores (HLMa) versus menores (HLMe) en nuestro centro.

**Material y Método:** Estudio descriptivo de serie de casos. Se revisaron fichas clínicas de pacientes sometidos a hepatectomías laparoscópicas desde Agosto 2004 a Junio 2018. Se definió como HLMa aquella en que se resecaron tres o más segmentos. Se registró: edad, clasificación de ASA, diagnóstico preoperatorio, tipo y tiempo de cirugía, conversión, transfusiones, complicaciones, reintervenciones, estadía postoperatoria y mortalidad postoperatoria. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se realizaron 37 HLMa y 48 menores (N=85). La mediana de edad fue 46 (19-81) y 60 años (16-79) en HLMa y HLMe, respectivamente. 48,6% (N=18) de HLMa era ASA 2, versus 60,4% de HLMe (N=29). 37,8% (N=14) de HLMa fueron por patología oncológica y, de HLMe, 54,1% (N=26). La HLMa más frecuente fue la hepatectomía izquierda (59,4%, N=22) y, en HLMe, la segmentectomía lateral (56,2%, N=27). La mediana de tiempo quirúrgico en HLMa fue 240 min (180-480) y, en HLMe, 120 min (50-300). 13,5% (N=5) de HLMa y 10,4% (N=5) de HLMe fueron convertidas. 8,1% (N=3) de HLMa y 2% (N=1) de HLMe requirieron transfusiones. Sufrieron complicaciones 18,9% (N=7) de HLMa y 14,5% (N=7) de HLMe. Hubo una reintervención en HLMa (2,7%) y ninguna en HLMe. El promedio de estadía operatoria fue 4,8±2,6 días en HLMa y 4,1±2,2 días en HLMe. Hubo una mortalidad (2,7%) en HLMa y

ninguna en HLMe.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia sugiere que las HLMa tardan más tiempo, requieren más transfusiones y tienen más complicaciones. Se requiere mayor número de cirugías y ajustar por confundentes para determinar si estas diferencias son significativas. La estadía postoperatoria es similar en ambos grupos.

## ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

*Pedro Pablo Pinto Guerrero, edmundo julio cesar ziede rojas,*

*Hospital Regional (Coihaique). Cirugía.*

**Introducción:** La hidatidosis hepática es una enfermedad endémica en el sur de Chile. El tratamiento quirúrgico sigue siendo el que ofrece los mejores resultados. El tratamiento laparoscópico es una alternativa que aún se mantiene en controversia

**Objetivos:** Presentar la experiencia obtenida en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Coyhaique en el abordaje laparoscópico de la hidatidosis hepática, describiendo su factibilidad, baja estadía hospitalaria, mortalidad y recurrencia.

**Material y Método:** Análisis prospectivo y descriptivo de los pacientes con hidatidosis hepática operados por laparoscopia entre enero de 2007 a diciembre de 2017. Los criterios de inclusión empleados fueron: ubicación accesible, quistes tipo I, III y quistes tipo II, IV sintomáticos. Previo a la realización de la cirugía se les indicó 15 días de albendazol y 2 meses post-operatorio. La técnica quirúrgica fue evacuación de la membrana parasitaria, periquistectomía parcial y sutura de comunicaciones biliares. Se analizaron las siguientes variables: Sexo, edad, procedencia, localización, número, tipo y tamaño del quiste, procedimiento de urgencia o electivo, conversión, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, morbimortalidad y recurrencia.

**Resultados:** Durante este período se intervinieron 107 pacientes, 64 mujeres, con una media de 37 años, 44% de procedencia rural. 41,1% de los quistes eran tipo I. 22 pacientes tenían más de un quiste. El tiempo operatorio promedio fue de 90 minutos. En el 15,8% fue necesario convertir a cirugía abierta. 17 pacientes fueron intervenidos de urgencia. La estadía hospitalaria promedio fue de 5.5 días. Morbilidad de 23,3% siendo la principal causa la fístula biliar (14,9%), solo se produjo un fallecimiento. El seguimiento promedio alcanzó los 101 meses, encontrándose una recidiva

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

**Conclusiones:** En pacientes seleccionados el abordaje laparoscópico es seguro, técnicamente reproducible y en nuestro estudio se presentan resultados similares a los publicados en la literatura.

## FÍSTULA CUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA: REPORTE DE UN CASO

*Marcelo Millan Alvarado, edmundos julio cesar ziede rojas, fernanda evelyn haase paredes,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Cirugía.*

**Introducción:** En la región de Los Ríos la tasa de incidencia de hidatidosis es de 8,65 x 100.000 hab. Las complicaciones parietales son raras y dentro de estas la fístula cutánea tiene un bajo reporte.

**Objetivos:** Reportar un caso de una rara complicación de la hidatidosis hepática

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 68 años, colecistectomizada, rural, portadora de quiste hidatídico hepático, consulta el 10/04/18, por cuadro de 2 días de evolución de dolor en hipocondrio derecho, vómitos y fiebre. Al examen físico: aumento de volumen no reductible sobre laparotomía de Kocher, se sospecha hernia incisional atascada, se solicita TC: En el lóbulo hepático derecho se observa lesión quística de 10,5 cm con gruesas paredes y múltiples membranas en su interior con trayecto fistuloso hacia la pared abdominal con una colección parietal de 8,4 cm. Se hospitaliza con tratamiento antibiótico. Evoluciona con salida de exudado purulento escaso a nivel de lesión parietal.

14/04/18 Ingres a pabellón para drenaje de la lesión cutánea, trayecto fistuloso comunicado con la lesión quística hepática se completa vaciamiento e instala drenaje.

Evoluciona favorablemente. TC de control muestra disminución de la lesión quística hepática y colección parietal con drenaje in situ, dada de alta con drenaje, débito <100cc bilioso.

## USO DE ELECTROBISTURÍ PARA REDUCCIONES HEPÁTICAS Y TRABAJO EN BANCO EN TRASPLANTE HEPÁTICO

*Mario Uribe Maturana, Patricia Rebolledo Caro, Jose Miguel Rueda Sanhueza, Gloria Gonzalez Garcia, Cristian Astudillo Diaz,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Equipo Hepatobiliopáncreas Hospital del Salvador Equipo trasplante hepático Hospital Luis Calvo Mackenna Hospital Luis Calvo Mackenna*

**Introducción:** La reducción hepática y el hígado dividido son una práctica frecuente en trasplante hepático. Para disminuir el sangrado post reperfusión debe efectuarse control prolijo de la hemostasia, realizándose coagulación, ligadura o clipaje de los vasos. La electrocoagulación es el método de elección para vasos pequeños pero precisa un punto de contacto corporal para su funcionamiento, que se consigue a través de una placa conectada al paciente para cerrar el circuito eléctrico. Esta técnica no se consideraba factible, pues no se podía obtener un circuito cerrado y confiable.

**Objetivos:** Presentar una nueva alternativa técnica para disminuir el tiempo y sangrado en el trabajo de banco en reducciones y divisiones hepática en trasplante hepático, utilizando electrobisturí.

**Contenido del Video:** Mostramos una técnica innovadora en que la placa del electrobisturí se posiciona en el muslo del cirujano, completando el circuito requerido, como si se tratara de un paciente vivo. Se señalan las precauciones que deben tomar para evitar quemaduras.

El video muestra la utilización de esta técnica en el trabajo de banco de reducción hepática y se muestra la reperfusión post trasplante. Se concluye que esta técnica permite agilizar el tiempo para la división o reducción del hígado al utilizarse para trasplante, disminuyendo el sangrado post reperfusión.

## HEMANGIOENDOTELIOMA HEPÁTICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

*Jose Miguel Rueda Sanhueza, Mario Uribe Maturana, Miguel Luis Obaíd García, Pablo Carvacho Kostner, Cristian Astudillo Diaz,*

*Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Equipo Cirugía Hepatobiliopáncreas.*

**Introducción:** El hemangioendoteliooma hepático es una neoplasia vascular maligna de bajo grado que afecta paciente de mediana edad, principalmente mujeres. Rara neoplasia con incidencia de 1 por millón de personas. Se presentan como dolor abdominal, masa abdominal, baja de peso y compromiso del estado general. Los estudios de imágenes muestran lesiones únicas o múltiples que pueden comprometer todo el hígado. Tiene alta tasa de metástasis regionales y a distancia a pesar de ser una neoplasia de bajo grado.

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

**Objetivos:** Presentar caso clínico y manejo de hemangioendotelioma hepático.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de sexo femenino, de 48 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de dolor abdominal epigástrico y compromiso del estado general por lo que consulta en servicio de urgencias en otro centro. Se realiza estudio imagenológico evidenciando tumor hepático de 13 cms de eje mayor dependiente de segmento II y III, hipervascular.

Se realiza biopsia laparoscópica compatible con hemangioendotelioma hepático. Se deriva a Hospital del Salvador para evaluación y manejo. Evaluada por equipo se decide resolución quirúrgica.

Se realiza hepatectomía izquierda (Imágenes). Biopsia postoperatoria informa tumor de 2.3 kgs compatible con hemangioendotelioma, con inmunohistoquímica CD34 y CD31, ambas positivas.

Se presenta a comité oncológico en donde se decide seguimiento. Control a los 4 meses sin signos de recidiva.

## RECONSTRUCCIÓN PANCREATOYEUINAL CON TÉCNICA DE BLUMGART, UNA ALTERNATIVA SEGURA

*Katrina Lolos Tornquist, María Jose Higuera Inostroza, Cindy Urra Fuenzalida, Pablo Ignacio Henríquez Caamano, FELIPE SEPULVEDA JAQUI, Gustavo Czwiklitzer Sumar, Marcelo Sierra Soto, Jose Manuel Palacios Junemann,*

*Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía Digestiva. Universidad de Chile*

**Introducción:** Existen múltiples variaciones en reconstrucción del remanente pancreático post resección, sin haber superioridad entre estas, en prevención de fístula pancreática. En este estudio nos abocaremos en descripción de casos donde se realizó pancreatoyeyunoanastomosis con técnica de Blumgart.

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de fístula pancreática y factores asociados en pacientes operados de pancreatectomía con reconstrucción de remanente pancreático con técnica de Blumgart, en Hospital San Juan de Dios.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Criterios inclusión: duodenopancreatectomía cefálica y mesopancreatectomía con anastomosis pancreatoyeyunal con técnica de Blumgart; entre enero 2014 y junio 2018, operados por equipo cirugía digestiva. Criterios exclusión: pacientes operados con otras técnicas y por otros equipos. Se analizaron

antecedentes de 34 pacientes, recopilando datos demográficos, comorbilidad, tipo remanente pancreático, tamaño ducto, tasa fístulas y mortalidad perioperatoria en relación a fístula pancreática.

Para el análisis estadístico se buscaron las medias de rangos de datos. Se utilizó nivel de confianza 95%. Se calcularon porcentajes, utilizando la proporción entre valores involucrados.

**Resultados:** 34 pacientes fueron analizados; 50 % mujeres, media edad 65,7 ± 2,8 años. Presentó ASA 1 (38,2%), ASA

2 (52,9%), ASA 3 (8,8%). Dentro de las comorbilidades destaca Diabetes Mellitus 32%, IMC > 30 5,9%, < 20 0%. El

remanente pancreático se caracterizó; consistencia dura 15 (44,1%), blando 19 (55,9%), ducto > 3 mm 19 (55,9%). Presentaron fístula pancreática clínicamente significativa 14,7%, fueron fístula tipo B 3 (8,8%), fístula tipo C 2 (5,9%) y la mortalidad asociada corresponde 1/34 (2,9%).

**Conclusiones:** Los resultados demuestran que esta técnica en cuanto a presentación de fístula pancreática y mortalidad perioperatoria, se encuentra dentro de las estadísticas internacionales. La totalidad de ellas presentaron en páncreas blando y 80% conducto pancreático < 3 mm, presentándose estos como los principales factores pronósticos en relación a la incidencia de esta complicación.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CÁNCERES HEPATOBILIARES EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

*Krystel Werner Feris, FLORENCIA PINTO GILARDONI, Andrés Navarrete Molina, Roberto Humeres Apra, Luis Manríquez Chau, Ruben Cardenas Subiabre, Rolando Sepúlveda Dellepiane,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** En nuestro país existe poca información sobre la incidencia, mortalidad y sobrevida de los cánceres hepatobiliares. El Hospital Militar es centro de referencia nacional y presenta los resultados oncológicos de sus distintas unidades.

**Objetivos:** Describir la distribución, incidencia, estadio, mortalidad y sobrevida de los cánceres hepatobiliares de la población militar chilena de los últimos 5 años.

**Material y Método:** Estudio descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes con biopsias compatibles con cánceres hepatobiliares derivados al Hospital Militar en

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

los últimos 5 años, independiente de su estadio y tratamiento. Se excluyeron a todos los pacientes sin previsión ejército y pacientes con hepatocarcinomas y metástasis hepáticas por falta de biopsias. Se realizó un análisis descriptivo utilizando STATA 14 para todas las variables estudiadas: edad, sexo, localización del tumor, estadio oncológico, cirugía, mortalidad y sobrevida.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 72 pacientes. La incidencia (casos/100.000 hab) según localización fue: Páncreas 3.6, vesícula 3.6, colangiocarcinomas 2.5, ampolla 2.0 y duodeno 1.27. La edad promedio fue 68,3 años, predominio de sexo masculino 51,38% y el tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma con un 97,2%. El estadio más frecuente al diagnóstico fue Etapa IV con 58,3% y sólo 16,6% en Etapa I. 28 pacientes se sometieron a cirugía. La mortalidad general fue de 65,2% y la sobrevida según Kaplan-Meier S(t) por localización: páncreas 0,35 (IC 95% 0,15-0,55), vesícula 0,17 (IC 95% 0,03-0,4), colangiocarcinomas 0,14 (IC 95% 0,02-0,36), ampolla 0,72 (IC 95% 0,37-0,90) y duodeno 0,57 (IC 95% 0,17-0,83).

**Conclusiones:** La población militar presenta una incidencia de cánceres hepatobiliares menor a la internacional, sin embargo, la tasa de mortalidad es similar. El diagnóstico de estos tumores es muy tardío y determinante en el pronóstico.

## CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN LA POBLACIÓN MILITAR EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Krystel Werner Feris, FLORENCIA PINTO GILARDONI, Víctor Manuel Pino Poblete, Roberto Humeres Apra, Andrés Navarrete Molina, Luis Manríquez Chau,

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El cáncer de vesícula biliar es una patología de alta incidencia nacional y de muy mal pronóstico. El Hospital Militar es centro de referencia nacional y realiza colecistectomías preventivas en todos los pacientes con colelitiasis independiente de su edad.

**Objetivos:** Describir la distribución, incidencia, estadio, mortalidad y sobrevida de los pacientes con cáncer vesicular de la población militar chilena de los últimos 10 años.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes con biopsias compatibles con cáncer de vesícula biliar derivados al Hospital Militar en los últimos 10 años, independiente de su estadio y tratamiento. Se excluyeron a todos los pacientes sin previsión ejército. Se realizó un análisis

descriptivo utilizando STATA 14 para todas las variables estudiadas: edad, sexo, estadio oncológico, cirugía, mortalidad y sobrevida.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 46 pacientes. La incidencia estimada fue 4,1/100.000 hab. La edad promedio fue 66,6 años y con predominio de sexo femenino 69,5%. El motivo de consulta fue dolor abdominal (39,1%), colecistitis aguda (36,9%) y síndrome consuntivo (30,4%) entre otros. La distribución por estadios al diagnóstico fue: Etapa I 17,4% (8 casos), etapa II 13% (6 casos), etapa III 13% (6 casos) y etapa IV 56,5% (26 casos). Se realizaron 25 colecistectomías y en 9 pacientes se completó la cuña hepática/segmentectomía con linfadenectomía. La mortalidad general fue 84,7% y la sobrevida según Kaplan-Meier S(t) 0,17 (IC 95% 0,03-0,40).

**Conclusiones:** La población militar presenta una incidencia de cáncer vesicular considerablemente menor a la nacional. A pesar de esto, el diagnóstico es en estadios avanzados y elevada mortalidad.

## TRASPLANTE HEPÁTICO EN ATRESIA DE VÍAS BILIARES. ¿TIENEN PEOR PRONÓSTICO?

Gloria Gonzalez Garcia, Carlos Acuña Aguirre, Mario Uribe Maturana, Nestor Hernandez Poblete, Catalina Hormazabal Jaramillo, Carolina Gonzalez Linco,

Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia). Trasplante Organos Solidos. Hospital Del Salvador

**Introducción:** El trasplante hepático (TH) es la terapia de elección para pacientes en insuficiencia hepática terminal. La atresia de vías biliares (AVB) es la principal etiología en la infancia y se han considerado como trasplantes de mayor riesgo y peor evolución en UCI.

**Objetivos:** Comparar los resultados precoces y tardíos del TH en AVB versus otras etiologías.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo comparativo de la cohorte de pacientes con TH pediátricos entre el 2012 y 2018. Se excluyeron retrasplantes. Se compararon TH por AVB versus otras etiologías según datos demográficos y técnicos del trasplante, estadía en UCI (dUCI), horas de ventilación mecánica invasiva (hVMI), Índice de Mortalidad Pediátrica (PIM2), falla renal post TH (FR), trombosis arteriales (TA) y portales (TP) y sobrevida de injerto y paciente. Las variables fueron comparadas con test de U-Mann Whitney y Fisher, sobrevidas con Kaplan-Meyer. La significancia estadística fue  $p < 0.05$

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

**Resultados:** Se analizaron 29 pacientes en cada grupo. Los pacientes con AVB fueron de menor peso y edad (11Kg. versus 19Kg. y 26 meses vs. 59 meses), la frecuencia de donantes vivos (37,9% vs. 24%,  $p=0,25$ ), distribución de PIM2 (34.4 vs. 34.6,  $p=0.19$ ), hVMI (112 vs. 107,  $p=0.32$ ), dUCI (16 vs. 17,  $p=0.09$ ), frecuencias de FR (7.1% vs. 6.9%,  $p=0.97$ ), TA (10% vs. 6.9%,  $p=0.64$ ), TP (6.9% vs. 3.44%,  $p=0.55$ ) y las sobrevidas de injerto (93.1 y 87.3% vs. 93.1 y 89.5%,  $p=0.81$ ) y paciente a 1 y 5 años (93.1 y 87.3% vs. 93.1 y 89.5%,  $p=0.81$ ) fueron similares.

**Conclusiones:** Los pacientes con AVB no presentaron un mayor riesgo de fallecer al ingreso a UCI medido según PIM2, esto concuerda con los resultados secundarios: dVMI, dUCI y presencia de complicaciones. Las sobrevidas de injerto y pacientes fueron similares para los pacientes trasplantados por AVB y otras etiologías. Concluimos que los pacientes trasplantados por AVB no representan mayor riesgo médico o quirúrgico en nuestro centro.

## EVOLUCIÓN DE PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS CON CIERRE DIFERIDO DE PARED ABDOMINAL.

Gloria Gonzalez Garcia, Carlos Acuña Aguirre, Mario Uribe Maturana, Nestor Hernandez Poblete, Carolina Gonzalez Linco, Catalina Hormazabal Jaramillo, Rodrigo Zuleta Castro, Cecilia Castillo Acevedo,

Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia). Trasplantes Órganos Sólidos. Hospital Del Salvador

**Introducción:** Para el trasplante hepático pediátrico (THP) se utilizan injertos hepáticos reducidos de donantes adultos vivos o fallecidos. A pesar de esta técnica, puede existir discrepancia de tamaño del injerto versus el hígado nativo, lo que podría elevar la presión intra-abdominal en el post trasplante, aumentando eventualmente la frecuencia de complicaciones vasculares (CV), por lo que optamos, en algunos pacientes, por dejar el abdomen abierto con cierre diferido (CD) de la laparotomía.

**Objetivos:** Evaluar la evolución de los pacientes con cierre primario (CP) versus CD en relación a días de estadía en UCI (dUCI), CV y evolución a largo plazo.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo comparativo utilizando la cohorte histórica de THP desde el año 2013 al 2018. Se excluyeron pacientes con datos incompletos. Se compararon 2 grupos: CP versus CD para variables demográficas, técnicas del trasplante,

dUCI, CV, sobrevidas de paciente (SP) e injertos (SI). Se utilizaron test de chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y Kaplan Meyer,  $p<0.05$  se consideró significativo.

**Resultados:** Se analizaron 33 CP y 24 CD. El peso ( $p=0.35$ ) y edad ( $p=0.65$ ) fueron similares. En CD predomina la falla hepática aguda como etiología, sin alcanzar significancia estadística (25% vs 10%,  $p=0.104$ ). Los donantes vivos (37.4% vs. 30%,  $p=0.56$ ), donantes adultos (70.8% vs. 57.5%,  $p=0.30$ ), hígados reducidos (70.8% vs. 57.5%,  $p=0.30$ ), CV (12.5% vs. 3%,  $p=0.16$ ), dUCI (21.7 vs. 15.9,  $p=0.11$ ), fueron mayores en CD sin alcanzar significancia estadística. La SI y SP 83.3% y 83.3% en CD vs. SI y SP 100% y 100% en CP, a 1 y 5 años fue menor en CD ( $p=0.024$ ).

**Conclusiones:** A pesar de utilizar la laparostomía contenida para disminuir complicaciones, existe una tendencia a una mayor estadía en UCI y mayor frecuencia de CV en estos pacientes, y menor sobrevida de injerto y pacientes, lo que pudiese explicarse por una selección positiva para esta estrategia en pacientes más complejos.

## CASO CLÍNICO: GIST PANCREÁTICO

María Francisca Wuth Izquierdo, ernesto julio schultz fernandez, pamela pedrero bustamante, luis walter medina gantier, Víctor Sepúlveda Chacón,

Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta). Equipo cirugía miscelánea.

**Introducción:** Los GIST tienen origen en las células de Cajal, exclusivas del sistema digestivo y su diagnóstico definitivo se realiza con inmunohistoquímica compatible. Sin embargo, se han descrito tumores GIST extraintestinales, infrecuentes, que representan menos del 5% de los GIST.

De estos el 80% es del mesenterio u omento y retroperitoneo. Existen muy pocos casos que describan un EGIST pancreático.

**Objetivos:** describir un caso clínico de EGIST pancreático tratado en INC

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente sana 58 años, consulta por dolor abdominal de 1 mes de evolución. Ecografía: Formación nodular sólida quística de 7.4x6.7 cm dependiente de la cola de páncreas.

RNM: masa tumoral 8x5.6 cm obs tumor neuroendocrino de páncreas

Se decide resolución quirúrgica: pancreatectomía distal con gastrectomía total, esplenectomía y reconstrucción en y de roux. Es dada de alta al 13vo día post operatorio.

A las 3 semanas reingresa con diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos que se maneja con drenaje

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

bajo endosonografía y terapia antibiótica endovenosa. Biopsia: tumor estromal extragastrointestinal EGIST, pancreático de alto riesgo. Márgenes negativos, 0/40 LN, pared gástrica y bazo sin neoplasia. Los EGIST deben tenerse en consideración dentro de los diagnósticos diferenciales de tumores pancreáticos. No existe un esquema de tratamiento propio, por lo que se manejan de igual forma que los GIST

## HEPATECTOMÍA EXTENDIDA POR HEPATOLITIASIS MASIVA

*Andrea Ramírez Burgos, José Luis Quezada González, Valeria Alandía Ahumada, Paula Miranda Berkhoff, Nicolás Jarufe Cassis,*

*Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento Cirugía Digestiva Hepatobiliar.*

**Introducción:** La hepatolitis es una patología infrecuente en la cultura occidental, con mayor incidencia en regiones asiáticas. En nuestro medio, confundida muchas veces con Enfermedad de Caroli, su posible asociación a colecistectomía previa y sus complicaciones secundarias, hacen necesario ahondar en su conocimiento y posterior manejo.

**Objetivos:** Presentar la resolución quirúrgica de un caso de hepatolitis masiva

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 62 años de sexo femenino con antecedente de colecistectomía abierta y coledocolitiasis recurrente manejadas por Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE). Consulta en Ancud con cuadro de dolor abdominal de tipo cólico en faja asociado a fiebre, náuseas y vómitos. Al examen físico destaca hemodinamia estable, afebril, sin ictericia y abdomen blando, depresible e indoloro. En los exámenes de laboratorio destaca un patrón colestásico (GGT 459, FA 481, BT 0.45), además Ecografía que evidencia litiasis múltiple intrahepática, asociado a acentuada dilatación difusa de vía biliar. Se complementa estudio con una colangio RNM que confirma diagnóstico de hepatolitis, sin evidencia de coledocolitiasis. Se traslada a nuestro centro para resolución quirúrgica, realizándose Hepatectomía derecha extendida sin incidentes. Paciente evoluciona de forma favorable, funcionalidad hepática conservada

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES DE VÍA BILIAR EN HOSPITAL DE TEMUCO

*Samuel Andres Zuniga Rivillo, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo, Rodrigo Flandez Fuentealba, Pablo Ignacio San Martín Ferrada,*

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Departamento de Cirugía, Hígado, páncreas y Vía Biliar. Universidad de La Frontera*

**Introducción:** La lesión de vía biliar (LVB) es una patología de difícil enfrentamiento y exige tener un equipo multidisciplinario. El equipo de cirugía de este centro cuenta con una cohorte de pacientes sometidos a reconstrucción de vía biliar en los últimos 17 años.

**Objetivos:** Presentar los resultados de una cohorte de pacientes con LVB en términos de técnica quirúrgica, morbi-mortalidad y complicaciones tardías.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años sometidos a reconstrucción de vía biliar por el equipo de cirugía HPB del hospital de Temuco desde el año 2000 al 2017. En las variables estudiadas se incluyeron técnica quirúrgica de reparación, morbi-mortalidad post-operatoria, estenosis post-operatoria tardía. Se usaron herramientas de estadísticas descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión; herramienta analítica con t-student parra variables continuas y Chi 2 para variables dicotómicas.

**Resultados:** La cohorte está conformada por 60 pacientes, 70% de género femenino. Las lesiones ocurridas en la colecistectomía laparoscópica más frecuentes fueron E1 en 5, E2 en 4 y E3 en 8 pacientes. Las lesiones ocurridas en cirugía abierta fueron Bismuth 1 en 16, Bismuth 2 en 11 y Bismuth 3 en 10. La técnica más frecuentemente usada para la reconstrucción fue la hepatoyeyunoanastomosis (HYA) en 80%. Se usó la técnica de Hepp-Couinaud en el 71% de los pacientes reconstruidos con HYA. Se presentó algún evento de morbilidad en el 32% de los pacientes. Solo 9 pacientes ( 15% ) presentó alguna evidencia de disfunción de la anastomosis y todas fueron tratadas con dilatación percutánea con éxito.

**Conclusiones:** En nuestro centro, la HYA es el tipo de cirugía usada más frecuente, estando asociado a baja morbilidad compleja, y escasa mortalidad. La estenosis post-operatoria tardía fue de 15%, tratada con éxito por vía percutánea.

## TRATAMIENTO CON PRÓTESIS AUTOEXPANSIBLE BILIAR POR VÍA PERCUTÁNEA DE FÍSTULA BILIAR TARDÍA DE ALTO DEBITO POST-PANCREATODUODENECTOMÍA.

*Samuel Andres Zuniga Rivillo, Hector Losada Morales, Marcelo Ivan Tapia Arias, Marcelo Eduardo Klein Diaz,*

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco).  
Departamento de cirugía, unidad Hígado, páncreas y vía  
biliar.. Universidad de La Frontera*

**Introducción:** La fístula biliar de alto débito post-pancreatoduodenctomía es una complicación cuyo tratamiento es desafiante. Se plantean múltiples opciones como tratamiento expectante, drenaje percutáneo biliar, prótesis biliares endoscópicas y el tratamiento quirúrgico.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de una paciente sometida a pancreatoduodenctomía que presentó una fístula pancreática tipo B y una fístula biliar tardía de alto débito que se trató con una prótesis biliar recubierta por vía percutánea con éxito.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 64 años de edad, con adenocarcinoma de páncreas borde line resectable, la cual fue sometida a quimio-radio-terapia de neoadyuvancia con respuesta adecuada. Se efectuó pancreatoduodenectomía con preservación pilórica, realizando reconstrucción con pancreatoyeynanastomosis con técnica de Blumgart modificada. Evoluciona con fístula pancreática tipo B que requirió tratamiento con drenaje percutáneo. Presentó una fístula biliar de alto débito en la segunda semana post-operatoria. Inicialmente se realizó tratamiento expectante sin tener disminución del débito y posteriormente se instaló drenaje biliar percutáneo externo-interno logrando disminuir el débito de la fístula, pero sin lograr el cierre de ésta. Se decidió instalar una prótesis biliar recubierta por vía percutánea cubriendo el sitio de la lesión, logrando el cierre de la fístula biliar. La paciente fue dada de alta en buenas condiciones.

## HIDATIDOSIS HEPÁTICA MÚLTIPLE GIGANTE: REPORTE DE UN CASO

*Claudia Meza Muñoz, FLORENCIA PINTO GILARDONI,  
roberto humeres apra,*

*Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio Cirugía.*

**Introducción:** La hidatidosis es una enfermedad prevalente en nuestro país, sin embargo, son pocos los casos publicados de quistes hidatídicos gigantes.

**Objetivos:** Reportar un caso de hidatidosis hepática múltiple gigante y su manejo ocurrido en el Hospital Militar de Santiago en mayo 2018.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de sexo masculino, 51 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos previos, proveniente de Quillota, V Región, herrador forjador en contacto estrecho con perros (ganado equino). Consulta por cuadro de dolor abdominal epigástrico de 4 días de evolución, asociado a sensación

febril y cefalea. Al examen físico abdomen con masa epigástrica visible, indurada, hígado a 10cm del reborde costal. En exámenes de laboratorio parámetros inflamatorios elevados y perfil hepático colestásico. Se realiza TAC y RM de abdomen que muestran gran quiste hepático de 28cm con múltiples quistes comunicados entre sí, compatibles con hidatidosis hepática infectada. Se inicia tratamiento con Albendazol, Prazicuantel y Piperacilina/Tazobactam. Luego de 28 días se realiza periquistectomía parcial y hepatectomía no anatómica, conservando pared posterior del quiste por su relación con hilio hepático y vena cava. Evoluciona en UCI con fístula biliar, tratada con papilotomía e instalación de prótesis biliar. Posteriormente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al 33° día postoperatorio, manteniendo tratamiento antiparasitario.

## GIST DUODENAL ASOCIADO A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. CASO CLÍNICO.

*Samuel Andres Zuniga Rivillo, Marcelo Ivan Tapia Arias,  
Hector Losada Morales, Martin Alonso Alanis Alvarez,  
Pablo Cesar Burgos Villanueva,*

*Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco).  
Departamento de cirugía. Universidad de La Frontera*

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) corresponden al 1% de todas las neoplasias gastrointestinales. Dentro de los GIST la presentación duodenal es relativamente infrecuente (5% de todos los GIST), aproximadamente un tercio de los pacientes son asintomáticos o trata de hallazgo incidental, siendo sintomáticos cuando el tamaño tumoral aplica efecto de masa o presentando hemorragia digestiva alta.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de GIST duodenal que se presenta con hemorragia digestiva alta masiva, resuelto quirúrgicamente de manera diferida.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente de 50 años, ingresa con diagnóstico de HDA y anemia severa. Se estudia con EDA de urgencia, que informó lesión de aspecto neoplásico ulcerada con coágulo adherido, sin sangrado activo. Durante su hospitalización requirió de múltiples transfusiones para el manejo de la anemia severa (11 en total). Se solicita una TC de abdomen y pelvis donde destacaba gran masa en la segunda porción del duodeno, de bordes bien delimitados. Se realiza una RNM de abdomen que impresiona masa duodenal cuyas características sugieren neoplasia tipo GIST. A la semana siguiente se realiza pancreatoduodenectomía con técnica de blumgart modificada. Evoluciona en buenas condiciones generales, se va de alta al séptimo día. Biopsia compatible con GIST mixto de bajo grado.

## ESTALLIDO HEPÁTICO SECUNDARIO A ROTURA DE HEMATOMAS SUBCAPSULARES TRAS USO DE ALTEPLASE, REPORTE DE CASO.

*Camilo Fabian Lefever Rojas, Constanza Paz Baeza Bassa, Magdalena de las Mercedes Reyes Ferrada, Constanza Sofía Uribe Otaiza, Javier Reyes Illanes,*

*Universidad de Santiago de Chile. Cirugía digestivo alto. Hospital Barros Luco*

**Introducción:** Hematomas subcapsulares hepáticos (HSH) es una complicación poco frecuente descrita principalmente en traumatismo abdominal, post ERCP o síndrome HELLP, siendo más infrecuente aun en ausencia de estos antecedentes y que puede derivar en graves repercusiones hemodinámicas en caso de rotura.

**Objetivos:** Exponer caso clínico de estallido hepático por rotura de HSH secundario a uso de trombolítico en paciente cursando tromboembolismo pulmonar (TEP) en relación a la literatura actual.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 37 años, antecedentes de obesidad y dos cesáreas. Presenta cuadro de 5 días de disnea progresiva asociado a palpitations. Ingresa a servicio de urgencias de Hospital Barros Luco, se realiza AngioTC que evidencia TEP central bilateral y lesión hepática focal. Se inicia anticoagulación y se traslada a UPC donde evoluciona estable. AngioTC de control muestra disminución de TEP, pero con signos de hipertensión pulmonar. Se inicia tratamiento trombolítico con Alteplase, paciente inmediatamente comienza con dolor y distensión abdominal asociado a signos de shock. Se realiza reanimación, estabilización y se toma TC tórax abdomen y pelvis que muestra 3 lesiones compatibles con HSH con sangrado activo y hemoperitoneo masivo. Se realiza laparotomía exploradora más packing hepático en 3 oportunidades. Posoperatorio sin complicaciones. A la fecha paciente en seguimiento evolucionando favorablemente.

## PANCREATODUODENECTOMÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

*Pedro Soto Gajardo, Andres Marambio Granic, Rafael Luengas Tello, Jose Luis Galindo Rivera, Matias Guajardo Beroiza, Mario Rodriguez Del Rey Gonzalez, Cristobal Davanzo Castillo, Matias Ignacio Nova Nova,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa*

*Diaz Insunza. Cirugía.*

**Introducción:** La pancreatoduodenectomía (PD) abierta es el tratamiento de elección para los tumores periampulares. Con el desarrollo de la cirugía laparoscópica se han publicado estudios que muestran que este abordaje tendría resultados comparables a los de la técnica abierta y una mayor costo efectividad en centros de alto volumen.

**Objetivos:** Dar a conocer una serie de casos de pacientes con tumores periampulares sometidos a PD totalmente laparoscópica en Hospital Clínico La Florida.

**Material y Método:** Serie de casos. Se incluyeron pacientes sometidos a PD totalmente laparoscópica por tumores periampulares, entre noviembre del 2016 hasta mayo del 2018. Se describe la técnica quirúrgica, duración de la cirugía, complicaciones intraoperatorias, mortalidad, complicaciones precoces y resultados histopatológicos. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 22.0.

**Resultados:** Se presentan 5 casos, 4 mujeres y 1 hombre, con una mediana de edad de 72 años (41-87). En todos los casos se realizó reconstrucción con pancreato-yeyuno anastomosis con técnica ducto-mucosa. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. No se requirió conversión a técnica abierta. El tiempo operatorio mediano fue de 300 minutos (300-437). El primer paciente presentó una trombosis de arteria hepática derecha que se manejó con antiagregantes plaquetarios. No hubo fístulas pancreáticas clínicamente significativas ni reoperaciones. La mediana de estadía hospitalaria fue de 9 días (7-20) y no hubo mortalidad postoperatoria. El estudio histopatológico identificó que los 5 pacientes correspondían a adenocarcinoma de cabeza de páncreas, todos con bordes negativos y un recuento ganglionar mediano de 23 (15-25).

**Conclusiones:** En un grupo seleccionado de pacientes y con un equipo de cirujanos entrenados en laparoscopia avanzada, la PD totalmente laparoscópica es factible de realizar, en un tiempo operatorio y con complicaciones postoperatorias similares a la técnica abierta. En nuestro estudio destaca además que la estadía hospitalaria es menor que la reportada en otras series.

## WHIPPLE LAPAROSCÓPICO: TÉCNICA QUIRÚRGICA EN HOSPITAL LA FLORIDA.

*Pedro Soto Gajardo, Andres Marambio Granic, Rafael Luengas Tello, Matias Guajardo Beroiza, Darío Eduardo Palominos Salas,*

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Insunza. Cirugía.*

**Introducción:** Comentamos el caso de una paciente de 87 años, que consultó por un cuadro de 3 meses de evolución de baja de peso e ictericia. Fue estudiada con resonancia magnética de abdomen que evidenció lesión hipovascular en la cabeza del páncreas, sin invasión del eje espleno portal, además de una dilatación del conducto pancreático principal y de la vía biliar. Se decide realizar Whipple laparoscópico.

**Objetivos:** Mostrar la técnica quirúrgica utilizada en el Hospital Clínico La Florida.

**Contenido del Video:** Abordaje con 5 trócares. En la fase resectiva se realiza pancreatoduodenectomía sin preservación pilórica, con linfadenectomía de los grupos VIII, XII e intercavo-aórticos.

En la fase reconstructiva se procede a ascender asa de Child transmesocólica, con anastomosis pancreato yeyunal término lateral ducto mucosa con prolene 6/0 y 4/0. Hepático yeyuno anastomosis término lateral con PDS 5/0 en un plano y gastro yeyuno anastomosis latero lateral mecánica. Extracción de pieza por laparotomía de Pfannestiel.

Cirugía de 5 horas de duración, sin incidentes. La paciente evoluciona favorablemente, iniciando realimentación al 3º día y siendo dada de alta al 7º día. Biopsia definitiva informa adenocarcinoma ductal, moderadamente diferenciado, con bordes negativos y 3/21 ganglios positivos. No hubo complicaciones ni mortalidad a 30 días.

## RESECCIÓN SINCRÓNICA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS (MH) Y DEL TUMOR PRIMARIO EN CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN LA FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ (FALP)

*Jorge Gajardo Jofre, Jorge Matute Villota, Roberto Charles Carrasco, Sebastian Hoefler Steffen, Nicolas Devaud Jaureguiberry, Jean Michel Butte Barrios,*

*Fundación Arturo López Pérez. Cirugía Oncológica Digestiva. Universidad de Los Andes*

**Introducción:** El 25% de los pacientes con CCR tiene MH sincrónicas al diagnóstico. La resección combinada del tumor primario y de las MH disminuiría el trauma e intervalo de tiempo entre la cirugía y la quimioterapia adyuvante, pero se asociaría a un incremento de las complicaciones.

**Objetivos:** Comparar los resultados perioperatorios de la resección sincrónica de MH y del primario CCR con una cohorte histórica de pacientes sometidos a cirugía oncológica por CCR no metastásico en FALP.

**Material y Método:** Estudio de cohorte que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CCR sometidos a resección combinada del CCR y MH entre julio 2013 y abril 2018 en FALP (expuestos). El grupo no expuesto incluyó a pacientes sometidos a cirugía exclusiva del primario colorectal, utilizando emparejamiento 1:1 en función de edad, sexo, comorbilidades y localización del primario. La variable de exposición fue la resección combinada del CCR y MH. Se compararon variables patológicas y perioperatorias a 90 días, utilizando el software Stata 14. La variable resultado fue la morbilidad perioperatoria Clavien $\geq$ 3.

**Resultados:** Cincuenta pacientes fueron sometidos a resección combinada, 28 de ellos fueron hombres y la edad promedio 61 $\pm$ 11 años. La localización más frecuente del primario fue colon sigmoidees (42%) y la operación más frecuente fue la resección anterior del recto (43%). No hubo diferencias entre ambos grupos en estas características. El 14% de las cirugías combinadas incluyó una resección hepática mayor (? 4 segmentos). La mediana de duración de la cirugía combinada fue de 237min [120-560] versus 150min [70-490] en el grupo control ( $p<0.05$ ) y el sangrado intraoperatorio de 200cc [100-1600] y 100cc [50-1000] respectivamente ( $p<0.05$ ). No hubo diferencias en la estadía hospitalaria ni en la incidencia de complicaciones Clavien $\geq$ 3.

**Conclusiones:** La resección sincrónica de MH y del tumor primario CR tiene morbimortalidad comparable a la resección oncológica exclusiva del primario no metastásico.

## PANCREATECTOMÍA DISTAL SIN PRESERVACIÓN ESPLÉNICA LAPAROSCÓPICA. TÉCNICA PASO A PASO

*Xabier De Aretxabala Urquiza, Felipe Castillo Henriquez, Guillermo rencoret palma, Marcelo Vivanco Lacalle,*

*Clínica Alemana. Servicio de Cirugía. Universidad de Chile*

**Introducción:** La incidencia de los tumores pancreáticos va en aumento, debido fundamentalmente al uso de las nuevas técnicas de imagen. La resección pancreática es el pilar terapéutico de estas lesiones, y su realización constituye un desafío quirúrgico por su complejidad y alta tasa de complicaciones. La pancreatectomía distal está indicada en lesiones que comprometen el cuerpo o cola del páncreas. El abordaje laparoscópico es

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

reproducibile en la mayoría de las situaciones, y la sistematización del procedimiento determina mejores resultados perioperatorios.

**Objetivos:** Describir la técnica quirúrgica de la pancreatectomía distal laparoscópica paso a paso, utilizada en lesiones pancreáticas que comprometen el cuerpo y/o cola.

**Contenido del Video:** Compilado de casos donde se esquematizan los pasos de la realización de una pancreatectomía distal laparoscópica:  
Exploración y exposición pancreática  
Ecografía intra operatoria  
Dissección de parénquima pancreático asociado a control vascular arterial  
Dissección de cuello pancreático y sección de parénquima  
Dissección ganglionar y liberación esplenopancreática

## RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL SOMETIDOS A CUÑA HEPÁTICA MÁS LINFADENECTOMÍA.

*Blas Aguilera Ibarra, Fabrizio Moisan Paravic, Pamela Rios Friz, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Rodrigo TorresQuevedo Quevedo,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática.. Universidad de Concepción*

**Introducción:** El cáncer de vesícula biliar tiene una elevada mortalidad.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es analizar la sobrevida global a 5 y 10 años de los pacientes con cáncer de vesícula biliar y conocer los factores asociados a la sobrevida.

**Material y Método:** Estudio de cohorte histórica. Se incluyeron los pacientes entre los años 2001 y 2017 tratados con cuña hepática más linfadenectomía en el Hospital Regional de Concepción. Se utilizó el modelo de Kaplan-Meier para calcular la sobrevida global y libre de enfermedad y una regresión de Cox para el análisis multivariado.

**Resultados:** La serie está compuesta por 139 pacientes, un 84% son mujeres. Según la AJCC, un 21% de los pacientes se clasifican como T1, un 53% T2, un 25% T3 y 1% T4. La mortalidad operatoria fue de un 1,4%. La mediana de seguimiento fue de 63 meses. La sobrevida global a 5 y 10 años según estadio fue de 100% y 93% para el estadio 1, 75% y 65% para el

estadio 2, 32% y 32% para el estadio 3, y de un 28% y 0% para el estadio 4 respectivamente. En el análisis multivariado las variables que influyeron independientemente en la sobrevida a 5 años fue: el haber resecado el ganglio cístico durante la colecistectomía (HR 0.49 IC95% 0.2-0.9), encontrar enfermedad residual en la cuña hepática (HR 5.16 IC95% 2.8-9.7) y la invasión vascular en la histología (HR 3.05 IC95% 1,6-5,9).

**Conclusiones:** La resección del ganglio cístico durante la colecistectomía, encontrar enfermedad residual en la cuña hepática y la invasión vascular son factores de riesgo independientes de sobrevida a 5 años en pacientes con cáncer de vesícula biliar incidental tratados con cuña hepática más linfadenectomía.

## ANÁLISIS DEL COMPROMISO GANGLIONAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL TRATADOS CON LINFADENECTOMÍA Y HEPATECTOMIA DEL LECHO VESICULAR.

*Blas Aguilera Ibarra, Fabrizio Moisan Paravic, Pamela Rios Friz, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Rodrigo TorresQuevedo Quevedo,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía. Equipo Cirugía Hepatobiliopancreática.. Universidad de Concepción*

**Introducción:** El compromiso ganglionar del cáncer de vesícula es uno de los factores mas importantes que determina el pronóstico de la enfermedad.

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo de compromiso ganglionar en los pacientes con cáncer de vesícula biliar.

**Material y Método:** Cohorte histórica. Se incluyeron todos los pacientes con cancer de vesícula biliar incidental entre los años 2001 y 2017 en el hospital Regional de Concepción, tratados con cuña hepática más linfadenectomía. Se utilizó test de Chi cuadrado para análisis univariado.

**Resultados:** La serie está compuesta por 139 pacientes, un 84% son mujeres. Según la AJCC, un 21% de los pacientes se clasifican como T1, un 53% T2, un 25% T3 y 1% T4. El 25 % de los pacientes tuvo compromiso ganglionar (21% N1 y 4% N2). La sobrevida a 5 años fue de un 72% para los N0, de un 33% para los N1 y de un 40% para los N2. Se resecaron una media 8,4 ganglios por paciente. Un 7% de los T1 tuvieron

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

compromiso N1, un 16% y 4% de los T2, y un 44% y 6% de los T3 tuvieron compromiso ganglionar N1 y N2 respectivamente.

Pacientes con más de 6 ganglios resecados (30% vs 11%  $p=0.023$ ), y con tumores con compromiso del conducto cístico (62% vs 20 %  $p<0,001$ ) tuvieron mayor compromiso ganglionar. El 53% de los pacientes con ganglio cístico positivo tuvo compromiso de otro(s) ganglio(s). Un 44% de los pacientes con compromiso ganglionar, no tuvo compromiso del ganglio cístico.

**Conclusiones:** El compromiso ganglionar aumentó en conjunto con la profundidad de invasión tumoral. Los pacientes con compromiso tumoral del conducto cístico y con más de 6 ganglios resecados, tuvieron significativamente mayor compromiso ganglionar. Cerca de la mitad de los pacientes con compromiso ganglionar no tuvieron compromiso del ganglio cístico.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS EN 120 CASOS CONSECUTIVOS DE COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU.

*Felipe Castillo Henriquez, Nicolás Vicente Luchsinger, Paula Andrea Fluxá Rojas, Rodrigo Abularach Cuellar, Javier Reyes Illanes, Silvana Cabrera Cabello,*

*Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). cirugía.*

**Introducción:** La colecistitis xantogranulomatosa (CXG) es una patología de difícil sospecha, que se confunde frecuentemente con neoplasia vesicular por su presentación clínica, imágenes radiológicas y hallazgos intraoperatorios. LA CXG a pesar de ser una patología benigna cursa como un proceso inflamatorio destructivo tanto focal como difuso. A pesar de ser una entidad infrecuente, es importante para el tratante establecer la sospecha diagnóstica para un tratamiento oportuno y planificado.

**Objetivos:** Caracterizar clínica y patológicamente la CXG, incluyendo presentación al ingreso, estudio diagnóstico, técnica quirúrgica empleada, complicaciones asociadas y el índice de sospecha de neoplasia pre y post operatoria, entre otros.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, unicentrico incluyendo pacientes con diagnóstico histopatológico de CXG entre los años 2002 a 2017, en el Hospital Barros Luco Trudeau. Datos obtenidos mediante revisión de fichas y protocolos operatorios. Los

resultados son datos con distribución normal presentados con medidas de tendencia central y porcentajes de incidencia

**Resultados:** Se incluyeron 120 pacientes. 60.3% fueron mujeres. Edad promedio de 52 años. 60,3% ingresó por servicio de urgencias. 14,3 % tenía signos sugerentes de neoplasia en ecografía o CT. 83,5% de las cirugías fue laparoscópica y 21% fue convertida: 63,3% por hallazgo de plastron, empiema o infiltración de tejido adyacente, 4.8% por sospecha de neoplasia preoperatoria y un 29.2% por sospecha de neoplasia intraoperatoria. En 2 casos se sugirió la CXG como diagnóstico probable post operatorio. Dentro del estudio anatomopatológico de las muestras ninguna informó signos de neoplasia.

**Conclusiones:** La CXG es rara vez sospechada por el cirujano, especialmente en la urgencia. Es necesario atenerse, ante la sospecha de CXG, a una cirugía probablemente más compleja, en la cual se hace importante descartar neoplasia dada su similitud clínico-morfológica.

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

*Blas Aguilera Ibarra, Javiera Fernanda Díaz Espinosa, Fabrizio Moisan Paravic, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía. Equipo Cirugía Hepatobiliopancreática.. Universidad de Concepción*

**Introducción:** La colecistectomía es la principal cirugía realizada en nuestro país y una complicación potencialmente severa es la lesión de vía biliar, descrita en 0,8%.

**Objetivos:** Describir las características de lesiones de vía biliar tras la colecistectomía en términos de su clasificación, tipo de reparación quirúrgica, morbilidad y mortalidad postoperatoria.

**Material y Método:** Serie de casos, constituida por pacientes referidos al Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción con diagnóstico de lesión de vía biliar post colecistectomía laparoscópica entre los años 2010 y 2018. Se describen las variables tipo de lesión según clasificación de Strasberg, tipo de reparación quirúrgica, estadía hospitalaria, morbilidad y mortalidad postoperatoria. Se utiliza estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas.

# Hígado, Páncreas y Vía Biliar (HPB)

---

**Resultados:** La serie esta compuesta por 61 pacientes, con edad media de 49,8 años, (10-88 años) 73% corresponde a género femenino. En 48 pacientes (78%), la colecistectomía fue realizada en un Hospital periférico al HGGB. En 9 (14%) pacientes, la reparación se realizó en el intraoperatorio, en 16 (26%) antes de 7 días y en 27 (44%) tardíamente. 29 (45%) de las lesiones fue tipo E, tipo A en 15 pacientes, tipo B en 2, tipo C en 5, tipo D en 5. En 7 pacientes (11%) hubo lesión vascular asociada. La cirugía definitiva fue una hepático yeyunoanastomosis en 31 (51%) casos. La morbilidad fue de 29%. La estadía hospitalaria fue de 16 (3-49) días. La mediana de seguimiento fue de 20 meses, 2 pacientes desarrollaron estenosis de la anastomosis biliar, no hubo mortalidad en la serie.

**Conclusiones:** El manejo de lesiones de vía biliar debe ser multidisciplinario y en un centro con experiencia en su manejo. Esta serie muestra las opciones de tratamiento para un evento que puede ser complejo en una cirugía de rutina y frecuente como lo es la colecistectomía.

## IMPACTO DE LA ENFERMEDAD RESIDUAL EN EL CANCER DE VESICULA BILIAR INCIDENTAL

*Blas Aguilera Ibarra, Fabrizio Moisan Paravic, Pamela Rios Friz, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Rodrigo TorresQuevedo Quevedo,*

*Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía. Equipo Cirugía Hepatobiliopancreatico. Universidad de Concepción*

**Introducción:** Encontrar enfermedad residual en el cáncer de vesícula biliar incidental es uno de los factores más importantes en el pronóstico de la enfermedad

**Objetivos:** El objetivo del estudio es analizar el impacto de encontrar enfermedad residual en la sobrevida libre de enfermedad a 5 años.

**Material y Método:** Estudio de cohorte histórica. Se incluyeron los pacientes con cancer de vesícula biliar incidental entre los años 2001 y 2017 tratados con cuña hepática más linfadenectomía en el Hospital Regional de Concepción. Se utilizó el modelo de Kaplan-Meier para calcular la sobrevida libre de enfermedad y test de chi-cuadrado para análisis univariado.

**Resultados:** La serie está compuesta por 139 pacientes, un 84% son mujeres. Según la AJCC, un 21% de los pacientes se clasifican como T1, un 53% T2, un 25% T3 y 1% T4. En un 29% de los pacientes se encontró enfermedad residual (en un 12% compromiso de órgano vecino, en un 11% compromiso ganglionar y

en un 7% compromiso de ambos). La sobrevida libre de enfermedad a 5 años fue de un 95%, 70%, 29% y 28% para los estadios 1,2,3 y 4 respectivamente. La sobrevida libre de enfermedad a 5 años fue de un 73% para los pacientes sin enfermedad residual, de un 33% con enfermedad residual en órgano vecino, de un 36% con enfermedad residual ganglionar y de 0% con enfermedad residual en ambos. Los tumores de la cara hepática vs cara peritoneal (45% vs 22% p=0.024) y la profundidad del T en la colecistectomía (T1 14% vs T2 24% vs T3 67% p<0.001) tuvieron significativamente más enfermedad residual.

**Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad residual tuvieron significativamente menor sobrevida libre de enfermedad a 5 años. La profundidad tumoral y los tumores de la cara hepática se asociaron significativamente a encontrar enfermedad residual

## RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRURGICA DE DEFECTO AURICULAR PARCIAL

*Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras,  
Omar Chavez Maichil, pilar clare soria, Cristian Andrés  
Cortés Valdenegro,*

*Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa  
Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía  
Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica  
Reconstructiva*

**Introducción:** La reconstrucción del pabellón auricular es un procedimiento demandante en cirugía plástica. Reproducir la proyección y la forma intrincada del pabellón auricular, con una solución duradera en el tiempo, es un objetivo difícil de lograr.

**Objetivos:** Reportar el caso clínico de un paciente sometido a microcirugía para reconstruir un defecto auricular parcial de origen tumoral.

**Reporte del(los) Caso(s):** Paciente 85 años con defecto del 50% central del pabellón auricular por resección de cáncer escamoso. El marco cartilaginoso auricular se reconstruyó con cartílago costal en dos piezas y la cobertura se realizó con colgajo radial dermograso fino. Como vasos receptores se utilizaron los vasos faciales. El colgajo radial sobrevivió sin necesidad de re-exploraciones. El colgajo libre de 3 mm de grosor logró una buena definición del marco reconstruido. A 15 meses de seguimiento el paciente mantiene forma de la oreja reconstruida y no ha presentado exposición de cartílago. El paciente se manifiesta muy contento con el resultado estético y funcional. La reconstrucción y cobertura del pabellón auricular con microcirugía para ser una excelente opción en casos complejos de reconstrucción auricular. La combinación de conceptos reconstructivos propios de la cirugía craneofacial y de la microcirugía reconstructiva pueden llevar a muy buenos resultados en casos seleccionados.

## RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE CIRUGIA CITORREDUCTORA Y QUIMIOTERAPIA HIPERTERMICA INTRAPERITONEAL.

*Daniel González González, Leandro Telles Onetti,  
Gabriela Rodríguez Cantera, Alvaro Castro Fernandez,  
Justino Zeballos Gimenez de Arechaga, Luis Ruso  
Martinez,*

*. Clínica Quirúrgica 3. Facultad de Medicina. Universidad  
de la República. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay.*

**Introducción:** El tratamiento de la carcinomatosis peritoneal mediante cirugía citorrreductora y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (QHIP) demostró buenos resultados en términos de sobrevida.

**Objetivos:** Comunicar los resultados de sobrevida de los pacientes con carcinomatosis peritoneal tratados mediante cirugía citorrreductora y QHIP en el período 2008 ? 2018 en la Clínica Quirúrgica 3.

**Material y Método:** Se trata de un estudio de sobrevida de casos de carcinomatosis peritoneal secundaria a cánceres digestivos y ovario que cumplieron los criterios para el tratamiento radical: índice de Karnofsky > 75%, enfermedad limitada al abdomen e índice de carcinomatosis peritoneal (ICP) < 20.

Las variables analizadas fueron: meses de sobrevida, ICP considerando 3 grupos: 0 ? 10; 11 ? 20 y 21 ? 39, citorrreducción lograda considerando 2 grupos: CC 0 ? 1 y CC 2 ? 3.

El análisis se realizó mediante la prueba de Kaplan Meier y el test de Log Rank  $p < 0,05$ . Se determinó la sobrevida media de las categorías de ICP y nivel de citorrreducción.

Se comparó la sobrevida de las categorías de ICP y nivel de citorrreducción lograda. Se utilizó el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes con un total de 22 procedimientos, 17 de sexo femenino y 3 masculino. La edad promedio fue de 55,3 años, mínima 19 y máxima 75 años.

La sobrevida global fue de 16 meses.

La sobrevida media para ICP 0 ? 10 fue: 25 meses; ICP 11 ? 20: 10 meses; ICP 21 ? 39: 7 meses. Para CC 0 ? 1: 19

meses; CC 2 ? 3: 6 meses.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos comparados: para el ICP:  $p < 0,1042$  y para la CC:  $p < 0,620$ .

**Conclusiones:** Los resultados demuestran la mejoría de la sobrevida global de pacientes seleccionados portadores de carcinomatosis peritoneal tratados mediante cirugía citorrreductora y QHIP, siendo superior para los menores índices de carcinomatosis peritoneal y citorrreducciones completas.

## TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA CON TRANSFERENCIA MICROQUIRÚRGICA DE GANGLIOS LINFÁTICOS: PRIMERA SERIE EN SUDAMERICA.

Alejandro Ramirez Mendoza, Rocio Jara Contreras, Omar Chavez Maichil, Cecilia Briones Sagredo, Carolina Soto Diez, Cristian Andrés Cortés Valdenegro, Veronica Mariani Martin, Jose Luis Galindo Rivera,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Plástica y Microcirugía Reconstructiva. Clínica de Cirugía Plástica Reconstructiva

**Introducción:** El linfedema es una enfermedad agobiante para muchos pacientes que dependen de sistemas de compresión y terapia kinésica de por vida. La microcirugía permite mejorar el drenaje linfático de forma fisiológica, disminuyendo las complicaciones asociadas al linfedema.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados de la primera serie en Sudamérica de pacientes con linfedema tratados con distintos tipos de transferencia de ganglios linfáticos.

**Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. La serie esta constituida por 41 transferencias ganglionares en 31 pacientes. Diecisiete pacientes tenían linfedema de extremidades superiores, 10 linfedema de extremidades inferiores y 4 pacientes tenían alto riesgo de linfedema. Se realizaron 18 restauraciones mamarias anatómicas totales, 11 colgajos de ganglios gastroepiploicos derechos, 8 de ganglios submentales, 2 de ganglios inguinales superficiales, 1 de ganglios torácicos laterales y 1 de ganglios supraclaviculares. La media de edad fue de 45 años (20-68 años). La media de seguimiento fue de 14,5 meses (3-27 meses). Para cuantificar los cambios del linfedema se realizó la medición estandarizada con cinta métrica.

**Resultados:** En todos los pacientes se observó disminución del linfedema. El porcentaje de reducción de linfedema en la serie fue de 58% (10-100%) ( $p < 0.001$ ). Los episodios de celulitis en el último año disminuyeron de 3,6 a 0,6 ( $p < 0.001$ ). No hubieron complicaciones en el postoperatorio.

**Conclusiones:** La transferencia de ganglios linfáticos es reproducible y segura. Los buenos resultados de esta serie estimulan la utilización de la microcirugía en Sudamérica para el tratamiento y la profilaxis de la aparición del linfedema.

**TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROINTESTINALES: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL EN 10 AÑOS (2008-2017).**

FLORENCIA PINTO GILARDONI, Krystel Werner Feris, Carolina Andrea Bonomo Miranda, Roberto Humeres Apra, Andrés Navarrete Molina, Victor Ignacio Gonzalez Munoz, Fernando Muñoz Flores,

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) son muy poco frecuentes representando un 2% de las neoplasias gastrointestinales, pero con una incidencia en aumento en los últimos 30 años. Corresponden a un grupo heterogéneo con una amplia variabilidad en cuanto a su comportamiento y pronóstico.

**Objetivos:** Describir la distribución, incidencia, estadio, tratamiento, mortalidad y sobrevida de los TNE gastrointestinales en la población militar chilena.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con biopsia compatible con TNE digestivo alto y hepatobiliopancreático derivados al Hospital Militar en los últimos 10 años. Se excluyeron a todos los pacientes sin previsión ejército. Se realizó un análisis descriptivo utilizando STATA 14 para todas las variables estudiadas: edad, sexo, localización del tumor, estadio oncológico, cirugía, mortalidad y sobrevida.

**Resultados:** Se analizaron 45 pacientes (mujeres 64,4%) con una edad media de 65,9 años (30-88 años). La localización más frecuente fue estómago (26,7%) seguido de íleon (15,6%), páncreas (13,3%), duodeno (8,9%) y desconocido (11%), entre otros. 41 (91,1%) de los pacientes presentaban síntomas al momento del diagnóstico, siendo los más frecuentes: dolor abdominal (53,3%) y diarrea (31,1%). 5 (11,1%) presentaron síndrome carcinoide y ninguno se asociaba a síndromes genéticos. Los 4 restantes fueron hallazgos, 1 en EDA, 1 en Eco abdominal, y 2 en gastrectomía en manga. 29 (64,4%) presentaban metástasis al diagnóstico, de los cuales 37,8% presentaban a distancia. 27 (60%) recibieron cirugía como tratamiento. Se realizaron 6 gastrectomías, 11 resecciones intestinales (5 endoscópicas), 3 colecistectomías, 3 pancreatoduodenectomías y 1 pancreatectomía distal. Se estimó la sobrevida según Kaplan-Meier S(t) para cada grado tumoral: G1 0,83 (IC 95% 0,55-0,94), G2 0,57 (IC 95% 0,15-0,84), G3 0,17 (IC 95% 0,34-0,41).

**Conclusiones:** Los TNE son neoplasias que en general tienen un comportamiento benigno, sin embargo, a medida que tengan mayor grado hay más posibilidad de metástasis y menor sobrevida.

## SÍNTOMAS DIGESTIVOS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CÁNCER PULMONAR: REPORTE DE 3 CASOS

FLORENCIA PINTO GILARDONI, Krystel Werner Feris, Victor Manuel Pino Poblete, Pía Luisa Vásquez González, Carolina Andrea Bonomo Miranda,

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El cáncer de pulmón es uno de los cánceres con más riesgo de desarrollar una enfermedad invasora, siendo el tubo digestivo un lugar excepcional de metástasis.

**Objetivos:** Reportar 3 casos clínicos de pacientes con cáncer de pulmón no diagnosticado previamente, que se manifiestan con síntomas digestivos.

**Reporte del(los) Caso(s):** Caso 1: Hombre de 78 años con antecedentes de tabaquismo consulta abdomen agudo. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando tumor ileal perforado. Biopsia informa neoplasia maligna poco diferenciada con IHQ compatible con adenocarcinoma de origen pulmonar. Evoluciona con insuficiencia respiratoria y fallece 36 días después de la cirugía. Caso 2: Hombre de 71 años con antecedentes de HTA, DM2 y tabaquismo, consulta por abdomen agudo. Se realiza laparotomía exploradora encontrando grandes masas tumorales que comprometen intestino delgado. Biopsia muestra metástasis de tumor indiferenciado de células grandes de origen pulmonar. Fallece 6 días luego de la cirugía por infección por *Clostridium difficile*. Caso 3: Hombre de 74 años en estudio por anemia severa, se realiza TAC AP que muestra masa tumoral en yeyuno proximal. Se realiza laparotomía exploradora encontrando gran masa tumoral de 10cm con sangrado activo. Evoluciona tórpidamente, con colecciones intraabdominales que fueron drenadas. Finalmente fallece por shock séptico 22 días después de la cirugía.

## MARCACIÓN PREOPERATORIA DEL SITIO DE OSTOMÍA. CREACIÓN DE UN VIDEO TUTORIAL.

*Macarena Diaz Orellana, Ana Rodriguez Bustamante, Ximena Meneses Corral, Felipe Andrés Imigo Gueregat, María Elena Molina Pezoa,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina.*

**Introducción:** La marcación preoperatoria del sitio de ubicación de una ostomía es fundamental, pues disminuye la incidencia de complicaciones perioperatorias relacionadas con el estoma, permite un rápido reintegro a la vida normal, otorga una mayor independencia y determina una mejor calidad de vida. Habitualmente la marcación es realizada por enfermeras estomaterapeutas sin embargo la técnica correcta de marcaje debe ser conocida y dominada por cirujanos generales y cirujanos colorrectales.

**Objetivos:** Presentar un video tutorial estandarizado diseñado por un grupo de Enfermeras dedicado al cuidado de pacientes ostomizados para la educación médica sobre la correcta técnica de marcaje de la ubicación para una ileostomía.

**Contenido del Video:** Hombre, 65 años, mesomorfo, portador de cáncer de recto del tercio medio. Se planifica resección anterior baja más ileostomía en asa de protección. Evaluación preoperatoria por Enfermeras. Paciente en decubito supino. Se trazan líneas entre ombligo, línea media infraumbilical, y espina iliaca antero-superior. Se trazan bisectrices y se define punto de intersección de estas. Evaluación de este punto adaptando su ubicación final según la formación de pliegues con el paciente sentado, en supino y con movimientos laterales. En punto definitivo se instala molde de estoma y posteriormente bolsa recolectora. Se tatua punto definitivo.

## EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA EN EL APRENDIZAJE CON MODELOS SIMULADOS

*Rodrigo Tejos Sufan, Cristián Jarry Trujillo, Carlo Marino Coloma, Martín Inzunza Agüero, Daniela Alfaro Sepulveda, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental. División de Cirugía. Facultad de*

*Medicina.*

**Introducción:** Dado el creciente desarrollo de la simulación como herramienta educacional, existe la necesidad de evaluar no sólo el desempeño de los alumnos sino también la percepción que éstos tienen de su entrenamiento. Una percepción negativa sobre la metodología empleada podría interferir con el proceso de aprendizaje. A la fecha existen escasos trabajos que evalúen la percepción de los estudiantes sobre su aprendizaje con modelos simulados.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue evaluar la percepción de estudiantes de medicina sobre los talleres de simulación de procedimientos quirúrgicos

**Material y Método:** Se realizó un diseño de tipo corte transversal. Se incluyó a alumnos de Medicina que participaron en un programa simulado de suturas o toracocentesis. Se excluyó a alumnos que no completaron el entrenamiento. Se aplicó una encuesta de 7 ítems validada previamente (Escala Likert 1-5). La encuesta fue aplicada al finalizar el entrenamiento y fue entregada anónimamente en buzones sellados. Se evaluó el grado de acuerdo o desacuerdo con aseveraciones sobre: efectividad de la metodología, retroalimentación, fidelidad del modelo, beneficios en autoconfianza y para la práctica clínica. Se utilizó estadística descriptiva para la evaluación de resultados.

**Resultados:** Se incluyó 81 alumnos. El 90% (n=73) de los alumnos estuvo completamente de acuerdo que la simulación mejoró sus destrezas y un 94% (n=76) de los alumnos consideró que los talleres de simulación deberían ser un componente obligatorio en pregrado. El 77% (n=62) y 79% (n=64) de los alumnos estuvo completamente de acuerdo con que la simulación mejoró su auto-confianza en el procedimiento y que la retroalimentación recibida fue útil, respectivamente. El 27% (n=22) de los alumnos consideró que el modelo simulado no representa el procedimiento de manera realista.

**Conclusiones:** El entrenamiento simulado es valorado de forma positiva por los alumnos. El desarrollo de modelos simulados de mayor fidelidad facilitará la mejora continua de estos programas de entrenamiento.

## HACIA UNA BASE DE DATOS NACIONAL DE INVESTIGACIÓN QUIRÚRGICA. ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO DE LOS ÚLTIMOS DOCE AÑOS DE LA REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA.

Daniel Elías Moreno Miranda, Enrique Larraín Compagnon, Anais Tampier Cotoras, Daniel Valenzuela Candía,

Pontificia U. Católica de Chile. Cirugía General. Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile

**Introducción:** Los trabajos bibliométricos permiten describir y analizar trabajos respecto a diferentes características. En la línea de identificar y describir la situación de la investigación en Chile, como primera fase presentamos los trabajos publicados en la Revista Chilena de Cirugía (RCC) desde el año 2006 al segundo número del 2018.

**Objetivos:** Describir características generales de los trabajos publicados en la Revista Chilena de Cirugía entre los años 2006 y 2018 (incluidos éstos)

**Material y Método:** Diseño: Estudio bibliométrico, observacional, retrospectivo longitudinal.

**Criterios de inclusión:** Todos los trabajos publicados en la Revista Chilena de Cirugía entre los años 2006 y 2018, incluidos éstos.

**Criterios de Exclusión:** Trabajos publicados en las secciones: Editorial, Cartas al editor, Maestros de la Cirugía, Crónicas, Obituarios y Revista de Revistas.

Se analizó con estadística descriptiva. Con Minitab v.18 se analizó distribución (Kolmogórov-Smirnov) y comparación de proporciones con Chi-cuadrado.

**Resultados:** Se analizaron 74 números divididos en 13 volúmenes. En promedio hubo 19 trabajos/número (1402 en total). Se excluyeron 274 trabajos.

El 49,3%(558) correspondió a trabajos originales; 34.6%(391) Case Report; y 16%(181) Review. En promedio se filiaron 1,8 instituciones/trabajo, con un total de 2.119 citaciones divididas en 341 instituciones (84 universitarias y 257 hospitalarias). El 81.9% (926) correspondieron a trabajos realizados en Chile, de éstos, el 73.5% (681) tiene origen en instituciones pertenecientes a la Región Metropolitana. El 25,3% correspondieron a trabajos de Cirugía digestiva alta. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las proporciones observadas.

**Conclusiones:** Destaca el predominio de la investigación por sobre otros tipos de publicaciones. Hay un predominio de publicaciones chilenas, sin embargo, la curva disminuye progresivamente llegando a disminuir su proporción a la mitad en lo que va del 2018. El 75% tiene origen en la región metropolitana y en dos instituciones, creando un desafío respecto a mejorar las políticas en investigación en las regiones e instituciones.

## LISTAS DE VERIFICACIÓN DISPONIBLES PARA EL REPORTE DE RESULTADOS EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Carlos Manterola Delgado,  
Universidad de la Frontera. Programa de Doctorado en Ciencias Médicas. Centro de Estudios Morfológicos y Quirúrgicos (CEMyQ)

**Introducción:** El reporte de resultados, es un punto fundamental en el proceso de investigación. Sin embargo, la calidad del reporte, sigue siendo cuestionada. Por ello, se han desarrollado algunas iniciativas tendientes a mejorar este aspecto.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue describir listas de verificación (LV) disponibles para el reporte de resultados en investigación biomédica.

**Material y Método:** Revisión sistemática. Se incluyó todo tipo de LV para mejorar la calidad del reporte de resultados de investigaciones biomédicas. Se realizó una búsqueda en The Cochrane Library, MEDLINE, SciELO y Redalyc; Clinical Evidence, TRIP Database, Fisterra, Infodoctor, EQUATOR Network, portal BIREME-BVS, Programa HINARI, BMC Medical Education y EUROPE PMC. Los documentos recuperados se agruparon por escenarios de intervenciones terapéuticas, precisión diagnóstica, pronóstico, evaluaciones económicas, estudios cualitativos, de material biológico y misceláneos.

**Resultados:** Se encontraron 47 LV. 16 para intervenciones terapéuticas (CONSORT, QUOROM, MOOSE, MInCir-T, TREND, GNOSIS, NPT, REHBaR, PRISMA, REFLECT, Ottawa, SPIRIT, STNS, SPAC, PRISMA-P y TRIALS); 6 para precisión diagnóstica (STARD, QUADAS, QAREL, GRRAS, MInCir-D y APOSTEL); 5 para pronóstico (MInCir-Pr1, GRIPS, TRIPOD, REMARK y MInCir-Pr2); 4 para evaluaciones económicas (NHS-HTA, ISPOR RCT-CEA, NICE-STA y CHEERS); 3 para estudios cualitativos (COREQ, ENTREQ y SRQR); 3 para estudios con material biológico (MIAME, ARRIVE y PREPARE); y 10 misceláneos (AGREE, STROBE, ORION, GRADE, SQUIRE, MARQ, MInCir-EOD, CARE, GREET y RECORD).

**Conclusiones:** Existe variedad importante de LV disponibles para el reporte de resultados en investigación biomédica, las que pueden ser utilizadas por autores, revisores y editores, para mejorar la calidad del reporte de los artículos científicos.

## SALTO TRIPLE. UNA ALTERNATIVA DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS EN PROGRAMAS DE POSTGRADO.

*Carlos Manterola Delgado,*

*Universidad de la Frontera. Programa de Doctorado en Ciencias Médicas. Centros de Estudios Morfológicos y Quirúrgicos (CEMyQ)*

**Introducción:** Garantizar la calidad en la enseñanza de posgrado es una garantía de la competitividad demostrada por las instituciones. Sin embargo, la evaluación del proceso de cumplimiento de objetivos es complejo y no exento de dificultades.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue determinar la consistencia interna y confiabilidad interobservador del instrumento salto triple (ST), aplicado a estudiantes de Magíster y Doctorado en Ciencias Médicas, para evaluar cumplimiento de objetivos de aprendizaje.

**Material y Método:** Estudio de confiabilidad (pruebas diagnósticas). El ST, fue aplicado por 3 evaluadores que realizaron 2 evaluaciones, utilizando guías de evaluación estructuradas en tres dimensiones (cognitivo, actitudinal y de procedimiento); en una escala tipo Likert con puntajes de 0 (objetivo no logrado) a 4 (objetivo plenamente logrado). El puntaje total se transformó posteriormente en una calificación final. Se caracterizó a los sujetos evaluados y se determinó consistencia interna y confiabilidad interobservador. Para ello, se enrolaron 51 profesionales de la salud matriculados en los programas de postgrado en Ciencias Médicas de la Universidad de La Frontera entre 2005 y 2016 (35 del programa de Magíster y 16 del Doctorado en Ciencias Médicas).

**Resultados:** Los sujetos a estudio, tenían una mediana de edad de 29 años, 66.7% eran hombres, tenían 6 años de experiencia profesional y 3 años como especialistas. La consistencia interna de las respuestas a la evaluación se caracterizó por un  $\alpha$  de Cronbach entre 0,734 y 0,938. La confiabilidad interobservador del instrumento tenía valores entre 0,86 y 1,0.

**Conclusiones:** Los niveles de consistencia interna y confiabilidad fueron más altos que los reportados previamente; por ende, nos parece que esta forma de evaluar objetivos en este tipo de estudiantes, tiene una consistencia interna sólida y es confiable.

## IMPACTO DE UN DIPLOMADO DE ENTRENAMIENTO SIMULADO SOBRE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

*Cristián Jarry Trujillo, Felipe Bellolio Roth, Carlo Marino Coloma, Martín Inzunza Agüero, Rodrigo Tejos Sufan, Pablo Achurra Tirado, Julian Varas Cohen,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC Departamento de Cirugía Digestiva.*

**Introducción:** La educación Basada en Simulación (BS) es efectiva en el aprendizaje de habilidades quirúrgicas. Es difícil determinar el impacto de programas BS a nivel nacional.

**Objetivos:** Describir el impacto percibido de un diplomado de laparoscopia BS.

**Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 197 cirujanos y residentes que realizaron el "Diplomado de Técnicas Básicas en Cirugía Laparoscópica Avanzada" entre 2011 y 2017, a quienes se envió encuesta electrónica durante julio de 2018. El instrumento se diseñó para obtener variables descriptivas (sexo, edad y nivel de formación) y de interés (preguntas en formato Likert para describir el impacto percibido del curso en términos generales y Procedimiento-Específico (PE)). Se utilizó estadística descriptiva y asociación de variables mediante Chi-cuadrado.

**Resultados:** Se incluyeron 64 sujetos que respondieron la encuesta. El 78,1%(n=50) realizó el diplomado para mejorar su habilidad quirúrgica. 67,2%(n=43) realizó el curso siendo cirujano y 15,6%(n=10) residente. 71,8%(n=46) había realizado menos de 200 procedimientos laparoscópicos previo al curso. Más del 70% manifestó acuerdo con que el diplomado permitió reducción significativa de tiempos operatorios, mayor exposición a procedimientos laparoscópicos y mejores resultados clínicos. Además, habría otorgado mayor confianza para realizar laparoscopia al 92,2%(n=59). El aporte PE fue mayor para cirugías complejas: Gastrectomías en Manga, Hemicolectomías, Sigmoidectomías y ByPass Gástrico. Sujetos con menos de 100 procedimientos laparoscópicos realizados previo al diplomado, tendieron a considerar en una proporción mayor, que el diplomado permitió mejores resultados clínicos ( $p=0,05$ ) y afirmaron en una proporción significativamente mayor que el diplomado fue relevante/fundamental? para realizar Apendicectomías ( $p=0,025$ ), Colectomías ( $p=0,007$ ) y Laparoscopías exploradoras ( $p=0,008$ ).

**Conclusiones:** Cirujanos generales y en formación que realizaron este diplomado, perciben que la instancia tuvo un impacto positivo en los tiempos operatorios, resultados clínicos, confianza y exposición a procedimientos. El beneficio percibido es mayor en procedimientos laparoscópicos complejos y en procedimientos simples para sujetos de menor experiencia

## TUTORÍA ENTRE PARES DE DISTINTO AÑO ACADÉMICO EN LA ENSEÑANZA DE HABILIDADES QUIRÚRGICAS BÁSICAS EN ALUMNOS DE PREGRADO DE MEDICINA

*Roberto González Lagos, Héctor Molina Zapata, María Angélica García- Huidobro Díaz, Patricio Stevens Moya, Andrés Jadue Tobar, Javier Torres Martínez, Matías Ávalos Troncoso, Alejandra Riquelme Urrutia,*

*Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile*

**Introducción:** La tutoría entre pares es una metodología de aprendizaje que en la carrera de medicina tradicionalmente consta de alumnos de cursos inferiores bajo la tutoría de estudiantes de cursos superiores. En la enseñanza de habilidades quirúrgicas de pregrado ha sido poco utilizada y carece de estandarización.

**Objetivos:** Comparar la adquisición de habilidades procedimentales básicas mediante un taller de sutura, según la tutoría por alumnos de 3º y 7º año de la carrera de medicina de la Universidad de Concepción.

**Material y Método:** Estudio pre-experimental, antes y después. La intervención consta inicialmente de un taller de formación de monitores de sutura (MS) para dos estudiantes de 3º y 7º año de medicina. Posteriormente se implementó un taller de sutura impartido por MS a 23 estudiantes de cuarto año de medicina de la Universidad de Concepción. Se evaluó sutura discontinua mediante la escala: ?The Objective Structured Assessment Of Technical Skills? (OSATS) y satisfacción mediante encuesta tipo Likert validada por expertos. Se describen y comparan los resultados pre y post intervención y satisfacción de los estudiantes, de acuerdo al semestre cursado del MS. Se aplicó consentimiento informado. Se utilizó Excel® y SPSS24® para análisis estadístico mediante prueba t de Student. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Ambos grupos progresaron significativamente en escala OSATS (7º: 15,5 vs 27,8 y 3º: 18,1 vs 28,1,  $p < 0,001$ ), al comparar los resultados pre y post intervención respectivamente, los puntajes finales no presentan diferencias significativas. La intervención fue bien evaluada con 66 de 68 puntos, sin diferencias significativas según el semestre cursado del MS.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia muestra que la tutoría entre pares entrenados para la enseñanza de habilidades quirúrgicas básicas genera excelentes resultados, independiente del año cursado del tutor (MS). Es bien percibida por los estudiantes posiblemente por los beneficios intrínsecos que esta metodología conlleva y que escapan de las evaluaciones tradicionales.

## DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO DE ONICOCRIPTOSIS PARA DOCENCIA A MÉDICOS GENERALES

*Cristián Jarry Trujillo, María Jesús Mayo Mingo, Carlo Marino Coloma, Juan Pablo Henríquez Rissios, Jorge Martínez Castillo, Alfonso Jorge Navia Torelli, Julian Varas Cohen, María Carolina Herman Montero,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC*

*Departamento de Medicina Familiar.*

**Introducción:** La onicocriptosis es una patología de cirugía menor prevalente en atención primaria (AP) y no existe en Chile un modelo similar a la realidad quirúrgica que permita entrenar onicectomía/matricectomía.

**Objetivos:** Desarrollar y evaluar un modelo simulado de onicocriptosis para médicos generales.

**Material y Método:** Estudio cuasiexperimental. Se diseñó un modelo simulado de onicocriptosis de dos piezas (pie/hallux) en base a ?smooth cast?, caucho de silicona, acrílico y ?dragon skin?. El modelo fue evaluado en un taller de onicectomía/matricectomía perteneciente a un curso de cirugía menor orientado a médicos de AP. Se seleccionaron a todos los alumnos del curso como participantes. No hubo criterios de exclusión. Se evaluó el desempeño de los alumnos mediante pauta de cotejo y posteriormente se les encuestó respecto al modelo. Se definieron como variables de interés: porcentaje de logro de la pauta y mediante escala Likert, semejanza de cada componente del modelo a la realidad y su aporte al aprendizaje. Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** 27 médicos generales realizaron el taller. El 66,7% realizó correctamente la totalidad de los pasos solicitados por pauta. El logro promedio del total de la pauta fue de 96,3%. 19 alumnos (70,4%) respondieron la encuesta. Las principales valoraciones positivas del modelo fueron en planificación y corte del losanjo (73,7%), sutura (73,7%), corte y manipulación de la uña (68,4%) y matricectomía (63,2%). En términos de semejanza con la realidad quirúrgica, la relación anatómica entre estructuras recibió un 78,9% de valoraciones positivas; la uña 68,4%, el lecho y la matriz ungueal 63,2% y 57,9% respectivamente. El 100% manifestó acuerdo con que el modelo resultó fundamental para entender el procedimiento y 94,7% para realizarlo con mayor confianza en un paciente real.

**Conclusiones:** Este modelo fue evaluado positivamente por un alto porcentaje de los participantes sugiriendo una aceptable semejanza con la realidad y utilidad para el aprendizaje de la técnica.

## Validación de un simulador virtual de cirugía laparoscópica comparado con los ejercicios de la FLS

*Oliver Daniel Maida Medina, Ivan Alberto Turu Kobayashi, Juan Francisco Tabilo Ahumada, Galo Esteban Cardenas Santacruz, Italo Tapia Tenorio, Alexis Rodriguez Gavilanes, edson wilmer alanez bautista, Marcelo Vivanco Lacalle,*

*Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo.*

**Introducción:** La simulación virtual en el entrenamiento en laparoscópica, actualmente se emplea en muchos programas de entrenamiento a nivel mundial, actualmente en Chile no existe un dispositivo virtual que se use en los programas de formación y a continuación describimos la validación de un simulador virtual

**Objetivos:** Primario: Determinar la validación del constructo usando el tiempo para completar los ejercicios FLS tanto en simulador virtual como tradicional  
Secundario:

Determinar el número de errores

Determinar el número de movimientos para completar los ejercicios Determinar la velocidad de las tareas

Determinar la economía del movimiento de los sujetos de experimentación

**Material y Método:** Diseño de estudio Estudio randomizado experimental

La muestra del estudio se calculo en base a estudios previos con un nivel de confianza 95% y margen de

error 5% que fue de 5 por cada brazo.

**Criterios de Inclusión**

Novatos.- Personas que no realizaron ningún curso de laparoscopia ni cirugías laparoscópicas Expertos: cirujano bariátrico certificado

**Criterios de exclusión:** Todos los novatos que tuvieron algún tipo de entrenamiento laparoscópico

Se realizara una estadística analítica y se realizará una prueba de Mann-Whitney para las comparaciones de los grupos.

**Resultados:** Se envía resultados preliminares y se encontro que los individuos novatos obtuvieron tiempos más largos para completar los ejercicios comparable con los cirujanos expertos tanto en el simulador laparoscópico como en la caja tradicional.

Se encontro resultados parecidos con la economía del movimiento, para el número de movimientos y velocidad de desplazamiento.

**Conclusiones:** Queda demostrado con este estudio que el simulador virtual es capaz de discriminar a los sujetos novatos de los expertos y medir las variables de manera confiable.

## IMPACTO DEL PRIMER ?LEARNING CENTER? DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN CHILE

*Martín Inzunza Agüero, José Luis Quezada González, Rodrigo Tejos Sufan, Alberto Felipe Torres Gueren, Gabriel Escalona Vivas, Gabriel Díaz Flores, Valeria Abiuso Baesler, Pablo Achurra Tirado,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Facultad de Medicina, Centro de Simulación UC.*

**Introducción:** El entrenamiento estandarizado mediante simulación ha demostrado mejorar habilidades de residentes y cirujanos. Sin embargo, los centros de simulación que imparten programas validados son escasos y centralizados. Favorecer el acceso de la comunidad quirúrgica a estos programas constituye el desafío actual.

**Objetivos:** Describir el primer ?Learning Center? (LC) realizado durante el 90º Congreso Chileno de Cirugía, evaluar su impacto y percepción de la simulación quirúrgica en los programas de formación actual.

**Material y Método:** Estudio de corte transversal. Se describió la conformación del LC: estaciones de entrenamiento, equipo profesional y modalidad de enseñanza. Se aplicó una encuesta tipo Likert con 8 preguntas para evaluar impacto y percepción de los asistentes. Criterios de inclusión: completar ?1 sesión de entrenamiento, exclusión: encuesta incompleta. Se

# Simulación, Educación e Investigación

---

realizó un análisis descriptivo de la muestra, y se utilizaron los test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para analizar diferencias entre respuestas según sexo y nivel de formación.

**Resultados:** LC estuvo compuesto por 10 estaciones de entrenamiento con distintos niveles de dificultad. Un equipo de 9 instructores monitorizaron y entregaron feedback efectivo a los asistentes. 84 asistentes contestaron la encuesta de forma completa, siendo un 39% mujeres. Según nivel de formación, 41,6% fueron Residentes de Cirugía General, 35,7% Cirujanos, 17,9% Internos de Medicina, y 4,8% Médicos Generales. Un 85% manifestó acuerdo con respecto al impacto positivo del LC como recurso educacional continuo durante el Congreso de Cirugía, y la utilidad de la práctica con simuladores de cirugía mínimamente invasiva para el desarrollo de habilidades quirúrgicas. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre respuestas según sexo o nivel de formación.

**Conclusiones:** Se desarrolló con éxito el primer LC de cirugía en Chile, con una amplia aceptación entre sus participantes, constituyendo un posible recurso permanente durante el Congreso de Cirugía. El entrenamiento simulado en cirugía mínimamente invasiva es un recurso aceptado y solicitado por la comunidad quirúrgica nacional.

## DESARROLLO DE UN MODELO DE ENTRENAMIENTO DE COLGAJOS LOCALES PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL EN COLGAJO ABDOMINAL DE ABDOMINOPLASTÍA.

*Ivonne Zarate Geisse, Claudia Albornoz Garrido, Patricio Andrades Cvitanic, Stefan Danilla Enei, Sergio Sepúlveda Pereira, Cristian Erazo Cortés, Diego Andres Quispe Valdes, Natalia Alvarez Lucero,*

*Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Cirugía Plástica.*

**Introducción:** La simulación en cirugía, herramienta docente validada en la formación de habilidades quirúrgicas. El cirujano general enfrenta frecuentemente la realización de colgajos locales; la adquisición de esta habilidad es un objetivo docente en la rotación de cirugía plástica.

**Objetivos:** Desarrollar modelo de simulación para entrenamiento quirúrgico de colgajos locales en tejidos humanos.

**Reporte del(los) Caso(s):** Se utilizó el colgajo dermograsso de la abdominoplastía una vez resecado. Modelo de 4 pasos: estudio de colgajos locales previo sesión por residente, repaso de conceptos con cirujano

plástico minutos antes de comenzar sesión, realización de colgajos locales previamente determinados por residente, con apoyo del docente y evaluación de resultados. Posteriormente colgajo es desechado para incineración siguiendo protocolo intrahospitalario habitual. Hasta la fecha se han realizado 6 colgajos locales por 2 residentes de cirugía general, incluyendo colgajo en V-Y, colgajo de rotación, colgajo de Limberg, colgajo de avance simple. Actualmente, se está determinando número de colgajos realizados independiente por el residente para considerar habilidad como adquirida, y se realizará evaluación finalizado primer año del programa de especialización. Se presenta un modelo de simulación para adquisición de habilidades quirúrgicas. Este innovador modelo permite entrenar habilidades en tejido con similares características al vivo, es reproducible y de bajo costo.

## HERNIA DIAFRAGMÁTICA POST-TRAUMÁTICA ESTRANGULADA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer, CLAUDIA EMELIT HURTADO SEJAS, Herman Viveros Guajardo, Cristian Siques Urzua, sebastian reyes zablah,

Universidad de Santiago de Chile. servicio urgencias. hospital san jose

**Introducción:** la incidencia real del trauma diafragmático es estimada, por subdiagnóstico y retraso en su identificación. La incidencia de ruptura diafragmática luego de un trauma toraco - abdominal está en rangos de 0.8% - 5% y hasta un 30% se presenta de forma tardía. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos por años luego del trauma hasta que ocurren las complicaciones

**Objetivos:** reporte de un paciente con una hernia diafragmática post-traumática estrangulada revisión de la literatura

**Reporte del(los) Caso(s):** paciente masculino de 20 años, con antecedente de herida por arma de fuego en región toracoabdominal izquierda en 01.2017. consulta a urgencias 24.06.2017 por dolor cólico epigástrico intermitente y en hipocondrio izquierdo, disnea con tope inspiratorio, ausencia de eliminación de deposiciones y vómitos fecaloideos. presenta ausencia de murmullo pulmonar en campo izquierdo, matidez a la percusión, abdomen blando depresible doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, RHA aumentados. se solicita radiografía de abdomen de pie que evidencia una hernia diafragmática complicada, se complementa estudio con TC de abdomen. en pabellón se realiza abordaje mediante laparotomía, reducción de colon transversal (perforado) y estomago a cavidad abdominal, aseo de la cavidad torácica, se coloca pleurotomía, cierre del defecto diafragmático, resección del colon transversal perforado y confeccion colostomía y fistula mucosa

## TRAUMA TRAQUEO-BRONQUIAL POR ARMA BLANCA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

CLAUDIA EMELIT HURTADO SEJAS, Javier Hurtado Sejas, Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer, Jhasmin Alejandra Hurtado Guaman,

Complejo Hospitalario San José (Santiago,

Independencia). servicio urgencias. universidad de santiago

**Introducción:** las lesiones traqueo-bronquiales son de baja incidencia en trauma de tórax, pero con elevada morbi-mortalidad, las víctimas presentan lesiones asociadas como grandes vasos cervicales, mediastino y esófago. El índice de mortalidad de las lesiones traqueobronquiales llegan hasta un 33%. la presentación típica es fuga persistente por el drenaje pleural y falta de expansión pulmonar radiológica

**Objetivos:** presentación caso clínico con lesión traqueo-bronquial por arma blanca revisión actual de la literatura

**Reporte del(los) Caso(s):** masculino 29 años. Ingresó al servicio de Urgencia del Hospital San José con herida por arma blanca en hemitórax superior derecho, presenta hipotensión arterial, taquicardia y disnea. A la exploración física evidencia herida de 2 cm en hemitórax superior derecho, con expansibilidad disminuida ipsilateral, timpanismo y murmullo vesicular abolido. Se sospecha neumotórax a tensión derecho, se instala pleurotomía derecha con salida de aire a presión, presenta mejoría clínica transitoria, control radiológico evidencia persistente colapso pulmonar derecho y drenaje pleural con fuga aérea importante. Se sospecha fistula broncopleural derecha, Se decide reintervención quirúrgica por toracotomía derecha, con hallazgo de lesión traqueobronquial derecha de 1.5 cm con fuga de aire. Se realiza Reparación bronquial con Vicryl, prueba neumática que descarta fuga aérea, se constata expansión pulmonar adecuada, dejando drenaje pleural derecho

## LAPAROTOMÍA DE TRAUMA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 2 AÑOS

Valentina Olmedo Prado, Gustavo Gárate Godoy,

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio Cirugía Adulto. Facultad de Medicina, Unidad de Postgrado, Universidad de Valparaíso

**Introducción:** En Chile, el trauma corresponde a la primera causa de muerte durante las primeras cuatro décadas de la vida. En 2015, 2.744 fallecimientos fueron por esta causa, siendo primera causa de muertes prematuras. El trauma abdominal, constituye una importante causa de morbimortalidad.

**Objetivos:** Caracterizar los traumas abdominales que requieren manejo quirúrgico; y determinar patrones entre horas prequirúrgicas, tipo de trauma recibido, y el resultado quirúrgico.

**Material y Método:** Este es un estudio de cohortes retrospectivas, incluye los pacientes sometidos a laparotomías exploradoras entre enero 2016 y diciembre 2017. Como criterio de inclusión, todo paciente sometido a laparotomía por causa traumática. Como criterio de exclusión, patología no relacionada al trauma. Como outcome primario, tipo de trauma, tiempo quirúrgico, estado clínico y resultado quirúrgico. Como outcomes secundarios, tiempo de estadía hospitalaria, la estadía UCI y reoperaciones. Se utiliza estadística analítica paramétrica y descriptiva.

**Resultados:** Se registraron 829 laparotomías exploradoras, 67 de trauma: 85% fueron varones, edad media de 35,8 años (DE 18,9), la mayoría por arma blanca (35,8%), arma de fuego (29,9%). 8 pacientes fallecen secundarios al trauma.

El 71,64% fueron operados durante la primera hora, de éstos, 58,3% se encontraban inestable y 22,2% en shock. El 60% de los pacientes operados durante la primera hora, requirieron aseo y/o sutura simple, de éstos, el 57% se encontraban estables.

El 41,5% de los pacientes requirieron una sutura simple (hemostática, de víscera sólida, o de laceraciones simples intestinales); 16,9% requirieron algún tipo de resección intestinal, y 20% necesitaron laparostomía.

Los pacientes víctimas de trauma secundarios a armas de fuego y accidentes de tránsito, requirieron más intervenciones y/o estadía en unidades de mayor complejidad.

**Conclusiones:** Si bien es un estudio observacional, podemos inferir un patrón de alta sensibilidad al momento de diagnosticar la necesidad de cirugía en trauma abdominal. Sin embargo, cada paciente y situación es diferente, así deberíamos seguir criterios uniformes concensuados.

## PENETRANTE CARDIACA POR ARMA BLANCA: ¿NUNCA ESTAREMOS PREPARADOS?

*Ioram Israel Jacobovsky Rosenblitt, Cristián Jarry Trujillo, Carlo Marino Coloma, Erwin Buckel Schaffner, Julian Varas Cohen,*

*Pontificia U. Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC, Departamento de cirugía digestiva.. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.*

**Introducción:** La cirugía de penetrante cardiaca por arma blanca tiene una curva de aprendizaje no establecida y prácticamente imposible de lograr durante una residencia de cirugía general tradicional. La simulación quirúrgica podría complementar la formación y acortar la curva de aprendizaje para este desafiante procedimiento.

**Objetivos:** Video de un equipo de cirujanos entrenando en un simulador de penetrante cardiaca y luego el desempeño del mismo equipo en un paciente real.

**Contenido del Video:** El video se divide en dos partes: Parte 1. Se evidencia un equipo de cirujanos en formación entrenando un escenario simulado de penetrante cardiaca por arma blanca. El simulador es un maniquí con un corazón de tejido ex vivo porcino y pericardio sintético, perfundido por una bomba roller con sangre artificial; Modelo previamente validado por Simulación UC. El ejercicio simulado consiste en controlar el sangrado manteniendo presiones estables para así evitar la exanguinación del paciente. Parte 2. El mismo equipo entrenado previamente con simulación enfrenta una penetrante cardiaca en paciente real, logrando mantener calma en pasos críticos y obteniendo un buen resultado quirúrgico. El paciente evoluciona sin complicaciones a la semana y 2 meses de control post operatorio.

## EVOLUCIÓN TEMPORAL DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE TRAUMATISMOS PENETRANTES CARDÍACOS OPERADOS

*Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Sebastián Barra Méndez, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Emilio Alarcón Cabrera,*

*Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.. Hospital Clínico Regional de Concepción: ?Dr. Guillermo Grant Benavente?, Concepción, Chile*

**Introducción:** El traumatismo penetrante cardíaco (TPC) representa una de las causas más frecuente de mortalidad por trauma (15-40%). En nuestro medio, suele ser secundario a agresión por arma blanca.

**Objetivos:** Describir las características, clasificación TPC y morbimortalidad en pacientes operados por TPC y compararlas en tres periodos de tiempo.

**Material y Método:** Estudio analítico-trasversal. Período enero-1990 a diciembre-2016, Hospital Regional de Concepción. Revisión base datos TPC. Se utilizó Excel® y SPSS® 24 con función chi-cuadrado y ANOVA. Se clasificó TPC según Trauma-and-Injury-Severity-Score (TRISS). Se dividió en tres periodos: 1990-1999, 2000-2009 y 2010-2016. Se comparan características clínicas, score de gravedad y morbimortalidad entre cada periodo. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Total 217 TPC. Según periodos: 83 (38,2%), 61 (28,1%) y 73 (33,6%) pacientes. Edad promedio 31, 28 y

31 años respectivamente; Lesiones por arma blanca 68 (81,9%), 56 (91,8%) y 59 (80,8%) ( $p>0,05$ ). Presentaron taponamiento 75 (90,4%), 42 (68,9%) y 50 (68,5%) ( $p=0,001$ ) y shock 41 (49,4%), 20 (32,8%) y 40 (54,8%) respectivamente ( $p=0,03$ ). Cursaron con paro cardiorrespiratorio 2 (2,4%), 3 (4,9%) y 15 (20,5%) respectivamente ( $p<0,001$ ). Lesión de ventrículo derecho en 44 (53,0%), 37 (60,7%) y 28 (38,4%) ( $p=0,03$ ) respectivamente. Se abordaron por esternotomía 41 (49,4%), 50 (82,0%) y 65 (89,0%) ( $p<0,001$ ) y debieron reoperarse 9 (10,8%), 10 (16,4%) y 5 (6,8%) ( $p=0,035$ ). Requirieron unidad de cuidados intensivos 39 (47,0%), 42 (68,8%) y 53 (72,6%) ( $p=0,002$ ). TRISS 22,4, 23,2 y 36,9 ( $p=0,02$ ). Morbilidad en 23 (27,7%), 21 (34,4%) y 19 (26,0%) ( $p>0,05$ ) y mortalidad en 10 (12,0%), 6 (9,8%) y 12 (16,4%) ( $p>0,05$ ).

**Conclusiones:** El TPC requiere de buen manejo en urgencias dada su alta morbimortalidad. Ha aumentado la gravedad de los pacientes, pero la mortalidad no ha variado significativamente.

## URINOTÓRAX TRAUMÁTICO: REPORTE DE UN CASO

*Elías Ricardo Arroyo Alarcón, Pablo Sebastián González Bobadilla, Daniel Eduardo Acevedo Pereira, Edgar Marcelo Devaud Jaureguiberry, Marko Patricio Gjuranovic Sardy,*

*Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía.*

**Introducción:** El urinotorax es una causa rara de derrame pleural, la evidencia actual se basa en reporte de casos. Generalmente es causado por patología urinaria obstructiva o lesión iatrogenica de vía urinaria, su presentación en trauma cerrado es de las mas infrecuentes.

**Objetivos:** Reportar caso de urinotorax traumático y manejo en el Hospital Base Osorno.

**Reporte del(los) Caso(s):** Varón de 36 años sufre accidente automovilístico presentando múltiples lesiones costolumbares izquierdas, set radiográfico de trauma sin lesiones, se indica alta. Reconsulta al día siguiente por disnea, dolor torácico y dorsolumbar. TC tórax-abdomen-pelvis evidencia fracturas costales X,XI y XII izquierdas, derrame pleural bilateral; trauma renal izquierdo a nivel hiliar, compromiso vascular arterial y hematoma en polo superior 2.2x2.1cm asociado a rotura ureteral izquierda a nivel hiliar. Se realiza pleurostomía bilateral con salida de contenido hemático; cistoscopia,pielografía e instalación catéter doble-J. Presenta recurrencia de

derrame pleural izquierdo, se realiza nueva pleurostomía, con debito 1l/24h color amarillo, estudio de líquido pleural destaca creatinina 7.99 mg/dl con creatinina sérica 1.17mg/dl, índice creatinina pleural/sérica 6.82. TC control muestra infarto en tercio superior de riñón izquierdo, extravasación de contraste en pelvis renal y fístula pielopleural, se decide realizar nefrectomía, videotoracoscopía con aseo pleural y nueva pleurostomía. Con evolución favorable se decide alta.

## IMPLEMENTACIÓN DE TROMBOELASTOMETRÍA COMO TERAPIA GUIADA POR METAS PARA LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA COAGULOPATÍA ASOCIADA AL TRAUMA.

*Juan Pablo Ramos Perkis, Pablo Rafael Ottolino Lavarte, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Carolina Munoz Alarcón, Alfonso Diaz Fernandez,*

*Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Unidad de Urgencia y Trauma.*

**Introducción:** El 40% de la mortalidad en trauma es responsabilidad del sangrado y la consecuente coagulopatía. La implementación de pruebas viscoelásticas como la tromboelastometria (ROTEM), nos permite identificar y tratar en forma precoz la coagulopatía asociada al trauma (CAT).

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es proponer la implementación del ROTEM para la detección precoz de la CAT y su corrección en base a un protocolo de transfusión masiva dirigido por dicha prueba.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes víctimas de trauma que cumplan con: Trauma penetrante, FAST positivo, PAS menor 90 mmHg. o FC mayor 120 lat/min. Se realiza ROTEM de ingreso y una vez controlada la fuente de hemorragia. En base a los resultados la reanimación hemostática es dirigida al tipo de coagulopatía.

**Resultados:** Serie constituida por 52 pacientes. El 68,1% es por trauma penetrante. En el 90% el ISS es mayor a 15. El 54,5% ingresa hipotenso, el 31,8% taquicardico y FAST positivo en el 63,6%. La totalidad de la serie el primer ROTEM fue realizado en menos de 30 minutos posterior evento traumático. 18% ingresó al SU con pruebas standard de coagulación prolongadas, destacando un ROTEM alterado en el 31,8% al ingreso. El tipo de CAT mas frecuente fue déficit de fibrinógeno y dentro del perfil de fibrinólisis el 9,5% presenta hiperfibrinólisis, 30,9% fibrinólisis normal y 59,5% inhibición de fibrinólisis. La mortalidad es de 14,2%

siendo 100% en el grupo de hiperfibrinolisis. El 95,5% requiere cirugía de urgencia. Se logra revertir la CAT en base a Crio, PFC, PLQT, GR y antifibrinolíticos en el 95,2% de la muestra.

**Conclusiones:** La implementación de ROTEM, nos permite identificar CAT de forma precoz en un 31,8% al ingreso del SU. El déficit de fibrinógeno es la CAT más frecuente y la hiperfibrinolisis la menos frecuente. La transfusión dirigida nos permite revertir la CAT.

## ¿HA CAMBIADO EL MANEJO DEL TRAUMA CARDIACO? ANÁLISIS DE 200 CASOS EN DIFERENTES DÉCADAS.

*Juan Pablo Ramos Perkis, Pablo Rafael Ottolino Lavarte, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Carolina Munoz Alarcón, Alfonso Diaz Fernandez,*

*Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Unidad de trauma y urgencias.*

**Introducción:** El trauma cardiaco penetrante (TCP) presenta una mortalidad cercana al 60%. No existen datos sobre si la implementación de un sistema de atención prehospitalario, protocolos de transfusión masiva y ecografía tienen beneficio en la supervivencia del TCP.

**Objetivos:** Análisis de morbilidad de dos grupos de pacientes con TCP en diferentes décadas en el Hospital Dr. Sotero del Río.

**Material y Método:** Análisis retrospectivo de 100 pacientes con TPC intervenidos entre 1/1/1982 y 1/5/1992 (P1) y 100 entre el 1/1/2006 y 1/1/2018 (P2).

**Resultados:** La muestra es similar en media de edad y género. Destaca el 91% de trauma por arma blanca en P1 y 88% en P2. En P1 el 6% ingresa en PCR mientras que en P2 el 20%. Al 15% se le realiza una radiografía de tórax versus 0% en P2. Al 33% de los pacientes se realizó pericardiocentesis en P1 mientras que el 100% del diagnóstico fue ecográfico en P2. En P1 se realizaron 6 toracotomías de resucitaron (TR) mientras que en P2. La zona cardiaca más lesionada es el ventrículo derecho en el 69% en P1 y en el 65% en P2. El 11% de P1 tiene lesiones multicavidad cardiaca y 4% en P2. La mortalidad en P1 es de 13%, mientras que en P2 de 23%. Entre los 6 pacientes con TR en P1, uno sobrevive sin secuelas neurológicas, mientras que de las 19 TR en P2, 3 sobrevive en la misma condición.

**Conclusiones:** La mortalidad del TPC ha aumentado en las últimas décadas, pese al diagnóstico precoz en el centro hospitalario. Destaca una gran proporción de

mortalidad intraoperatoria. La relación entre TR y supervivencia tiene la misma proporción en ambos grupos de estudio. Realizando un análisis estratificado de los grupos, el factor que difiere entre ambos es la experiencia del cirujano tratante, factor que pudiera explicar los resultados obtenidos.

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE UN CASO.

*Gabriela Alejandra Smith Pedemonte, Juan Pablo Andrés Cárdenas Larenas, Maria Jose Higuera Inostroza, Maria Constanza Sanchez Silva, Emily Kelly Osse Mejías,*

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

**Introducción:** La ingesta de cuerpos extraños (CE) es más frecuente en pacientes pediátricos y población psiquiátrica. La obstrucción por esta causa es infrecuente. El esófago proximal, antro-píloro, duodeno y la válvula íleo-cecal son los sitios más habituales. El diagnóstico preoperatorio con Tomografía Computada (TC) es fundamental para una buena planificación terapéutica. El tratamiento es principalmente quirúrgico, y en algunos casos endoscópico.

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente que presenta obstrucción intestinal alta por cuerpos extraños (OIACE).

**Reporte del(los) Caso(s):** Hombre de 38 años, con antecedente de esquizofrenia con mala adherencia a tratamiento y dos cirugías previas por OIACE. Consulta en Urgencia por ingesta de piedras y bolsas durante brote psicótico hace 3 días. Posteriormente inicia dolor abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal. Al ingreso taquicárdico, abdomen distendido, doloroso, sin irritación peritoneal y tacto rectal negativo. Exámenes con elevación de parámetros inflamatorios. La TC informa dilatación de asas, con cambio de calibre en yeyuno distal y presencia de 3 CE intraluminales. Se realiza Laparotomía Exploradora y adherenciólisis, identificando CE a nivel de yeyuno. Enterotomía distal a CE, con extracción de abundantes elementos de plásticos y 3 piedras de 5x4x4 cm, con posterior enterorrafia. Evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al noveno día.

## ROTURA VESICAL INTRAPERITONEAL EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE CASO.

# Trauma, Reanimación y Patología Quirúrgica de Urgencia

---

*Carlos Patricio Ayala Pardo, Sebastian aliro Marchant Bocaz, Daniela Andrea Galaz Springer, Marcelo Millan Alvarado,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Urgencias. Universidad Austral de Chile*

**Introducción:** La rotura vesical intraperitoneal constituye una emergencia quirúrgica, habitualmente ocurre en pacientes politraumatizados con fractura de pelvis asociada, siendo poco común su presentación como lesión única, donde un aumento súbito de presión intravesical en vejiga llena determina su rotura. Su manejo convencional es laparotomía exploradora, existiendo pocos reportes de manejo laparoscópico.

**Objetivos:** Reportar el caso de una paciente con rotura vesical intraperitoneal en contexto de un trauma abdominal cerrado, resuelto vía laparoscópica en urgencias Hospital Base Valdivia.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer 19 años, ingresa a urgencias por trauma abdominal cerrado tras caída desde 3 metros de altura. Refiere dolor abdominal difuso, asociado a hematuria, hemodinamia normal, sin irritación peritoneal. Tomografía computada evidencia lesión vesical aislada. Se realiza laparoscopia exploradora, aspirando 1800 ml de orina, identificando lesión de 3 cm de longitud en cúpula vesical. Se realiza cistografía laparoscópica en 2 planos y posterior instalación de sonda foley. Evoluciona favorablemente, dándose de alta con sonda al tercer día postoperatorio.

Comentarios:

La reparación laparoscópica de lesión vesical intraperitoneal aislada en pacientes con trauma abdominal cerrado es factible de realizar por cirujanos con experiencia en sutura laparoscópica y debería considerarse como gold standard por su baja morbilidad, corta estadía hospitalaria, rápida recuperación y buen resultado estético.

## TRAUMA PENETRANTE CARDIACO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA 2009-2017

*Daniel Alejandro Ledezma Vasquez, Francisco Javier Miranda Labra, Ricardo Jiménez Hernández, CLAUDIA ELIZABETH NAVARRO VALENZUELA, PEDRO ANTONIO DONETCH ULLOA, GERARDO ANDRES MARCHANT GAUMÁN, Martin Fernando Rivas Ibarra, JUAN NICOLÁS LARRAÑAGA DOMEQ,*

*Hospital Regional de Rancagua. SERVICIO DE CIRUGIA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE*

**Introducción:** El trauma cardiaco es una importante causa de mortalidad en población joven. La causa más frecuente son lesiones por arma blanca.

Existen pocas publicaciones que evidencien la realidad nacional de los pacientes con trauma cardiaco.

**Objetivos:** Revisar la experiencia de los pacientes con trauma penetrante cardíaco ingresados en el Hospital de Rancagua entre los años 2009 y 2017.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo de revisión de casos, desde mayo de 2009 a febrero de 2017, de pacientes ingresados vivos y operados por trauma penetrante cardíaco en el Hospital de Rancagua.

**Resultados:** Se identificaron 18 pacientes masculinos que presentaron heridas penetrantes cardíacas, con edades que fluctúan entre los 14 a los 61 años, con un promedio de 32 años.

Todas las lesiones fueron causadas por arma blanca. El tiempo promedio de espera para inicio de la cirugía fue de

62.78 minutos, realizándose en 17 (94.4%) de los pacientes toracotomía anterolateral izquierda y 1 paciente (5.5%) toracotomía tipo Clamshell. Las lesiones más frecuentes fueron de ventrículo derecho en 42.1% y de ventrículo izquierdo en 31.5%. La duración promedio de cirugía fue de 96,6 minutos.

Un 55,5% presentó complicaciones postoperatorias, de las cuales un 60% fueron cardiovasculares, 30% infecciosas y un 10% respiratorias.

Los días promedio de estadía en UCI fue de 7,6 y hospitalización total promedio de 14,6 días, tras los cuales el 100% de los pacientes fue dado de alta

**Conclusiones:** El trauma cardiaco penetrante representa un cuadro altamente letal, en donde menos del 10% de los pacientes sobrevivirá hasta el hospital. Al igual que en otras series, en este estudio existe predominio en hombres jóvenes, en etapa laboralmente activa. Una alta sospecha diagnóstica y un manejo multidisciplinario precoz es esencial para mejorar la sobrevida de estos pacientes.

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A GRAVEDAD EN PACIENTES QUEMADOS, VALDIVIA 2016.

*Juan carlos Maturana Arancibia, Waleska Guzmán Sobarzo, Camila Fernanda Del Valle Rodriguez,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). CIRUGÍA.*

**Introducción:** Los pacientes quemados acarrean múltiples secuelas asociadas al estado funcional

# Trauma, Reanimación y Patología Quirúrgica de Urgencia

relacionadas a la etiología, porcentaje de superficie quemada o compromiso de vía aérea, no existiendo evidencia en valdivia relacionada a lo anterior.

**Objetivos:** Hallar si existe relación entre los factores epidemiológicos y el riesgo de gravedad según score de garcés del paciente quemado al ingreso.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, se evaluaron los registros clínicos del total de pacientes ingresados con el diagnóstico de quemados, durante el año 2016 al servicio de urgencia del hospital regional de valdivia. las variables analizadas fueron edad, género, origen (urbano/rural), índice de garcés y etiología. las variables fueron analizadas mediante el programa stata 10.0

**Resultados:** Se registró el ingreso de un total de 56 pacientes, de los cuales 20 fueron mujeres (35%), y 36 hombres (65%). 40 de origen urbano y 26 rurales. 30 corresponden a pacientes menores de 10 años (53%), 35% de los pacientes urbanos presentaron garcés >70, versus 23% de rurales. dentro de las etiologías, 11 pacientes de los quemados por fuego (73%), presentaron garcés >70, versus 19% de los quemados por agua. 33% de los hombres presentaron índice >70, versus 15% de las mujeres.

**Conclusiones:** Según lo observado, los factores de riesgo asociado a gravedad en paciente quemado según índice de garcés ingresados al servicio de urgencia del hospital regional de valdivia son urbanidad, quemadura por fuego, y género masculino.

## COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A PACIENTES QUEMADOS INGRESADOS AL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL BASE DE VALDIVIA, AÑO 2016.

*Juan carlos Maturana Arancibia, Waleska Guzmán Sobarzo, Camila Fernanda Del Valle Rodriguez,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). CIRUGÍA.*

**Introducción:** Los pacientes quemados, acarrear una variedad de comorbilidades que están asociadas a su evolución en cuanto a tiempo de hospitalización, recuperación y secuelas funcionales posteriores.

**Objetivos:** Describir las comorbilidades y complicaciones en pacientes quemados ingresados al servicio de urgencia del hospital base de valdivia durante 2016.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, se

evaluaron los registros clínicos del total de pacientes ingresados con el diagnóstico de quemados durante el año 2016 al servicio de urgencia del hospital regional de valdivia. las variables estudiadas fueron edad, origen (urbano/rural), comorbilidades, y complicaciones asociadas. las variables fueron analizadas mediante el programa stata 10.0

**Resultados:** Se registró el ingreso de un total de 56 pacientes, de los cuales 20 fueron mujeres (35%), y 36 hombres (65%). 40 de origen urbano y 26 rurales. 30 corresponden a pacientes menores de 10 años (53%), 6 presentaron oh crónico (10%), 2 esquizofrenia (3%), 7 hipertensión arterial (12%), y 8 diabetes mellitus (14%). dentro de las complicaciones destacan 9 por infección del área quemada (16%), quemadura de vía aérea 7 (12%), y 4 fallecidos (7%).

**Conclusiones:** Según lo observado, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus destacan como las comorbilidades más importantes, mientras que respecto a complicaciones, la infección y la quemadura de vía aérea, resultan ser las destacadas.

## RELACIÓN ENTRE SITIO ANATÓMICO COMPROMETIDO Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES QUEMADOS INGRESADOS AL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE VALDIVIA, AÑO 2016.

*Juan carlos Maturana Arancibia, Waleska Guzmán Sobarzo, Camila Fernanda Del Valle Rodriguez,*

*Hospital Clínico Regional (Valdivia). CIRUGÍA.*

**Introducción:** Los pacientes quemados, constituyen un grupo especial de enfermos, cuya evolución depende casi exclusivamente a factores como superficie del cuerpo quemada, etiología y sitio anatómico comprometido, variables que modifican su estancia hospitalaria y que, además de disponerlos a mayor morbilidad, representan un gasto extraordinario para los servicios de salud.

**Objetivos:** Hallar si existe relación entre sitio anatómico comprometido y duración de la estancia hospitalaria en pacientes quemados ingresados al servicio de urgencia del hospital base de valdivia durante 2016.

**Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, se evaluaron registros clínicos del total de pacientes quemados ingresados durante 2016 al servicio de urgencia del hospital regional de valdivia. se analizaron variables como sitio anatómico comprometido, género, y

estadía hospitalaria medida por días. las variables fueron analizadas mediante el programa stata 10.0

**Resultados:** Ingresaron un total de 56 pacientes, de los cuales 20 fueron mujeres (35%), y 36 hombres (65%). 17 pacientes (30.3%) presentaron compromiso facial, 32 pacientes (57.1%) compromiso mixto (2 o más zonas), 5 pacientes (8.9%) compromiso genital. el promedio de días de hospitalización fue de 60.1 días. (con límites mayor y menor de 370 y 10 respectivamente). en cuanto a la relación entre sitios anatómicos y estadía hospitalaria, aquellos que presentaron compromiso facial tuvieron un promedio de 12.2 días, mixto 11.7 días, y genital 11 días.

**Conclusiones:** Pareciera no existir diferencia en cuanto al sitio anatómico comprometido respecto de la estadía hospitalaria, sin embargo, el hospital regional de valdivia no cuenta con unidad de quemados críticos, derivando aquellos pacientes que presenten compromiso grave o de sitios especiales por lo que la estadía hospitalaria pudiese no representar la complejidad de las lesiones según el sitio en cuestión.

## INTUSUSCEPCIÓN ÍLEO-CECAL EN EL ADULTO SECUNDARIA A LIPOMA SUBMUCOSO

*Claudia Vanessa Cid Troncoso, Felipe Muñoz Barceló, María Jesús Ordenes Núñez, Milenko Slako Martínez,*

*Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio Cirugía Adultos.*

**Introducción:** Patología infrecuente en el adulto correspondiente a un telescopaje intestinal a distintos niveles y de etiologías diversas siendo benignas en su mayoría. Corresponde al 1-5% de las obstrucciones intestinales mecánicas. Con presentación clínica variada e inespecífica. La importancia de la sospecha radica en el trasfondo fisiopatológico y la lesión causante, finalizando en la resección quirúrgica y el estudio anatomopatológico posterior en la mayoría de los casos.

**Objetivos:** Presentamos el caso de una paciente con una obstrucción intestinal mecánica secundaria a una intususcepción intestinal diagnosticada preoperatoriamente, debida a un lipoma submucoso confirmado en el estudio anatomopatológico tras la resección quirúrgica.

**Reporte del(los) Caso(s):** Mujer de 57 años consulta en Unidad de Emergencia por exacerbación de cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal en FID intermitente, progresivo, acentuado post prandial, asociado a náuseas, vómitos, diarrea, rectorragia y distensión abdominal, sin eliminación de gas ni heces en

el último día. Destacan parámetros inflamatorios elevados. TAC abdomen/pelvis s/c; lesión de aspecto lipomatoso a nivel intraluminal en ángulo esplénico del colon, con invaginación de intestino delgado y mesenterio. Ingresa a pabellón para laparotomía exploradora realizando resección de segmento comprometido. Presenta buena evolución en el postoperatorio, siendo dada de alta al 6 día.

## SÍNDROME DE MAY-THURNER COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

*Carlos Felipe Andres Ormeño Muñoz, Magdalena de las Mercedes Reyes Ferrada, Danitza andrea Escobar Hogg, José Herrera Valdés, Vicente Rodriguez Torres,*

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

**Introducción:** El síndrome de May-Thurner resulta de la compresión de la vena iliaca común izquierda entre la arteria iliaca común derecha y el cuerpo vertebral. Se manifiesta por la congestión venosa de la extremidad inferior izquierda y el desarrollo de trombosis venosa profunda (TVP). Se le atribuyen un 2-5% de los casos de insuficiencia venosa y se considera una causa inusual de TVP. Debido a esto, clásicamente se consideró un diagnóstico de exclusión, pero las actuales técnicas de imagen de alta resolución permiten el diagnóstico precoz de la patología, lo que facilita su resolución oportuna con angioplastia.

**Objetivos:** Exponer 2 casos clínicos de pacientes con Síndrome de May-Thurner diagnosticados mediante una angiografía por tomografía y realizar una revisión de la literatura enfocada en los métodos diagnósticos y tratamiento.

**Reporte del(los) Caso(s):** Se expone el caso de dos pacientes de sexo femenino sin antecedentes conocidos, evaluadas en el servicio de urgencia del Hospital Barros Luco, cursando un cuadro compatible con una TVP de extremidad inferior izquierda, confirmada con ecografía Doppler. Se complementa estudio con angiografía por tomografía, que demuestra hallazgos compatibles con Síndrome de May-Thurner. En ambos casos se realiza angioplastia, con buenos resultados.