



**VERSIÓN
ONLINE**



92° CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA

6 AL 8 DE DICIEMBRE DE 2020

TOMO DE RESÚMENES

- CAPÍTULO CHILENO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS**
- 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**



DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

Presidente:

Dr. Carlos García C.

Vice-Presidente:

Dr. Luis Fonseca R.

Secretario General:

Dr. Rodrigo Torres -Quevedo Q.

Tesorera:

Dra. Marcia Valenzuela D.

Past-President:

Dr. Nicolás Jarufe C.

DIRECTORES:

Dr. Marcelo Barra M.

Dr. Alejandro Barrera E.

Dr. Mauricio Cáceres P.

Dr. Alejandro Campos G.

Dr. Carlos Cárcamo I.

Dr. Rodrigo Julio A.

Dr. Enrique Lanzarini S.

Dr. Marcel Sanhueza G.

Secretarías Sociedad de Cirujanos de Chile:

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Yohana Velásquez A.

PRESIDENTES DEPARTAMENTOS :

Dra. Claudia Albornoz G.

Presidenta del Departamento de Cirujanas de Chile

Dr. Ignacio Robles G.

Presidente del Departamento de Cirugía Endoscópica

Dr. Fernando Crovari E.

Presidente del Departamento de Cirugía Gastroesofágica

Dr. Nicolás Quezada S.

Presidente Departamento de Pared Abdominal y Hernias de Chile

Dr. Jorge Martínez C.
Presidente Departamento de Cirugía Hepatobiliar

Dra. Constanza Rojas del Canto
Presidenta Departamento de Mama

Dr. Raúl Berrios S.
Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

Dr. Gustavo Sepúlveda M.
Presidente del Departamento de Cirugía Vasculuar

Dr. Alejandro Campos G.
Presidente Departamento de Educación Médica

Dr. Ana Milena del Valle M.
Presidente del Departamento de Trauma, Cirugía de Urgencia y Paciente Crítico

Dr. Guillermo Martínez S.
Presidente Seccional de Residentes

PRESIDENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS

Dr. Victor Bianchi Sch.
Presidente Capítulo Chileno del American College of Surgeons

Dr. Claudio Canales F.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugia Bariátrica y Metabólica

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

Dr. Gonzalo Campaña V.
Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

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

COMITE CIENTIFICO

Presidente
Dr. Mario Uribe M.

Dr. Víctor Bianchi Sch.
Dr. Raúl Berrios S.
Dr. Carlos Manterola D.
Dr. Jorge Pierart P.

PRESIDENTES CAPITULOS REGIONALES

Dr. Domingo Montalvo V.
Presidente Capítulo XV Región de Arica y Parinacota

Dr. Alejandro Ferreira C.
Presidente Capítulo I Región de Tarapacá

Dr. Jorge Cifuentes C.
Presidente Capítulo II Región de Antofagasta

Dr. Juan Pablo Barros V.
Presidente Capítulo III Región de Atacama

Dra. María Fernanda Häberle O.
Presidenta 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. Juan Ricardo Blacud S.
Presidente Capítulo Regional de Chillán

Dr. Héctor Molina Z.
Presidente Capítulo VIII Región del Bío-Bío

Dr. Jean Droguett G.
Presidente Capítulo IX Región de la Araucanía

Dr. Mauricio Cáceres P.
Presidente Capítulo X y XIV Región

Dra. Victoria Vargas V.
Presidenta Capítulo XII Región de Magallanes y Antártica Chilena

Dr. Carlos Perales G.
Presidente Capítulo Regional de Chiloé

INDICE DE MATERIAS

CIRUGIA BARIATRICA _____	6
CIRUGÍA CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL _____	8
CIRUGÍA DE MAMA _____	13
CIRUGÍA DE TÓRAX _____	15
CIRUGIA GASTROESOFÁGICA _____	22
CIRUGÍA GENERAL _____	36
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA _____	59
CIRUGÍA VASCULAR _____	67
COLOPROCTOLOGÍA _____	89
HERNIA Y PARED ABDOMINAL _____	102
CIRUGÍA HEPATOBILIAR _____	104
SIMULACIÓN, EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN _____	125
TRAUMA, CIRUGÍA DE URGENCIA Y PACIENTE CRÍTICO _____	130

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: PRIMEROS 100 CASOS EN EL HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO

Enrique Biel Walker, Óscar Gamarra Chamorro, Francisco Pacheco Bastidas, Francisco Javier Parada Díaz, Eduardo Renato Rivas Gutiérrez, Camila Ivonne Sepúlveda Peña,

Hospital Las Higueras (Talcahuano). Servicio de Cirugía. Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía.

Introducción: La cirugía bariátrica forma parte del tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades. El costo que conlleva un programa de tratamiento de obesidad y cirugía bariátrica, hacen que sea difícil desarrollar un programa en un hospital público.

Objetivos: Describir la experiencia inicial y los resultados peroperatorios en un Programa de Cirugía Bariátrica en un centro público de regiones.

Material y Método: Serie de casos, que incluye pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Las Higueras de Talcahuano entre 2011 y 2020. Las variables resultado: características demográficas de los pacientes; morbilidad y mortalidad postoperatoria a los 30 días y pérdida de peso. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: Durante el período descrito, fueron intervenidos de cirugía bariátrica 100 pacientes, con edad promedio de 38,7 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (33%), resistencia a la insulina (32%), esteatosis hepática (17%) y diabetes mellitus (27%). 78 pacientes fueron intervenidos de gastrectomía vertical laparoscópica (MG), 21 de bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (RYGB) y 1 paciente de MG asociado a bipartición duodenal. Hubo 2 cirugías revisionales (conversión de MG a RYGB por reflujo gastroesofágico). El IMC promedio fue 37 kg/m² preoperatorio y 28 kg/m² al año de seguimiento. Se realizó un tránsito contrastado en el primer día postoperatorio en todos los pacientes y la estada hospitalaria fue de 5 días en promedio. La morbilidad postoperatoria Clavien III o mayor afectó a 3 casos, reintervenidos por fístula de la línea grapada en una MG, hemoperitoneo post MG y lesión incidental de colon transverso en una cirugía revisional, respectivamente. No hubo mortalidad postoperatoria. 76 pacientes continúan en seguimiento multidisciplinario.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es una alternativa eficaz y segura en términos de resultados y morbimortalidad, incluso en centros de experiencia inicial. Desarrollar un programa de cirugía bariátrica representa un desafío para las instituciones públicas de salud.

SEGUIMIENTO A 12 MESES DEL BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS COMO CIRUGÍA DE CONVERSIÓN DE BANDA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA

JUAN AGUILAR AGUILAR, DANIEL CAIÑA., JOSE ACOSTA MAESTRE, SANTIAGO MARTIN., CAROLINA SANCHEZ ., ADRIAN BLANCO MOLLO

CENTRO DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABOLICAS MALVINAS ARGENTINAS.

Introducción: La obesidad es uno de los principales problemas de Salud Pública en el mundo. La cirugía bariátrica ha mostrado eficacia en la reducción y control del peso. Sin embargo en la misma existe el concepto de fracaso del objetivo. La Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica (LAGB) fue una técnica muy popular en la década del 90 como una alternativa restrictiva al bypass tomando rápidamente gran popularidad. No obstante estudios a largo plazo revelan que hasta un 61% requirieron otro procedimiento bariátrico debido a la reganancia de peso o a sus complicaciones.

Objetivos: describir el resultado del Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA-OAGB) como cirugía de conversión a 12 meses, tras el fracaso de LAGB demostrado, en el seguimiento mayor a 2 años.

Material y Método: Estudio observacional, longitudinal prospectivo descriptivo del seguimiento de los pacientes con obesidad operados inicialmente con LAGB y posterior cirugía de conversión de BAGUA-OAGB, tomando una muestra de 150 pacientes de los cuales 21 cumplían con los criterios de inclusión

Resultados: se encontró que a los 12 meses posteriores al procedimiento, el 85.71% de los pacientes logró control en la reducción del peso, en comparación con la LAGB que no logro el objetivo en un periodo de seguimiento mayor a 2 años

Conclusiones: La intervención mediante BAGUA-OAGB como cirugía de conversión en pacientes con persistencia de obesidad, logran a los 12 meses una importante reducción del peso, con OR de 0.25 y una $p = 0.0006$. Mostrando así, una significancia estadística.

CANCER DE TIROIDES, CASOS OPERADOS. UNIDAD DE CIRUGIA ADULTO DEL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN. 3 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Nicolas Rubio Silveira,

Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán). UNIDAD DE CIRUGIA ADULTOS.

Introducción: El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente. El diagnóstico y tratamiento certero ofrece excelentes resultados en la sobrevida.

En la Región del Ñuble no existe estadística del cáncer de tiroides, pero sabemos que es una patología frecuente.

Objetivos: Describir las características demográficas e histopatológicas de los pacientes operados por cáncer de tiroides en la Unidad de Cirugía de Adultos del HCHM en el período de 2017 a 2019.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo para conocer la prevalencia del cáncer de tiroides en Ñuble y el comportamiento clínico, demográfico y comparativo en cuanto a medios diagnósticos utilizados.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes residentes en comunas de Ñuble operados por cirujanos de la unidad de Cirugía de Adultos del HCHM desde enero 2017 hasta diciembre 2019 por patologías tiroideas.

Criterios de exclusión: Operados por patologías tiroideas que resultaron benignas. Operados de patologías tiroideas, por cirujanos de otras unidades.

Variables: Se consideraron las variables de edad, género, tipo histológico, correlación biopsia Bethesda, tamaño tumoral, carácter multifocal, invasión extra - tiroidea, compromiso de bordes, compromiso de ganglios y tratamiento.

La información se recopiló desde las fichas clínicas. Los datos fueron tabulados en Acces® y Excell® presentados mediante estadística descriptiva.

Resultados: De los 124 operados, 58 resultaron con cáncer de tiroides. Predominó el sexo femenino entre los 36 y 55 años. En 15 pacientes realizamos disección cervical lateral más compartimiento central. El 93.1% correspondió a carcinoma papilar. Hubo discrepancias en la categoría Bethesda I. El 36% de los tumores tuvo extensión extra tiroidea. El comportamiento multicéntrico predominó en el sexo masculino (37.5%). Las complicaciones más frecuentes fueron el hipoparatiroidismo transitorio (25%) y alteraciones de la fonación en un (5%).

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas en relación a estudios nacionales e internacionales. Las complicaciones fueron similares a la de centros de referencia.

SCHWANNOMA DE MÚSCULO PSOAS IZQUIERDO: CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL Y DÉFICIT NEUROLÓGICO DE EXTREMIDAD INFERIOR

Agassi Andres Bolanos Llanos, Gabriel Sandoval Silva, Daniel Rappoport Wurgaff, Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodriguez Moreno,

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

Introducción: Los Schwannomas retroperitoneales son raros, siendo en frecuencia aproximada un 0.3-5% del total de éstos, y un 1-4% de los tumores retroperitoneales, siendo una causa infrecuente de dolor abdominal, además de presentarse con sintomatología neurológica. Su transformación maligna es extremadamente rara, con escasa literature reportada.

Objetivos: Descripción de un caso clínico infrecuente y revisión de la bibliografía al respecto.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente de sexo masculino, de 30 años, consulta por cuadro de 9 meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal de intensidad variable asociado a masa palpable en cuadrante inferior izquierdo, el último mes previo a consultar, se agrega disfunción eréctil y paresia en extremidad inferior izquierda. En RM destaca masa sólida fusiforme en aspecto dorsal de m. psoas izquierdo, de 54x39x33 mm, bien delimitada. Se toma biopsia percutánea que muestra Neoplasia Fusocelular Estromal, de estirpe neural, de bajo grado. Se realiza Resección de Tumor de Posas Izquierdo, con biopsia definitiva que resulta en Schwannoma con signos involutivos. Paciente evoluciona con mejoría de sus síntomas neurológicos.

El tratamiento definitivo es la resección completa con márgenes negativos, debido a una alta probabilidad de diseminación local y metástasis a distancia al malignizarse, donde es de suma importancia la histología preoperatoria para la planificación quirúrgica.

CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÁNEO SOBRE MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA DE ALTO FLUJO EN PIE DERECHO

Jorge Eduardo Segovia Rojas, Yerko Marcelo Rojas Duarte, Agassi Andres Bolanos Llanos, Gabriel Sandoval Silva, Daniel Rappoport Wurgaff,

Hospital Clínico U. de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Introducción: El carcinoma escamoso cutáneo representa un 15% de los cánceres cutáneos y presenta un alto riesgo de metástasis regionales y agresividad. Las Malformaciones Arterio-Venosas en extremidades conllevan a atrofia cutánea, inflamación crónica y úlceras, siendo factor de riesgo para estas neoplasias.

Objetivos: Descripción de un caso clínico infrecuente y revisión de la bibliografía al respecto.

Reporte del(los) Caso(s): Se presenta un paciente hombre, de 55 años, con antecedentes de insuficiencia venosa crónica operada en misma extremidad, que consulta por cuadro de 6 meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen en dorso de pie derecho, al examen físico presenta lesión solevantada de 8x5 cm, alrededor de la cual presenta lesión violácea, que corresponde a una MAV de alto flujo. En estudio preoperatorio, cuenta con biopsia incisional, que muestra Carcinoma Espinocelular Bien Diferenciado.

Se realiza resección de lesión ulcerada de 3 cm en eje mayor, respetando MAV, con misma histología en biopsia diferida. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales y con buena funcionalidad.

Esta lesión se comporta como una Úlcera de Marjolin, en contexto de una herida inflamatoria crónica.

La resección R0 sigue siendo el tratamiento de elección para estas neoplasias, donde se requieren márgenes de 4 a 6 mm.

RECONSTRUCCION DE LABIO INFERIOR Y PISO DE BOCA CON COLGAJO LIBRE RADIAL MÁS TENDON DE PALMAR LARGO: RECONSTRUCCIÓN DE CASO COMPLEJO.

Luis Arratia Torres, Jean Pierre Drogueff Gimpel, Cristian Gottschalk Saavedra, CONSTANZA ROBLES ARAVENA,

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Servicio de cirugía. Departamento de cirugía, Facultad de medicina, Universidad de La Frontera.

Introducción: Xeroderma pigmentoso es una enfermedad genética que predispone múltiples neoplasias cutáneas. Los tumores de labio con invasión de piso de boca son infrecuentes y desafiantes, de mayor complejidad cuando existen múltiples cirugías previas en eje arterial labial.

Objetivos: Descripción de caso que requirió reconstrucción total de labio inferior más piso de boca con colgajo libre radial compuesto.

Reporte del(los) Caso(s): Femenina, 46 años, Xeroderma pigmentoso con múltiples cirugías faciales y labiales (melanoma y no melanoma) . Lesión de dos años en labio inferior exofítica y ulcerada, comprometía 80% del labio con invasión al piso de boca, biopsia carcinoma epidermoide, cT3n1M0.

Cirugía en dos tiempos. 1° Resección tridimensional total labio inferior y piso de boca con mandibulectomía marginal más disección cervical. Cierre temporal esperando biopsia diferida. Biopsia: carcinoma espinocelular poco diferenciado infiltrante, márgenes positivos mucoso, lateral e inferior. Tejido óseo con infiltración epiteloidea focal atípica, metástasis melanoma en un ganglio(pT4aN1M0).

2° tiempo: ampliación márgenes, se reconstruyó labio inferior y piso de boca con colgajo libre radial antebraquial incluyendo tendón palmar largo.

Postoperatorio: nutrición enteral por SNY, decanulación traqueostomía día 12, alimentación oral día 13, alta día 18. Seguimiento sin recidiva local. Colgajo con leve edema, continencia bucal sin fugas, capacidad fonatoria satisfactoria, en espera de radioterapia y tratamiento biológico.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES CERVICO-FACIALES AGUDAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Sebastian Vega Gatica, Yocelyn Palta Lopez, Mitzzy Carrillo Contreras, Marcia Valenzuela Díaz, Marco Antonio Nasi Toso, JOSE LUCIANO MONROY FUENTES, Vicente Cunill Díaz,

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio de Cirugía Adulto Servicio de Cirugía Maxilofacial. Universidad de Valparaíso

Introducción: Las infecciones cérvico-faciales es una de las emergencias más serias debido a las implicancias clínicas y complicaciones que pueden generar, entre las que destacan la diseminación del proceso infeccioso a espacios profundos cervicales, mediastino, entre otras. El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica incrementa la morbi-mortalidad de estos pacientes.

Objetivos: Describir y analizar las características clínicas, epidemiológicas y manejo de la población afectada por infecciones cérvico-faciales aguda y desenlace del cuadro.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo observacional. Se analizó una base de datos computacional anonimizada de pacientes afectados por Infecciones cérvico-faciales atendidos en Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar entre mayo 2015 a mayo 2020. Como criterio de inclusión se considero pacientes que requirieron drenaje quirúrgico bajo anestesia general. Los datos fueron analizados a través de Sistema Microsoft Excel 2019, para la obtención posterior de los resultados. Las variables analizadas fueron demográficas, etiología, espacios cérvico-faciales afectados, estadía hospitalaria, cantidad de intervenciones quirúrgicas y drenaje utilizado, requerimiento de Unidad de Cuidados Intensivos, parámetros objetivos de actividad inflamatoria, antibioterapia utilizada, desenlace del cuadro.

Resultados: Del total de 119 pacientes, 41 eran menores de 15 años y 78 pacientes adultos. De estos últimos, el promedio de edad correspondió a 50,8 años, 30 (38,46%) mujeres y 48 (61,54%) hombres. Con respecto a las causas más frecuentes 30 (38,46%) fue origen odontogénico, 15 no se identifico causa etiológica y 10 (12,82%) a origen amigdalino. Al momento del diagnóstico, 38 (48,71%) presentó trismus, el promedio de leucocitos fue de 17.347×10^3 , y una proteína C reactiva de 21,98 mg/dl; 22 (28,20%) pacientes necesitaron Unidad de cuidados intensivos, de los cuales 4 pacientes fallecieron, lo que corresponde a 5,12%.

Conclusiones: Las infecciones cérvico-faciales son una entidad potencialmente peligrosa si no se detecta y trata a tiempo, por lo que debemos tener un alto índice de sospecha para evitar complicaciones.

RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE TUMOR DESMOIDES MAMARIO IZQUIERDO EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

HERNAN ARANCIBIA AITKEN, Vicente Cunill Díaz, Juan Andrés Pérez Novoa, Mitzzy Carrillo Contreras, Valeria Arancibia Quezada,

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Cirugía Adulto.

Introducción: El tumor desmoides es una lesión infrecuente del tejido conectivo, conforma el 3% de los tumores de partes blandas y 0,2% de los mamarios. Es localmente agresivo y presenta alta tasa de recidiva local incluso luego de su resección. Causa desconocida, presentación clínica e imagenológica casi indistinguible de carcinoma mamario. El Diagnóstico histológico y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Objetivos: Presentar caso clínico de tumor desmoides de mama izquierda con gran infiltración pectoral y costal ipsilateral, operado por Cirugía Oncológica, Torácica y Plástica de HGF.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre, 37, sin mórbidos ni quirúrgicos. Tumor palpable de mama izquierda de 7 meses. Retracción pezón, piel naranja, axilas (-) Bp core Tumor Fusocelular de bajo grado IHQ: fibromatosis.

TC TAP Masa mamaria izquierda 40x79 mm densidad partes blandas.

RNM mamaria infiltra músculo pectoral y deforma 4o cartílago costal, unión costocondral y costilla. Retrae y engrosa piel, mide 91x42x35 mm.

Resección en bloque con reconstrucción de pared (malla de Goretex y StraTos), colgajo músculo de dorsal ancho. Biopsia Tumor fusocelular bajo grado, Fibromatosis. Tamaño 7,5 cm. Compromete músculo, tejido adiposo y pared costal Bordes (-) a 0,5cm.

Buena evolución.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA Y MUTACIÓN GENÉTICA.

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

Clínica Davila. cirugía de mamas.

Introducción: Mejorar la identificación de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama a quienes derivar a estudio genético (EG) puede mejorar el pronóstico y supervivencia de pacientes con mutación genética para cáncer hereditario.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es conocer las características de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y mutación genética para mejorar la derivación a asesoría genética (AG) y a estudio genético.

Material y Método: Trabajo descriptivo de corte transversal, de una base de datos realizada en forma prospectiva, entre Julio 2012 a Julio 2020. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y mutación genética para cáncer hereditario.

Resultados: De un total de 952 pacientes 210 (22%) fueron derivadas a AG a quienes se les solicitó EG de ellas el 61,9%(n=130) completó el proceso.

Las pacientes mutadas fueron 31 mediana de edad 39 años(24-59)de las cuales 21 son menores de 45 años. las características de los tumores ER /HER 2 n= 16(51%); RE /HER2 n=3(9,6%); RE-/HER 2 0 y 12 (38.7%) pacientes TN.

La mayoría entre las etapas 0 y IIIA al momento del diagnóstico (93%) a13 (41,9%)se les realizó QNA.las mutaciones más frecuentes BRCA 1/2 (67,7%).

Conclusiones: Conocer las características clínicas de las pacientes que presentan alguna mutación genética para el desarrollo de cáncer de mama es fundamental para seleccionar mejor a quienes derivar a estudio genético.

SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR: SERIE 3 CASOS CLÍNICOS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Alejandra Riquelme Urrutia, Andrés Mella Albornoz, Raimundo Santolaya Cohen, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Raul Berrios Silva,

Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica.

Introducción: El secuestro pulmonar extralobar (SPE), corresponde a tejido pulmonar no funcional, fuera de la pleura visceral, con irrigación sistémica. Su sintomatología atípica, hace difícil su diagnóstico pre operatorio.

Objetivos: Se presentan 3 casos clínicos de SPE, con sintomatología atípica y difícil diagnóstico pre quirúrgico.

Reporte del(los) Caso(s): Caso 1: 65 años, masculino. Consultó en urgencia Clínica Alemana (CAS) el 19/09/2015, por dolor torácico atípico. Se descartó origen coronario y abdominal. Se revalúan imágenes. Lesión torácica paravertebral derecha, sugerente de SPE. RM tórax: SPE derecho isquémico. Videotoracoscopia (VTC) el 24/09/15, lesión isquémica, sección de pedículo con stappler. Alta al tercer día. Anatomía patológica confirmó SPE infartado. Caso 2: 27 años, femenino. Consultó en urgencia CAS el 28/08/2020, por dolor epigástrico. TC de tórax y abdomen sugerente de tumor fibroso pleural izquierdo. VTC el 07/09/20, lesión de base diafragmática, pedículo pequeño, sección con ligasure. Alta al tercer día. Anatomía patológica informó SPE.

Caso 3: 54 años, masculino. Consultó en gastroenterología por dolor abdominal y dorsal izquierdo. TC de tórax y abdomen el 20/06/20 informó hernia de Bochdalek, herniación de fondo gástrico y SPE. VTC 01/09/20, lesión con pedículo comunicado a diafragma y abdomen, sección con stappler. Alta al tercer día. Anatomía patológica, confirmó SPE.

TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTE COVID-19 POSITIVO. PRIMERA EXPERIENCIA EN CHILE Y LATINOAMÉRICA.

Felipe Undurraga Machicao, Huascar Rodríguez Galbán, Javier Vega Salas, David Lazo Pérez, Rodrigo Díaz Gómez, Clínica Las Condes. Centro de Trasplantes.

Introducción: El trasplante pulmonar, se ha planteado como terapia de rescate para el tratamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo severo causado por coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

Objetivos: Describir el primer trasplante pulmonar en Chile y Latinoamérica, realizado para el tratamiento del SARS- CoV-2.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente masculino de 25 años sin antecedentes mórbidos, que debuta con cuadro neumonía grave por COVID-19, con requerimientos de ventilación mecánica (VM), terapia prono y esteroideal según protocolo RECOVERY. Evoluciona con falla respiratoria catastrófica por lo que se decide inicio de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y traslado a Clínica Las Condes. Después de 6 semanas de tratamiento se mantiene estacionario en lo ventilatorio, totalmente dependiente de ECMO. En reunión multidisciplinaria se decide enlistar para trasplante pulmonar. A los 59 días de ECMO se realiza trasplante bipulmonar, mediante acondicionamiento previo del órgano donado con la técnica de perfusión pulmonar ex vivo. A las 48 horas postoperatorias se pesquisa tromboembolismo pulmonar asociado a estenosis de anastomosis de arteria pulmonar. Se decide reintervenir y evoluciona de manera favorable. Se logra decanulación de ECMO a los 7 días, destete definitivo de VM a los 20 días y actualmente (40 días postoperatorios) se encuentra en rehabilitación motora, en vistas de un alta pronta.

OSTEOMIELITIS COSTAL POR SALMONELLA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Benjamin Morel Rodriguez, Belén Pedraza Jaque, Huascar Rodríguez Galbán, Gino Bizjak Gomez, Virginia Linacre Sandoval,

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía torax. Universidad Austral

Introducción: La osteomielitis por Salmonella es una infección infrecuente, correspondiente al 0,45% de las osteomielitis, siendo más común en pacientes inmunocomprometidos o portadores de hemoglobinopatías, pudiendo manifestarse meses o años después de la exposición.

Objetivos: Presentar caso de osteomielitis costal tras estudio de masa torácica

Reporte del(los) Caso(s): Paciente masculino de 25 años sin antecedentes, consulta por dolor torácico de primer espacio intercostal izquierdo con aumento de volumen. Al examen físico lesión indurada, adherida a planos profundos. Exámenes destacaron elevación de parámetros inflamatorios.

TC tórax: masa de 5cm bajo pectoral mayor izquierdo que infiltra segundo espacio intercostal, con compromiso de pleura parietal, sugerente de neoplasia.

PET/TC: captación hipermetabólica en relación a primera unión costo esternal izquierda.

RMN: lesión infiltrativa costal izquierda. Contacta pectoral mayor extendiéndose al parénquima pulmonar, sin descartar lesión proliferativa.

Se realiza biopsia incisional, identificando zona inflamatoria en segundo espacio intercostal, con salida de tejido necrótico, realizando aseo quirúrgico, tomando muestras para cultivo y biopsia.

Biopsia describe osteomielitis costal. Cultivos positivos para Salmonella.

Interrogatorio dirigido, destacó trauma de baja energía semanas previas a primera consulta y sustitución de mayonesa comercial por casera meses previos.

Recibe dos semanas de ceftazidima endovenosa y se realiza estudio de inmunosupresión sin encontrar patología. Posteriormente, recibe seis semanas de Trimetoprima/sulfametoxazol y levofloxacin.

CÁNCER PULMONAR EN UN HOSPITAL REGIONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

Roberto González Lagos, Alejandra Riquelme Urrutia, Sebastián Barra Méndez, Rodrigo Reyes Melo, Loreto Spencer León, Felipe Alarcón Oviedo, Andrés Schaub Cantín, Emilio Alarcón Cabrera,

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción: Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: El cáncer pulmonar (CP) es la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial. En Chile existen escasas publicaciones que describan las características del CP.

Objetivos: Describir las características clínicas y etapificación del CP en un Hospital Regional del sistema público de salud en Chile.

Material y Método: Estudio descriptivo de adultos con CP confirmado histológicamente durante el período enero 2010-diciembre 2019 en el Hospital Clínico Regional de Concepción, Chile. Se revisaron bases de datos prospectivas, registro de anatomía patológica, protocolo operatorio y fichas clínicas. Se etapificaron los casos según el sistema TNM-8 y se compararon entre los períodos 2010-2014 y 2015-2019 considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se registraron 551 casos de CP en el período. Fueron 333 (60,4%) hombres y la edad promedio fue $64,5 \pm 12,7$ años. La mayoría presentó síntomas al momento del diagnóstico (91,3%). El tipo más frecuente fue el CP de célula no pequeña (CPCNP) con 496 (90,0%) casos y de estos fueron adenocarcinoma en 290 (52,6%) casos. La mayoría se pesquizaron en etapas avanzadas, existiendo metástasis a distancia en el 57,0% al momento del diagnóstico. De los CPCNP, correspondieron al Estadio I 50 (19,1%) casos, Estadio II 18 (3,6%), Estadio III 81 (16,3%) y Estadio IV 347 (70,0%). Se realizó cirugía resectiva en 81 (14,7%) casos y se observó un aumento en la proporción de esta entre el período 2010-2014 versus 2015-2019 con 7,2% y 19,7% $p < 0,001$ respectivamente.

Conclusiones: El diagnóstico del CP se realizó principalmente en etapas avanzadas. Existió mayor proporción de cirugías resectiva en el segundo período. Estos resultados podrían reflejar la realidad nacional del CP en el servicio público de salud.

HERNIA PULMONAR ESPONTÁNEA: REPORTE DE CASO

Belén Pedraza Jaque, Gino Bizjak Gomez, Benjamin Morel Rodriguez, Huascar Rodríguez Galbán, Virginia Linacre Sandoval,

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de tórax.

Introducción: Hernia pulmonar espontánea es una entidad poco frecuente. El tratamiento varía según el caso y no existe consenso respecto al manejo conservador vs quirúrgico

Objetivos: Presentación de hernia pulmonar espontánea y su resolución quirúrgica

Reporte del(los) Caso(s): 60 años. Asmático. Historia de 5 meses de evolución de dolor al respirar, aumento de volumen intercostal izquierdo y equimosis de pared torácica. Tomografía computada (TC) evidencia defecto en 8° espacio intercostal (EIC) izquierdo, fracturas de 7° y 8° costilla. Reparación por toracotomía y asistencia con videotoracosco-pía (VTC), cierre con puntos separados de tereftalato de polietileno (Ti-Cron®), incluyendo el rasgo de fractura de 8° costilla por posterior y respetando músculo intercostal inferior.

Tres meses post operado, consulta por dolor intenso y aumento de volumen de pared torácica, persiste con tos y episodios de exacerbación de asma. TC muestra fracturas costales y recidiva de hernia pulmonar.

Retoracotomía con apoyo de VTC. Gran defecto en 8° EIC, fractura 8° costilla arco posterior consolidado, arco 8° costilla anterior móvil con pseudoartrosis. Fijación costal con clip. Cierre de defecto con polipropileno (Prolene®) y Ti-Cron® y malla de Gore-tex® sobre 8° EIC. Colgajo de músculos serrato y recto abdominal.

Control post operatorio sin evidencia de recidiva a los 7 y 12 meses con TC.

GRANULOMA EOSINOFÍLICO COSTAL EN ADULTOS: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Pablo Raba Pizarro, Gerardo Mordojovich Ruiz, Rafael Prats Manganelly, Clínica Indisa. Cirugía Torácica.

Introducción: El Granuloma Eosinofílico (GE) es una patología tumoral benigna incluida en el grupo de Histiocitosis de Células de Langerhans (HCL) y se conoce como una afección principalmente pediátrica con compromiso óseo axial. Su diagnóstico en adultos es raro, con una incidencia baja (1-2 personas/millón hab./año). De causa no precisada y con un cuadro clínico inespecífico, abarca desde lesiones en hueso patológico hasta afecciones esplácnicas en forma localizada o diseminada. El compromiso costal en adultos ha sido ocasionalmente descrito.

Objetivos: No aplica.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre de 45 años sin antecedentes, consultó ambulatoriamente por dolor súbito en región costal derecha mientras pintaba un muro. Fue estudiado con radiografía de tórax interpretada sin lesiones. Ante la persistencia de los síntomas, se complementó con TAC de Tórax objetivando lesión osteolítica única en octava costilla derecha asociada a fractura en hueso patológico. Se realizó estudio de diseminación con PET/CT que demostró hipercaptación costal, sin otros focos asociados. Se llevó a cabo toracotomía exploratoria con costotomía del segmento comprometido. Biopsia de la pieza informó Granuloma Eosinofílico de la costilla.

Dado compromiso monostótico local, ausencia de diseminación asociada, el buen pronóstico del diagnóstico y la ausencia de antecedentes del paciente; se decidió su alta clínica.

SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR: RESECCIÓN MEDIANTE ABORDAJE MONOPORTAL

Jose Miguel Clavero Ribes Ribes, Alejandra Riquelme Urrutia, Andres ignacio Stevenson Silva,

Clínica Universidad de los Andes. Cirugía de Tórax.

Introducción: Los secuestros pulmonares, corresponden a una malformación congénita pulmonar poco frecuente, en la cual durante el periodo embrionario, se desarrolla una lesión separada del tejido pulmonar normal. Es así que corresponde a un segmento no funcional y que presenta irrigación derivada de una rama arterial sistémica. En el caso de los secuestros intralobares, la lesión está incorporada en el parénquima sano.

Objetivos: Mostrar la resección de un secuestro pulmonar intralobar, mediante abordaje monoportal.

Contenido del Video: Paciente de 50 años, procedente de Hospital San José, con antecedente de dolor dorsal de larga data. En estudio con tomografía y angiotomografía de tórax, se pesquisa lesión sugerente de secuestro pulmonar intralobar, por lo que es derivada a Clínica Universidad de los Andes para su resolución quirúrgica. Se muestran imágenes de tomografía, que evidencian lesión pseudonodular en lóbulo inferior derecho, con irrigación desde aorta torácica.

Se realiza cirugía mediante abordaje monoportal. Se identifica pedículo vascular, el que se liga con 2 hemolock y stappler vascular. posterior a esto, se reseca parénquima pulmonar no funcional con stappler. Finalmente se infiltran espacios intercostales con bipi-vacaína y se deja un drenaje tipo blake de 19 French.

Paciente evoluciona favorablemente, con alta al primer día post operatorio.

MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA EN ACALASIA TIPO II RECIDIVADA POST- POEM

Lorenzo Nicolás González Palacios, CONSUELO VALDES RUBILAR, Tiffany Rojas Ortega, Carlos Esperguel Galaz, Carlos García Carrasco,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Equipo Digestivo. Universidad de Chile Campus Centro

Introducción: El manejo de Acalasia que recidiva tras POEM es controversial, si bien existe evidencia en la literatura que apoya un RE-POEM, los estudios son de corto plazo, por lo cual aún no hemos podido ver las implicancias de esta conducta en el tiempo. Por otra parte, existe amplia evidencia favorable en la resolución quirúrgica con una Miotomía de Heller laparoscópica, tras una falla del procedimiento endoscópico inicial.

Objetivos: Presentar un video editado con la técnica quirúrgica laparoscópica para resolver una cuadro de Acalasia tipo II recidivada posterior a POEM.

Contenido del Video: Hombre de 56 años, con Acalasia tipo II que se realiza POEM en Enero 2019. En controles postoperatorios refiere disfagia progresiva y dolor retroesternal. Se estudia con manometría de alta resolución, que muestra esfínter esofágico superior hipertenso, motilidad esofágica 100% fallida, 100% panpresurización esofágica e IRP mayor a 15 mmHg; compatible con Acalasia esofágica tipo II.

Se decide resolución con Miotomía de Heller por vía Laparoscópica.

Se realiza un acceso mínimamente invasivo, disecando la membrana freno esofágica y exponiendo ampliamente el esófago distal, sin identificar fibrosis por procedimiento previo. Se realiza miotomía longitudinal anterior en esófago de 6cm, y en estómago de 3cm; y se construye funduplicatura anterior de Dor en forma exitosa.

ANASTOMOSIS ESÓFAGOYEYUNAL EN 2 TIEMPOS: RECONSTRUCCIÓN POSTERIOR A GASTRECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO EN CASOS DE URGENCIA Y ALTO RIESGO

Jose Vallejos Hernandez, Marco Ceroni Villanelo, Enrique Norero Muñoz, Alfonso Diaz Fernandez,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Cirugía Esófago Gástrica Pontificia Universidad Católica. Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La gastrectomía total de urgencia en pacientes con cáncer gástrico(CG) en shock, tiene alto riesgo de complicaciones, por la filtración de la esófago-yeyuno(E-Y) anastomosis.

Objetivos: Presentar 2 casos clínicos con anastomosis E-Y en 2 tiempos posterior a una gastrectomía total de urgencia.

Reporte del(los) Caso(s): Caso 1:Paciente 56 años con shock séptico con DVA, debido a necrosis del estómago remanente, luego de gastrectomía subtotal.

De urgencia, se completó la gastrectomía, el esófago abdominal se seccionó con grapadora lineal y se fijó con sutura a un asa de yeyuno. En un segundo tiempo, con el paciente estable, se realizó una E-Y anastomosis manual.

Caso 2:Paciente 72 años con sarcopenia severa y shock hipovolémico con DVA, por sangrado de CG del fondo, con hemostasia frustra endoscópica. Se realizó gastrectomía total de urgencia, se seccionó esófago con grapadora lineal y se fijó con sutura a un asa de yeyuno desfuncionalizada en Y-de-Roux. Se realizó prehabilitación, un mes después, se realizó la E-Y manual.

Ambos pacientes evolucionaron sin complicaciones.

Comentarios: La E-Y anastomosis en 2 tiempos es una técnica novedosa en pacientes con CG en shock:1-Evita la retracción del esófago al mediastino; 2-Permite realizar una anastomosis en mejores condiciones; 3-Se realiza una anastomosis electiva, por un equipo con experiencia.

ROL DE LA RADIOTERAPIA HEMOSTÁTICA COMO ALTERNATIVA AL MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO: SERIE DE CASOS.

Lorenzo Nicolás González Palacios, Carlos Esperguel Galaz, Augusto Antonio Barrera Zamorano, Benjamin Fernandez Marambio, Pablo Sebastián González Bobadilla, CONSUELO VALDES RUBILAR, Guillermo Martinez Salinas, Carlos García Carrasco,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Digestiva Alta. Universidad de Chile, Campus Centro

Introducción: La hemorragia digestiva alta es una complicación frecuente en pacientes con cáncer gástrico avanzado, presentándose en aproximadamente un 10% de éstos casos. Frecuentemente puede ser manejada y controlada por vía endoscópica. Sin embargo, cuando ésta no es efectiva y la cirugía conlleva un riesgo elevado, se ha planteado el uso de la radioterapia, en fracción corta, con fines hemostáticos. Su efectividad ha sido demostrada en diversas series internacionales.

Objetivos: Reportar los resultados de la radioterapia hemostática, en pacientes con cáncer gástrico avanzado.

Material y Método: Serie de casos, estudio descriptivo-retrospectivo, entre Septiembre de 2018 y Octubre de 2019. Criterios de inclusión: pacientes con adenocarcinoma gástrico que presentaron una hemorragia digestiva alta con magnitud significativa, que no responden al manejo habitual. Se excluyen pacientes con cáncer gástrico y radioterapia neoadyuvante. No se realiza análisis estadístico por ser una serie clínica.

Resultados: En este período, se indicó radioterapia en 5 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado, con el objetivo de controlar una hemorragia digestiva alta refractaria. En tres casos había diseminación de la enfermedad. En otros dos pacientes, la hemorragia digestiva se presentó mientras se encontraban en neoadyuvancia con quimioterapia. La dosis de radioterapia recibida fue 20Gy en cuatro fracciones, mientras que otro paciente sólo recibió 8Gy en total. En todos los pacientes se logró control de esta complicación. De los pacientes en neoadyuvancia, fueron operados con intención curativa, logrando en un caso una respuesta patológica completa. La tolerancia al tratamiento fue adecuada, y sin complicaciones derivadas. En el seguimiento a largo plazo, no hubo recurrencia del sangrado.

Conclusiones: La radioterapia hemostática ha surgido como una alternativa segura y eficaz para el manejo de la hemorragia digestiva alta, en pacientes con cáncer gástrico avanzado que no responden a medidas habituales; por lo que debe considerarse como una opción terapéutica, incluso en pacientes que están recibiendo quimioterapia neoadyuvante.

TÉCNICA DE TOUPET CON ANTRECTOMÍA Y GASTROYEYUNOSTOMÍA EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA POST FALLA DE FUNDOPLICATURA DE NISSEN

Italo Braghetto Miranda, Carlos Mandiola Bunster, Catalina Valenzuela Vega, Camila Sotomayor Ledezma, Universidad de Chile. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico "Dr. José J. Aguirre".

Introducción: La funduplicatura de Nissen falla por diferentes causas, como se describió anteriormente. La manifestación clínica es la combinación de disfagia, dolor retroesternal y reflujo. Los hallazgos endoscópicos y radiológicos incluyen esofagitis, esófago de Barretts y hernia hiatal. Los procedimientos de revisión son más complejos y también se asocian con complicaciones posoperatorias y una alta tasa de reoperaciones. Haya diferentes opciones de tratamiento quirurgico. En este video se presenta los detalles técnicos de la conversion de Funduplicatutra de Nissen a Funduplicatura de Toupet con gastrectomia distal y gastroyeyunostomia en Y de Roux para mejorar los sintomas de la recidiva poist Nissen especialmente disfagia.

Objetivos: Presentar los detalles técnico del proicedimeinto quierúrgico propuesto

Contenido del Video: Abordaje laparoscópico

Liberación de adherencias

Diseccion de antigua funduplicatura. Re-funduplicatura con técnica de Toupet Gastrectomía distal gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux

FUNDOPLICATURA DE NISSEN FALLIDA: CONVERSIÓN A FUNDOPLICATURA DE TOUPET MÁS GASTRECTOMÍA DISTAL CON GASTROYEYUNOSTOMIA EN Y DE ROUX.

Italo Braghetto Miranda, Owen Korn Bruzzone, Manuel Figueroa Giralt, Ana Maria Burgos Li, Carlos Mandiola Bunster, Camila Sotomayor Ledezma, Eduardo Villa Ugarte,

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico "Dr. José J. Aguirre".

Introducción: La manifestación clínica por falla post Nissen es la combinación de disfagia, dolor retroesternal y reflujo, asociados a esofagitis, E. de Barrett o hernia hiatal. Los procedimientos de revisión son más complejos asociados a complicaciones posoperatorias y una alta tasa de re-falla

Objetivos: presentar los resultados postoperatorios de los pacientes sometidos a cirugía de revisión con la técnica propuesta. Objetivos específicos: evaluación pre y postoperatoria de los síntomas, de los hallazgos endoscópicos, radiológicos, manométricos, monitoreo de pH de 24h, y presentar las complicaciones postoperatorias.

Material y Método: Cohorte prospectiva de 23 pacientes. Los criterios de inclusión fueron pacientes con funduplicatura de Nissen previa, pacientes que desarrollaron disfagia, dolor retroesternal, en los que se detectó enfermedad por reflujo patológico en la endoscopia digestiva alta, monitoreo del pH esofágico de 24 h y esofagograma con bario. Además, todos los pacientes fueron evaluados con manometría esofágica antes de la cirugía. La cirugía realizada fue conversión de Nissen a funduplicatura de Toupet combinada con gastrectomía distal con gastroyeyunostomía en Y de Roux. Todas las pruebas preoperatorias se repitieron 1 año después de la operación. El seguimiento es del 100%.

Resultados: Los resultados pre y postoperatorio son, respectivamente, los siguientes: dolor retroesternal 27,8% y 0% ($p = 0,016$), estenosis de cardia 38,9% y 5,6% ($p = 0,016$), hernia hiatal 50% y 0% ($p = 0,0005$), presión de reposos del esfínter gastroesofágico = 10,6 mmHg y 15 mmHg ($p = 0,036$), % tiempo pH <49,4 y 1,4 ($p = 0,004$), puntuación DeMeester 48,3 y 8,1 ($p = 0,008$) respectivamente. Las complicaciones postoperatorias fueron 27,8%, todas las complicaciones fueron Clavien-Dindo <2. No hubo mortalidad en la cohorte

Conclusiones: El abordaje quirúrgico propuesto es seguro y eficaz para el tratamiento de la funduplicatura de Nissen fallida y puede ser una alternativa para su tratamiento en especial en pacientes con disfagia.

RESECCION LAPARO-ENDOSCOPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO SUBCARDIAL

Héctor Molina Zapata, Francisco Pacheco Bastidas, Enrique Biel Walker, Osvaldo Torres Rodríguez, Hector Alonso Molina Reyes,

Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía.. Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente. Servicio de Cirugía.

Introducción: El tratamiento de los tumores gástricos submucosos ha cambiado desde el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva; sin embargo, este abordaje representa un desafío técnico, especialmente cuando se ubican próximos a la unión gastroesofágica. El apoyo endoscópico simultáneo en el intraoperatorio otorga una mejor visualización de los límites de la lesión y, por lo tanto, una mayor seguridad a la resección transgástrica laparoscópica.

Objetivos: Presentar el caso clínico y un vídeo de la cirugía de un paciente portador de lesión submucosa gástrica intervenido por vía láparo-endoscópica.

Contenido del Video: Se presenta un caso de un paciente masculino de 17 años que debutó con hemorragia digestiva, con diagnóstico endoscópico de tumor submucoso ubicado en región subcardial, con un tamaño mayor a los 4 cm. Se lleva a cabo un abordaje laparoscópica exclusivo, con apoyo de endoscopia intraoperatoria. Se muestra en el vídeo la técnica quirúrgica. Cursa con hemorragia en el postoperatorio, siendo tratado por vía endoscópica exclusiva. La histología informó leiomioma.

LAPAROSCOPIA ESTADIFICADORA, TOMA DE BIOPSIA PERITONEAL Y YEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL.

Daniel Enrique Segovia Marcano, Marcelo Zamorano Diaz, Nasser Eluzen Gallardo, Universidad de Antofagasta. Unidad de Cirugía. Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzman

Introducción: El cáncer gástrico ocupa el 5to lugar de las neoplasias malignas mas frecuentes del tubo digestivo. En Chile, es el cáncer que ocasiona mayor mortalidad. Cerca de los 2/3 de los pacientes que llegan al cirujano se encuentran en estadios avanzados con enfermedad incurable.

Se presenta el caso de un paciente de 57 años con sintomatología de epigastralgia, anorexia, disfagia y pérdida de peso, realizándose endoscopia digestiva superior y biopsia que concluyen adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado de la unión esofagogástrica con extensión a fundus. Se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis demostrando lesión transmural neoplásica de la UEG con compromiso de grasa mesentérica regional y 5 nódulos pulmonares. por lo que en comité oncológico se decide realizar PET, quimioterapia neoadyuvante con esquema FLOT y reevaluación con imágenes.

Es llevado a pabellón para laparoscopia estadificadora encontrándose carcinomatosis peritoneal por lo que se realiza una yeyunostomía laparoscópica.

Objetivos: Presentar en vídeo los aspectos técnicos mas importantes en la realización de una yeyunostomía laparoscópica como una solución técnicamente factible para la alimentación del paciente con cáncer de la unión esofagogástrica sin indicación de cirugía curativa.

Contenido del Video: Laparoscopia estadificadora por cáncer de la UEG, toma de biopsia peritoneal y yeyunostomía laparoscópica para alimentación.

ANASTOMOSIS COMPLETAMENTE MECANICA EN CIRUGIA DE IVOR - LEWIS MINIMAMENTE INVASIVA: TECNICA UTILIZADA EN EL HOSPITAL LA FLORIDA

Pedro Soto Gajardo, Andres Marambio Granic, Jose Luis Galindo Rivera, Mario Rodriguez Del Rey Gonzalez, Rafael Luengas Tello,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía.

Introducción: La cirugía de Ivor - Lewis para los tumores de esófago distal o cánceres de la unión gastro esofágica presenta puntos críticos en su desarrollo, siendo de particular importancia la anastomosis esófago gástrica intratorácica, fuente de elevada morbimortalidad en caso de filtración. Presentamos la técnica utilizada en nuestro hospital, completamente mecánica, con stappler lineal.

Objetivos: Mostrar la técnica quirúrgica utilizada en el Hospital La Florida

Contenido del Video: Decúbito prono. Abordaje con 3 trócares en hemitórax derecho. Disección del mediastino posterior. Sección de la vena ácigos. Liberación del esófago en toda esta extensión conservado el tejido linfograso. Linfadenectomía del grupo VII. Ascenso del tubo gástrico, previamente confeccionado en el tiempo abdominal, hasta lograr posicionar el sitio de la futura anastomosis esófago gástrica al nivel de la carina. Apertura de la pieza quirúrgica a nivel esofágico como del tubo gástrico e introducción del stappler lineal 60 mm. Sección de la pieza y boca anastomótica con un segundo stappler lineal procurando mantener un lumen adecuado. Se instala un punto de vicryl 3/0 en el borde de la anastomosis con mayor tensión. Extracción de la pieza por el trócar inferior ampliado e instalación de un drenaje JP al mediastino y un tubo pleural al ápice.

REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL GIGANTE TIPO IV HACIA TÓRAX DERECHO

Francisco Navarro Subiabre, Lissette Leiva Sanchez, Nicolás Muñoz Ferrada, Marco Ceroni Villanelo,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Digestiva Esofagogástrica. Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La reparación de una hernia hiatal gigante es un desafío, donde habitualmente el contenido ocupa el mediastino inferior o tórax izquierdo. En forma excepcional crece hacia tórax derecho.

Objetivos: Documentar los pasos críticos de la reparación de una hernia hiatal gigante tipo IV hacia el tórax derecho.

Contenido del Video: Paciente de 54 años, con antecedentes de alcoholismo crónico, con historia de 3 meses de dolor abdominal, vómitos intermitentes y baja de peso de 10 kg, consulta en servicio de urgencia por episodio de hematemesis e intolerancia oral. TAC abdomen y pelvis con gran hernia hiatal tipo IV con ascenso gástrico, duodeno y colon hacia tórax derecho. Se realizó hernioplastia hiatal laparoscópica, con reducción de contenido (colon transverso, estómago, duodeno y epiplón), sin necesidad de un abordaje por toracoscopía. Se instala tubo pleural para favorecer la expansión pulmonar. Evoluciona sin complicaciones, con tránsito normal al segundo día postoperatorio.

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN LEIOMIOMA ESOFÁGICO: REPORTE DE CASO

Javiera Fernanda Diaz Espinosa, Jorge Gajardo Jofre, Francisco Pacheco Bastidas, Osvaldo Torres Rodriguez, Héctor Molina Zapata,

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo Cirugía Digestiva.

Introducción: Los tumores benignos del esófago son poco frecuentes, representan menos del 2%. Entre ellos, los leiomiomas son la histología predominante. Su sintomatología está determinada por el tamaño, corresponden a disfagia y dolor retroesternal. La enucleación se considera el tratamiento, sin embargo, aún existe controversia respecto al abordaje; técnica abierta o mínimamente invasiva (VATS)

Objetivos: Reportar resultados perioperatorios de paciente con leiomioma esofágico tratado mediante enucleación por VATS.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente femenino 30 años, sin antecedentes médicos, con historia de disfagia lórica de larga data. Se solicitó endoscopía digestiva alta (EDA) que mostró deformidad por compresión extrínseca a 20 cm de arcada dentaria, con ocupación de 40% del lumen. La endosonografía, informó lesión de consistencia lipomatosa dependiente de la muscular propia, de 3 cms de diámetro, en íntima relación con aorta y vena ácigos. El estudio con tomografía computada descartó otras lesiones asociadas. Bajo anestesia general, se realizó VATS, seccionando vena acigos para acceder a lesión, y posteriormente enucleación, sin incidentes. EDA intraoperatoria demostró indemnidad de la mucosa. El informe anatomopatológico confirmó diagnóstico de leiomioma. Se realizó esofagograma al día 12 postoperatorio sin evidencia de fugas de contraste. Egresó al día 19 postoperatorio. Se controló al mes 3 y 6 post-cirugía, sin complicaciones.

SÍNDROME DE PINZAMIENTO AORTO MESENTÉRICO. HALLAZGO INFRECIENTE EN CIRUGÍA DE URGENCIA.

Alvaro Barría Espinoza, Jose Osses Osses, Manuel Vial Gallardo, Victor Molina Gatica, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Cirugía Digestiva. Universidad de la Frontera

Introducción: El síndrome de Wilkie es una causa muy infrecuente de obstrucción intestinal alta, con una prevalencia estimada de 0.013 a 0.3% en la población general. Se caracteriza por la compresión del duodeno en su tercera porción, debido a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Casos agudos, suelen responder al tratamiento conservador, siendo extremadamente infrecuente necesidad de cirugía de urgencia.

Objetivos: Reportar caso de Síndrome Wilkie manejado quirúrgicamente en urgencia.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente masculino 64 años con antecedente de hipertensión arterial que consulta en Servicio urgencia Hospital Hernán Henríquez Aravena por cuadro de 4 días de epigastralgia e hiperemesis. Paciente grave, en shock séptico, estudio objetiva, síndrome de retención gástrica, con cambio de calibre en relación a nacimiento de AMS, neumatosis duodenal y retroperitoneal, asociado a imágenes de neumonía aspirativa, debiendo ser intubado vigil con administración de lidocaína transcrótiroidea para protección de vía aérea. Durante laparotomía exploradora, neumatosis retroperitoneal y dilatación duodenal con cambio de calibre en 3ra porción. Se realiza liberación duodenal sección de treitz. Evoluciona grave en VMI por neumonía aspirativa con evolución favorable. Previo al alta angiotac impresiona duodeno libre con mejoría de angulación y buena tolerancia oral, asintomático en control ambulatorio.

MELANOMA MALIGNO PRIMARIO DEL ESÓFAGO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lorena Alicia Sánchez Ormazábal, Ramon Hermosilla Vasquez, Matias Alfredo Azua Cortes, Marcelo Barra Munoz,

Hospital San Pablo (Coquimbo). Servicio de Cirugía.

Introducción: El melanoma maligno primario del esófago (MMPE) es un tumor muy infrecuente, que representa sólo el 0,1%-0,2% de todas las neoplasias esofágicas malignas. Tiene un comportamiento biológico agresivo, con un alto potencial de metástasis. La sobrevida global a 1 año es de 30% y a los 5 años es de 4,2%. El diagnóstico se confirma con anatomopatología e inmunohistoquímica. Los mejores resultados a largo plazo en términos de sobrevida se han observado en pacientes tratados con resección quirúrgica del tumor.

Objetivos: Describir un caso de melanoma maligno primario del esófago tratado con esofagectomía y revisar la literatura reciente.

Reporte del(los) Caso(s): Mujer de 62 años, consulta por 2 meses de disfagia progresiva y baja de peso. La EDA mostró una lesión solevantada en el tercio medio esofágico. El estudio anatomopatológico reveló neoplasia maligna sólida indiferenciada, con características de melanoma maligno. La TC de tórax evidenció una lesión nodular de 60x30x38 mm. Se realiza esofagectomía transtorácica, gastroplastía con ascenso transmediastínico y anastomosis esofagogástrica cervical. La paciente evolucionó en forma satisfactoria y fue dada de alta el día 9 postoperatorio. La biopsia diferida informó un melanoma maligno epiteloideo de 7,2x4 cm asociado a una extensa zona de melanoma in situ. Se concluye procedimiento R0 con pT1bN0Mx.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CON COMPROMISO HEMODINÁMICO SECUNDARIO A MAV DE INTESTINO DELGADO.

Alvaro Barría Espinoza, Jose Osses Osses, Víctor Molina Gatica, Manuel Vial Gallardo, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Cirugía Digestiva. Universidad de la Frontera

Introducción: Las malformaciones vasculares son responsables de entre 0-3% de las hemorragias digestivas. De ellas, las malformaciones arteriovenosas (MAV), mayormente congénitas, son etiología infrecuente de hemorragia digestiva masiva.

Entre 3-5% de HD se origina en intestino delgado siendo difícil el diagnóstico por falta de acceso endoscópico. Son un desafío terapéutico por su alta recidiva, y las opciones de tratamiento se reducen a embolización o resección intestinal.

Objetivos: Paciente con MAV yeyunal, debuta shock hipovolémico y con manejo quirúrgico debido a terapia endovascular fallida.

Reporte del(los) Caso(s): Masculino 35 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por 5 episodios de hematoquezia asociado a lipotimia. Ingres a hipotenso y taquicárdico. Destaca hemoglobina: 6,4 mg/dl. Colonoscopia normal. AngioTC: MAV yeyunal. Se realiza embolización de vasos aferentes a nivel de 3ra y 4ta arcada yeyunal al nido malformativo. Angiografía control: oclusión MAV. Reingresa al mes por recidiva de MAV secundario a reclutamiento de nuevos vasos nutricios. Se realiza cateterización selectiva 4ta y 3ra arcada yeyunal, se reconoce nido con anastomosis arterio-arteriales parietales distales no embolizables. Por riesgo de isquemia yeyunal, se decide resección quirúrgica; se reseca segmento intestinal de 80 cm que incluye MAV a 120 cm del Treitz. Biopsia: MAV. Evoluciona favorablemente. Asintomático y sin anemia en control ambulatorio.

TUMOR DESMOIDES MESENTÉRICO (FIBROMATOSIS MESENTÉRICA). CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Benjamin Fernandez Marambio, Tiffany Rojas Ortega, CONSUELO VALDES RUBILAR, Lorenzo Nicolás González Palacios, Carlos García Carrasco,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Servicio de Cirugía,

Hospital de Urgencia Asistencia Pública (Santiago).. Departamento de Cirugía, Campus Centro, Universidad de Chile.

Introducción: La fibromatosis o tumor desmoides, es una neoplasia de muy baja frecuencia (<0,1% de todas las neoplasias). Si bien son tumores benignos, poseen una alta capacidad de invasión local, con altas tasas de recurrencia local tras resección.

Objetivos: Presentar un caso de un tumor de muy baja frecuencia, con su diagnóstico y manejo asociados.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre de 23 años sin comorbilidades, cuadro de dolor abdominal punzante de 2 meses de evolución, asociado a diarrea y baja de peso de 12 kilos. Consulta en urgencias por mayor dolor abdominal asociado a fiebre. Examen físico destaca masa palpable en flanco izquierdo, sensible a palpación. Tomografía informa masa sólida intraabdominal vascularizada que mide 16x15cms, moderado neumoperitoneo y ascitis pelviana. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia tumor abdominal de 15x20cms, base de inserción en mesenterio, con compromiso infiltrativo de asas de intestino delgado. Tumor perforado, cubierto por epiplón mayor. Se realiza resección en block consiguiendo R0 macroscópico. Evolución postoperatoria favorable. Biopsia quirúrgica describe tumor fusocelular bien diferenciado, con patrón infiltrativo de crecimiento, compromiso ulcerativo de pared intestinal, márgenes alejados, 4 ganglios negativos para neoplasia. Se concluye tumor fibromatosis mesentérica (tumor desmoides). Dado riesgo de asociación con síndrome polipósico, se solicita colonoscopia ambulatoria informada como normal.

HERNIA DE AMYAND: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fatme Valentina Diaz Gasaly, Luis Fosneca Riquelme, Pablo Ebensperger Palacios,

Clínica Alemana Temuco. Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Anestesiología y Traumatología.

Introducción: La hernia de Amyand es una patología infrecuente caracterizada por la presencia del apéndice cecal dentro del saco de una hernia inguinal. Su prevalencia es de un 1% aproximadamente y su complicación con apendicitis es aún más infrecuente llegando a un 0,1% de los casos. Su diagnóstico preoperatorio es excepcional.

Objetivos: Realizar reporte de caso de una hernia de Amyand con apendicitis aguda concomitante manejada exitosamente.

Reporte del(los) Caso(s): Mujer de 57 años, sin antecedentes mórbidos de relevancia, consultó por cuadro de 3 días de evolución de aumento de volumen en zona inguinal asociado a dolor. Ingresa hemodinámicamente estable, al examen físico destaca hernia inguinal derecha atascada con cambios tróficos en la piel, se realiza un intento frustrado de reducción por lo que se ingresa para cirugía; en el intraoperatorio al abrir saco herniario se evidenció apéndice cecal completamente cubierto de epiplón carnificado e inflamado, con fibrina que al separarlo sangra profusamente, logrando resecarlo. Se expone apéndice cecal de 12 x 4 cm con paredes isquémicas y volvulada a 2 cm de la base, la cual estaba sana; se realizó apendicectomía y hernioplastia inguinal derecha con malla de prolene monoplaso según técnica de Lichtenstein. Evolución satisfactoria, alta al segundo día postoperatorio.

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO MEDIANTE TELEMEDICINA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DIGESTIVA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

María Jesús Irrarrázaval Mainguyague, Martín Inzunza Agüero, Rodrigo Muñoz Claro, Nicolás Quezada Sanhueza, Alejandro Brañes García, Pedro Soto Gajardo, Fernando Crovari Eulufi, Pablo Achurra Tirado,

Pontificia U. Católica de Chile.

Introducción: En el contexto actual de pandemia por COVID-19, muchos servicios de cirugía alrededor del mundo han implementado la telemedicina para promover el seguimiento remoto postoperatorio. Aún así, surgen dudas y aprehensiones con respecto a la seguridad y efectividad de esta modalidad.

Objetivos: Describir la experiencia de un centro universitario en el uso de telemedicina para el seguimiento de pacientes operados en el servicio de Cirugía Digestiva durante la pandemia por COVID-19, y compararlo con el seguimiento presencial habitual.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectivo, incluyendo a todos los pacientes operados entre marzo y junio de 2020 que tuviesen control postoperatorio ya fuese de manera presencial o por telemedicina mediante la plataforma institucional en línea. Se excluyeron aquellos pacientes con drenajes in situ al momento del alta y aquellos con estadía hospitalaria mayor a 14 días. Se analizaron y compararon variables demográficas, perioperatorias y de seguimiento entre ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron un total de 219 pacientes. El 48% (n=106) tuvo su primer control postoperatorio por telemedicina. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, clasificación ASA y proporción de pacientes COVID entre ambos grupos. Los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica y a cirugía de urgencia prefirieron más frecuentemente seguimiento por telemedicina (71% vs. 51%, $P=0.037$ y 55% vs. 41%; $P=0.038$, respectivamente). La tasa de complicaciones en el grupo de telemedicina y en el grupo presencial fue de 5,7% y 8%, respectivamente (5,7% vs. 8%; $P=0,50$). Dos pacientes del grupo de telemedicina requirieron una consulta presencial posterior y un 1,9% del mismo grupo consultó en el servicio de urgencias luego del control virtual.

Conclusiones: En el contexto de pandemia actual, el seguimiento virtual por telemedicina puede ser implementado de manera segura y efectiva en un grupo de pacientes quirúrgicos seleccionados; con tasas de complicaciones similares a aquellos pacientes con seguimiento presencial.

ENFRENTAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MEDIANTE CIRUGÍA LAPAROSCÓPI- CA. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC.

María Jesús Irrázaval Mainguyague, Sergio Riveros Gonzalez, Catalina Alejandra Ortiz Koh, Tomás Basaure Larraín, Nicolás Quezada Sanhueza, Mauricio Gabrielli Nervi, Fernando Crovari Eulufi, Pablo Achurra Tirado,

Pontificia U. Católica de Chile. .

Introducción: Existe una búsqueda continua por preferir el abordaje mínimamente invasivo, incluyendo el enfrentamiento de pacientes con urgencias quirúrgicas. La creciente experiencia en cirugía laparoscópica y sus conocidas ventajas la proponen como una atractiva alternativa en el manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal.

Objetivos: Describir la experiencia UC en el enfrentamiento de obstrucción intestinal mediante cirugía laparoscópica.

Material y Método: Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía laparoscópica por obstrucción de intestino delgado entre 2005 y 2020. Se excluyeron pacientes con antecedente de cirugía bariátrica, ostomía o carcinomatosis al momento de la cirugía. Se analizaron variables demográficas, diagnósticas, intraoperatorias, postoperatorias y seguimiento a mediano y largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes. La mediana de edad fue 58 (16-98) años. El 95,9% (n=70) fueron clasificados como ASA I-II, 67,1% (n=49) tenían antecedente de cirugía abdominal previa, y 19,2% (n=14) antecedente de obstrucción intestinal previa, de los cuales 28,6% (n=4) había requerido cirugía. La duración de síntomas previo al ingreso fue 48 (0-200) horas. PCR al ingreso, en mediana, fue 1,5mg/dL (0,03-33), ácido láctico 1,6mmol/L (0,1-11) y leucocitos 10.000/mm³ (3.900-43.840).

El 32,9% (n=24) fue operado dentro de las primeras 24 horas desde el ingreso. En el intraoperatorio, las causas de obstrucción más frecuentemente detectadas fueron bridas (83,6%) y hernia atascada (5,5%). Un 15,1% (n=11) requirieron resección intestinal. La tasa de conversión fue 35,6% (n=26), siendo las causas más frecuentes la necesidad de resección (38,5%) y adherenciolisis difícil (19,2%). La mediana de tiempo operatorio fue de 70 (25-300) minutos. Un total de 12 pacientes (16,4%) presentaron complicaciones postoperatorias precoces, todas Clavien Dindo I- II. No reportamos reintervención ni mortalidad precoz. La mediana de estadía hospitalaria fue de 4 días (1- 95). Con respecto al seguimiento a largo plazo, la mediana de seguimiento fue de 61 meses (1-172), donde un 6,8% (n=5) fueron readmitidos por un episodio de obstrucción intestinal, uno de ellos requiriendo resolución quirúrgica.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico es una alternativa en el tratamiento quirúrgico de obstrucción intestinal en pacientes seleccionados.

HERNIA DE GARENGEOT: UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE HERNIA FEMORAL.

Eduardo Castro Alvarado, Catalina Piñones Kramm, Renzo Fabrizio Carpanetti Castillo,

Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo). Servicio de Urgencia. Universidad Andres Bello

Introducción: La patología herniaria es una entidad frecuente, existen presentaciones atípicas con epónimos según el contenido herniario, como hernia de Littre, Amyad, Richter, entre otros. Cuando encontramos el apéndice cecal en una hernia femoral se denomina hernia de Garengeot, descrita por primera vez en 1731, representa entre el 0,5-5% de las hernias crurales y en la literatura mundial se han descrito alrededor de 200 casos.

Objetivos: Presentación de un caso clínico de hernia femoral complicada con apéndice cecal contenido en el saco herniario.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente de sexo femenino, 83 años, antecedentes de DM2, HTA y hernia femoral.

Consulta por cuadro de 12 horas de evolución de dolor en región inguinal derecha y aumento de volumen no reductible, sin clínica de obstrucción intestinal ni otros síntomas asociados.

Examen físico: Hidratada, abdomen blando depresible, con aumento de volumen en región inguinofemoral de 5 cms, sensible, no reductible.

Exámenes de laboratorio con PCR: 40,5mg/L, leucocitos, coagulación y función renal sin alteraciones.

Sin imágenes en hospital por falla técnica de equipos.

Se realiza exploración quirúrgica por vía inguinal, disección y apertura de saco herniario evidenciando dentro de este el apéndice cecal congestivo, se completa apendicectomía y herniorrafia.

La paciente evoluciona de manera favorable y al 2do día post operatorio se decide alta hospitalaria.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA DESDE ENERO 2014 A ENERO 2016

FABIAN RENE MALQUIN MAURA,

(JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL)HOSPITAL GENERAL LUIS VERNAZA, DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL. UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO (UEES)

Introducción: La colecistectomía laparoscópica constituye el estándar de oro terapéutico litiasis biliar, sin embargo, las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica no son la excepción y determinarían un aumento en la morbi- mortalidad de estos pacientes.

Objetivos: Conocer las principales complicaciones de la colecistectomía laparoscópica y medidas de manejo de las mismas.

Material y Método: Estudio retrospectivo-observacional y descriptivo, no experimental. El universo conformado por todos los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Departamento de cirugía desde enero 2014 a enero 2016. Se llenó la hoja de recolección de datos, para su posterior tabulación, de tal manera que permitió analizarlas con el apoyo del programa Excel 2016 y SPSS 16.0 para Windows.

Resultados: Se obtuvieron para el estudio 2432 pacientes, 987 hombres y 1445 mujeres; de los cuales 80 pacientes presentaron complicaciones durante el transoperatorio de estas la hemorragia en 1.32% (arteria cística el 0,9075 % y lecho hepático el 0,41 %) y lesión de vía biliar el 0,58%. Y 111 pacientes presentaron complicaciones durante el postoperatorio de estas el dolor significativo del sitio quirúrgico de los trocares en 1,64%. La mortalidad en el posoperatorio tardío hubo 3 muertes que corresponde al 0,0012%. Finalmente se determinó que ante la sospecha de lesión de vía biliar el diagnóstico debe ser precoz mediante colangiografía intraoperatoria y la referenciainmediata a un equipo quirúrgico certificado.

Conclusiones: La complicación transoperatoria más frecuente fue la hemorragia de la arteria cística; mientras que la complicación posoperatoria principal fue el dolor significativo del sitio quirúrgico de los trocares. La mortalidad fue baja. La comorbilidad más importante fue la hipertensión arterial. Por lo tanto, se concluye que las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica se pueden prevenir de acuerdo al juicio quirúrgico del cirujano y que el uso de la visión crítica de seguridad es la indicación para evitar lesiones en la vía biliar.

ANGIOMA DE CÉLULAS LITORALES DEL BAZO: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN FOCAL ESPLÉNICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

María Jesús Irrarrázaval Mainguyague, Sergio Andrés Riveros González, Pablo Achurra Tirado, Fernando Crovari Eulufi, Nicolás Quezada Sanhueza,

Pontificia U. Católica de Chile.

Introducción: Las neoplasias vasculares corresponden a un tipo de neoplasia esplénica común. Dentro de ellas, el angioma de células litorales (ACL) es infrecuente y habitualmente se presenta como un hallazgo en las imágenes. No existen factores clínicos, de laboratorio ni de imágenes que orienten a su diagnóstico específico, por lo que la esplenectomía permite el diagnóstico definitivo mediante análisis histológico. La revisión de la literatura establece una relación entre ACL y la presencia de una neoplasia concomitante, por lo que, frente a su diagnóstico, debe buscarse activamente alguna neoplasia primaria desconocida.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir el caso de un paciente con diagnóstico de ACL posterior a esplenectomía por lesión focal esplénica.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente masculino de 52 años que consulta por cuadro de astenia y distensión abdominal. Sin hallazgos al examen físico ni exámenes de laboratorio. En una tomografía axial computada (TAC) con contraste intravenoso se observan múltiples lesiones esplénicas nodulares hipodensas, una predominante de 1,3 cm, junto con aumento del tamaño prostático. Por sospecha de linfoma esplénico se realiza esplenectomía laparoscópica, sin incidentes. La biopsia informa un ACL. En el seguimiento dirigido, urología realiza diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, a los 2 meses de la cirugía del bazo.

HIDATIDOSIS Y TUMOR MUSCULO ESQUELÉTICO PÉLVICO

Eduardo Ramirez Gonzalez, edmundo julio cesar ziede rojas,

Hospital Base San José de Osorno. cirugía general.

Introducción: La hidatidosis corresponde a una zoonosis producida por *E. granulosus*, endémico en Chile, con notificación aproximada 2,47 por 100.00 hab. El quiste hidatídico se localiza en áreas como hígado y pulmón (80-90%) y el resto del cuerpo (10%), con ubicación pélvica aislada excepcional.

Se expone caso de hidatidosis pélvica retroperitoneal y elementos clínicos.

Objetivos: Describir manifestación atípica de hidatidosis, como localización musculoesquelética pélvica y su diagnóstico.

Reporte del(los) Caso(s): Mujer de 41 años de Osorno, sin antecedentes, consulta en servicio de Urgencias por dolor lumbo pélvico, posterior a caída.

TC abdomen y pelvis impresiona tumor y fractura sacroiliaca izquierda en hueso patológico. Se hospitaliza para estudio, presenta leucocitocis con predominio eosinofilo y marcadores tumorales normales. TC abdomen y Pelvis con contraste, muestra masa heterogénea que compromete musculo iliopsoas izquierdo, de aspecto lobulado, que se extiende hacia las áreas glúteas.

Estudio con RMN pelvis, muestra masa solido quística centrada en el musculo piriforme izquierdo, con infiltración de musculatura glútea, plano musculo iliopsoas izquierdo y destrucción de ala iliaca izquierda.

Se plantea etiología inflamatoria infecciosa por micobacterias-fúngica-parasitaria vs origen neoplásico (Linfoma- sarcoma), por lo cual se realiza biopsia, confirmando el diagnóstico de hidatidosis. Continúa tratamiento con 3 ciclos de albendazol, presentando recidiva a 1 año.

BILIPERITONEO SECUNDARIO A PERFORACIÓN TRAUMÁTICA AISLADA DE LA VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE UN CASO.

Oriana Montserrat Chavez Raimann, Francisco Carriel Albarracin, Nicolás Rojas Fernández,

Universidad del Desarrollo. Postgrado-Cirugía General. Hospital Padre Hurtado Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La perforación traumática aislada de la vesícula biliar por trauma abdominal cerrado es infrecuente, correspondiendo al 0,01% de las lesiones de vesícula. Su diagnóstico es tardío; habitualmente ocurre en concomitancia con otras lesiones intraabdominales.

Objetivos: El objetivo es describir un caso y revisar la literatura actual disponible.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre de 66 años, hipertenso, alcohólico, ingresó al hospital Padre Hurtado por caída de altura, golpe en región toracoabdominal. Se realizó escáner torax, abdomen y pelvis, evidenciándose vesícula biliar con contenido denso. Vía biliar de 13 mm. Evoluciona con ictericia, fiebre y alza de parámetros inflamatorios; se diagnostica colangitis y se realiza colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, con salida de bilis clara, sin coledocolitiasis. Persiste deterioro clínico, cursando con taquicardia, dolor abdominal, hiperbilirrubinemia (7,8). Se toma nuevo escaner, evidenciándose discontinuidad de la pared vesicular. Se decide laparotomía exploradora, observándose biliperitonitis y perforación del fondo vesicular. Se realiza colecistectomía y aseo, con buena evolución postoperatoria.

La perforación traumática se produce por la contusión directa de la pared vesicular, más común en el fondo, formándose un hematoma y tardíamente necrosis. Ocurre en vesículas sanas, de paredes delgadas, distendidas por el ayuno o el consumo de alcohol. La colecistectomía precoz es el tratamiento de elección, siendo el pronóstico excelente.

HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL ENCARCERADA: MANEJO QUIRÚRGICO

Nataly Xiomara Rodríguez Cedeño,

HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL ENCARCERADA: MANEJO QUIRÚRGICO. Hospital Clínica Guayaquil.

Introducción: La hernia vesical es una entidad asociada a la hernia inguinal, con predisposición de lado derecho; con un porcentaje de 0.5% a 3%, hasta 10% en hombres, a partir de los 50 años. La mayoría son pequeñas, la fisiopatología más común es la obstrucción siendo la hiperplasia prostática la principal etiología.

Objetivos: Determinar el manejo de hernia inguinal vesical.

Reporte del(los) Caso(s): Se presenta el caso clínico, de paciente masculino de 64 años, con antecedente patológico de párkinson, hernia inguinal izquierda hace 5 años reducible. Paciente acudió a consulta, por presentar dolor abdominal de moderada intensidad, aumento de volumen en región inguinoescrotal izquierda que no permite la palpación superficial, con una evolución progresiva de 3 días, niega síntomas urinarios.

La ecografía reporta lesión ovalada, llena de líquido dentro del escroto de 12 x 7 cm que sigue cranealmente hasta unirse a la porción intraabdominal de la vejiga e hipertrofia prostática grado I/IV.

En base a la confirmación diagnóstica, se optó por tratamiento quirúrgico abierto convencional. Se realizó una exploración quirúrgica, con hallazgos de contenido herniario fueron la pared lateral de vejiga totalmente adherida con signos de sufrimiento y parte de epiplón con signos de isquemia. Se repara la misma. Su postquirúrgico sin complicación.

COLECISTITIS AGUDA MÁS DIVERTICULITIS AGUDA CONCOMITANTES

Yerko Marcelo Rojas Duarte, Jorge Eduardo Segovia Rojas, Gabriel Sandoval Silva, Celso Castillo Toro, Alejandro Antonio Campos Gutierrez,

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

Introducción: La Colecistitis Aguda es un cuadro frecuente en nuestro medio, donde puede llegar a ser muy grave en sus fases avanzadas. Cuadros Sépticos como la Diverticulitis Aguda, pueden causar Colecistitis Aguda.

Objetivos: Descripción de un caso clínico donde se presentan en concomitancia dos patologías frecuentes en nuestro medio.

Reporte del(los) Caso(s): Se presenta a una paciente de sexo femenino, 81 años, consulta por cuadro de Consulta por cuadro de dolor abdominal de 10 días de evolución asociado a náuseas y vómitos. Se realiza Ecografía Abdominal que muestra Colecistitis Aguda Perforada posiblemente gangrenada con gran colección adyacente y un scanner que muestra mismos hallazgos asociados a Coledocolitiasis, más imagen hidroaérea adyacente a colon sigmoides compatible con Diverticulitis Aguda Hinchey I.

Se realiza Colecistectomía Abierta más Colédocostomía con Extracción de Litiasis más CIO más Sonda T y Drenaje, a nivel de colon sigmoides se observa una masa inflamatoria, sin líquido libre ni pus, la cual no se interviene.

La paciente evoluciona en buenas condiciones generales y buena respuesta a terapia antibiótica.

Es de suma importancia realizar un tratamiento y diagnóstico oportuno para evitar las complicaciones graves como la perforación y peritonitis en ambos cuadros.

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.

XIMENA CONCHA SANHUEZA, Felipe Santiago Navarro Hormazabal, Paula Leon Acuna, Paula Andrea Fluxá Rojas,

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Equipo Cirugia Digestivo Alto. Universidad de Chile - Programa de formacion especialista en Cirugia General

Introducción: La ulcera péptica es una patología prevalente. Si bien las complicaciones asociadas a la perforación han disminuido, existen diversas series con alta mortalidad reportada en relación al manejo de ésta. En nuestro centro es escasa la información al respecto.

Objetivos: Describir el perfil y evolución clínica de pacientes del Hospital del Salvador (HDS) con diagnóstico de úlcera péptica perforada (UPP) que requirieron manejo quirúrgico los últimos 5 años.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes intervenidos por UPP entre enero 2015 - mayo 2020 en el HDS. Revisión de fichas clínicas, protocolos operatorios y registros de defunción de los pacientes incluidos hasta julio 2020. Análisis descriptivo de perfil demográfico, quirúrgico, evolución clínica y mortalidad.

Resultados: Entre enero 2015 mayo 2020 se operaron 28 pacientes por UPP. Promedio de edad 60 años (rango 26-95), 75% fueron hombres. 20 úlceras gástricas y 8 duodenales. 25 pacientes fueron intervenidos por equipo de urgencias. Mediana de tiempo ingreso-intervención 6 hrs (rango 1-288). Tiempo operatorio promedio 120 min (DS± 62,4 min). Abordaje abierto 71,4%. Peritonitis purulenta difusa 42,8%. La reparación más frecuente fue rafia primaria con parche omental (57%). Se tomaron 11 biopsias, todas de úlceras gástricas, de etiología benigna, obtenidas por abordaje abierto. Se reoperó un paciente por filtración. La mediana de hospitalización fue de 7 días (rango 3-197). La mortalidad postoperatoria a 30 días fue de 21,4% (6 pacientes). Solo un 33% se controló con Endoscopia Digestiva Alta postoperatoria a 6 meses de seguimiento.

Conclusiones: La UPP continúa siendo un diagnóstico prevalente, con una alta mortalidad a 30 días a pesar del manejo operatorio oportuno. No obstante, dicha tasa es baja comparada con otras series descritas. La mediana de hospitalización fue adecuada en relación a distintas series. El bajo control endoscópico amerita la optimización de los protocolos de seguimiento postoperatorio para evitar complicaciones futuras.

CIRUGÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE

Felipe Celedon Porzio, Kristian Grego Parra, Javiera San Martín Hernández, Gerardo Abraham Montenegro Urrutia, Pablo Raba Pizarro, Jorge Josué Hidalgo Tapia, Heriberto Mancilla Cárcamo, Sebastián Uribe Araya,

Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Departamento de Cirugía General.

Introducción: La alta contagiosidad y elevada tasa de ocupación de camas UPC por COVID-19 llevó a que gran cantidad de cirugías electivas fueran suspendidas en el peak de la pandemia en Chile. Por esto se elaboró en Hospital FACH un Instructivo de Manejo de Pacientes Quirúrgicos para reducir el riesgo de contagio.

Objetivos: General: Describir la frecuencia, características biodemográficas y clínicas de pacientes operados en el Hospital FACH entre abril y julio 2020 en relación al protocolo elaborado en el contexto de Pandemia Específicos: Establecer la tasa contagio, estadía y complicaciones.

Material y Método: .Estudio observacional retrospectivo

-Población: Pacientes sometidos a cirugía en el Hospital FACH durante Abril y Julio de 2020. -Grupos: Cirugía Urgencia y Electivas.

-N: 152 pacientes.

Criterios de inclusión

-Mayores 18 años.

-Sometidos a Cirugía General y subespecialidades.

Criterios de exclusión.

-Otros tipos de cirugía

-Procedimientos endoscópicos ambulatorios

Variables

-Caracterización biodemográfico clínica

-Efecto COVID en Cirugías

-Estadía e incidencia de complicaciones en relación a COVID-19

Se revisaron fichas clínicas y extrajeron datos.

Se confeccionó Base de Datos con parámetros e indicadores según objetivos propuestos.

Estudio fue aprobado la Unidad de Investigación Clínica y el Comité de Ética Científica del Hospital FACH

Resultados: Total 145 cirugías, 640 mismo periodo 2019, reducción de 82%. 41% electivos, 59% urgencia.

Hombres 66%, promedio 64años, media hospitalaria 10 días.

60 cirugías electivas, 33% vasculares, 20% cabeza y cuello, 19% coloproctología, 9% tórax, 7% digestivo, 6% plástica, 4% cardiocirugía y 2% mama.

Cirugías de urgencia los diagnósticos frecuentes fueron 27% laparotomías exploradoras, 20% apendicitis, 13% colecistitis, 10% aseo quirúrgico, 10% amputaciones, 9% catéter tunelizado, 11% otros.

13,1% pacientes COVID-19. Mortalidad 4,8%, 3 COVID-19 y fallecieron a causa de este.

En pacientes COVID-19 se realizaron 18 cirugías, 41% traqueostomías, 30% laparotomías exploradoras, 11% FVC, 6% cateter tunelizado, 6% reparación vascular, 5% CPRE.

3 contagios de COVID-19 durante hospitalización.

Conclusiones: COVID-19 ha generado gran impacto en patologías quirúrgicas.

Es imprescindible que sociedades y establecimientos médicos propongan protocolos de prevención, manejo y priorización.

ABDOMEN AGUDO. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE APENDICITIS AGUDA

Felipe Celedon Porzio, Javiera San Martín Hernández, Heriberto Mancilla Cárcamo, Sebastián Uribe Araya,

Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Departamento de Cirugía General.

Introducción: El abdomen agudo es una de las motivos de consulta más habituales en los servicios de urgencia y dentro de todos los diagnósticos diferenciales la apendicitis aguda es el cuadro de resolución quirúrgica de mayor frecuencia, teniendo un sinnúmero de presentaciones clínicas en relación a la edad, sexo, comorbilidades y posición anatómica del apéndice.

Objetivos: -Presentar un caso de apendicitis aguda con una historia clínica atípica.
-Presentar audiovisualmente un apendicectomía laparoscópica y esquematizar de manera didáctica cada una de las estructuras anatómicas involucradas.

Contenido del Video: Se presenta el caso clínico de una mujer de 50 años que consulta en el servicio de urgencias del hospital FACH con un cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico localizado en el Hipocondrio derecho asociado a náuseas. Se muestran el video del Scanner en donde se observa una gran masa abdominopelvica y el apéndice cecal en posición atípica en estrecha relación con la vesícula biliar. Laparoscopia evidencia peritonitis purulenta difusa, se señalan a color cada uno de los elementos: Tumor miomatoso uterino, apéndice, mesoapéndice, arteria apéndice y ganglio inflamatorio. Se realiza apendicectomía laparoscópica, aseo de la cavidad peritoneal e instalación de drenaje al fondo de saco rectouterino.

PREVALENCIA DE LA DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA, NUESTRA REALIDAD EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE.

Gina Francesca Squella Bianchi, Stefano Ramolfo Pacheco, alvaro soterres garcia, Ignacio Parada Silva, Gerardo Abraham Montenegro Urrutia, Pablo Raba Pizarro, Sebastián Uribe Araya,

Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Cirugia General.

Introducción: La diverticulosis es una patología frecuente en el mundo industrializado alcanza hasta el 60% en adultos mayores de 60 años, de estos el 4% desarrollará una diverticulitis aguda(DA). El 15% de las D.A desarrolla una complicación (absceso, obstrucción intestinal, perforación, colecciones, fistulas, peritonitis). El diagnóstico es clínico con confirmación radiológica (TAC abdomen-pelvis), según los hallazgos se clasifica y decide su manejo; factores asociados al desarrollo de cuadros más graves son edad y comorbilidades que destacan en este estudio, ya que la estructura etaria de nuestra población es semejante a la proyectada para la población chilena en los próximos 15 años; Esto nos impulsó a revisar nuestra realidad en los últimos 6 años, esperando que los resultados sirvan de base para seguir ampliando el conocimiento científico.

Objetivos: Determinar la prevalencia de la diverticulitis aguda complicada(D.A.C) en población adulta del H. FACH. específicos: Cuantificar los casos de D.A tratadas; Clasificar la DA por Hansen/Stock; Determinar la prevalencia de la diverticulitis crónica recurrente.

Material y Método: Estudio descriptivo/observacional/retrospectivo C.INCLUSION Pctes atendidos en el Hospital FACH con D.A(enero 2013/mayo2019), más de 18 años, ficha clínica completa, tener TAC Abdomen-Pelvis. C.EXCLUSION Pctes tratados solo en policlínico, no firmar consentimiento informado VARIABLES:

Sexo(cualitativa/nominal/dicotómica), edad(cuantitativo/de razón/discreta), severidad(cualitativo/ordinal) análisis estadísticos de variables descriptivas en porcentajes con M. Excel

Resultados: Total 307casos, N° pctes 251, hombres 43-3%, mujeres 56.6%, DAC 35(11.4%) clasificación Hassen-Stock II A: 12(34.3%) B:14(40.0%) C: 9(25.7%) III: 4(13.3%).

Conclusiones: Nuestra población es semicautiva, estable, con fácil acceso, lo que hace posible y confiable nuestros resultados, estas mismas características podría ser las responsables de encontrar una menor tasa de complicaciones 11.4%vs25% de D.A.C reportado en la literatura. En cambio, la diverticulitis crónica recurrente mostró 13.6% que es similar al reportado por los trabajos más recientes que hablan de 13%en 10 años de seguimiento. Se requieren otros estudios para poder determinar las diferencias encontradas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIDATIDOSIS DISEMINADA DE LOCALIZACIÓN UTERINA Y TUBÁRICA EN EMBARAZADA DE SEGUNDO TRIMESTRE. REPORTE DE CASO

CONSTANZA ROBLES ARAVENA, Sebastian Antonio Peñaloza Castillo, Natalia Victoria Vergara Becerra, Isabella Constanza Monsalve Gayoso, Rocio Trinidad Pinilla Mora,

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Servicio de Cirugía Adultos. Universidad de la Frontera

Introducción: La hidatidosis, enfermedad zoonótica por *Equinococcus granulosus*. Se presenta con quistes hidatídicos(QH), la localización pélvica es infrecuente y su presencia en embarazo es resolución quirúrgica por riesgo materno-fetal(MF).

Objetivos: Se presenta una paciente con hidatidosis diseminada; QH pélvico durante el embarazo con resolución quirúrgica.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente con hidatidosis diseminada el 2014 con quistectomía subtotal QH parauterinos, hepáticos y biliares. El 2019, cursando embarazo 14 2 semanas, ecografía obstétrica detecta quistes multiloculados uterinos. Resonancia Magnética muestra QH pulmonares, hepáticos, peritoneales y uterinos. Se realiza quistectomía por Laparotomía, identificando dos QH adheridos a cuerpo uterino, ambos con adherencias trompas uterinas, formando un bloque. Se logra extracción completa QH derecho y aspiración por punción de QH izquierdo, previo aislamiento de campo con povidona. Control a las 25 semanas gestación; Unidad Feto-Placentaria indemne. cesárea a las 38 semanas, sin incidentes.

La hidatidosis diseminada con QH uterino durante el embarazo es infrecuente en la literatura. La ecografía obstetrica permitió la sospecha. Los QH durante el embarazo pueden accidentarse, produciendo riesgo MF por lo que deben operarse cuanto antes. La pesquisa y cirugía precoz evitó complicaciones en la paciente.

Los QH uterinos detectados en embarazo deben operarse durante el primer trimestre para evitar complicaciones MF.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN DUPLICACIÓN VESICULAR TIPO Y. REPORTE DE UN CASO.

Brenda Gamez Del mauro, Valeria Cepeda Ordenes, Fernando Maluenda Gatica, Maria Teresa Vial Perez,

Clínica Las Condes. Cirugía Digestiva.

Introducción: La duplicación de la vesícula biliar (VB) es una malformación congénita rara con una incidencia de 1/4.000 autopsias. La clínica es inespecífica y el diagnóstico se realiza generalmente en contexto de enfermedades por cálculos biliares. Su diagnóstico preoperatorio es crucial para prevenir complicaciones quirúrgicas y/o reintervenciones. En casos de duplicación de VB sintomática por cálculos biliares, se recomienda la resección de ambas para evitar una segunda colecistectomía, porque la composición de bilis es similar y por la alta incidencia de cáncer de VB en nuestro país.

Objetivos: Presentar caso de duplicación de VB tipo Y operada vía laparoscópica.

Reporte del(los) Caso(s): Mujer de 43 años, antecedente de cáncer de mama operado. Consulta en servicio de urgencias por cuadro clínico compatible con colecistitis aguda. Se realiza ecografía abdominal con imagen sugerente de duplicación VB tipo Y: una de las vesículas con imagen de colecistitis aguda litiasica.

Se realiza colecistectomía laparoscópica. Colangiografía intraoperatoria doble sin otros hallazgos patológicos. Anatomía patológica muestra colecistitis aguda en una de las vesículas y colesteroles en la otra. Evolución favorable, sin complicaciones intra o postoperatorias.

El diagnóstico preoperatorio es esencial y se recomienda la remoción de ambas vesículas en un mismo tiempo quirúrgico cuando está indicada.

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: REPORTE DE CASO

Sonia Curitol Sanchez, Paz Belen Henriquez Winser, Juan Andres Mansilla Espinoza,

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Cirugia adulto - Coloproctologia.
Universidad de la Frontera

Introducción: Los tumores retroperitoneales son un grupo heterogéneo de neoplasias, 85 % de los cuales son malignos. Un tercio de los tumores malignos retroperitoneales son sarcomas y aproximadamente 15% son sarcomas de tejido blando. Éstos son de crecimiento lento y expansivo con compromiso de órganos vecinos en un 80%. Se caracterizan por sintomatología inespecífica, habitualmente dolor abdominal difuso y síntomas compresivos debidos a su gran tamaño. La edad peak de presentación es la sexta década de vida, con incidencia similar en hombres y mujeres.

Objetivos: Presentar caso clínico de paciente con liposarcoma gigante retroperitoneal.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente femenina de 62 años, sin antecedentes mórbidos, en estudio por dolor abdominal difuso y aumento de volumen abdominal, se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis donde destaca gran masa retroperitoneal de partes blandas con componente graso de 26 cm de diámetro mayor determinando importante efecto de masa. Se realiza embolización preoperatoria del tumor y posterior resección del tumor retroperitoneal, el cual compromete el uréter izquierdo, realizándose resección parcial de éste y confección de vejiga pseudo. La paciente evoluciona en buenas condiciones generales dándose de alta al quinto día postoperatorio. Biopsia definitiva confirma un liposarcoma bien diferenciado grado 1 con márgenes quirúrgicos negativos.

PSEUDOMIXOMATOSIS PERITONEAL: HALLAZGO INCIDENTAL EN HERNIA INGUINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Pablo Raba Pizarro, Kristian Grego Parra, Dominique Soledad Godoy Dagach,

Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Unidad de Cirugía General. Hospital San Camilo de San Felipe, Región de Valparaíso

Introducción: La pseudomixomatosis peritoneal (PMP) es una entidad poco frecuente (1-4/1.000.000 habitantes) diagnosticada de manera incidental en su mayoría. Corresponde a una diseminación peritoneal secundaria a la perforación de un tumor mucinoso primario, principalmente apendicular (94%).

Objetivos: No aplica.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre de 70 años sin antecedentes, que ingresó para hernioplastia inguinal derecha electiva. En el intraoperatorio se observó saco herniario engrosado y vesicular, con contenido gelatinoso, que se resecó y estudió con biopsia diferida. El estudio histológico informó tejido fibroadiposo con lagos mucosos compatibles con PMP. Se realizó tomografía computada de abdomen y pelvis que informó ascitis leve y engrosamiento de la pared apendicular con contenido líquido sugerente de mucocoele. Se presentó en comité oncológico y decidió manejo con cirugía de citorreducción (CR) y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QIH).

REPARACIÓN ENDOSCOPICA PREAPONEUROTICA (REPA) DE HERNIA INCISIONAL DORSAL LUMBAR DERECHA: PRESENTACION DE VIDEO

Rodrigo Javier Anacona Cocio, José Gregorio Mejías González, Norkys Martín Bourri-caudy, Alvaro Tapia Vergara, Javier Ignacio Crisosto Adrián,

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Servicio de Cirugía. Universidad Católica del Maule. Departamento de Cirugía

Introducción: Las hernias lumbares incisionales son una patología de baja incidencia pero con un manejo por cirugía tradicional muy difícil por su alta incidencia de recidiva, la cirugía mínima invasión se presenta como una nueva opción para este tipo de hernias. La reparación endoscópica preaponeurotica (REPA) representa una alternativa para su corrección utilizando las ventajas de una técnica mínimamente invasiva, con todas las ventajas que implica su uso.

Objetivos: Presentar técnica REPA como una técnica segura, reproducible y con las ventajas que ofrece al ser una técnica mínimamente invasiva

Contenido del Video: Paciente masculino de 39 años con antecedente de nefrectomía derecha laparoscópica por litiasis coleriforme complicada con infección de lumbotomía y posterior hernia incisional, presentando aumento de volumen y dolor en cicatriz de lumbotomía. TAC informó defecto herniario región lumbar aprox. 10 cms diámetro. Se decide realizar REPA. Posición decúbito lateral izquierdo, se realiza abordaje en región umbilical y dos puertos de trabajo laterales. Disección de tejido subcutáneo. Se identifica anillo herniario, disección circunferencial, se reduce contenido. Plicatura de músculo oblicuo externo con sutura barbada y se instala malla polipropileno fijada con cianoacrilato en espacio preaponeurotico. Se instala drenaje para evitar formación de seromas. Evoluciona satisfactoriamente.

ESTUDIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA QUE PRESENTARON DIAGNÓSTICO DE COVID- 19 PREVIO O POSTERIOR A LA MISMA.

MARIA MARTA MODOLO *, Rina Sepulveda Poblete, Carlos Patricio Vergara Lagos,

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicios quirúrgicos: Urgencias, Servicio de Cirugía , Traumatología, Neurocirugía y Urología. Departamento de Estadística, HBLT

Introducción: Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, de recogida de datos de un hospital público nivel 1, de pacientes con diagnóstico de COVID-19 sometidos a cirugía, de los cuales se analizaron complicaciones post operatorias y mortalidad. Este tipo de trabajos intentan entender la complejidad del paciente en periodo perioperatorio en contexto de pandemia.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo, complicaciones post operatorias, causa, y tiempo de mortalidad de los pacientes diagnosticados de COVID 19 y sometidos a cirugía.

Material y Método: Entre el 1 de Abril y 31 de agosto de 2020, se incluyeron 124 pacientes de varias especialidades quirúrgicas. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de cirugía de emergencia con diagnóstico clínico o serológico de infección por COVID-19 antes y después de la cirugía. Para cirugía electiva, infección de Covid después de la misma. Se excluyeron pacientes con infección de SARS-Covid diagnosticados en el hospital más de 30 días después de la intervención.

Resultados: De las cirugías realizadas, el 79.5% de los pacientes estudiados presentó positividad a PCR y en el 19%, el diagnóstico fue clínico. Un 62% fueron urgente, 30% expeditas y 8% electivos. Motivo de ingreso más frecuente: dolor abdominal y fiebre. El 68.5% de ellos fueron varones. Grupo etario predominante fue 50-69 años. Morbilidades: hipertensos (58%), diabéticos (38%), fumadores (31%) y obesos (30.6%). En las complicaciones post-operatorias, predominaron la neumonía, infección del sitio quirúrgico, sepsis, entre otros. Re-operaciones, del 35,5%. La mortalidad global fue del 24.2% entre los 8 y 30 días post - operatorio principalmente. Casi el 20% de los mismos presentó insuficiencia respiratoria.

Conclusiones: Este número de complicaciones post-operatorias tiene correlación con la estadística mundial para este tipo de pacientes. En futuros estudios, se compararán estos resultados con el total de la población de nuestro hospital. Este es un estudio inicial para visualizar contextualmente lo que pasa en el mundo.

MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN PERIOPERATORIA POR SARS-COV-2 (COVID-19): COHORTE PROSPECTIVA EN CIRUGÍA ESOFAGAGÁSTRICA, HEPATOBILIAR Y COLOPROCTOLÓGICA.

Martín Inzunza Agüero, Cecilia Alejandra Romero Manqui, María Jesús Irrázaval Mainguyague, Magdalena Ruiz- Esquide Soto, Pablo Achurra Tirado, Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Crovari Eulufi, Rodrigo Muñoz Claro,

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

Introducción: La infección por COVID-19 se ha extendido globalmente desde inicios de 2020, en una pandemia sin precedentes. Los pacientes con infección en curso sometidos a cirugía pueden ser más susceptibles a complicaciones y mortalidad. En la literatura se reporta una mortalidad que oscila entre 20 a 50%. Se requiere mayor evidencia sobre la seguridad de someter a cirugía a pacientes expuestos o infectados por COVID.

Objetivos: Determinar la mortalidad y morbilidad en pacientes con infección perioperatoria por COVID-19 sometidos a cirugía digestiva electiva y de urgencia en un centro universitario.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectiva. Se incluyeron pacientes con infección perioperatoria por COVID-19 sometidos a cirugía digestiva esofagagástrica, hepatobiliar o coloproctológica, electiva o de urgencia. Se excluyeron menores de edad y pacientes sometidos a otros tipos de cirugía. Período de reclutamiento durante 4 meses consecutivos desde el inicio de la pandemia en Chile. Se analizaron las variables demográficas, tipo de cirugía, anestesia, y estadía hospitalaria. Los outcomes principales fueron mortalidad a 30 días, morbilidad (Clavien-Dindo), morbilidad respiratoria, reingresos y re-operaciones. Se aplicó estadística descriptiva y analítica mediante SPSS.

Resultados: Se incluyeron 701 pacientes en la serie, 39 (5.6%) presentaron infección perioperatoria por COVID-19. La mortalidad general a 30 días fue de 2%, mientras que la mortalidad en pacientes COVID fue 12.8% ($p < 0,001$). La morbilidad Clavien-Dindo III fue 8.3%, alcanzando 31% en el subgrupo de pacientes COVID ($p < 0,001$); con una morbilidad respiratoria de 31% y necesidad de VMI en 6 pacientes. Del total de pacientes de la serie, 36 fueron re-intervenidos, 4 de ellos con infección activa por COVID. Reingresaron 16 pacientes en total, 4 por infección o exacerbación de COVID.

Conclusiones: En nuestra serie, la mortalidad, morbilidad general y respiratoria en pacientes con infección perioperatoria por COVID-19 es superior a aquellos no infectados, pero es menor a lo reportado en la literatura.

CIRUGÍA ELECTIVA DURANTE PANDEMIA COVID-19.

Lorenzo Nicolás González Palacios, Augusto Antonio Barrera Zamorano, Benjamin Fernandez Marambio, CONSUELO VALDES RUBILAR, Daniel Valenzuela Candia, FRANCISCA PEREZ SAAVEDRA, Tiffany Rojas Ortega, Carlos García Carrasco,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía. Universidad de Chile, Campus Centro

Introducción: La pandemia COVID-19 ha afectado en muchos aspectos a los servicios de cirugía, principalmente en disminución de cirugías electivas, derivadas de su postergación por la autoridad sanitaria, con el objetivo de enfocar y cuidar, tanto los recursos humanos como de infraestructura para afrontar esta pandemia. Las recomendaciones de diversas sociedades científicas y autoridades se enfocaron en la priorización y elección de procedimientos cuya postergación implicara un eventual daño emergente. Para esto se propuso una clasificación de intervenciones en cinco categorías: Emergencia, urgente, urgente-electivo, electivas-escenciales y electivas- discrecionales.

Objetivos: Analizar el impacto de la categorización de la cirugía electiva durante la pandemia COVID-19 y mostrar los resultados de los procedimientos realizados.

Material y Método: Análisis de cirugías realizadas entre el 1 de marzo y 30 de septiembre de 2020. Se analizaron las cirugías de los equipos de digestivo alto, coloproctología, cirugía vascular y cirugía de cabeza, cuello y partes blandas. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos en estos equipos. No hubo exclusiones. Se analizaron variables como edad, género, tipo de cirugía, diagnósticos, complicaciones, reoperaciones y mortalidad. Análisis estadístico según variables. A modo de comparación se analizaron los datos de pacientes intervenidos entre marzo y septiembre 2018.

Resultados: En este período se operaron 695 pacientes, 254 (36,5%) correspondieron a patología neoplásica y 12 fueron COVID(). Edad promedio 49,5 años (58 años en pacientes neoplásicos). Reoperaciones 37/695. No hubo mortalidad quirúrgica.

Si se comparan estos datos con las cirugías realizadas en el mismo periodo del 2018, se observa una disminución significativa en el número de intervenciones (1276 versus 695, caída del 54,4%). Se operaron 273 pacientes oncológicos, que no representaron una caída significativa.

Conclusiones: La pandemia COVID-19 afectó de manera significativa el número global de cirugías realizadas durante el periodo de estudio. Sin embargo, la categorización y priorización, permitió no disminuir el número de intervenciones oncológicas.

EXPERIENCIA DE 7 AÑOS DE COLGAJOS LIBRES MICRO-QUIRÚRGICOS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Juan Pablo Henríquez Rissios, Matias Ignacio Nova Nova, Aldo Lopez Ortega, Jose Ramon Rodriguez Astudillo, Sonnia Eloina Perez Zapata, Joaquín Ramírez Sneberger, Gonzalo Gomez Corona, Armando Iniguez Cuadra,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: Los Colgajos Libres Micro-Quirúrgicos constituyen una herramienta esencial en el área reconstructiva de la Cirugía Plástica. A pesar de las limitaciones de alto costo de equipos técnicos y larga curva de aprendizaje, el Hospital Sótero del Río ha logrado desarrollar gradualmente desde 2013 una infraestructura para obtener resultados postoperatorios adecuados.

Objetivos: Analizar el flujo operatorio de colgajos libres realizados por el servicio y sus resultados postoperatorios.

Material y Método: Estudio de corte transversal, observacional, con estadística descriptiva. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases informáticas de cirugías y controles postoperatorios del hospital. Criterios de inclusión: colgajos microquirúrgicos realizados entre enero 2013 y septiembre 2019, con a lo menos 1 año de seguimiento. Criterios de exclusión: intervenciones sin participación de miembros del equipo de Cirugía Plástica, descarte intraoperatorio del colgajo, complicaciones menores a Clavien III, reintervenciones previamente programadas. Se definieron como variables resultado: reintervenciones radicales (por pérdida total de colgajo) y tipo de reconstrucción usada. Variables de interés: reintervenciones no radicales, porcentajes respectivos de cada tipo de colgajo, promedio anual de colgajos.

Resultados: La búsqueda arrojó 65 pacientes, realizándose un total de 70 colgajos libres: 32 DIEP(45,7%), 23 ALT(32,8%), 7 Peroneos(10%), 2 SCIP(2,8%), 2 Latissimus Dorsi(2,8%), 2 Gracilis(2,8%), 1 Radial(1,4%) y 1 TRAM Libre(1,4%). 12 de estos(17,1%) tuvieron una reintervención radical por pérdida: 4(5,7% / 2 SCIP, 2 ALT) requirieron de un nuevo colgajo libre, 6(8,5%) requirieron de colgajo regional y 2(2,8%) requirieron de amputación. 15 colgajos (21,4%) requirieron de reintervenciones menores sin pérdida de colgajo, ej.: resección parcial y avance, injerto dermo-epidérmico a zona dadora o aseo quirúrgico. El promedio anual de colgajos libres realizado por el equipo fue de 10,3.

Conclusiones: El equipo hospitalario ha logrado paulatinamente una infraestructura adecuada para la realización de colgajos libres en el sistema público, con más de 10 colgajos anuales y una necesidad de reintervención por pérdida total de colgajo de 17,1%.

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE DESARROLLAN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL DE LA FLORIDA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

Carlos Alberto Barril Merino, ignacio alfredo zamora galleguillo, Alvaro Cambara Parro, Nohelia Abou Kheir Caballero, Omar Chavez Maichil,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Adulto - Equipo de Cirugía Plástica.

Introducción: El COVID-19 puede manifestarse como un cuadro grave que requiere hospitalización prolongada y manejo en unidades de paciente crítico (UPC). Dentro de las complicaciones de la estadía prolongada y del uso de ventilación mecánica (VM) se encuentra el desarrollo de úlceras por presión (UPP), que retrasan el alta y elevan la morbimortalidad.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes con UPP hospitalizados por Síndrome Respiratorio Agudo por Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) en el Hospital de La Florida Dra Eloísa Díaz Insunza (HLF), durante los 6 primeros meses de pandemia.

Material y Método: Estudio transversal. Se incluyeron los pacientes hospitalizados en HLF con diagnóstico de SARS- CoV-2 que hayan desarrollado UPP en su hospitalización, notificadas mediante interconsulta al equipo de cirugía plástica, desde marzo 2020 a septiembre 2020. Se excluyeron los pacientes que no presentaron SARS-CoV-2.

Resultados: Se identificaron 26 pacientes que desarrollaron UPP. La más común fue la úlcera sacra con un 99% del total.

Destaca que 16 son de sexo masculino, con un promedio de edad de $59,5 \pm 16$ años.. El 70% tenía por lo menos una comorbilidad, siendo la más común la Hipertensión Arterial (HTA) con un 70%. Le sigue la Diabetes Mellitus tipo 2 con el 50% de los casos.

En relación con los factores que pudieran contribuir al desarrollo de UPP, 10 pacientes estuvieron en UPC por más de 30 días, de los cuales el 84,6% requirió intubación, con las dificultades para el cambio de posición que ello supone.

Conclusiones: Los pacientes que desarrollan UPP son principalmente de sexo masculino con comorbilidades como HTA. La mayoría con estadías prolongadas en UPC, con intubación orotraqueal, lo que dificulta la aplicación efectiva de medidas de prevención. Identificar la magnitud y la prevalencia de esta complicación puede ser útil a la hora de destinar recursos y/o implementar protocolos de manejo.

MANEJO INICIAL DEL GRAN QUEMADO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA FLORIDA.

Carlos Alberto Barril Merino, Alvaro Cambara Parro, Nohelia Abou Kheir Caballero, Omar Chavez Maichil,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía Adulto - Equipo de Cirugía Plástica..

Introducción: El paciente quemado supone un reto para el manejo en los hospitales que los reciben. Exige familiaridad con la patología, habilidad quirúrgica y apoyo técnico. Es importante conocer el perfil de paciente que ingresa al centro.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes quemados admitidos al servicio de urgencias del Hospital de La Florida Dra Eloisa Diaz Insunza (HLF).

Material y Método: Estudio transversal. Se incluyeron los pacientes adultos admitidos al HLF entre Mayo de 2019 y Mayo de 2020 con diagnóstico de quemadura, recopilando variables como la edad, mecanismo y porcentaje de superficie corporal total (SCT) quemada.

Resultados: Se identificaron 129 pacientes, con edad promedio de 45 ± 19 años, 55% de ellos de sexo femenino. El promedio de porcentaje SCT quemada fue de 3,7% con una mediana de 2%, un 1,6% con algún grado de componente profundo. El 67,4% presentó compromiso de zona especial, siendo la cara la mas comun.

El mecanismo principal fue escaldadura con 51,2% del total. Le siguen fuego directo y aceite con 13 y 12% respectivamente. El score de Garcés promedio fue 50 ± 21 puntos, con un 41,1% en la categoría de Leve, mientras que un 18,6% correspondió a Gran Quemado por criterio de extensión.

El 22,5% requirió hospitalización para aseo quirúrgico, de los cuales 12 fueron injertados con piel parcial en una segunda instancia. Por el contrario, al 77,5% se le realizó curación avanzada en el box de urgencia, por lo que no fueron hospitalizados.

Conclusiones: Los pacientes quemados admitidos al HLF son principalmente de sexo femenino, siendo la escaldadura el principal mecanismo. Destaca el gran número de pacientes por zona especial, principalmente cara y pies. Muchos fueron resueltos en la urgencia sin requerir intervención quirúrgica ni hospitalización, lo que sitúa a este servicio como el principal foco de atención.

GINECOMASTIA Y SÍNDROME DE POLAND EN UN PACIENTE: REPORTE DE UN CASO.

Javier Torres Martínez, Diego Andres Quispe Valdes, Carolina Andrea Bonomo Miranda, Juan Pablo Sorolla Parker, Montserrat Fontbona Torres,

Pontificia U. Católica de Chile. División de cirugía Equipo de Cirugía Plástica. Hospital Militar de Santiago Servicio de Cirugía
Equipo de Cirugía Plástica

Introducción: La ginecomastia es la proliferación benigna del tejido mamario en el hombre, tiene una incidencia que varía entre un 32% y un 40%, se presenta principalmente en adolescentes y siendo la causa la idiopática la más frecuente. Por otro parte el Síndrome de Poland es causado por una hipoplasia de la arteria subclavia, tiene una incidencia de 1:30.000 nacidos vivos, no tiene prevalencia por género y su presentación clínica más característica es la ausencia de la porción esternal del músculo pectoral mayor.

Objetivos: Describir caso clínico de Ginecomastia y Síndrome de Poland en un paciente y su resolución quirúrgica.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente masculino de 17 años, en controles desde el año 2015 por pediatría y endocrinología en Hospital Militar de Santiago, que en mamografía y ecografía mamaria presenta ginecomastia derecha y agenesia músculo pectoral mayor izquierdo. Derivado al equipo de cirugía plástica HOSMIL, en evaluación se evidencia ginecomastia derecha tipo III de Simon y agenesia del músculo pectoral mayor izquierdo con ausencia de pliegue axilar anterior y presencia de complejo areola pezón. Se realiza mastectomía total con injerto libre de CAP a derecha y lipoinyección en zona pectoral izquierda sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente en postoperatorio y en controles, obteniendo un adecuado resultado estético.

CONFECCIÓN DE MARCO CARTILAGINOSO AURICULAR DE CARTÍLAGO COSTAL CON MOLDE TRIDIMENSIONAL.

Javier Torres Martínez, Claudia Jorquera Castillo, Leonardo Parada Matus, Claudia Vidal Toscanini, Carmen Gloria Morovic Inostroza,

Pontificia U. Católica de Chile. División de cirugía

Equipo de Cirugía Plástica. Hospital Luis Calvo Mackenna Servicio de Cirugía

Equipo de Cirugía plástica

Introducción: La microtia representa un gran desafío en la reconstrucción auricular debido a la gran cantidad de detalles anatómicos en su aspecto anterior y su forma tridimensional. Se han descrito numerosas técnicas para conseguir resultados óptimos.

Objetivos: Presentar un molde de silicona tridimensional y hueco (negativo), desarrollado por nuestro equipo para confección del marco cartilaginoso auricular

Material y Método: Se cita a los pacientes una semana antes de la cirugía para tomar una impresión de la oreja normal, se crea un molde de yeso de ésta, se realiza una digitalización 3D para crear una imagen en espejo. Finalmente con este diseño se crea un molde negativo de silicona de la neo-oreja

Resultados: En nuestro hospital se realiza la reconstrucción auricular en 2 tiempos utilizando la técnica de Nagata modificada. Utilizamos el molde como guía espacial para el posicionamiento de la neo-oreja, reemplazando la plantilla en 2D. La cirugía se realiza a dos equipos, un equipo realiza la cosecha del injerto de cartílago costal, mientras el otro equipo prepara el bolsillo para la inserción del marco cartilaginoso, posteriormente confecciona dicho marco utilizando el molde negativo de silicona. Como este molde es hueco, permite la posibilidad de chequear la forma y tamaño del marco por superposición sobre éste. Posteriormente el mismo molde es utilizado como conformador en el post-operatorio, mejorando el resultado final de la reconstrucción.

Conclusiones: Existen mucho reportes de moldes tridimensionales para la creación del marco cartilaginoso, sin embargo este nuevo molde negativo que describimos permite una guía intraoperatoria más precisa y un mejor conformador para ser usado en el postoperatorio ya que se diseña de acuerdo a la anatomía normal del paciente con microtia.

REIMPLANTE DIGITAL MICRO-QUIRÚRGICO INMEDIATO EN TRAUMA GRAVE DE MANO

Juan Pablo Henríquez Rissios, Joaquín Ramírez Sneberger, Armando Iniguez Cuadra,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: El trauma de mano con amputación digital es un verdadero desafío para el Cirujano Plástico. Actuando precozmente, mediante intervenciones Micro-Quirúrgicas, es posible otorgar al paciente la oportunidad de conservar estructuras músculo-esqueléticas esenciales para la vida cotidiana.

El uso complementario de Verde Indocianina y Doppler, nos permite obtener resultados pronósticos desde el mismo período intra-operatorio.

Objetivos: Presentar el desarrollo y seguimiento de un caso exitoso de Tenorrafia y Osteosíntesis de dedo medio e índice asociado a Anastomosis Arterial y Venosa Micro-Quirúrgica de Dedo Medio en Trauma de Mano.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente de 46 años, masculino, sin comorbilidades. Sufre traumatismo domiciliario de mano izquierda por sierra circular con las siguientes lesiones:

- Dedo Anular: amputación de Falange Media (sin preservación distal)
- Dedo Medio: fractura de Falange Proximal, Tenotomía Flexo-Extensora y lesión Arterio-Venosa
- Dedo Índice: desarticulación MCF con Tenotomía de Extensor.

Intervenciones realizadas:

- Dedo Anular: Regularización de amputación y Colgajo Avance Local
- Dedo Medio: Tenorrafia y Osteosíntesis. Re-anastomosis Arterial Palmar y Venosa dorsal.
- Dedo Índice: Tenorrafia y Osteosíntesis.

Se corroboró perfusión intraoperatoria adecuada del dedo reimplantado mediante Verde Indocianina y Doppler. Alta hospitalaria sin incidentes. Se realiza control al mes postoperatorio, evidenciando llene capilar normal, ausencia de edema y función flexora preservada en mantención de agujas de osteosíntesis.

INTRODUCCIÓN DE COLGAJO HIPOGÁSTRICO COMO MODELO HUMANO EX VIVO PARA ENTRENAMIENTO DE RECONSTRUCCIÓN DE COMPLEJO AREOLA PEZÓN

Rocio Jara Contreras, Claudia Albornoz Garrido, CONSUELO VALDES RUBILAR, Stefan Dani-Illa Enei, Sergio Sepúlveda Pereira,

Hospital Clínico U. de Chile. Equipo de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La tasa de reconstrucción mamaria ha experimentado un crecimiento de 35% en los últimos 15 años. Es un procedimiento quirúrgico complejo y requiere de competencias quirúrgicas específicas que son difíciles de obtener sin un entrenamiento adecuado. La simulación es una metodología de enseñanza que complementa la educación médica tradicional y promueve el aprendizaje de habilidades quirúrgicas en procedimientos de baja frecuencia. Los simuladores actuales para entrenamiento de cirugía mamaria no reproducen totalmente las propiedades morfológicas del tejido in vivo.

Objetivos: Describir un nuevo modelo de simulación para entrenamiento de técnicas de reconstrucción del complejo areola pezón.

Contenido del Video: Se realizaron 2 técnicas quirúrgicas de reconstrucción de complejo areola pezón: Skate Flap y C-V Flap, en un modelo de colgajo hipogástrico fresco congelado. Dos cirujanos expertos probaron el modelo de simulación de forma satisfactoria, reportando un elevado grado de fidelidad con las propiedades morfológicas del tejido in vivo. El colgajo hipogástrico como modelo de simulación ex vivo puede ser utilizado para simulación de técnicas de reconstrucción de complejo areola pezón.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO BREAST-Q® MODULO RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Rocio Jara Contreras, Claudia Albornoz Garrido, CONSUELO VALDES RUBILAR, Patricio Andrades Cvitanic, Cristian Erazo Cortés, Stefan Danilla Enei, Sergio Sepúlveda Pereira,

Hospital Clínico U. de Chile. Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía Plástica.. Universidad de Chile

Introducción: El Breast-Q® modulo reconstrucción mamaria es un instrumento específico para evaluar la calidad de vida asociada a la cirugía mamaria desde el punto de vista del paciente.

Objetivos: Realizar la traducción y adaptación transcultural del Breast-Q® modulo reconstrucción mamaria Versión 2.0 al español chileno

Material y Método: Se utilizaron las guías de validación lingüística del MAPI/TRUST Research Institute. El proceso consistió en traducción inglés-español, contra-traducción español-inglés, conciliación y aplicación piloto a 6 pacientes

Resultados: Todas las pacientes comprendieron la encuesta y no existieron dudas sobre redacción y parámetros lingüísticos. No se requirieron más modificaciones

Conclusiones: El proceso de traducción y adaptación cultural del instrumento fue completada exitosamente. El instrumento se encuentra listo para la validación lingüística

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA.

LUIS CESAR HERNANDEZ MORENO, JUAN RAMON BOMBIN FRANCO, ALEJANDRO JAVIER KOTLIK AGUILERA,

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Unidad de Cirugía Vascul ar Periférica..

Introducción: La reparación convencional de la arteria subclavia es desafiante, con una morbilidad del 24%, y mortalidad del 5 al 25%, las técnicas endovasculares permiten la reparación arterial subclavia desde un acceso distal, reduciendo la elevada morbimortalidad asociada.

Objetivos: Evaluar los resultados a largo plazo, del tratamiento endovascular de las lesiones traumáticas de la arteria subclavia.

Material y Método: Estudio descriptivo, observacional, (revisión de serie de casos unicéntrica), de pacientes sometidos a la reparación endovascular de la arteria subclavia, debido a lesiones traumáticas, utilizando dos técnicas (stent balón expandible y oclusión endovascular con balón), durante un período de 12 años (2007 - 2019), en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, Chile.

Criterios de inclusión: pacientes estables, con lesiones traumáticas de la arteria subclavia, susceptibles de reparación endovascular (lesiones focales y fácilmente recanalizables). El análisis estadístico se realizó aplicando las pruebas de Chi², test de Fisher, utilizando t de Student para la comparación de variables, y tablas de supervivencia de Kaplan-Meier para el análisis de la permeabilidad, considerando una p 0,05 como estadísticamente significativa.

Resultados: Se realizaron 15 procedimientos consecutivos, electivos (86,67%), urgencias (13,33%), sexo masculino (66,67%), femenino (33,33%), edad promedio: 55,8 años (rango 26 - 69), abordaje utilizado: arteria femoral común (93,33%) y arteria braquial (6,67%), etiología de las lesiones: iatrogenia (66,67%), trauma (33,33%), reparación mediante stent balón expandible (66,67%), oclusión endovascular con balón (33,33%), tasa de éxito técnico (100%), tasa de permeabilidad primaria a 1, 5, 10 años del 100%, 93,33% y 86,66% respectivamente, seguimiento medio (61,4 meses), estancia hospitalaria promedio (3,3 días), tiempo quirúrgico promedio (75min), no hubo morbilidad cardiovascular, neurológica central o mortalidad relacionada al procedimiento.

Conclusiones: En pacientes adecuadamente seleccionados, las técnicas endovasculares representan una excelente estrategia terapéutica de reparación de las lesiones traumáticas de la arteria subclavia, resultando en escaso sangrado, menor tiempo operatorio, morbilidad y estancia hospitalaria.

ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA ESPLÉNICA

LUIS CESAR HERNANDEZ MORENO, ALEJANDRO JAVIER KOTLIK AGUILERA, JUAN RAMON BOMBIN FRANCO,

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía vascular periférica.

Introducción: El aneurisma de la arteria esplénica (AAE), es el más frecuente entre los aneurismas viscerales, representando el 60% de los mismos y el tercero en frecuencia después de los aórticos e ilíacos. Se define como AAE a toda dilatación mayor a 1 cm de diámetro, presenta indicación quirúrgica cuando mide más de 2cm y se denomina gigante a partir de los 5cm.

Los AAE predominan en mujeres en una relación de 4:1, detectándose especialmente en multíparas (80%), el 80% cursan de forma asintomática, siendo identificados incidentalmente en estudios de imagen.

El riesgo de rotura, se encuentra entre el 2-10%, llegando al 70% en embarazadas, con una mortalidad fetal cercana al 95%, a predominio en el tercer trimestre del embarazo. La mortalidad global es del 25-75%, mientras que la mortalidad debido a cirugía reglada es del 0,5-1,5%.

Objetivos: Analisis de la literatura y reporte de un caso clínico clínico, relacionado a la reparación quirúrgica abierta de un AAE gigante.

Reporte del(los) Caso(s): Reportamos el caso de un AAE de 9,5cm de diámetro, en una mujer de 75 años de edad, que consultó por síndrome vertiginoso, con hallazgo incidental al examen físico de masa abdominal pulsátil, confirmado mediante angiotomografía de abdomen y pelvis.

ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA, RESULTADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

LUIS CESAR HERNANDEZ MORENO, JUAN RAMON BOMBIN FRANCO, ALEJANDRO JAVIER KOTLIK AGUILERA,

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía vascular periférica..

Introducción: Alrededor del 80% de los pacientes con un ictus, presentan lesión de la arteria carótida común o interna, de estos un 15 a 30% quedan con discapacidad severa, y el 20% requiere institucionalización.

Objetivos: Analizar las variables epidemiológicas involucradas en la estenosis carotídea, y los resultados a largo plazo de la endarterectomía carotídea (EC).

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, donde se analizan 103 endarterectomías carotídeas sucesivas, realizadas en 97 pacientes (bilateral en 6 casos), en un período de 12 años (2007 al 2018), en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, Chile.

Los criterios de inclusión fueron pacientes sintomáticos, con estenosis carotídea entre el 60 y 99%, pacientes asintomáticos con estenosis carotídea entre el 70 y 99%, con expectativa de vida mayor a 3 años, y mortalidad en relación a la cirugía menor al 3%.

Para verificar la asociación entre las variables estudiadas, se utilizó el test de Mann-Kendall, evidenciando una significancia estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Sexo masculino 64,9%, edad promedio 70,2 años (rango 53 - 84), sintomáticos 65,9%, presentación clínica más frecuente el ataque isquémico transitorio (48,4%), morbilidad global del procedimiento 20,3%, AVE peri operatorio 3,9% (ninguno discapacitante), disfunción de nervios periféricos 5,8%, mortalidad operatoria < 30 días (1,9%) debido a cardiopatía isquémica aguda, estadía postoperatoria media (5,2 días).

Ningún paciente ameritó reintervención quirúrgica, sin evidencia de reestenosis o pseudoaneurisma carotídeo, ningún paciente falleció ni presentó ictus a largo plazo.

Conclusiones: Los grandes ensayos aleatorizados, demuestran el beneficio de la EC, en la reducción de ictus futuros, estos beneficios son máximos con estenosis > 70% y cuando se efectúa en un plazo menor a 2 semanas del evento isquémico.

La EC es el procedimiento quirúrgico de elección, para tratar la estenosis carotídea severa, realizada en centros con experiencia, es un procedimiento seguro y eficaz en la prevención del infarto cerebral.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA AORTA TORÁCICA, RESULTADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

LUIS CESAR HERNANDEZ MORENO, JUAN RAMON BOMBIN FRANCO, ALEJANDRO JAVIER KOTLIK AGUILERA,

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía vascular periférica..

Introducción: Las diversas patologías de la aorta torácica descendente, representan una implícita amenaza para la vida, y son potencialmente tratables mediante reparación endovascular.

Objetivos: Evaluar los resultados de la reparación endovascular de la aorta torácica descendente (TEVAR), a mediano y largo plazo.

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, donde se analiza TEVAR, en un período de 10 años (2009 al 2019), en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, Chile.

Criterios de inclusión:

- Aneurisma de la aorta torácica descendente > 60 mm de diametro o crecimiento anual > 5 mm.
- Síndrome aórtico complicado.

Criterios de exclusión:

- Patología que amenaza con infectar la endoprótesis.
- Aterosclerosis o tortuosidad iliofemoral severa.
- No cumplir con los criterios anatómicos que permitan implantar la endoprótesis de forma segura.

Para verificar la asociación entre las variables se aplicó la prueba de Fisher, considerando un valor de p 0,05 como estadísticamente significativo.

Resultados: Se realizó TEVAR en 31 pacientes, sexo masculino 74,2%, edad promedio 67,8 años (rango 53- 85), patologías asociadas: hipertensión arterial sistémica (77,4%), tabaquismo (67,7%) y dislipidemia (38,7%), las indicaciones para TEVAR fueron: el aneurisma de la aorta descendente (51,61%), la disección Stanford B crónica complicada (29,03%), y la disección Stanford B aguda complicada (19,35%), morbilidad cardiovascular (12,9%), morbilidad neurológica (6,45%), complicaciones relacionadas a la endoprótesis (29,03%), incidencia de endofugas (19,35%), estancia hospitalaria promedio de 5,2 días (rango 3 a 17).

Seguimiento promedio de 47,3 meses (9-108), éxito técnico primario del procedimiento

(100%), tasa de reintervención: 3,22%, tasa de supervivencia a 1, 3, 5 años del 96,77%, 93,54 y 90,32% respectivamente, no hubo mortalidad menor a 30 días.

Conclusiones: La evidencia acumulada en la literatura demuestra que TEVAR reduce la mortalidad, paraplejia y tasa global de complicaciones respecto a la cirugía abierta

TEVAR puede realizarse en forma segura y efectiva, cumpliendo estrictos criterios clínicos y condiciones anatómicas..

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA AORTOILÍACA.

LUIS CESAR HERNANDEZ MORENO, ALEJANDRO KOTLIK AGUILERA, JUAN RAMON BOMBIN FRANCO, ANGELA GEMITA POBLETE SAAVEDRA,

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía vascular periférica..

Introducción: La angioplastia transluminal percutánea (ATP), en el tratamiento de la enfermedad obstructiva aortoiliaca, con tasas de éxito del 90-92% y permeabilidad primaria del 55-72% a 5 años.

Objetivos: Evaluar los resultados del tratamiento endovascular del sector aortoiliaco.

Material y Método: Estudio descriptivo, serie de casos unicentrica, de pacientes sometidos consecutivamente al tratamiento endovascular (ATP simple y con stent) de la patología obstructiva del sector aortoiliaco, durante un período de 7 años (2002 - 2019), en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, Chile.

Criterios de inclusión:

- Pacientes estables.
- Estadio clínico 3 de la clasificación de Rutherford.
- Lesiones TASC II A y B.
- Pacientes con elevada morbilidad y contraindicación para realizar cirugía convencional, con lesiones TASC II C y D.

Criterios de exclusión:

- Patología que amenaza con infectar la endoprótesis.
- Imposibilidad para realizar seguimiento a mediano y largo plazo.

El análisis estadístico se realizó aplicando las pruebas de Chi cuadrado, utilizando t de Student para la comparación de variables, y tablas de supervivencia de Kaplan-Meier para el análisis de la permeabilidad, considerando un valor de $p = 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se realizaron 103 procedimientos en 94 pacientes, sexo masculino: 63,83%, femenino: 36,17%, edad promedio: 67,4 años (rango 47 - 96), distribución de las lesiones según la clasificación TASC II: A (46,24%), B (39,78%), C (8,60%), D (5,38%), remodelando la bifurcación aórtica (kissing stent) en un 6,80%, procedimientos híbridos (12,62%), seguimiento promedio (47,13 meses), éxito clínico (90,29%), éxito técnico (94,17%), permeabilidad primaria, primaria asistida y secundaria a 5 años del 68,09%, 75,53% y 81,91% respectivamente, tasa de salvación de la extremidad a 5 años del 84,04%, mortalidad < 30 días del 1,94%, supervivencia a 5 años del 90,42%.

Conclusiones: En pacientes adecuadamente seleccionados, LA ATP aortoiliaca presenta excelentes resultados, permitiendo aumentar la indicación de tratamiento en pacientes considerados de alto riesgo

SÍNDROME POSTIMPLANTACIÓN EN LA REPARACIÓN AÓRTICA ENDOVASCULAR.

LUIS CESAR HERNANDEZ MORENO, ALEJANDRO JAVIER KOTLIK AGUILERA, JUAN RAMON BOMBIN FRANCO,

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía vascular periférica.

Introducción: El síndrome postimplantación (SPI) es un trastorno frecuente, producido en el postoperatorio inmediato posterior al tratamiento endovascular de la enfermedad aórtica, caracterizado por dolor lumbar, leucocitosis, fiebre y elevación de la proteína C reactiva, asociado ocasionalmente a trombocitopenia o alteración de la coagulación.

Objetivos: Determinar la incidencia y morbilidad asociada al SPI, posterior a la reparación endovascular aórtica Material y Método: Estudio observacional y descriptivo, donde se analiza la presencia del SPI en pacientes sometidos a TEVAR y EVAR, durante un período de 10 años (2009-2019), en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, Chile.

Criterios de inclusión:

Pacientes los cuales posterior a la reparación endovascular aórtica, presentaron alteración conjunta de los siguientes parámetros: fiebre 38°C, leucocitosis 12,000 x 10³/mm³ y PCR 20 mg/L.

Criterios de exclusión:

- Infección activa.
- Fiebre en las 72 horas previas al procedimiento.
- Isquemia crítica de extremidades inferiores.
- Enfermedad oncológica, inflamatoria sistémica o autoinmune activa.
- Administración en las 72 horas previas al procedimiento de corticoides o antiinflamatorios.
- Transfusión de hemoderivados en los 7 días previos al procedimiento o peri procedimiento.

El análisis estadístico se realizó utilizando las pruebas de Chi², Wilcoxon y Kaplan-Meier, considerando estadísticamente significativos valores de $p = 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 112 reparaciones endovasculares, 72,32% correspondientes a EVAR y 27,68% a TEVAR, incidencia global del SPI (17,85%), con una incidencia para EVAR (18,51%) y para TEVAR (16,12%), factores de riesgo asociados al SPI: edad 75 años, implantación de endoprótesis compuesta por poliéster, recubrimiento aórtico 20cm, tiempo quirúrgico >180 min ($p < 0,05$), evidenciando en este grupo de pacientes mayor readmisión, estancia hospitalaria y morbilidad cardiovascular ($p < 0,05$).

Conclusiones: El SPI conduce a una recuperación postoperatoria más exigente, aumentando la morbilidad cardiovascular, readmisión y estancia hospitalaria, con los correspondientes riesgos y costos asociados, en consecuencia podría considerarse una complicación de la reparación aórtica endovascular.

FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR, RESULTADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

LUIS CESAR HERNANDEZ MORENO, ALEJANDRO JAVIER KOTLIK AGUILERA, JUAN RAMON BOMBIN FRANCO, ANGELA GEMITA POBLETE SAAVEDRA,

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía vascular periférica.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) sin tratamiento, presenta un riesgo de recurrencia del 20%, y mortalidad del 18-26%. En pacientes con TEP donde esta contraindica o fracasa la anticoagulación, es necesario interrumpir parcialmente la vena cava inferior (VCI), siendo los filtros de vena cava (FVC) la alternativa más utilizada.

Objetivos: Analizar las variables epidemiológicas involucradas en la enfermedad tromboembólica, y los resultados de la inserción del FVC.

Material y Método: Estudio retrospectivo (serie de casos unicentrica), observacional y descriptivo, donde se analiza la inserción sucesiva de FVC, en un período de 10 años (2009-2019), en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, Chile.

Criterios de inclusión:

- TEP agudo documentado y contraindicación para la anticoagulación. - TEP recurrente a pesar de anticoagulación adecuada.
- Complicaciones graves relacionadas al tratamiento anticoagulante.
- Inadecuada adherencia a la anticoagulación.
- Trombo libre flotante iliocavo.

Criterios de exclusión:

- VCI ocluida.
- VCI < 10mm o 28 mm de diámetro.

Se evaluaron las características epidemiológicas, e indicaciones que motivaron la interrupción de la VCI, realizando seguimiento mediante control ambulatorio, con especial énfasis en la presencia de TEP recurrente, deterioro de la función renal y edema de extremidades inferiores. Verificando la asociación entre las variables, mediante pruebas de Fisher, considerando una $p=0,05$ como estadísticamente significativa.

Resultados: Se instalaron 82 FVC, predominando el sexo femenino (53,6%), edad promedio 60,4 años (rango 19- 86), la principal causa para desarrollar enfermedad tromboembólica fue el cáncer (56,09%), acceso femoral (69,51%), éxito técnico del procedimiento (97,5%), morbilidad del procedimiento (9,75%), mortalidad <30 días (2,43%) debido a complicaciones relacionadas al cáncer, supervivencia a 5 y 10 años del 73,17% y 57,32% respectivamente donde prevalece la enfermedad oncológica (54,28%), no hubo mortalidad relacionada al procedimiento.

Conclusiones: La inserción de un FVC adecuadamente indicado, es un procedimiento mínimamente invasivo, de bajo riesgo y con excelentes resultados en la profilaxis del TEP.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL ASOCIADO A UN RIÑÓN EN HERRADURA. REPORTE DE UN CASO.

Juan Bombin Franco,

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

Introducción: El Riñón en Herradura (RH) es una anomalía congénita de baja incidencia en la población. Sólo algunos pocos desarrollarán un Aneurisma Aórtico Abdominal (AAA) que requerirá tratamiento quirúrgico. Se ha efectuado tratamiento abierto, híbrido con “debranching” previo a la colocación de una endoprótesis, y últimamente se ha descrito abordajes endovasculares exclusivos para tratar algunos tipos de pacientes portadores de RH asociado a AAA.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente portador de un AAA infrarrenal concomitante a un RH tratado mediante una reparación endovascular exclusiva.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre de 65 años consulta por hernia inguinal. Un AngioTC revela un AAA infrarrenal de 55 mm. de diámetro transversal y un RH, estenosis severa ilíaca común izquierda, importante incurvación de ambas ilíacas externas, aneurisma parcialmente trombosado con un cuello de 20 mm. por 29 mm. de largo. El RH “abrazo” por anterior el AAA, está irrigado por dos arterias renales en posición habitual, sin arterias renales accesorias importantes. Los exámenes preoperatorios están normales. Bajo anestesia general, se efectúa una angioplastia ilíaca izquierda, y coloca una endoprótesis trimodular. AngioTC tres meses después revela endoprótesis in situ, sin presencia de endofugas y buena perfusión renal y extremidades. El paciente está asintomático luego de 10 meses de seguimiento.

ISQUEMIA CRITICA DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA SECUNDARIO A CONSUMO DE COCAÍNA: REPORTE DE UN CASO.

Roberto Tapia Riepel, Gabriela Molina González, Javier Ignacio Arcos Moraga, Camila Alejandra del Carmen Bravo Silva, aldo becerra Román,

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Equipo de Cirugía Vascular, Hospital Regional de Talca. Escuela de Medicina, Universidad de Talca

Introducción: El consumo de cocaína mundial ha ido en aumento los últimos años, con repercusiones agudas y crónicas tanto cardiovasculares como cerebrovasculares bien descritas, sin embargo, poco se ha reportado sobre los efectos vasculotóxicos y proinflamatorios crónicos en arterias periféricas y los eventos isquémicos que podrían condicionar.

Objetivos: Presentación de un caso clínico de Isquemia Crítica en EII secundario al consumo crónico de Cocaína y Crack.

Reporte del(los) Caso(s): Presentamos el caso de un hombre de 39 años alcohólico y cocainómano desde los 17 años. Consulta el 2017 por lesión isquémica dolorosa en el pulpejo del primer orjejo izquierdo, presentando ausencia de pulsos pedio y tibial posterior al examen físico. Los exámenes de laboratorio son normales incluyendo EKG y ecocardiograma. El estudio no invasivo muestra PVR normal y PPG plano en el primer orjejo izquierdo. Se le efectuó una angiografía digital de aorta y extremidades inferiores la cual muestra ausencia de flujo en arterias tibial posterior y dorsal del pie de la EII, con presencia de circulación colateral en región plantar y dorsal. Se trató con curaciones y Cilostazol 100 mg c/12 horas con lo cual la úlcera cicatrizó. Fue controlado anualmente hasta su fallecimiento en septiembre de 2020 por infarto agudo de miocardio.

DOBLE SISTEMA CAVA INFERIOR EN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA E INDICACIÓN DE FILTRO DE VENA CAVA: PRESENTACIÓN DE CASO.

Fernanda Medina Peña, Ignacio Escobar Sbarbaro, Ricardo Jiménez Hernández, Malao Raffo Roman, Rolando Pina Sepulveda,

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

Introducción: Las anomalías congénitas de la vena cava son muy poco frecuentes, estando presente un doble sistema cava inferior en el 0.2-3.0% de la población general (1). Su presencia puede ser detectada mediante AngioTC, Angiografía o RNM, generalmente como hallazgo dentro del estudio de otra patología (2).

Objetivos: Las anomalías de la VCI son muy poco frecuente y resulta aún menos frecuente que además requieran la instalación de un filtro de vena cava inferior (FVCI). Se presenta un caso clínico con el objetivo de reportar la instalación asincrónica de dos FVCI. En contexto de TVP de extremidades inferiores con presentación igualmente asincrónica.

Reporte del(los) Caso(s): Se presenta el caso de una mujer de 58 años con extensa TVP en la extremidad inferior izquierda y un AngioTC que mostraba un doble sistema cava inferior, asociado a una masa renal derecha con signos de sangrado activo. Debido al cuadro clínico la paciente presentaba contraindicación de anticoagulación y necesidad de FVCI. Se realiza instalación en primera instancia de un FVCI en la variante izquierda del doble sistema cava. Posterior a la instalación, la paciente presenta TVP extensa en la extremidad inferior derecha, manteniendo contraindicación de anticoagulación, por lo que se realiza instalación de segundo FVCI.

EXPERIENCIA EN MANEJO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS AÓRTICOS EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Carolina Camp Moya, Javiera Toledo Gómez, Víctor Manuel Vera Muñoz, Alejandro Antonio Campos Gutierrez,

Hospital Dr. Juan Noé Crevanni. Servicio y Departamento de Cirugía, Equipo Cirugía Vascular.

Introducción: El tratamiento endovascular se ha consolidado en el tiempo como manejo del aneurisma de aorta (AA). Desde su inicio en 1991, esta técnica menos invasiva ha provocado un impacto considerable por su menor morbimortalidad operatoria. Debido a la complejidad de esta cirugía y la necesidad de manejo por expertos su desarrollo en hospitales regionales ha sido gradual.

Objetivos: Describir nuestra experiencia local y los resultados obtenidos en pacientes sometidos a reparación de aneurismas de aorta abdominal (EVAR) y torácicos (TEVAR) por vía endovascular en un servicio hospitalario público regional.

Material y Método: Serie de casos en que se incluyeron pacientes sometidos a EVAR y TEVAR entre los años 2015 y 2020. Criterios de inclusión: Pacientes con AA tratados con terapia endovascular. Criterios de exclusión: Pacientes tratados mediante cirugía abierta y aquellos sin indicación quirúrgica. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, prótesis utilizadas, procedimientos asociados y complicaciones postoperatorias.

Resultados: Entre Octubre de 2015 a Octubre de 2020 fueron operados 23 pacientes de AA por vía endovascular, con una mediana de edad de 72 años. 65.2% fueron hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (69.5%), tabaquismo (39%) y cardiopatía coronaria (30.4%). La ubicación de los AA fueron 17 aortoiliacos, 1 yuxtarenal y 2 torácicos. El procedimiento planificado fue factible en todos. El tipo de prótesis utilizada fue 15 Endurant II, 6 Anaconda y 2 Zenith Alpha. 9 pacientes (39%) requirieron procedimientos agregados. 1 paciente (4.3%) presentó una complicación Clavien Dindo III y la mortalidad postoperatoria fue de 1 caso (4,3%).

Conclusiones: El desarrollo de la cirugía endovascular en regiones es posible, se requiere de equipos de trabajo cohesionados con objetivos claros y dispuestos a asumir los desafíos de los procedimientos endovasculares y sus potenciales complicaciones. Nuestra experiencia ha ido in crescendo con la resolución de casos de mayor complejidad, cuyos resultados son comparables a estudios nacionales e internacionales.

EXPLANTACIÓN DE ENDOPRÓTESIS AORTICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra Osorio Véliz, Cristian Arriagada Godoy, Maria Jose Villarroel Fuentealba, Emilio Hernandez Torres, Franklin Gonzalez Lillo,

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio Cirugía . Equipo Cirugía Vascular.

Introducción: La conversión después del tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal se define por la necesidad de la cirugía convencional con la retirada parcial o total del endoinjerto. Esta puede ser precoz o tardía , implica un procedimiento con morbimortalidad elevada

Objetivos: Presentación y revisión de un caso de explantación endoprotesis aortico tratado en el Hospital San José

Reporte del(los) Caso(s): Revisión retrospectiva caso de paciente masculino , 65 años antecedente de HTA, endoprotesis aorta abdominal y técnica chimenea de ramas viscerales , realizada hace un año en otro centro . Ingresa por cuadro de 24 horas de evolución por dolor abdominal , hipotensión , se realiza angiotac que de muestra sangrado activo por ruptura de saco aneurismático e imagen sugerente de endoleak tipo III , por condición de paciente se ingresa a pabellón , realizando explantación de endoprótesis con técnica de jeringa , realizando clampeo suprarrenal , logrado explantar stent renales. Reconstrucción con bypass aorto bi-iliaco .

Discusión : La explantación es un proceso que conlleva una alta morbimortalidad , debido al fracaso de la técnica endovascular y la condición del pacientes , implica generalmente un procedimiento de urgencia .

TRAUMA ARTERIA CAROTIDA POR ARMA DE FUEGO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CON MAÑEJO HÍBRIDO Y MULTIDISCIPLINAR.

Sandra Osorio Véliz, Maria Jose Villarroel Fuentealba, Cristian Arriagada Godoy, Emilio Hernandez Torres, Sebastian Rodriguez De la Jara,

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio de Cirugía. Equipo Cirugía Vascular.

Introducción: Las lesiones traumáticas de las arterias carótidas corresponden a un 3 a 10% de las lesiones de los vasos cervicales. El 30% de las lesiones del sistema arterial carotídeo, tienen un alto porcentaje de mortalidad, compromiso de la vía aérea o secuelas neurológicas significantes.

Objetivos: Presentación de tres casos clínicos operados en el Hospital San José que abarcan las tres zonas cervicales

Reporte del(los) Caso(s): 3 casos clínicos con lesión de arma de fuego , cada uno en cada región cervical. Primer caso : Hombre 19 años, con aumento de volumen en la base cuello pulsátil. Ecodoppler y angiotac confirman pseudoaneurisma carótida común derecha en su origen Zona I Reparación con técnica híbrida , control con balón y toracotomía .

Segundo caso : Hombre 24 años. Angiotac : A nivel de zona II cervical imagen de lesión a nivel carótida común imagen de pseudoaneurisma. Reparación con reemplazo carotídeo e implantación de carótida interna y externa .

Tercer caso : Hombre 26 años . Angiotac de cuello y tac cerebral, pesquizando hematoma cervical, lesión de carótida interna con extravasación de medio de contraste a nivel zona III. Uso de osteotomía para exposición alta de carótida y reparación.

SEUDO-ANEURISMA SUBCLAVIO SECUNDARIO A REPARACIÓN FRACTURA DE CLAVÍCULA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATÍA CERVICAL

Sandra Osorio Véliz, Emilio Hernandez Torres, Cristian Arriagada Godoy, Raimundo Vergara Goldzveig, Jose Miguel Lopez Valladares,

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio de Cirugía . Equipo Cirugía Vascular.

Introducción: La lesión de los vasos subclavios durante la cirugía de clavícula es una situación poco frecuente , pero con una morbimortalidad importante . Pueden ir de lesiones por laceración con sangrado importante durante la cirugía o lesiones tardías como pseudoaneurismas

Objetivos: Presentación de caso clínico tratado en el Hospital San José

Reporte del(los) Caso(s): Paciente hombre de 32 años . Deportista (Rugby). Sufre fractura de clavícula que se repara con placa. Mantiene actividad deportiva con segunda fractura que nuevamente se repara con placa y fijación con tornillos . Posterior a este segundo evento , es estudiado en el servicio de hematología por adenopatía cervical, se realiza ecografía cervical la cual informa linfadenopatía sospechosa para descarte de síndrome mieloproliferativo, se indica la realización de biopsia ganglionar . En pabellón al pesquisar masa púlsatil sin plano de disección , se pide opinión a cirugía vascular decidiendo suspensión de cirugía y completar estudio con angiotac, en el cual se evidencia imagen de pseudoneurisma subclavio izquierdo en relación a extremo distal de tornillo. Se decide realizar cirugía con equipo multidisciplinar para reparación de pseudoaneurisma y extracción de material de osteosíntesis.

FISTULA AORTO-CAVA POR ULCERA PENETRANTE. MANEJO QUIRÚRGICO ABIERTO A PROPÓSITO DE UN CASO

Mauricio Ignacio Contreras Bastias, Rodrigo Marcel Baier Chandia,

Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán). Servicio de Cirugia.

Introducción: La fistula Aorto-cava es una entidad patológica rara. Su asociación a aneurismas y úlceras penetrantes ha sido expuesta en casos clínicos a nivel del mundo con resolución que va desde el manejo quirúrgico abierto al endovascular.

Objetivos: Describir un caso clínico de Fistula Aorto-Cava que requirió manejo quirúrgico abierto.

Reporte del(los) Caso(s): Se trata de paciente masculino de 70 años con Antecedentes de Hipertensión arterial, Cardiopatía Coronaria, que consulta en servicio de urgencia por dolor abdominal y disnea progresiva de 2 semanas de evolución asociado a masa abdominal pulsátil. Se diagnostica mediante imagen y bajo sospecha clínica aneurisma aórtico abdominal infrarrenal con ulcera penetrante fistulizada a cava inferior. Se decide resolución quirúrgica abierta con un bypass Aorto-Aortico con prótesis de Dacron de 20mm y reparación del defecto. Evoluciona favorablemente a corto y largo plazo objetivado con imágenes de control

CUARENTENA TOTAL POR COVID-19 EN LA COMUNA DE PUENTE ALTO. IMPACTO EN LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DEL EQUIPO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RIO.

Carlos Muñoz Flores, David Campos Negrete, Cristian Fernando Marin Oviedo, francisco goyenechea miralles, Camila Hevia Stevens, Gabriel Seguel Seguel, Sebastian Andres Hugo von Mühlenbrock, Gabriel Cassorla Jaime,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugia.

Introducción: La Pandemia por Covid-19 ha afectado a los Hospitales en Chile durante el año en curso. Esto vio afectada la atención en policlínicos además de la resolución quirúrgica de patologías que no fueran urgencia. Se analizó la operatoria del equipo de cirugía vascular durante la cuarentena total de la comuna de Puente Alto entre los meses de marzo y septiembre de 2020

Objetivos: Caracterizar la tabla quirúrgica del equipo de cirugía vascular del Hospital Sótero del Río durante la cuarentena total de la comuna de Puente alto y compararla con el mismo periodo de tiempo respecto a años anteriores.

Material y Método: Es un estudio descriptivo, retrospectivo, con datos recolectados de tablas quirúrgicas del equipo de cirugía vascular del Hospital Sótero del Río entre las fechas 02 de marzo de 2020 a 22 de septiembre de 2020 correspondientes a la cuarentena total de la comuna de Puente Alto. Se realizó comparación a mismo periodo de tiempo en los años 2019 y 2018. Se analizó datos bajo programa Excel versión 16.42.

Resultados: Se realizaron 257 procedimientos vasculares. Una disminución de 43,01% respecto al año 2019 en el mismo periodo. Las cirugías en pabellón central durante 2020 cayeron un 57.17% respecto a años anteriores. Los procedimientos endovasculares sufrieron una caída de un 4,3%. Se observa que los procedimientos angiográficos fueron un 52% del total de los procedimientos en este periodo de tiempo, en comparación a un 24% en 2019 y 21,8% durante 2018. Los tipos de patología resuelta en pabellón central no tuvo diferencia estadísticamente significativa respecto a años anteriores.

Conclusiones: La resolución quirúrgica del equipo de cirugía vascular vio una disminución de su operatoria respecto a años anteriores, pero solo visible en pabellón central. La caracterización de las patologías resueltas no tuvo variación en porcentaje respecto a años anteriores en mismo periodo de tiempo.

ARCO AÓRTICO DERECHO SINTOMÁTICO: REPORTE DE DOS CASOS

Cristian Fernando Marin Oviedo, Carlos Muñoz Flores, David Campos Negrete, Francisco Goyenechea Miralles, Gabriel Cassorla Jaime,

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto).

Introducción: El arco aórtico derecho es un defecto congénito infrecuente, presente en el 0.05% al 0.1% de las series radiológicas. El 50% de los casos se presenta asociado a arteria subclavia izquierda aberrante, la cual se origina a partir del divertículo de Kommerell. El arco aórtico derecho rara vez produce síntomas y usualmente se encuentra como hallazgo incidental en imágenes solicitadas por otra causa. En el caso en que portadores de arco aórtico derecho presenten síntomas, éstos se pueden desarrollar por compresión esofágica extrínseca.

Objetivos: Presentar caso clínico de dos pacientes con arco aórtico derecho sintomático que requirieron tratamiento quirúrgico.

Reporte del(los) Caso(s): Se presenta caso de 2 pacientes que consultaron por disfagia lórica de larga data con mala respuesta a tratamiento médico, en los que se solicitó TAC de tórax, donde se pesquiza arcos aórticos derechos con origen de arteria subclavia izquierda en divertículo de Kommerell. Se continuó estudio con EDA que evidencia abombamiento extraluminal de tercio medio de esófago en ambos casos. Se plantea resolución quirúrgica en dos tiempos: Bypass carotido subclavio uni/bilateral más oclusión de arteria subclavia más distal, y en un segundo procedimiento la exclusión de divertículo de Kommerell.

ANEURISMA CAROTIDEO INTERNO BILATERAL. RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA A PROPÓSITO DE UN CASO

Mauricio Ignacio Contreras Bastias, Victoria Urdaneta Guzman,

Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán). Servicio de Cirugía.

Introducción: Los aneurismas carotideos extracraneanos son una patología rara, generalmente son de la carotida común cercanos a la bifurcación. En esta oportunidad se presenta un caso de aneurismas bilaterales de la arteria carótida interna sintomáticos y su resolución quirúrgica.

Objetivos: Describir un caso clínico de aneurisma carotideo interno bilateral sintomático con resolución quirúrgica abierta

Reporte del(los) Caso(s): Se trata de Paciente de 63 años, femenina, hipertensa, diabética no insulino requirente y dislipidémica, que ingresa a través de el servicio de urgencia por un accidente vascular masivo con identificación a través de imagen de aneurismas carotideos internos bilaterales, saculares. De estos el derecho estaba parcialmente ocluido y el izquierdo permeable. De esta manera se realiza reparación abierta de este último en el día 18 posterior al ACV, evolucionando favorablemente con recuperación sensitivo y motora de dicho territorio.

NEUMOPERITONEO SECUNDARIO A NEUMATOSIS QUÍSTICA DE COLON, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ismael Vial Letelier, Maria Victoria Hanke Sepulveda, Rosario Jesus Vial Letelier, Julio Rojas Astorga, Katya Carrillo Gonzalez,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Unidad de Cirugía Colorrectal.

Introducción: La Neumatosis quística del colon es la presencia de quistes submucosos en las paredes del tubo digestivo. su etiología en un 85% es idiopática, en el CT se manifiesta como neumoperitoneo, lo que representa un desafío en su diagnóstico y manejo.

Objetivos: Presentar el manejo conservador de un caso de Neumoperitoneo secundario a neumatosis quística del colon.

Reporte del(los) Caso(s): Se presenta el registro clínico, imagenológico y fotográfico de una paciente de 67 años, con antecedentes de Lupus, que ingresó por cuadro de dos semanas de dolor abdominal, sin signos de irritación peritoneal, discreta elevación de parámetros inflamatorios, TAC con neumoperitoneo, pero sin signos de sufrimiento de asa. Fue sometida a manejo médico con reposo digestivo, oxigenoterapia, analgesia y antibioterapia, siendo dada de alta al 5to día.

PROTOCOLO DE NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL DIPRECA

Diego Vallejo Parada, Camila Fernanda Gutiérrez Neira, Raimundo Izquierdo Cox, Rubén Romero Codoceo, Pablo Blake Pavez, Juan Pablo Hermosilla De La Carrera,

Hospital DIPRECA. Coloproctología.

Introducción: El cáncer de recto (CR) va en sostenido aumento de incidencia. Por alta tasa de recurrencia local y a distancia, la cirugía dejó de ser el único pilar terapéutico. En las últimas 5 décadas, estudios han alabado el uso de quimioterapia (QT) y/o radioterapia (RT). En la RT larga y corta pre o postquirúrgico, los mejores resultados se observan en la neoadyuvancia (aumento de sobrevida global y menor tasa de recurrencia local). A pesar de la terapia combinada de QT y RT neoadyuvante, hasta un 30% de los pacientes desarrollaban metástasis en los 2 primeros años. A partir de esto, investigadores de la Universidad de Washington publican el 2014 nuevo esquema: RT corta (25Gy en 5 fracciones) más QT radiosensibilizadora y sistémica (FOLFOX). En 2 años, el control local fue 95%, sobrevida libre de enfermedad 87%, respuesta patológica completa 25%.

Objetivos: Dar a conocer los primeros resultados de los pacientes sometidos al Esquema Washington en los últimos 5 años en el Hospital DIPRECA

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con CR entre 2015 y 2020, con datos demográficos, etapificación, esquema neoadyuvante, reetapificación, cirugía y seguimiento. Se estima una muestra de 8 pacientes por año. Se excluyeron pacientes con datos insuficientes y metastásicos. Se utilizó estadística de tendencia central.

Resultados: 42 pacientes: 9 metástasis (22%), 4 RT larga, 6 no cumplen inclusión. Continuaron 22 pacientes sometidos a esquema Washington. 1 paciente presentó diarrea (RT) y 2 arritmias cardíacas (QT). 3 (13.6%) remisión clínica completa (Watch and Wait), 2 metástasis preoperatorias, 2 recidivas locales y 3 a distancia postoperatorias (total 7). 33% de operados presentó remisión patológica completa.

Conclusiones: 9% recidiva local, 22.7% metástasis, pero solo 13.6% posterior a adyuvancia, menor al 30% registrado. 36% con remisión clínica y/o patológica completa, menor al 30% de Universidad Washington, siendo una buena alternativa terapéutica para el CR

TÉCNICA COMBINADA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA LA RESECCIÓN DE PÓLIPOS COLÓNICOS. REPORTE DE UN CASO.

Sebastián Uribe Araya, Jorge Josué Hidalgo Tapia, Felipe Celedon Porzio,

Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Servicio de Cirugía - Unidad de Coloproctología.. Universidad de Valparaíso. Escuela de Medicina. Departamento de Cirugía.

Introducción: Con el progreso de la endoscopia, el tamaño de un pólipo colónico posible de reseccionar ha ido aumentando. Han aparecido diferentes técnicas, como Polipectomía de lazo, Resección Endoscópica de la Mucosa, Disección Endoscópica Submucosa. A medida que se progresa en la potencia resectiva se escala en el nivel de especialización, por lo que la disponibilidad del especialista es escasa y en Chile no está satisfactoriamente cubierta, menos aún en regiones. Consecuentemente con lo anterior es que se propone la técnica combinada para la resección de pólipos grandes con cirugía mínimamente invasiva, que en general está disponible en hospitales tipo B, puede realizarse semi-ambulatoriamente, bajo nivel de complejidad y poca morbilidad postoperatoria.

Objetivos: Presentar y describir la técnica utilizada, enfatizando aspectos que la hagan reproducible. 2.- Describir el resultado del caso.

Reporte del(los) Caso(s): Mujer, 77 años. Cuadro de malestar abdominal de meses. Colonoscopia muestra pólipo en Ascendente y lesión cecal LST 4cm., que se dejan tatuadas. Biopsia informa adenomas TúbuloVelloso. Se realizó laparoscopia donde se ubica la zona tatuada, moviliza el colon ascendente. Luego a través de mini- laparotomía se practica colotomía, resección de lesiones y colorrafia. Alta al día siguiente. Biopsia: Adenomas sin compromiso de los bordes de sección.

DISPOSITIVOS DE COLECCIÓN FECAL : REPORTE DE 3 CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Javiera San Martín Hernández, Felipe Celedon Porzio, Sebastián Uribe Araya,

Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Cirugía.

Introducción: Flexi-Seal es un dispositivo de colección fecal que consiste en un cateter de silicona blanda con un balón en uno de sus extremos, asociado a un circuito cerrado de modo que el contenido fecal va directamente desde el recto a una bolsa colectora.

El principal objetivo de su uso es mejorar la higiene de la zona perineal, disminuir el riesgo de aparición de úlceras por presión o lesiones por humedad, y reducir el riesgo de infección.

Aunque el sistema Flexi-Seal es seguro y eficaz, se han informado complicaciones poco frecuentes y, a veces, potencialmente mortales, asociadas con su uso.

Objetivos: Compartir la experiencia en el uso del dispositivo de colección fecal Flexi Seal en base a 3 casos .

Además de una revisión de literatura sobre su uso, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones

Reporte del(los) Caso(s): - Varón 61 años, con diagnóstico de ingreso Neumonía covid 19 con requerimiento de VMI evoluciona con UPP sacra por lo que se indica dispositivo.
- Varón 70 años ingresa por Neumonía covid 19 con requerimiento de VMI, evoluciona con UPP sacra por lo que se instala dispositivo.
- Mujer 71 años ingresa por Fascitis necrotizante muslo Do por lo que se indica dispositivo.

INTUSUSCEPCIÓN DE COLON DESCENDENTE POR TUMOR MALIGNO. CASO CLÍNICO

Victoria Vargas Vargas, Tomas Quezada Alvarez, Valentina Maluenda Almonacid, Constanza Narváez Jorquera, Javier Gómez Basauri,

Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas). CR de Cirugía.

Introducción: La intususcepción intestinal es muy poco frecuente en adultos y su ubicación, etiología, presentación clínica y manejo difieren de la patología pediátrica, siendo un desafío su diagnóstico y enfrentamiento.

Objetivos: Caso clínico de paciente con cuadro de obstrucción intestinal por intususcepción colocolónica de etiología maligna.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre, 57 años, celíaco. Dolor cólico abdominal de 1 mes de evolución y obstrucción intestinal últimas 24 horas. TAC abdomen-pelvis muestra intususcepción de colon descendente.

Colonoscopia intraoperatoria confirma tumor necrótico de ángulo esplénico intususceptado que ocluye completamente el lumen. Se realiza hemicolectomía izquierda, buena evolución. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado T3N0M0. Recibe quimioterapia adyuvante por debut obstructivo. Seguimiento a 3 años sin signos de recidiva.

Conclusiones: La intususcepción es una patología rara en adultos, siendo el 1-5% de las obstrucciones intestinales. Son más frecuentes el compromiso de intestino delgado y la etiología benigna. Sólo el 20-25% afecta al colon, más frecuentemente ileocólico y ascendente. El 50% son lesiones malignas. Su presentación clínica difiere respecto a los niños y se caracteriza por dolores cólicos y signos obstructivos. El diagnóstico requiere imágenes, donde el TC abdomen-pelvis, muestra el signo de target. Su tratamiento requiere cirugía con criterios oncológicos ante posibilidad de neoplasia.

DIVERTICULITIS AGUDA DERECHA COMPLICADA EN MENOR DE 20 AÑOS. CASO CLÍNICO

Tomas Quezada Alvarez, Valentina Maluenda Almonacid, Victoria Vargas Vargas, Javier Gómez Basauri,

Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas). CR Cirugía.

Introducción: La diverticulitis aguda de colon derecho (DACD) es infrecuente en occidente, especialmente en menores de 20 años. Actualmente, no existen guías clínicas para su tratamiento a diferencia de la diverticulitis izquierda.

Objetivos: Caso clínico de paciente joven con DACD complicada con necesidad de tratamiento quirúrgico de urgencia

Reporte del(los) Caso(s): Hombre, 19 de años, sano. Abdomen agudo de 48 horas de evolución. TAC abdomen- pelvis muestra DACD complicada con gran perforación hacia mesocolon y signos tomográficos de peritonitis localizada. Intraoperatorio confirma hallazgos en tomografía. Se realiza hemicolectomía derecha e ileotransverso anastomosis dada escasa contaminación intraabdominal y estabilidad hemodinámica. Evolución favorable. Biopsia definitiva:

Extensa diverticulitis perforada, peridiverticulitis y fibrosis.

Conclusiones: La DACD es infrecuente en occidente. Constituye el 5% de las diverticulitis agudas y se desconoce su frecuencia en menores de 40 años. Difiere fisiopatológicamente de su contraparte izquierda, primando factores genéticos en la formación de divertículos verdaderos. No existen guías para el manejo de DACD por lo que su tratamiento se infiere de la información de la diverticulitis izquierda, enfatizando el manejo médico en etapas precoces. Sin embargo, ante signos clínicos y/o tomográficos de gravedad la cirugía no debe ser diferida innecesariamente con resultados satisfactorios como en el caso clínico presentado.

DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE OCTOGENARIO. CASO CLÍNICO

Valentina Maluenda Almonacid, Victoria Vargas Vargas, Tomas Quezada Alvarez, Javier Gómez Basauri,

Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas). CR Cirugía.

Introducción: El debut de enfermedad de Crohn (EC) en mayores de 80 años es un diagnóstico a considerar ante un paciente con sintomatología digestiva.

Objetivos: Presentar un caso clínico en octogenaria con debut tardío de EC colónica.

Reporte del(los) Caso(s): Mujer, 83 años. Antecedente de paraparesia e incontinencia fecal secundaria. Dos hospitalizaciones último año por síndrome diarreico agudo (*Clostridium Difficile*). Colonoscopia ambulatoria muestra estenosis infranqueable de aspecto inflamatorio de colon izquierdo. Biopsias: inflamación inespecífica. Consulta en unidad de urgencia por obstrucción intestinal. TAC abdomen-pelvis: dilatación patológica de colon transverso, derecho e intestino delgado secundario a engrosamiento segmentario en ángulo esplénico colónico.

Se realiza hemicolectomía derecha extendida abierta (por vitalidad de ciego) e ileostomía terminal. Favorable evolución postoperatoria. Biopsia definitiva: colitis crónica con signos de actividad, presencia de granulomas compatibles con EC. Actualmente asintomática.

Conclusiones: Menos de un 5% de los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (EII) debutan sobre la octava década, siendo la colitis ulcerosa relativamente mas frecuente. Se describe un curso clínico menos agresivo que en jóvenes pero la alta comorbilidad de los pacientes restringe el arsenal terapéutico. La EC debe ser un diagnóstico diferencial en pacientes con sintomatología digestiva sugerente de EII, independiente de la edad como en el caso clínico presentado.

CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS.

Valentina Maluenda Almonacid, Victoria Vargas Vargas, Tomas Quezada Alvarez, Constanza Narváez Jorquera, Javier Gómez Basauri,

Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas). CR Cirugía. Universidad de Magallanes

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer tumor maligno más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. La región de Magallanes registra una de las incidencias más altas a nivel nacional. La incidencia del CCR en menores de 50 años ha aumentado durante los últimos 20 años, con tendencia a presentarse en etapas más avanzadas.

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas de los pacientes con diagnóstico de CCR menores de 50 años en el HCM.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo.

Criterios de inclusión: Pacientes menores de 50 años con diagnóstico de CCR entre enero 2015 y junio 2020.

Resultados: Durante el periodo estudiado, se diagnosticaron 168 CCR, de los cuales 16 pacientes fueron menores de 50 años (9,5%), 10 hombres (62,5%) y 6 mujeres (37,5%). La edad promedio fue de 39,81 años (26-49 años). El síntoma cardinal fue dolor abdominal en el 37,5% y proctorragia en el mismo porcentaje. El tiempo de evolución varió entre 1 y 36 meses. Por localización, 30,2 % se presentó en colon derecho, 25% recto medio e inferior, 18,75% sigmoides, 12,5% recto superior y 6,25% para colon transversal e izquierdo. Al diagnóstico se realizó tratamiento quirúrgico con intención curativa en 13 pacientes (81,25%), y del total de pacientes operados, 4 requirieron cirugía de urgencia por complicación al debut. El tipo histológico en todos fue adenocarcinoma. Por etapa, 56,25% fueron etapa III, 18,5% etapa IV y 12,5% tanto para etapa I y II. La mortalidad de la serie fue del 25%.

Conclusiones: El comportamiento del CCR en menores de 50 años en el HCM fue similar a lo reportado en la literatura: más frecuente en hombres y en colon izquierdo. La etapa III fue el estadio predominante y el 25% de los pacientes debutó con una complicación que requirió cirugía de urgencia

LINFOMA COLORRECTAL, SERIE DE 14 CASOS EN 8 AÑOS

Iván Ruiz Figueroa, Javiera Ramírez Saenz, Andrés Iglesias Bettini, Hernan Ureta Diaz, Milton Garcia Castro, Sebastián Andrés López Núñez, René Aedo Ormeño,

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio de cirugía. Equipo de coloproctología.. Universidad De Chile, campus sur.

Introducción: El linfoma colorrectal primario es una enfermedad muy rara, que representa menos del 0,5% de todas las neoplasias colorrectales primarias. El tracto gastrointestinal es el sitio más frecuentemente involucrado de todos los linfomas extraganglionares, siendo el más frecuente el linfoma no Hodgkin (LNH).

Objetivos: Caracterizar los linfomas colorrectales encontrados por colonoscopia y por cirugía.

Material y Método: Estudio retrospectivo en el manejo de linfoma primarios entre 2012 a 2019, basadas en el registro de las biopsias del servicio de anatomía patológica del Hospital Barros Luco Trudeau hechas por colonoscopías y quirúrgicas.

Se analizaron 1103 biopsias dentro de las cuales 849 fueron de piezas operatorias y 254 de biopsia de colonoscopia. Se registraron 14 pacientes con diagnóstico de linfoma colorrectal

Se excluyen lesiones de otros órganos. Luego se realiza revisión de ficha médica en búsqueda de otras variables como ubicación de lesión dentro de marco colorrectal, lesiones asociadas en otros órganos, comorbilidades de pacientes y evolución.

Resultados: De las 1103 biopsias, 14 corresponden a linfoma colorrectal, siendo 1.2 % respecto a otras lesiones identificadas. 6 fueron mujeres. Dentro de los antecedentes, 3 con VIH, 3 con insuficiencia cardiaca, 4 con hipertensión arterial, 1 con artritis reumatoide, los hábitos más frecuentes fueron el tabaquismo en 5, el dolor fue el síntoma de presentación más prevalente en 7, seguido de sangrado rectal en 6, baja de peso en 3. El diagnóstico histológico fue LNH en un 100%, 1 de ellos fue asociado a MALT. El 50% de los pacientes requirieron cirugía resectiva (4 de urgencia y 3 electivas). 12 completaron quimioterapia. Seguimiento de 6 meses a 5 años. 4 fallecidos en nuestro seguimiento hasta la fecha.

Conclusiones: Si bien el tratamiento se basa en quimioterapia sistémica, la cirugía es requerida en un porcentaje no despreciable de casos, por lo que debe tenerse presente el manejo de estos pacientes

ADENOCARCINOMA APENDICULAR METASTÁSICO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE CUADRO CLÍNICO DE APENDICITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

HERNAN ARANCIBIA AITKEN, Francisco Xavier Baez Rojas, Javiera Isidora Jorquera Pesce,

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Equipo Cirugía Coloproctológica, Servicio de cirugía Adultos, HGF. Hospital Gustavo Fricke

Introducción: Menos del 1% de las apendicectomías resultan en cáncer, de los que 10% son adenocarcinomas. Diagnóstico es incidental, alta tasa de determinación histológica, la metástasis a distancia no está bien establecida, está en 23-37% de los casos. El tratamiento es complejo, depende del tamaño del tumor, su progresión y la capacidad técnica del cirujano, siendo la hemicolectomía derecha la principal vía de resolución quirúrgica.

Objetivos: Presentar caso clínico de Adenocarcinoma apendicular metastásico como hallazgo intraoperatorio de cuadro clínico e imagenológico de apendicitis aguda

Reporte del(los) Caso(s): Paciente masculino, 53, sin mórbidos ni quirúrgicos, ni familiares. Dolor abdominal periumbilical, irradiado a FID de 4 días, sin fiebre, sin baja de peso, sin historia de síntomas constitucionales. EF: signos de irritación peritoneal. TC AP: apendicitis aguda. Laparoscopia exploratoria: múltiples nódulos peritoneales apéndice gangrenado y perforado, extremo distal impresiona tumor apendicular abscedado y adherido a epiplón y colon ascendente. Apendicectomía parcial y biopsia nódulo peritoneal. Adenocarcinoma bien diferenciado tubular que compromete hasta la serosa y foco de metástasis de adenocarcinoma peritoneal.

TC TAP c/c EV: Engrosamiento parietal unión GE adenopatías perigastricas y periesofagicas.

EDA: lesión tumoral subcardial y de cuerpo alto de estómago, Adenocarcinoma tubular bien diferenciado de origen apendicular.

MELANOMA ANORRECTAL. EXPERIENCIA EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Iván Ruiz Figueroa, Javiera Ramírez Saenz, Hernan Ureta Diaz, Andrés Iglesias Bettini, Milton Garcia Castro, Sebastián Andrés López Núñez, Germán Guzman Bascuñán,

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

Introducción: Melanoma anorrectal es un tumor maligno, agresivo, infrecuente, con mal pronóstico. Representa el 0.5 a 1% de los tumores anorrectales. Más frecuente en mujeres sexagenarias. De clínica inespecífica, confundiendo con otras patologías anorrectales. El diagnóstico es histológico y más del 70% se presenta con metástasis. El manejo es principalmente quirúrgico, pero con pobres resultados sobre la recurrencia y sobrevida.

Objetivos: Analizar serie de casos de melanomas anorrectales detectados en biopsias colonoscópicas y de cirugías coloproctológicas entre el año 2012 a 2018, basadas en base de datos del servicio de anatomía patológica del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT).

Material y Método: Estudio retrospectivo, con análisis de 1103 biopsias del servicio de anatomía patológica del HBLT, de las cuales 254 muestras corresponden a biopsias colonoscópicas y 849 de cirugías coloproctológicas entre el año 2012 a 2019. Se incluyen lesiones biopsiadas por colonoscopia y cirugías coloproctológicas, se excluyen biopsias de otros órganos. Se realiza revisión de fichas médicas de pacientes, definiendo variables demográficas, síntomas, tratamiento y evolución de los pacientes.

Resultados: De las 1103 biopsias analizadas, 4 corresponden a melanoma anorrectal (0.36% del total). 3 pacientes fueron sexo masculino y 1 femenino. Hubo hipertensos (4), diabetes (1), sin hábito tabáquico ni alcohólico. Todos presentaron rectorragia, baja de peso y dolor perianal. Hubo 3 fallecidos, los cuales tenían metástasis al momento del diagnóstico, decidiéndose manejo conservador. El paciente vivo recibió radioterapia acortada neoadyuvante, amputación abdominoperineal y quimioterapia adyuvante, fue el único diagnosticado por biopsia quirúrgica. A los 2 meses de seguimiento imagenológico y clínico, sin signos de recidiva

Conclusiones: El melanoma es una neoplasia infrecuente, muy agresiva y de mal pronóstico. Nuestra incidencia es similar a la registrada en series internacionales. Requiere un alto índice de sospecha para evitar el retraso en su diagnóstico y ofrecer tratamiento quirúrgico, cuando no existe diseminación a distancia.

SARCOMA DE KAPOSI COLORRECTAL, DETECCIÓN COLONOSCÓPICA

Andrés Iglesias Bettini, Iván Ruiz Figueroa, Javiera Ramírez Saenz, Hernan Ureta Diaz, Milton Garcia Castro, Germán Guzman Bascuñán, Sebastián Andrés López Núñez,

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio de Cirugia, equipo de coloproctología.. Universidad de Chile

Introducción: El Sarcoma de Kaposi es un tumor vascular altamente relacionado a pacientes inmunocomprometidos, aunque casos reportados en inmunocompetentes han sido descritos. Se asocia a infección por virus herpes humano 8. Se han descrito en diferentes localizaciones siendo el tracto digestivo la tercera localización en frecuencia luego de piel y linfonodos. Otros sitios de afección son mucosa oral, pulmones, bazo e hígado entre otros.

Objetivos: Mostrar la tasa de hallazgo de Sarcomas de Kaposi en relación a otras lesiones encontradas por colonoscopia y caracterización de dichos pacientes.

Material y Método: Estudio retrospectivo de serie de casos identificados en revisión de biopsias por colonoscopías con identificación de lesiones en el periodo 2012 a 2018. Se analizan registros de 254 informes de biopsias de anatomía patológica correspondiente a lesiones halladas a través colonoscopías. Se incluyen lesiones de colon o recto. Se excluyen lesiones de otros órganos. Luego se realiza revisión de ficha médica en búsqueda de otras variables como ubicación de lesión dentro de marco colorrectal, lesiones asociadas en otros órganos, comorbilidades de pacientes y evolución.

Resultados: De las 254 biopsias analizadas de colonoscopias, 2 corresponden a Sarcomas de Kaposi, tasa de 0,7% respecto a otras lesiones identificadas. 100% ubicación rectal y con VIH.

Uno presenta además biopsia positiva para Sarcoma de Kaposi en ganglio cervical derecho y en lesiones duodenales. Se maneja con Quimioterapia con Doxorrubicina liposomal (8 ciclos en 7 meses). En TAC de control al mes de finalizada la QMT se muestra respuesta a tratamiento. Paciente pierde controles y se registra fallecimiento a los 5 años de tratamiento.

El otro presenta concomitantemente carcinoma escamoso anal fallece a los 2 meses del diagnóstico.

Conclusiones: El Sarcoma de Kaposi es una entidad relacionada a pacientes inmunocomprometidos pudiendo expresarse en marco colorrectal. Debe tenerse alto índice de sospecha ante la aparición de lesiones evidenciadas en colonoscopia, pues requiere un tratamiento dirigido.

CÁNCER COLORRECTAL Y RENAL SINCRÓNICO

Iván Ruiz Figueroa, Hernan Ureta Diaz, Javiera Ramírez Saenz, Andrés Iglesias Bettini, Sebastián Andrés López Núñez, René Aedo Ormeño, Milton Garcia Castro,

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). cirugía barros luco. universidad de chile

Introducción: La presencia de cáncer sincrónico renal y colorrectal es un evento poco frecuente. Con una prevalencia de 0,3 a 0,5 % de tumores renales en pacientes portadores de cáncer colorrectal

Objetivos: Determinar la frecuencia de presentación simultánea de cáncer colorrectal y tumor renal en Hospital Barros Luco Trudeau y su caracterización.

Material y Método: Presentamos la experiencia en el manejo de tumores colorrectales en sincronía con renales entre el período 2012 a 2019, basadas en el registro de las biopsias de piezas quirúrgicas del servicio de anatomía patológica del Hospital Barros Luco Trudeau.

Se analizaron 819 biopsias quirúrgicas con diagnóstico de cáncer colorrectal.

Se excluyen lesiones de otros órganos. Luego se realiza revisión de ficha médica en búsqueda de otras variables como estudio, tratamiento, comorbilidades de pacientes y evolución.

Resultados: De las 819 biopsias analizadas, 3 corresponde a cáncer colorrectal en sincronía con cáncer renal, lo que corresponde a una tasa del 0.3%.

2 fueron del sexo femenino, edad de 59 a 76 años. 2 pacientes presentaban hipertensión y diabetes. La presentación fue alteración del hábito intestinal (1) y baja de peso (2). El diagnóstico de cáncer renal sincrónico fue realizado por tomografía computarizada. En todos se hizo cirugía electiva, realizándose en 2 cirugía sincrónica y en 1 nefrectomía diferida. Cáncer de colon renal en 2 pacientes y recto renal en 1. En 2 pacientes se realizó cirugía más quimioterapia adyuvante y en 1 cirugía más seguimiento.

No hubo fallecidos en esta serie. Seguimiento de 6 meses a 2 años. Todos se encuentran en buenas condiciones generales sin signos de recidiva, siendo la neuropatía periférica la sintomatología más frecuente (2).

Conclusiones: El carcinoma de células renales y colorrectal sincrónico es una entidad clínica conocida, de baja incidencia. El manejo recomendado es quirúrgico, y su asociación o no de tratamiento adyuvante depende de la etapificación de cada cáncer por separado.

SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSTERIOR A HERNIOPLASTIA CON MALLA

Jacqueline Johanna Villanueva Benguria,

Hospital naval almirante nef. cirugía general-hernias. universidad de valparaiso

Introducción: el dolor crónico postoperatorio es aquel que persiste más allá de 3 meses posterior a la cirugía. es causa de mayor costo en terapias postoperatorias, discapacidad laboral y demandas médico-legales.

Objetivos: evaluar, seguir y tratar a los pacientes que tengan dolor crónico posterior a hernioplastia con malla

Material y método: estudio prospectivo intervencional de seguimiento de pacientes que presentan dolor en zona postoperatoria persistente después del tercer mes de su hernioplastia. inicio del estudio junio del 2018 hasta octubre 2020.

Resultados: de un total de 300 hernioplastias con malla por año fueron derivados 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres. promedio de edad de 58 años.
en 5 pacientes se encontró historia previa de dolor crónico lumbar o articular.
en 1 paciente se objetivó dolor neuropático a nivel de la rama genital del genitofemoral y en 3 pacientes hipoestesia.

A todos se le solicitó estudio con tac a-p con valsalva o rnm de pelvis dinámica para descartar recidiva herniaria o para confirmar patología articular. en un paciente el tac evidenció hernia femoral pequeña bilateral no palpable al examen. en 2 pacientes la rnm mostró espondilosis lumbar y en otro artrosis de cadera severa

A todos los pacientes se les inició tratamiento con pregabalina oral 75-150 mg en la noche por 3 meses, evidenciando mejoría en síntomas nocturnos. además de solicitud de iniciar kinesioterapia motora, con reducción de su malestar en zona operatoria pasando de dolor moderado a leve .

A 3 pacientes con dolor somático en cicatriz quirúrgica se le infiltró corticoide de depósito, en 2 casos se logró mejoría de su nivel de dolor.
todos los pacientes se controlan cada 3 meses con indicación de seguimiento mínimo de 2 años.

Conclusiones: el manejo del dolor crónico postoperatorio es multidisciplinario y requiere de seguimiento a largo plazo

MALLA AUTOADHERENTE EN CIRUGIA HERNIARIA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Juan Jorge Silva Solís,

Universidad de Chile. departamento de cirugia: hernias.

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 (Pro-grip) para su uso en reparación herniaria. Las características de esta malla la hacen una buena elección ya que no necesita sutura para fijarla.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia con esta malla utilizada en el Equipo de Hernias del Departamento de Cirugia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2011 y 2015.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva en la que se incluyeron todos los casos intervenidos en .los que se instaló la malla descrita y que fueron seguidos al menos por dos años desde la intervención.

Resultados: Durante el periodo se intervinieron con esta malla 578 pacientes de los cuales 420 fueron del genero masculino (72.6%) y 158 del femenino (27.4%). La edad promedio de nuestros pacientes fue de 58.05 años. De ellas 198 eran hernias inguinales derechas, 152 hernias inguinales izquierdas, 33 de la línea alba, 64 inguinales bilaterales, 37 incisionales, 18 mixtas (más de una hernia), 64 umbilicales y 22 sin consignar. El tiempo promedio quirúrgico fue de 50 minutos y el dolor post-operatorio a la semana, fecha del primer control, medido con EVA fue de 3-4. El dolor a los 3 meses estuvo presente en 10 pacientes con un EVA de 5. Hubo 6 recidivas en nuestra serie.

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.

CONDUCTO HEPATICO DERECHO ABERRANTE, A PROPOSITO DE UN CASO

Tiffany Rojas Ortega, CONSUELO VALDES RUBILAR, FRANCISCA PEREZ SAAVEDRA, Benjamin Fernandez Marambio, Carlos Esperguel Galaz,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Equipo Cirugía Digestivo. Universidad de Chile Campus Centro

Introducción: Las variaciones anatómicas de las vías biliares y hepáticas se presentan con frecuencia cercana al 30%, dentro de múltiples clasificaciones conocidas escapan algunas presentaciones como conductos hepáticos aberrantes de implantación en Colédoco(CDC).

Objetivos: Presentar un caso atípico de diagnóstico intraoperatorio y discutir sus implicancias en la resolución quirúrgica.

Reporte del(los) Caso(s): Paciente de 36 años con Colelitiasis diagnosticada por Ecografía que mostró vesícula con cálculo móvil de 0,53 cm en su interior y Vía Biliar fina, con pruebas hepáticas normales. Durante Colecistectomía Laparoscópica tras exponer Triángulo de Calot se observa conducto de implantación inferior al Conducto Cístico(CC), se realiza Colangiografía Intraoperatoria (CIO) Transcística que muestra buen paso de contraste a Duodeno, sin litiasis, se contrasta Conducto Hepático Izquierdo (CHI) y Conducto Derecho Anterior (CHDA) que convergen formando CDC, unos 2 cm hacia distal se observa la inserción de CC y distal a esto la implantación de Conducto Hepático Derecho Aberrante (CHDAB).Se completó Colecistectomía sin manipular CHDAB. Paciente evoluciona de acuerdo a lo esperado en postoperatorio. Este tipo de variante anatómica está escasamente descrita y de no ser diagnosticada en el Intraoperatorio mediante el uso de CIO es muy probable que genere confusión y maniobras inapropiadas que puedan desencadenar una lesión de vía biliar.

TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIPANCREÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA NEOPLÁSICA: REPORTE DE CASO.

Rodrigo Flandez Fuentealba, Pablo Cesar Burgos Villanueva, Barbara Nicole Godoy Ayala, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo,

Universidad de la Frontera. Universidad de La Frontera. Departamento de Cirugia. Equipo de cirugía hepatobiliar y pancreatica. Hospital Regional de Temuco.

Equipo de cirugía hepatobiliar y pancreatica. Clínica Alemana Temuco.

Introducción: La tuberculosis ganglionar peripancreática (TGP) es una entidad infrecuente que suele confundirse con tumores malignos pancreáticos o de vías biliares, requiriendo cirugía para su diagnóstico y tratamiento.

Objetivos: Reportar caso de paciente con ictericia obstructiva secundario a TGP.

Reporte del(los) Caso(s): Mujer, 34 años, consulta por 7 días de dolor en hipocondrio derecho, ictericia y vómitos. Laboratorio destaca patrón colestásico. Ecografía abdominal evidencia dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con imagen mal definida en cabeza de páncreas. Tomografía computada muestra imagen de aspecto tumoral en tercio proximal y medio de la vía biliar comprometiendo vena porta. Evoluciona febril y con parámetros inflamatorios elevados, por lo que se decide realizar Colangiografía retrógrada endoscópica (CRE). CRE identifica estenosis de colédoco cercano a confluencia de los conductos hepáticos. Instalación de prótesis biliar. Se continúa estudio con colangiografía resonancia, la cual es sugerente de colangiocarcinoma hiliar. Se realiza laparotomía exploradora observándose proceso inflamatorio en región periampular y colédoco proximal asociado a adenopatías caseificadas y necróticas. Se efectúa linfoadenectomía del pedículo hepático y ganglios peripancreáticos individualizando estructuras vasculares y biliares, con exploración de vía biliar y posterior coledocostomía. Evolución satisfactoria. Biopsia informa material necrótico con bacilos alcohol ácido resistentes en tinción de Ziehl Neelsen, negativo para malignidad.

TRASPLANTE HEPÁTICO POR NECROSIS BILIAR SECUNDARIA A TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA O ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER. REPORTE DE UN CASO.

Brenda Gamez Del mauro, Valeria Cepeda Ordenes, Luis Felipe Puelma Calvo, Erwin Buckel Schaffner, Nicolás Jarufe Cassis,

Clínica Las Condes. Cirugía Hepatobiliar y Trasplantes.

Introducción: El compromiso hepático en la Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) se presenta en 75% de los casos, siendo solo 8% sintomática. Una de sus presentaciones clínicas es la enfermedad biliar, infrecuente, pero potencialmente letal. Esta se produce por malformaciones arteriovenosas y arterioportales que generan isquemia por robo arterial, llevando a estenosis y necrosis biliar con formación de abscesos, colestasia y colangitis. El trasplante hepático en este caso corresponde al único tratamiento curativo.

Objetivos: Presentar caso de trasplante hepático por necrosis biliar secundaria a THH

Reporte del(los) Caso(s): Varón de 31 años, antecedentes de HTA, coartación aórtica operada y epistaxis recurrente. Durante el último año presentó dolor en hipocondrio derecho asociado a colangitis a repetición. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que evidencia múltiples malformaciones arteriovenosas hepáticas, robo arterial de vía biliar, focos de necrosis biliar en lóbulo hepático derecho y lesión hipovascular quística en segmento VIII. Se diagnostica THH con enfermedad biliar. Se calcula MELD operacional y se enlista para trasplante hepático.

Se realiza trasplante hepático con injerto cadavérico. Evolución favorable, sin complicaciones intra o postoperatorias, tolerando inmunosupresión. Adecuada función hepática post trasplante.

El trasplante hepático es el único tratamiento curativo en isquemia/necrosis biliar secundaria a THH y debe considerarse precozmente.

RE-RESECCION PANCREÁTICA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA PARA METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL

Brenda Gamez Del mauro, Valeria Cepeda Ordenes, Erwin Buckel Gonzalez, Gloria Trepal Vidal, Nicolás Jarufe Cassis,

Clínica Las Condes. Cirugía Hepatobiliar y Trasplantes.

Introducción: La metástasis de carcinoma renal a páncreas es infrecuente, aproximadamente del 1-2.8%. El intervalo de tiempo desde la resección del tumor primario hasta el desarrollo de metástasis suele ser largo y el tratamiento quirúrgico es recomendado solo en casos seleccionados. La cirugía puede mejorar la supervivencia y calidad de vida. Sin embargo, la resección pancreática es un procedimiento quirúrgico desafiante y aún más si es laparoscópico. La pancreatometomía córporo-caudal laparoscópica es un abordaje cada vez más popular y existen varios estudios al respecto, siendo el más relevante hasta la fecha el estudio LEOPARD, estudio clínico randomizado que demostró la seguridad y efectividad de esta técnica.

Objetivos: Presentar un caso de re-resección pancreática completamente laparoscópica.

Contenido del Video: Varón de 71 años, antecedente de carcinoma renal de células claras diagnosticado en 2010.

Desarrolló metástasis a cola de páncreas tratadas con resección quirúrgica laparoscópica de cola pancreática. Sin recurrencia de enfermedad hasta 2020, aparición de nueva lesión de 1,5 cm en cuerpo pancreático remanente. Se realiza re-resección de cuerpo pancreático laparoscópica. Evolución favorable, sin complicaciones intra ni postoperatorias.

La cirugía pancreática laparoscópica es un procedimiento quirúrgico desafiante dado su alta complejidad. Se presenta el caso exitoso de una re-resección pancreática con excelentes resultados.

DUODENECTOMÍA PARCIAL DISTAL CON DUODENOEYUNOANASTOMOSIS EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE LA CUARTA PORCIÓN DUODENAL.

Rocio Macarena Vera Portilla, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo, Felipe Andrés Sanhueza Vega, Maria Francisca Rozas Vasquez,

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología..

Introducción: El adenocarcinoma de duodeno (AD) representa alrededor del 0.5% de las neoplasias gastrointestinales. Su tratamiento es tradicionalmente una pancreatoduodenectomía (PDD), sin embargo, ha tomado fuerza la resección segmentaria (RS) en casos específicos: tamaño pequeño, sin metástasis ni compromiso vascular y lesiones distales alejadas de la región periampular.

Objetivos: Presentar un caso de AD de la cuarta porción duodenal que fue sometida a RS y duodenoyeyunoanastomosis.

Reporte del(los) Caso(s): Género femenino de 71 años cuyo estudio inició a raíz de un dolor abdominal vago y anemia de origen no precisado, encontrándose a través de endoscopía digestiva alta (EDA) un AD en la cuarta porción, realizando una RS y duodenoyeyunoanastomosis. Se comprobó lesión distal a la ampolla con tinción con azul de metileno y EDA intraoperatoria. Se logra resección completa de la lesión con márgenes oncológicos. Paciente sin complicaciones a 5 meses de seguimiento.

Se plantea la RS de duodeno como una alternativa segura y factible con el beneficio de evitar una cirugía mayor como la PDD, lo que podría marcar una diferencia en la recuperación y calidad de vida de los pacientes con lesiones duodenales distales.

COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Felipe Andrés Sanhueza Vega, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo, Maria Francisca Rozas Vasquez, Maria Ignacia Allende Echanez, Pablo Cesar Burgos Villanueva, Rodrigo Flandez Fuentealba, Barbara Nicole Godoy Ayala,

Universidad de la Frontera. Departamento Cirugía, Traumatología y Anestesiología..

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) presenta alta incidencia en Chile. La colecistectomía extendida (CE) es una opción aceptada para tumores T1a y T2. Variados estudios sugieren que la colecistectomía extendida laparoscópica (CELap) es una opción con morbilidad y mortalidad aceptables

Objetivos: Describir resultados en términos de morbilidad y mortalidad de la colecistectomía extendida laparoscópica en pacientes con cáncer de vesícula biliar incidental.

Material y Método: Serie de casos con seguimiento. Incluimos 10 pacientes con diagnóstico de CVB incidental, que luego de ser evaluados por equipo especialista, fueron candidatos a CELap. Excluimos pacientes con invasión mas allá de la subserosa. Evaluamos el tiempo operatorio, número de ganglios resecados, número de lechos positivos, estancia hospitalaria, clasificación TNM, pacientes sometidos a quimioterapia, sometidos a radioterapia, tiempo de seguimiento, morbilidad, recurrencia y mortalidad. Se diseñó base de datos en Excel® 2019 y se utilizó herramientas de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión mediante STATA® 10.0.

Resultados: Edad promedio de $59,2 \pm 11$ años, 90% de género femenino. Respecto a la invasión de pared de la vesícula biliar (TNM), 1 presentó invasión hasta mucosa (T1a) con invasión de senos de Rokitansky Aschoff y 9 hasta subserosa (T2). Dos tuvieron ganglio cístico positivo en biopsia inicial. Respecto a la CELap, el tiempo operatorio promedio fue 333 ± 40 minutos. Promedio de ganglios resecados $4 \pm 2,78$, 1 paciente con lecho hepático positivo. La clasificación TNM obtenida: un paciente T1aN0M0, siete T2N0M0 y dos T2N1M0. Estancia hospitalaria promedio fue $5 \pm 2,3$ días. Siete pacientes recibieron posteriormente quimioterapia con gemcitabina y cisplatino. Hubo morbilidad en 2 pacientes, tipo I de Dindo-Clavien. No reportamos mortalidad. El seguimiento promedio fue $7,1 \pm 5,1$ meses, no reportamos recurrencia.

Conclusiones: La CELap es una opción terapéutica aceptable y presenta cifras de morbilidad y mortalidad comparables a series nacionales e internacionales de CE abierta.

QUISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO.

Felipe Andrés Sanhueza Vega, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo, Maria Francisca Rozas Vasquez, Valentina Andrea Bernedo Arzumendi, Barbara Nicole Godoy Ayala, Rocio Macarena Vera Portilla, Rodrigo Flandez Fuentealba,

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología.

Introducción: La enfermedad hidatídica, corresponde a la infección parasitaria causada por *Echinococcus granulosus*. A nivel global carece de importancia epidemiológica, sin embargo, en Chile la prevalencia es de 5 por 100.000 habitantes y en la Región de la Araucanía es de 48 por 100.000 habitantes. Constituyendo un problema de salud pública. La cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento.

Objetivos: Describir resultados en términos de morbilidad y mortalidad del tratamiento de quistes hidatídicos hepáticos (QHH) por vía laparoscópica en una serie de pacientes consecutivos. Comparar calidad de vida (CV) de pacientes sometidos a quistectomía laparoscópica (QL) con pacientes llevados a colecistectomía laparoscópica.

Material y Método: Serie de casos prospectiva de 12 pacientes con sospecha preoperatoria de QHH no complicado, sometidos a QL electivamente, con biopsias compatibles con QHH, se excluyeron pacientes que no presentaran alguna de estas condiciones. Registramos variables de ubicación, número de quistes, laparotomías previas y complicaciones de la enfermedad. Comparamos CV de pacientes sometidos a QL con pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica sin incidentes. Se diseñó base de datos en Excel® 2019 y utilizamos herramientas de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión mediante STATA® 10.0.

Resultados: Incluimos 12 pacientes, 58,3% de género femenino. Número de quistes $2,02 \pm 1,56$, volumen quístico mayor $809,16 \pm 766,05$ ml, diámetro de quiste mayor $11,77 \pm 4,33$ cm, predominando en lóbulo hepático derecho (58%). Tiempo operatorio promedio $234,1 \pm 52,9$ minutos. Estadía hospitalaria promedio $11,5 \pm 14,5$ días. Morbilidad en 16,6%, sin mortalidad postoperatoria. Seguimiento con imágenes promedio fue $7,9 \pm 4,3$ meses, cavidades residuales pequeñas y asintomáticas en 50% de pacientes. No reportamos recidivas. Al comparar CV con grupo de colecistectomía sólo encontramos diferencia respecto a vitalidad ($p=0,04$).

Conclusiones: La QL como tratamiento de QHH, resulta una alternativa terapéutica aceptable, con morbilidad y mortalidad comparable con reportes de la cirugía laparoscópica.

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Daniel Enrique Segovia Marcano, Nasser Eluzen Gallardo, Marcelo Zamorano Diaz,

Universidad de Antofagasta. Unidad de Cirugía. Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzman

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es el 6to cáncer gastrointestinal mas prevalente en el mundo, siendo más frecuente en la mujer y con una mortalidad cercana al 15,6 por cada 100.000. En Chile, es el cáncer más frecuente del tracto biliar y representa el cáncer que más afecta a la mujer chilena. Tiene una mortalidad cercana a la prevalencia, probablemente debido a que es una enfermedad silente, de diagnóstico principalmente en etapas avanzadas y la oportunidad de curación radica en una cirugía oportuna.

Se presenta el caso de una paciente de 77 años que cursa con ictericia silente. Se realizan estudios de extensión (TC de abdomen y pelvis y colangiografía) que concluyen dilatación de vía biliar intrahepática, vesícula biliar calcificada y adenopatías retroportales.

Es llevada a pabellón donde se realiza una colecistectomía radical con hepatectomía de segmentos IVb y V, resección de vía biliar y bihepático-yeyuno anastomosis.

La biopsia definitiva concluye adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente/poco diferenciado de la vesícula biliar pT3 N1 Mx.

Objetivos: Presentar en vídeo aspectos generales de la técnica quirúrgica de una colecistectomía radical con invasión extensa a la vía biliar y su reconstrucción.

Contenido del Video: Cáncer de vesícula biliar T3 con invasión extensa de la vía biliar

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES OPERADOS POR HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN TRÁNSITO HEPATOTORÁCICO COMO COMPLICACIÓN EVOLUTIVA.

Valentina Andrea Bernedo Arzumendi, Maria Ignacia Allende Echanez, Barbara Nicole Godoy Ayala, Pablo Cesar Burgos Villanueva, Andres Troncoso Trujillo,

Universidad de la Frontera. Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología.. Equipo de cirugía hepatobiliar y pancreática. Hospital Regional de Temuco.

Equipo de cirugía hepatobiliar y pancreática. Clínica Alemana Temuco

Introducción: La hidatidosis o equinococosis quística, es una zoonosis parasitaria de distribución mundial causada por las formas larvarias de parásitos del género *Echinococcus* spp. Dentro de las complicaciones evolutivas de la hidatidosis hepática (HH) se encuentra el tránsito hepatotorácico (THT) con una incidencia entre un 0,5-16% en diversas series.

Objetivos: Caracterización de variables preoperatorias, imagenológicas, de laboratorio y morbimortalidad en una serie de pacientes consecutivos operados con THT en el Hospital Regional de Temuco.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectivo de base de pacientes operados por HH entre marzo-2006 hasta agosto-2020. Se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico pre e intraoperatorio de THT. Se excluyeron aquellos pacientes menores de 15 años. Datos obtenidos de ficha clínica, analizados mediante Excel.

Resultados: De 464 pacientes operados por HH en el período señalado, 17 pacientes cumplían criterios de inclusión, correspondiente al 3,7% del total. La edad media fue de $44,9 \pm 16,6$ años. Sexo masculino 58.8%. Diámetro promedio del quiste principal $13,3 \pm 7,4$ cms., ubicado principalmente en lóbulo hepático derecho (76,5%), siendo el segmento hepático VIII el comprometido con mayor frecuencia (27,1%), seguido del segmento VII (25%). La técnica quirúrgica más utilizada fue la quistectomía subtotal (64,7%). Epiploplastía realizada en el 25% de los pacientes. Frenoplastia realizada en el 57,1%. Morbilidad de 20,1%, Clavien Dindo tipo I de 13,3% y tipo IIIb de 6,7%, siendo estas: atelectasia (6,7%), derrame pleural (6,7%) y absceso de la cavidad residual (6,7%). Promedio de estadía hospitalaria fue $12,4 \pm 8$ días. No presentamos mortalidad perioperatoria.

Conclusiones: La incidencia reportada de THT coincide con los estudios nacionales e internacionales, comprendiendo que el desarrollo de esta complicación se relaciona con un mayor diámetro del quiste y su ubicación, sobre todo en lóbulo hepático derecho con localización del segmento VIII.

COLEDOCOTOMIA LAPAROSCOPICA Y EXTRACCION DE LITIASIS GUIADA POR COLEDOSCOPIO EN UN HOSPITAL REGIONAL

Daniel Hernandez Clarck, Nicole Cuneo Barbosa, Carlos Gonzalez Torres, Juan Pablo Hurtado Tapia,

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique). Servicio de cirugía.

Introducción: La colecistocolitiasis se estima que está presente en el 10-20% de las personas con colelitiasis sintomática. Existen diferentes técnicas para el manejo de la coledocolitiasis, una de ellas la exploración de la vía biliar por vía laparoscópica (EVBVL).

Objetivos: Presentación de un caso de un paciente con Colecistocolitiasis que se maneja mediante EVBVL guiada por coledocoscopio.

Contenido del Video: Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de colecistitis aguda con coledocolitiasis confirmada por ecografía. Se realiza ERCP preoperatoria, lográndose extraer un cálculo 1.2 cm con balón, sin lograr la extracción de otro lito de 2cms, por lo que se decide instalar una prótesis biliar de 10Fr.

Se programa la resolución quirúrgica con EVBVL guiada con coledocoscopio. Se realiza una incisión en la cara anterior del colédoco, encontrándose un lito de 2cms y la prótesis. Se extrae la prótesis y el lito. Se revisa la vía biliar con coledocoscopio, evidenciándose la ausencia de factores obstructivos tanto a nivel de la confluencia como en la vía biliar distal. Se procede al cierre de la coledocotomía con pds 2/0. Se instala un drenaje al lecho. Es dada de alta al segundo día postoperatorio, sin drenaje. A la fecha, sin complicaciones asociada al procedimiento.

NUTRICIÓN VÍA ORAL PRECOZ EN PANCREATITIS AGUDA. ESTUDIO DE COHORTE.

Felipe Andrés Sanhueza Vega, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo, Sonia Curitol Sanchez, Jorge Silva Abarca, Allan Ignacio Vera Kortmann, Alejandro Sebastián Verdugo Fernández, Matias Isaac Palma Torres,

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía Anestesia y Traumatología.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) sigue siendo una patología frecuente a nivel nacional y mundial, asociado en gran parte a la prevalencia de colelitiasis. En el tratamiento de PA la alimentación juega un rol importante.

Objetivos: Determinar si la nutrición vía oral precoz (NVOP) disminuye la estancia hospitalaria y no se asocia a mayor reactivación de PA, ni a complicaciones locales o sistémicas.

Material y Método: Cohorte prospectiva de pacientes con PA, a los cuales se les aplico un protocolo de NVOP y se evaluó tolerancia al protocolo, días de estancia hospitalaria, reactivación de PA, presencia de complicaciones locales y necesidad de cama en unidad de paciente crítico (UPC).

Resultados: Se incluyeron 254 pacientes, 204 pacientes (80,31%) tolero el protocolo de NVOP; 43% de la cohorte fueron pacientes con pancreatitis aguda grave (PAG). El promedio de estancia hospitalaria fue $13,65 \pm 9,22$ días vs $20 \pm 23,11$ días en quienes no toleraron ($p=0,06$). 20 (7,8%) pacientes requirieron cama en UPC, 10 en el grupo que tolero NVOP y 10 en el grupo que no lo toleraron ($p= 0.001$). 3 pacientes fallecieron a consecuencia del cuadro de PA, y todos ellos correspondían al grupo que no tolero NVOP ($p=0.008$). 13 pacientes presentaron complicaciones, 11 en el grupo que tolero NVOP y 2 en el grupo que no toleraron ($p=0.51$). Solo 2 pacientes (0.9%) tuvieron reactivación de la pancreatitis ambos en el grupo que tolero NVOP ($p= 0.64$).

Conclusiones: La NVOP como parte del tratamiento de PA es viable y segura, fue posible en un 80% de la cohorte y el 43% de la cohorte fueron pacientes con PAG. NVOP se asocia a menor estancia hospitalaria, con una significancia estadística límite. El grupo que no tolera el protocolo de NVOP presenta mayor tasa de mortalidad y requerimiento de cama en UPC.

CALIDAD DE VIDA POST-RECONSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR.

Felipe Andrés Sanhueza Vega, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo, Jorge Silva Abarca, Allan Ignacio Vera Kortmann, Matias Isaac Palma Torres, María Belen Colinas Grilli, Alejandro Sebastián Verdugo Fernández,

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Anestesia y Traumatología..

Introducción: La reconstrucción de vía biliar (RVB) secundaria a lesión de vía biliar asociada a colecistectomía (LVBAC) es una cirugía compleja y un aspecto importante es la calidad de vida (CV) posterior.

Objetivos: Comparar la calidad de vida de una cohorte de pacientes sometidos a RVB por LVBAC con una cohorte de pacientes sometidos a colecistectomía sin incidentes.

Material y Método: Estudio de CV realizado en una cohorte concurrente a conveniencia. La cohorte está compuesta por 32 pacientes sometidos a RVB por LVBAC. Para tener un grupo de comparación se eligió una cohorte de pacientes sometidos a colecistectomía sin incidentes. Estas cohortes se parearon 1:1 por edad (± 1 año), género y tipo de cirugía. Se aplicó el cuestionario SF-36 con la puntuación propuesta por el grupo RAND de manera personal o telefónica.

Resultados: La cohorte de pacientes de RVB está conformada por 32 pacientes, con edad promedio de $47 \pm 17,68$ años; con predominio de género femenino (78%). El promedio de Días de hospitalización fue $20 \pm 11,85$. El promedio de seguimiento fue de 7 ± 5 años. El porcentaje promedio obtenido por los pacientes sometidos a RVB vs colecistectomía sin complicaciones fue: Función Física: $84,4 \pm 14,6$ vs $86,03 \pm 17$; Rol Físico: $70,8 \pm 18,8$ vs $75,75 \pm 22,5$; Dolor corporal: $57 \pm 19,54$ vs $48 \pm 21,9$; Salud General: $64,12 \pm 8,64$ vs $61,84 \pm 9,16$; Vitalidad: $57,55 \pm 10,75$ vs $60,6 \pm 6,55$; Función Social: $56,7 \pm 12,2$ vs $60,3 \pm 10,9$; Rol Emocional: $80,6 \pm 21,33$ vs $87,26 \pm 17,86$; Salud Mental: $60,24 \pm 8,56$ vs $64 \pm 6,8$; no encontrando ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las 2 cohortes.

Conclusiones: El presente estudio no se encontró diferencia significativa en la CV entre los pacientes con LVBAC y pacientes colecistectomizados sin complicaciones.

COMPARACIÓN ENTRE USO Y NO USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

Felipe Andrés Sanhueza Vega, Pablo Ignacio San Martín Ferrada, Hector Losada Morales, Andres Troncoso Trujillo, Pablo Cesar Burgos Villanueva, Barbara Nicole Godoy Ayala, Allan Ignacio Vera Kortmann, Jorge Silva Abarca,

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía. Anestesia y Traumatología..

Introducción: La pancreatitis aguda es una enfermedad frecuente en el país, un 20% presentan complicaciones locales o sistémicas, pudiendo alcanzar una tasa de mortalidad de 10-30%. Durante las últimas décadas, la administración profiláctica de antibióticos ha sido parte del tratamiento de pancreatitis aguda grave (PAG), por la eventual prevención de complicaciones infecciosas y reducción de mortalidad. Sin embargo, la evidencia científica disponible es controversial.

Objetivos: Analizar si los antibióticos profilácticos en PAG disminuyen las complicaciones locales y/o sistémicas, requerimiento de UPC, ni mortalidad.

Material y Método: Ensayo clínico aleatorizado, con aleatorización simple (uso o no uso de antibióticos profilácticos) de pacientes con PAG en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena entre abril de 2016 y junio de 2018. Criterios de exclusión: pancreatitis aguda leve, uso de antibióticos por sospecha de infección pancreática. La profilaxis antibiótica se realizó con ciprofloxacino y metronidazol. Las variables analizadas fueron: presencia de complicaciones, necesidad de cama en UPC, estancia hospitalaria y mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.

Resultados: n= 150, dos grupos aleatorizados; Grupo 1 (n=77), con uso de profilaxis antibiótica y grupo 2 (n=73) sin uso de antibióticos. La edad promedio fue de $59,4 \pm 19$ años. Género femenino (56,9%). 24 pacientes (16%) requirieron UPC; 12 pacientes del grupo 1, y 12 del grupo 2 (p=0,53). 10 pacientes (6,6%) tuvieron algún tipo de complicación, 9 en el grupo 1, y 1 en el grupo 2 (p=0.01). El promedio de estancia hospitalaria fue $16,8 \pm 17,9$ días en el grupo 1, y $15,7 \pm 9,0$ días en el grupo 2 (p=0.057). Mortalidad: 3 paciente en el grupo 1, y 1 paciente en el grupo 2 (p= 0.33).

Conclusiones: En el análisis interino de este ECA, el uso de antibióticos profilácticos en PAG no mostró reducir las complicaciones, necesidad de cama en UPC, ni la mortalidad.

EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR TRANSCÍSTICA ASISTIDO POR DORMIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Daniel Hernandez Clarck, Nicole Cuneo Barbosa, Carlos Gonzalez Torres,

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique). Servicio de cirugía.

Introducción: La resolución de la colecistocolitiasis mediante la exploración laparoscópica de la vía biliar es una técnica en desarrollo en nuestro país.

Objetivos: Presentación de un caso de una paciente con Colecistocolitiasis que se maneja mediante EVBVL transcística.

Contenido del Video: Se presenta el caso de una paciente 44 años que consulta por 20 días de evolución de dolor abdominal epigástrico asociado a ictericia progresiva. Se solicitan exámenes encontrando ictericia obstructiva (BT 24 BD 17 FA 539 y GGT 1101), por lo que se decide realizar un TC abdomen y pelvis que evidencia vesícula de paredes finas con dilatación de la vía biliar sin factor obstructivo evidente. Se hospitaliza y se completa estudio con colangiografía que demuestra dilatación de la VBIEH de hasta 14mm, con un cálculo en su porción intrapancreática. Por ausencia de disponibilidad de ERCP, se decide realizar una EVBVL. Durante el procedimiento, se realiza apertura del cístico, canulación con sonda de alimentación de 4Fr, realizándose CIO que evidencia un cálculo en VB distal. Se extrae por vía transcística mediante canastillo de dormía al segundo intento. Cierre del muñón cístico, y se procede la colecistectomía. Paciente es dada de alta al primer día postoperatorio. A la fecha, sin complicaciones asociada al procedimiento.

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE HEPÁTICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL CIRUJANO

Deborah Bardales Silva, Guillermo Sepulveda Diaz, Jesus Rojas Lizama, Darío Eduardo Palominos Salas,

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Equipo de Cirugia Digestiva.

Introducción: El hemangioendotelioma epiteliode es un tumor de origen vascular maligno, con prevalencia de uno en un millón y mas común en mujeres que hombres (4:1). Su diagnóstico es mediante histología, posterior a descartar patologías mas prevalentes asociado a lesiones hepáticas.

Objetivos: Presentar un caso de presentación atípica de hemangioendotelioma epiteliode

Reporte del(los) Caso(s): Paciente masculino de 27 años, cuadro de 3 meses de evolución de dolor en hipocondrio derecho, asociado a baja de peso (>10 kg) y compromiso del estado general. Estudio ecográfico abdominal evidencia lesiones multifocales nodulares sólidas en ambos lóbulos hepáticos de aspecto secundario. Se remite a este centro para evaluación y completar estudio, al ingreso estable, enflaquecido y persistencia de dolor, al examen físico sin evidencia de signos paraneoplásicos. Se realiza estudio de tumor primario desconocido mediante técnicas endoscópicas, imagenológicas y de marcadores tumorales, todos estos exámenes sin hallazgos, por tanto, se decide tomar biopsia de lesiones con posterior confirmación histológica de hemangioendotelioma epiteliode. Actualmente en espera de etapificación y resolución terapéutica.

RESOLUCION LAPAROSCOPICA DE HIDATIDOSIS HEPATICA CON COMPROMISO DE LA VIA BILIAR

Pedro Soto Gajardo, Andres Marambio Granic, Jose Luis Galindo Rivera, Mario Rodriguez Del Rey Gonzalez, Cristobal Davanzo Castillo,

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Diaz Insunza. Cirugía.

Introducción: Paciente de 24 años, que consultó por cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal. Fue estudiada con TC de abdomen y pelvis que evidenció lesión quística hepática compleja del lóbulo hepático izquierdo con dilatación de la vía biliar intra-hepática, sugerente de un quiste hidaídico con compromiso de vía biliar.

Objetivos: Mostrar la técnica quirúrgica utilizada en el Hospital Clínico La Florida.

Contenido del Video: Abordaje con 4 trócares. Colecistectomía y CIO. Se identifica lesión quística que ocupa la totalidad del segmento IVa y que se encuentra adherida al conducto hepático izquierdo. Periquistectomía con bisturí armónico hasta dejar aislada comunicación con la vía biliar. Esterilización del quiste con NaCl hipertónico. Apertura de la vía biliar y extracción de hidátides remanentes. Identificación del ángulo de Treitz, sección a 30 cm con stappler lineal y ascenso transmesocólico de asa yeyunal. Hepático - yeyuno anastomosis manual L-L con PDS 5/0 en un plano. Se confecciona asa biliar de 70 cm y se realiza entero enteroanastomosis L-L mecánica con stappler lineal. Cierre de boca anastomótica con vicryl 3/0. Extracción de pieza operatoria mediante incisión de Pfannenstiel en bolsa. Instalación de drenaje Jackson Pratt. Cirugía sin incidentes. Evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones. Alta al 5o día.

SOBREVIDA EN CÁNCER DE PÁNCREAS

Augusto Antonio Barrera Zamorano, Lorenzo Nicolás González Palacios, CONSUELO VALDES RUBILAR, Benjamin Fernandez Marambio, Daniel Valenzuela Candia, Carlos García Carrasco,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Digestiva Alta. Universidad de Chile, Campus Centro

Introducción: El cáncer de páncreas es una de las neoplasias malignas con mayor mortalidad a nivel mundial. Se estima que aumentando su incidencia. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la sobrevida global (SG) no ha cambiado las últimas tres décadas. La sobrevida reportada a cinco años es entre 4 a un 9%, siendo de un 34% con enfermedad localizada y de un 3% con enfermedad metastásica. Existen escasos reportes nacionales al respecto.

Objetivos: Analizar los resultados del manejo del cáncer de páncreas en nuestra institución

Material y Método: Estudio retrospectivo de las bases de datos de pacientes tratados con diagnóstico histológico o clínico altamente sugerente de adenocarcinoma de páncreas (inclusión). Exclusión: lesiones quísticas benignas, tumores neuroendocrinos y otras histologías. Periodo: enero 2015 - agosto 2020. Variables estudiadas: edad, género, comorbilidades, antecedentes de cáncer, presentación clínica, complicaciones derivadas del tumor primario, localización, resecabilidad, tratamiento definitivo, adyuvancia o neoadyuvancia y sobrevida. Análisis descriptivo. Sobrevida actuarial con método de Kaplan-Meier. Diferencias de sobrevida Log rank test

Resultados: Edad promedio 64,5 años (30-89). Síntoma al diagnóstico: ictericia obstructiva (60,1%), dolor abdominal/dorsal (23,8%), colangitis 15 casos (22% del grupo con ictericia). Localización: cabeza 85 (68%), cuerpo y cola 39 (31,2%), cabeza y cuello 1 (0,8%). Resecabilidad: Resecable 31 (29,52%), Borderline 12 (11,43%), localmente avanzado 26 (24,76%), irresecable 36 (34,29%). Resecados 42 pacientes (33,3%). Sobrevida a 12, 24 y 36 meses: 40.4, 34.7 y 33.1% respectivamente. Sobrevida a 12, 24 y 36 meses con manejo paliativo: 24, 18 y 14%. Sin sobrevida a 5 años en este grupo.

Conclusiones: El cáncer de páncreas tiene muy baja sobrevida incluso en pacientes operados con intención curativa. La localización más frecuente es la cabeza. Ictericia obstructiva como presentación más frecuente. La resección con intención curativa, con o sin terapia adyuvante o neoady., logra mejores resultados que el manejo paliativo.

COLANGIOCARCINOMA EXTRAHEPÁTICO TIPO PAPILAR, REPORTE DE UN CASO

Benjamin Fernandez Marambio, Lorenzo Nicolás González Palacios, CONSUELO VALDES RUBILAR, Ignacio Javier Miranda Castillo, Carlos García Carrasco,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía, Equipo Cirugía Digestiva Alta.. Departamento de Cirugía, Campus Centro, Universidad de Chile.

Introducción: El colangiocarcinoma corresponde a una neoplasia poco frecuente, describiéndose cuatro tipos morfológicos; papilar, nodular, nodular-infiltrante e infiltrante. Dentro de estos, el papilar es el menos frecuente (7%), asociándose a mejor pronóstico producto de la propagación mucosa que posee y la sintomatología precoz (ictericia).

Objetivos: Comunicar una variedad poco frecuente de presentación de colangiocarcinoma

Reporte del(los) Caso(s): Mujer de 61 años con antecedente de hipotiroidismo, presenta cuadro de 2 años de dolor abdominal en hipocondrio derecho de intensidad progresiva. Se asocia el último mes ictericia, coluria y fiebre. Examen físico destaca ictericia asociada a masa palpable indolora en hipocondrio derecho. Se solicita estudio con tomografía y resonancia magnética los cuales describen; área de engrosamiento parietal neoplásico dependiente del conducto hepático común, determinando severa dilatación de vía biliar intrahepática. Bilirrubina total de ingreso 18,4mg/dL, directa 16,2mg/dL. ERCP describe masa de 4x3cms ocupando tercio medio hasta confluencia de vía biliar, se instala prótesis plástica, consiguiendo adecuado drenaje de vía biliar. Se realiza cirugía, evidenciando vesícula hidrópica de 12x8cm, hepático común y tercio proximal de colédoco ocupados por masa indurada, polipoidea, de 7x3,5cms. Se realiza resección de vía biliar con hepático-yeyuno anastomosis. Biopsia informada como carcinoma pobremente diferenciado.

BENEFICIOS DE SOBREVIDA DEL TRASPLANTE CON DONANTE VIVO EN LA MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Sergio Riveros Gonzalez, Gabriela Ochoa Suazo, Eduardo Briceno Valenzuela, Pablo Achurra Tirado, Eduardo Vinuela Fawaz, Nicolás Jarufe Cassis, Jorge Martínez Castillo, Martín Dib Marambio,

Pontificia U. Católica de Chile.

Introducción: Existe una discrepancia entre la demanda y oferta de órganos sólidos en Chile, con bajas tasas de donación, lo que determina altas tasas de mortalidad en lista de espera para trasplante hepático. Esta tasa de mortalidad depende directamente del acceso a donantes de hígado.

Objetivos: Analizar la mortalidad en lista de espera para trasplante hepático adulto en el Hospital Clínico UC, y observar su variación dependiendo de la tasa de donación cadavérica y de trasplante con donante vivo.

Material y Método: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados a lista de espera trasplante hepático entre enero 2016 y julio 2020. Se analizaron variables demográficas y sobrevida por subgrupo según trasplante donante cadavérico (TDC), donante vivo (TDV) y no trasplantado (NT), contrastado según tasas de donación y porcentaje de donante vivo anual.

Resultados: 159 pacientes ingresaron a lista de espera, 54.1% mujeres, mediana edad 58.9 años. 43.3% (69) recibieron TDC, 11.9% (19) recibieron TDV y 44.7% (71) NT. Curvas de sobrevida según KM demostraron sobrevida acumulada de 84%, 78% y 41% TDV, TDC y NT, respectivamente, a 48 meses ($p < 0.001$). Según año de ingreso, la tasa de donación nacional fue 7.9, 10.0, 6.6, 10.4 por millón de habitantes y el porcentaje de donante vivo en nuestro centro fue 10.7, 3.0, 17.6 y 19.2% para 2016, 2017, 2018 y 2019 respectivamente. Las tasas de mortalidad de alistados en estos años fueron 52.8, 64, 43.8 y 31% respectivamente (por 100 personas-años).

Conclusiones: Pacientes trasplantados presentan un beneficio de sobrevida en lista de espera, con mayor sobrevida aún en aquellos pacientes sometidos a trasplante con donante vivo. El aumento de la tasa de donante vivo disminuye la mortalidad en lista de espera, incluso en años de baja tasa de donación cadavérica. El aumento simultáneo de la tasa de donante cadavérico y donante vivo tiene el mayor impacto en la mortalidad.

TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-PEDIÁTRICO EN RECEPTORES >30 KG: PRIMER CASO DE DONANTE VIVO IZQUIERDO COMPLETO (SEGMENTO 2,3,4) CON RECONSTRUCCIÓN DE VENA HEPÁTICA MEDIA PARA TRASPLANTE PEDIATRICO EN CHILE.

Catalina Alejandra Ortiz Koh, Juan Carlos Pattillo Silva, Eduardo Briceno Valenzuela, Jorge Martínez Castillo, Martin Dib Marambio,

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Hospital Clínico UC-Christus

Introducción: Chile presenta una de las tasas de donación de órganos más bajas a nivel global, con 10.4 donantes cadavéricos por millón de habitantes el año 2019, y cifras de mortalidad en lista de espera que ascienden al 37.5%. En trasplante hepático pediátrico, el trasplante con donante vivo de segmento izquierdo lateral (segmento 2,3) se ha utilizado exitosamente, sin embargo este es sólo útil para lactantes y niños de bajo peso. La experiencia de trasplante adulto-adulto con injerto derecho e izquierdo completo, permite el uso seguro de un hemi-injerto en trasplante adulto-pediatrico.

Objetivos: Primer caso nacional de trasplante de donante vivo adulto-pediatrico en receptor > 30kg

Reporte del(los) Caso(s): Paciente de 11 años de edad (58kg), ingresa al servicio de urgencias cursando falla hepática aguda. El estudio de laboratorio e histológico revela etiología autoinmune. Evoluciona con falla hepática fulminante según criterios de King's College por lo se enlista para trasplante hepático de urgencia. Se estudian familiares para evaluar opción donante vivo, padre resulta compatible, con lóbulo izquierdo completo de 465g (tasa injerto/receptor 0.8). Se realiza trasplante con donante vivo el 22/05/20, hepatectomía izquierda completa con resección y reconstrucción de vena hepática media en receptora. Cirugía exitosa con evolución favorable y alta al día 38 postop.

FÍSTULA PANCREATOPLEURAL POSTERIOR A PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL.

BENJAMIN OMEGNA LAFUENTE, Eduardo Labarca Mellado, Camilo Cavalla Castillo, Pablo Kirmayr Zamorano,

Hospital Naval Almirante Nef. Servicio Cirugía Adulto.

Introducción: La fístula pancreática es una de las complicaciones de una pancreatectomía distal. De ocurrir, son usualmente externas. La fístula pancreatopleural es una rara fístula interna, de la cual existe poca evidencia en cuanto a su manejo.

Objetivos: Presentar el manejo de un caso de fístula pancreatopleural posterior a una pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía, realizada por laparotomía.

Reporte del(los) Caso(s): Hombre de 50 años, con antecedente de cáncer del cuerpo del páncreas. Fue sometido a pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía por laparotomía. Se realizó sección glandular mediante sutura mecánica. Evolución favorable. Al quinto día se indica retiro de drenaje abdominal. Al sexto día presenta disnea y tos. TC tórax abdomen y pelvis confirmó un derrame pleural izquierdo tabicado asociado a imagen de fístula pancreatopleural. Amilasa en líquido pleural fue sobre 10 veces el máximo normal. Se inició manejo con somatostatina y se realizó aseo pleural por videotoracoscopia. La evolución fue satisfactoria, con alta hospitalaria a los 10 días. Seguimiento ambulatorio, paciente asintomático a los 12 meses.

CIRUGÍA DE URGENCIAS EN PANDEMIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

Diego Gonzalo Araneda Calisto, Ignacio Felipe Diaz Luengo, Marcelo Andres Santelices Baeza,

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Servicio de Urgencia - Cirugía..

Introducción: A fines de diciembre del 2019, inician casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan, Provincia de Hubei, China. La patología fue llamada por la OMS como Enfermedad de Coronavirus 2019, la que era producida por una virus de la familia del Coronavirus, llamado 2019-nCov.

Esta enfermedad se propagó a gran velocidad, siendo declarada una enfermedad pandémica el 11 de Marzo del 2020. En Chile el primer caso documentado se produce en la región del Maule el 03 de Marzo del 2020.

Objetivos: Queremos mostrar la verdadera repercusión de la presencia del Coronavirus en nuestra practica quirúrgica habitual desde el Servicio de Urgencias del Hospital de Talca durante el periodo de tiempo.

Material y Método: Se realiza un diseño de estudio tipo Cohorte retrospectiva descriptiva, analizando los datos de pacientes operados en el Servicio de urgencia del Hospital Regional de Talca entre el 20 de abril de 2020 y 8 de septiembre de 2020. Como criterio de inclusión se definió un resultado positivo de PCR para SARS-COV19 en los 30 previos y 30 días posteriores a su fecha de cirugía. Se excluyeron otras especialidades quirúrgicas. Se analizaron: efectos adversos, diagnóstico, edad, clasificación de riesgo anestésico (ASA) y días de hospitalización.

Resultados: De los 658 pacientes operados en este período, 15 resultaron COVID positivo. En proporción 11: 4 (Hombres/Mujeres). El promedio de edad fue de 57 años y el promedio de días hospitalizados fue de 25 días (2 -135). El diagnóstico más frecuentes fue apendicitis aguda (27%). De los 15 pacientes 8 presentaron efectos adversos, de ellos 2 presentaron complicaciones grado 5 (muerte en relación al efecto adverso) (15%).

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial coincide con la internacional respecto a los predictores de mortalidad, no así con las complicaciones respiratorias potenciales. La concomitancia de COVID en pacientes quirúrgicos influye directamente en la evolución post operatoria aumenta la morbilidad y mortalidad.

MEDICION DE LAS ONDAS ALFA Y GAMMA EN LA ACTIVIDAD CEREBRAL COMO MEDIDA DE NIVELES DE ESTRÉS UNA ACTIVIDAD DE SIMULACION EN ALUMNOS DE IV DE MEDICINA CON Y SIN ENTRENAMIENTO MINDFULNESS.

Sergio Reyes Jaramillo, Maria de la Luz Aylwin, Matias Quinones, Johanna Kreither, Javier Lopez, Claudio Araya

Escuela de Medicina y Facultad de de Psicología, Universidad de Talca, Universidad Adolfo Ibañez, Universidad Autónoma de Chile.

Introducción: Por mucho años, la enseñanza de procedimientos quirúrgicos, ha estado ligada a la simulación, esta proporciona una oportunidad única para practicar habilidades psicomotoras y permite el entrenamiento de distintas habilidades que componen el espectro de la competencia profesional. En esta investigación se midió la magnitud de las ondas alfa y gamma en la actividad cerebral como medida de niveles de stress y concentración durante el desempeño de una actividad de simulación en suturas

Objetivos: Medir la magnitud de las ondas alfa y gamma durante el desempeño de una actividad de simulación en suturas a estudiantes de medicina con y sin entrenamiento Mindfulness.

Material y Método: Se trata de un estudio, cuantitativo, transversal y analítico. Los estudiantes tenían entre una y dos horas de entrenamiento estandarizado en taller de suturas del centro de simulación de la escuela de Medicina de la

Universidad de Talca, uno de los grupos había realizado un curso de Mindfulness (intervención) y el otro no. Además se realizó la misma medición a un grupo de cirujanos expertos. El Electroencefalograma fue registrado en forma continua con 32 electrodos de Ag/AgCl montados en un gorro elástico con el sistema de posicionamiento internacional 10-20.

Resultados: Analizado los resultados de la onda Alfa se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de reposo y de sutura bajo estrés en todos los grupos, pero esta diferencia no mostró ser significativa al comparar los grupos entre si. Lo mismo ocurrió al analizar las ondas Gamma. Además se correlacionó la potencia de las ondas alfa con el numero de suturas evidenciando una tendencia favorable en los alumnos con la intervención.

Conclusiones: La evidencia preliminar presentada aquí, permite ver una tendencia que respalda los beneficios potenciales de la intervención Mindfulness realizada a los estudiantes de IV de medicina durante el desempeño de la actividad de simulación

CREACIÓN DE MODELO ANIMAL DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA Y EVALUACIÓN DEL BALÓN CON DROGA EN ESTENOSIS.

Cristian Arriagada Godoy, Sandra Osorio Véliz, Santiago Méndez Alonso, Martin Santos Gonzalez, Teres Fontecilla Echeveste,

Hospital Puerta de Hierro
Instituto de investigación. Hospital San José .

Introducción: La incidencia global de enfermedad renal crónica en España es de 142/millón , 89% de los paciente inician hemodiálisis y un 79% utilizará fístulas arteriovenosas (FAV). La estenosis de las FAV oscila entre 10 - 30 % , algunos grupos puede llegar al 50 % (pacientes diabéticos , ancianos y mujeres).

Objetivos: Revalidar modelo animal FAV y evaluar los efectos biológicos del balón con droga en la estenosis .

Material y Método: Estudio experimental sin asignación aleatoria 2 fases .

Fase 1 : Validación del modelo de FAV animal porcino . Se incluyeron individuos de 3 meses de edad , femeninas . Realizando 2 FAV por individuo a nivel femoral , técnica anastomosis latero-lateral. Control ecográfico para determinar calibre , flujo y tiempo de estenosis.(4 FAV)

Fase 2: Una vez lograda la maduración de FAV y producida la estenosis , se realizó la angioplastia (PTA) con balón medicado en una FAV y balón simple en FAV contralateral . Seguimiento 3 semanas con ultrasonido , realizando eutanasia al mes . Con toma de muestra para histología.(12 FAV)

Resultados: Primera Fase : Validación modelo FAV animal. Estableciendo tiempo de maduración , medición flujo y calibre . Correlación no significativa (Pearson=0,616) (p=0,107).

Segunda Fase : Estudio histológico demostró un menor engrosamiento intimal en el grupo PTA con droga , estadísticamente no significativo

Conclusiones: 1. Creación modelo animal de FAV factible y reproducible, con seguimiento ecográfico estrecho para determinar estenosis previniendo trombosis .

2. La utilización del balón con droga no muestra diferencias histomorfométricas significativas en la prevención de re-estenosis, pero muestra tendencia a explorar con mayor seguimiento .

DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE APRENDIZAJE SIMULADO TIPO EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOЕ) PARA LA EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE COMPETENCIAS EN CIRUGÍA DE TRAUMA.

Catalina Alejandra Ortiz Koh, Francisca Belmar Riveros, Julian Varas Cohen, Pablo Achurra Tirado, Nicolás Jarufe Cassis,

Pontificia U. Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental. Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico UC-Christus

Introducción: El trauma es una de las principales causas de muerte en el mundo y la atención quirúrgica adecuada tiene un gran impacto en la mortalidad. Sin embargo, los casos de trauma grave manejados por residentes de cirugía general han descendido en los últimos 10 años. La simulación ha demostrado ser una alternativa eficiente en el entrenamiento y evaluación de habilidades prácticas.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir y validar un nuevo examen clínico objetivo estructurado (ECOЕ) para el entrenamiento y evaluación de habilidades quirúrgicas en cirugía de trauma.

Material y Método: Desarrollamos un ECOЕ con 6 estaciones para la evaluación y entrenamiento de habilidades quirúrgicas básicas y avanzadas basado en simulación. 8 residentes de segundo año, (PY-2); 8 cirujanos recién graduados (RGS) y 3 expertos participaron en cada estación. Todos los procedimientos fueron evaluados ciegamente por expertos utilizando la escala (OSATS) y tiempo.

Resultados: Se identificaron diferencias significativas entre los grupos. El puntaje OSATS promedio fue 82 para PY2, 113 para RGS y 147 para expertos ($p < 0.01$). El tiempo promedio del procedimiento fue de 98 minutos para PY2, 68 minutos para RGS y 35 minutos para cirujanos expertos ($p < 0.01$)

Conclusiones: El ECOЕ discrimina adecuadamente entre niveles de experiencia y es un examen válido para la evaluación de habilidades prácticas en cirugía de trauma.

EVALUACIONES OBJETIVAS DE HABILIDADES TÉCNICAS A TRAVÉS DE UN SISTEMA VIRTUAL, PERMITE CERTIFICAR A CONACEM EN FORMA MASIVA Y MENOS TIEMPO A CIRUJANOS DEL PAÍS.

Francisca Belmar Riveros, Iván Paul Rozas, Catalina Alejandra Ortiz Koh, Francisco Andres Molina Parra, Julian Varas Cohen, Caterina Contreras Bertolo, Javier Ignacio Vela Ulloa, Nicolás Jarufe Cassis,

Pontificia U. Católica de Chile. Simulación Clínica.

Introducción: En Chile la certificación de especialidades médicas es llevada a cabo por la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). Para poder conseguir ésta, se requiere aprobar un examen teórico y otro práctico, sin embargo, este último tiene largas listas de espera y no mide habilidades técnicas, las que son fundamentales en especialidades quirúrgicas. Ante esta falencia es que nuestro equipo desarrolló un examen práctico que permite medir habilidades técnicas incorporando una plataforma digital de evaluación remota y diferida.

Objetivos: Crear, diseñar y validar el primer examen de habilidades técnicas en cirujanos generales en nuestro país, mediante el uso de modelos de simulación con evaluación remota y diferida a través de plataforma digital.

Material y Método: 16 cirujanos generales en proceso de acreditación se sometieron a una evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) previamente validada, compuesta por 7 estaciones, destinadas a medir habilidades específicas mediante el uso de modelos de simulación. Éstas fueron evaluadas mediante escala OSATS, escala específica, puntaje global y tiempo. Todos los procedimientos fueron grabados en alta definición desde dos ángulos distintos y posteriormente cargados en una plataforma digital para evaluación ciega, remota y diferida por expertos.

Resultados: Se realizaron dos evaluaciones de 8 cirujanos cada una a lo largo de 2 días, ejecutándose un total de 112 procedimientos. Tras la exitosa experiencia con este modelo piloto, se decidió incorporar en el proceso de validación de cirujanos generales en Chile.

Conclusiones: Mediante la creación y validación de un examen práctico que mida y evalúe habilidades técnicas por expertos de manera remota, es posible certificar a cirujanos en proceso de validación CONACEM en forma masiva y en menor tiempo que el sistema actual.

APENDICITIS AGUDA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE UN CASO

Diana Carolina Michieli Centeno, Jesus Enrique Zambrano Velásquez,

Hospital Base San José de Osorno. Centro de Responsabilidad Quirúrgico. Urgencias Cirugía Adultos

Introducción: La apendicitis aguda por cuerpos extraños es inusual. Su prevalencia es de 0,0005%. Cuando el peso del cuerpo extraño es mayor al del contenido intestinal, precipitan en el ciego durante el tránsito. El orificio apendicular se expande dando paso al lumen. El peristaltismo es insuficiente para expulsarlos de regreso al ciego pudiendo obstruir la luz apendicular y desencadenar cambios inflamatorios apendiculares.

Objetivos: Describir prevalencia de apendicitis aguda por cuerpo extraño en el adulto

Reporte del(los) Caso(s): Masculino 37 años hipertenso, consulta por dolor abdominal de 24 horas en hipogastrio, fiebre, disuria y vómitos. Al examen físico con resistencia muscular en hemiabdomen inferior, Blumberg esbozado. Exámenes destacan leucocitos 23.000, PCR 185; se solicita tomografía computada abdomen y pelvis contrastada mostrando apéndice cecal 14 mm de diámetro, prominentes apendicolitos intraluminales de 17 mm. Burbujas de gas extraluminales, líquido libre. Se realiza apendicectomía laparoscópica encontrándose colección purulenta periapendicular asociado a plastron entre ileon terminal, sigmoides y ciego firmemente adheridos a peritoneo parietal anterior. Apéndice cecal gangrenoso con base vital sana el cual se extrae y se explora observando 3 estructuras pétreas intraluminales, la mayor envuelta en fecalito de aprox 2 cms de longitud, la menor de 0,8 mm.

ROL DE LA CIRUGÍA TORÁCICA VIDEO-ASISTIDA (VATS) EN LAS LESIONES PENETRANTES DE TÓRAX.

Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Melissa Andrea Eede Matinez, Joaquín Arturo Espinoza Núñez, Ámbar Rubí Parra Flores, Julio Enrique Brito Richards,

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique). SERVICIO DE CIRUGIA. EQUIPO CIRUGIA TORAX

Introducción: Las lesiones traumáticas de tórax continúan siendo una de las formas más graves de trauma. La cirugía torácica video asistida(VATS en inglés)está ganando cada vez más importancia en el enfrentamiento del trauma de tórax como un procedimiento diagnóstico y terapéutico en cierto grupo de pacientes, proporcionando una visión más detallada y un tratamiento más preciso de las estructuras intratorácicas lesionadas.

Objetivos: Reportar el caso en la literatura medica.

Reporte del(los) Caso(s): Masculino de 39a, ingresa al SU con herida por arma-blanca en hemitórax-anterior izquierdo, sin compromiso hemodinámico.La RX torácica mostró hemo-neumotórax izquierdo y el manejo inicial con pleurostomía evidenció salida de 300cc de sangre permaneciendo estable. A las 48hrs evoluciona con caída de Hb menor 6 puntos. Se realiza TC de tórax que muestra gran colección extrapleural en relación a mediastino anterior, asociado a derrame pleural izquierdo. Por ello se decide VATS exploratoria, identificando en el intraoperatorio 3500 cc de coágulos antiguos en espacio pleural y hematoma contenido extrapleural-anterior adyacente a mediastino, que a la apertura se logra evacuar 800 cc de coágulos produciéndose sangrado en jet, identificando lesión de Arteria- mamaria interna que se logra controlar con clip y ligadura de vicryl, concluyendo cirugía con aseo de cavidad y pleurostomías.

UNA RARA CAUSA DE PERITONITIS EN LA URGENCIA, TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL MALIGNO DE INTESTINO(GIST).

Melissa Andrea Eede Matinez, Joaquín Arturo Espinoza Núñez, Ámbar Rubí Parra Flores, Rubén Stalin Zambrano Andrade, Freddy Alejandro Ferreira Camacho,

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique). Servicio de Cirugía. Hospital de Iquique

Introducción: Los tumores-estromales-gastrointestinales(GIST)son neoplasias del tracto gastrointestinal que surgen en cualquier lugar del tracto digestivo. Un tercio de los pacientes con GISTs son asintomáticos y el diagnóstico es incidental durante la cirugía, procedimientos y/o autopsias. La mayoría de pacientes sintomáticos se presentan con dolor abdominal vago inespecífico y son pocos los que se manifiestan como emergencias abdominales. La resección quirúrgica completa se considera el posible tratamiento curativo de los GISTs localizados.

Objetivos: Reportar el caso en la literatura medica

Reporte del(los) Caso(s): Mujer asiática de 60á ingresa a urgencia por intenso dolor abdominal asociado a sepsis severa, al exámen destaca abdomen distendido, timpánico, con irritación peritoneal. El TC de ingreso muestra neumoperitoneo, dilatación de asas de intestino delgado con tumoración sólida y “twist” de mesenterio distal con liquido libre. Se decide laparotomía exploratoria, evidenciando peritonitis fecaloidea difusa, dilatación intestinal y tumor en ileon-distal de 10x8x6cm volvulado con invasión de yeyuno. Se realiza resección en bloque y se deja laparotomizada, logrando anastomosis y cierre definitivo después 2 aseos quirúrgicos. Con post-operatorio difícil en UPC requiriendo DVA y VMI, se consigue superar la sepsis logrando el alta. La biopsia evidencia tumor-estromal- del-tracto-gastrointestinal con bordes libres de tumor y ganglios sin metástasis, enviado por comité oncológico a protocolo de quimioterapia.