



TOMO DE RESÚMENES

XCIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA



CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	13
HALLAZGOS PATOLÓGICOS DEL REMANENTE GÁSTRICO POST GASTRECTOMÍA VERTICAL. ¿ES NECESARIO SU ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO?.....	14
CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO LUEGO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.....	15
DIVERTICULITIS AGUDA EN PACIENTE OPERADO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO.....	16
EXPERIENCIA INICIAL DE BALÓN ELIPSE EN COPIAPÓ.....	17
HIPERINFLACIÓN POR CANDIDA ALBICANS EN BALÓN ELIPSE. REPORTE DE CASO.....	18
EXPERIENCIA INICIAL EN LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO ERAS EN 51 CASOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	19
CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA USUARIOS DE CORTICOIDES. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	20
CIRUGÍA BARIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC.....	21
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.....	22
CONTROVERSIAS EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL HIPERTIROIDISMO EN PEDIATRÍA. ROL DE LA TIROIDECTOMÍA.....	23
HIPERPARATIROIDISMO. EXPERIENCIA LOCAL DE PACIENTES OPERADOS ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2021 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.....	24
TUMOR CUERPO CAROTÍDEO EN ADOLESCENTE (TCC). REPORTE DE UN CASO.....	25
CARCINOMA TÍMICO INTRATIROIDEO, CAUSA INFRECUENTE DE NEOPLASIA TIROIDEA EN ADULTOS.....	26
CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES EN MUJER DE 19 AÑOS. REPORTE DE CASO.....	27
LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA (VEIL) PARA METÁSTASIS LINFONODALES DE TUMORES SÓLIDOS.....	28
CIRUGÍA GENERAL.....	29
MANEJO CONSERVADOR DE FISTULA BILIOPLEURAL.....	30
COLGAJO SURAL RETARDADO DE FLUJO REVERSO.....	31
SUSENSIONES QUIRURGICAS: UN DESAFIO PARA LA GESTION CLINICA POST COVID 19.....	32
ANGIOMA ESPLÉNICO DE CÉLULAS LITORALES. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	33

PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE UN CASO.....	34
HEMOPERITONEO Y HEMOBILIA SECUNDARIA A PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA CÍSTICA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	35
RESECCIÓN DE TUMORES DE INTESTINO DELGADO: LA EXPERIENCIA DE DOS CENTROS UNIVERSITARIOS.....	36
HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO POR COVID-19, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	37
DRENAJE PERCUTÁNEO EN EL MANEJO DE COLECCIONES INTRAABDOMINALES SECUNDARIAS A PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: PERÍODO 2018-2021.....	38
ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS PERFORADA.....	39
CIRUGÍA LAPAROENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DE LA COLECISTOCOLEDOLITIASIS: IMPACTO DE LA CANULACIÓN DE LA PAPILA DIRIGIDA POR GUÍA TRANSCÍSTICA (RENDEZVOUS) EN LOS RESULTADOS PERIOPERATORIOS. REPORTE DE UNA SERIE DE 413 CASOS.....	40
GOSSYPBOMA A PROPÓSITO DE UN CASO.....	41
ICTERICIA EN PACIENTE CON COLECISTITIS AGUDA Y LINFOMA, UN SIGNO EQUÍVOCO.....	42
CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC.....	43
SÍNDROME DE RETENCIÓN GÁSTRICA COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	44
RENDIMIENTO DE UN MODELO PREDICTIVO PREOPERATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOLITIASIS.....	45
HERNIA DE BOCHDALEK Y PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTE ADULTO, REPORTE DE UN CASO.....	46
FACTORES DE RIESGO PARA REOPERACIÓN Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE.....	47
HERNIA DE AMYAND.....	48
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA CON TÉCNICA DE 3 TROCARES Y ASA ENDOSCÓPICA: BENEFICIO ESTETICO SIN PERJUICIO DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA.....	49
HEMOCOLECISTO SECUNDARIO A TERAPIA ANTICOAGULANTE.....	50
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A COLECISTITIS HEMORRÁGICA ALITIÁSICA.....	51
COLECISTITIS AGUDA POST REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL COMPLEJA CON SEPARACIÓN ANTERIOR DE COMPONENTES.....	52

CIRUGÍA DE MAMA.....	53
MAMA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL.....	54
RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE LINFONODOS CENTINELAS NEGATIVOS Y DESARROLLO DE RECURRENCIA AXILAR EN PACIENTES SOMETIDOS A MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL EL PINO, CHILE 2002-2017.....	55
TUMOR ETERNAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL ATÍPICA DE CÁNCER MAMA OCULTO.....	56
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA.....	57
ULCERA POR PRESIÓN DE TALÓN. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON EL COLGAJO EN CONO.....	58
¿QUÉ VACÍOS EXISTEN EN EL ENTRENAMIENTO SIMULADO DE CIRUGÍA PLÁSTICA?: ELABORACIÓN DE UN “MAPA” DE MODELOS SIMULADOS EXISTENTES PARA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA.....	59
ENTRENAMIENTO SIMULADO DE COLGAJOS LOCALES EN UNA SUPERFICIE CONVEXA: AMPLIANDO LA ENSEÑANZA DE HABILIDADES QUIRÚRGICAS BÁSICAS.....	60
ENFRENTANDO DESAFÍOS EDUCACIONALES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: NOVEDOSO MODELO SIMULADO DE MARCAS DE PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA REDUCCIÓN MAMARIA.....	61
TRASPLANTE DE CABELLO CON INJERTO DE GRASA PREVIO: RESULTADOS PRELIMINARES Y CORRELACIÓN ECOGRÁFICA.....	62
REPAIR OF INFERIOR ALVEOLAR NERVE IN ORTHOGNATHIC SURGERY SIMULATOR (RIANOS): MODELO DE ENTRENAMIENTO COMBINADO DE IMPRESIÓN 3D Y NERVI CIÁTICO DE POLLO.....	63
PERFORACIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN DE LIPOSUCCIÓN DE DORSO CON LIPOINJERTO GLÚTEO. CASO CLÍNICO.....	64
ÚLCERAS POR PRESIÓN: EL DESAFÍO FINAL EN EL CAMINO DEL PACIENTE COVID - 19.....	65
RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POST-RESECCION EN BLOQUE POR ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO.....	66
COMPLICACIONES EN CIRUGÍA POSTBARIÁTRICA : FRECUENCIA Y TIPO.....	67
EVALUACIÓN DE RECIDIVA DE LESIONES QUELOIDEAS MEDIANTE CONTROL POR TELEMEDICINA EN CONTEXTO DE ESTALLIDO SOCIAL Y PANDEMIA.....	68
DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CICATRICES QUELOIDES. EXPERIENCIA EN LA RED DE SALUD UCCHRISTUS ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2020.....	69
LESIONES POR PRESIÓN EN LA PANDEMIA COVID-19: UN CAMBIO DE PARADIGMA. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS.....	70
COLGAJO PERFORANTE SAFENO PARA RECONSTRUCCIÓN DE RODILLA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	



EXPERIENCIA CON COLGAJO DE ARTERIA INTERÓSEA POSTERIOR PARA RECONSTRUCCIÓN DE MANO QUEMADA: SERIE DE CASOS.....	72
COLGAJO DE ROTACIÓN EN ESPEJO PARA RECONSTRUCCIÓN DE CUERO CABELLUDO.....	73
COLGAJOS LIBRES PARA DEFECTOS DE COBERTURA. EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL LA FLORIDA.....	74
HIPERTROFIA MAMARIA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y ROL DE LA MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN EN MUJERES DE LA COMUNA DE MELIPILLA.....	75
COLOPROCTOLOGÍA.....	76
HIDATIDOSIS PÉLVICA PRIMARIA COMO PRESENTACIÓN INHABITUAL. REPORTE DE UN CASO.....	77
CASO CLÍNICO: MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO.....	78
CASO CLÍNICO : ABSCESO ANORRECTAL SUPRAELEVADOR.....	79
INTUSUSCEPCIÓN APENDICULAR POR FOCO ENDOMETRIOMA, UN CASO CLÍNICO.....	80
MUCORMICOSIS PERIOSTOMAL POSOPERATORIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	81
RESULTADOS QUIRÚRGICOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO POR CROHN ILEOCECAL.....	82
LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE COMO HALLAZGO INCIDENTAL.....	83
EVALUACIÓN COLON LEAKAGE SCORE (CLS) EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS.....	84
TRIPLE ADENOCARCINOMA SINCRÓNICO DE COLON. CASO CLÍNICO.....	85
USO DE STENT CUBIERTO EN MANEJO DE FISTULA ENTEROCUTANEA. REPORTE DE UN CASO.....	86
MUCOCELE APENDICULAR COMO CAUSA SECUNDARIA DE ASCITIS REFRACTARIA EN PACIENTE CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO.....	87
SCHWANNOMA DE COLON ASCENDENTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	88
LA UNIÓN HACE LA FUERZA: CÓMO DISMINUIR 13 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA POR CÁNCER DE COLON EN UN HOSPITAL PROVINCIAL.....	89
LOS DIAGNÓSTICOS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL; COMO PESQUISARLOS E INTERVENIRLOS.....	90
RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 2 AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLO ERAS O STAR EN CIRUGÍA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....	91
EL AUMENTO DE DURACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN INCREMENTA EL RIESGO DE REINGRESO HOSPITALARIO TEMPRANO EN CIRUGÍA COLORRECTAL.....	92
ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA CON ESTENOSIS DE COLON Y URÉTER, REPORTE DE UN CASO.....	



LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO.....	94
CARACTERÍSTICAS, RESULTADOS Y SOBREVIDA A 3 AÑOS DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL E INESTABILIDAD MICROSATELITAL.....	95
NEOADYUVANCIA TOTAL BASADA EN RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDACIÓN COMO ESTRATEGIA DE MANEJO NO OPERATORIO EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO.....	96
ESCISIÓN TRANSANAL DE GRANULOMA PIÓGENO RECTAL. REPORTE DE UN CASO.....	97
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA EN PACIENTE CON SARS-COV-2: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA EVIDENCIA.....	98
MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA DE OCTOGENARIOS SOMETIDOS A COLECTOMÍA Y ANASTOMOSIS PRIMARIA EN CÁNCER DE COLON.....	99
COVID-19 Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD.....	100
EN ÉPOCA DE COVID-19: ¿CÓMO LAS ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN AVANZADAS (STAR) PUEDEN AYUDAR A DAR SOLUCIONES A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS?.....	101
RESULTADOS FUNCIONALES Y CLÍNICOS DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ELECTIVA DE CÁNCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO PILOTO.....	102
ADENOCARCINOMA DEL CUFF RECTAL Y POLIPOSIS DEL RESERVORIO ILEAL DESPUÉS DE UNA PROCTOCOLECTOMÍA RESTAURADORA CON RESERVORIO ILEOANAL POR POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. REPORTE DE UN CASO.....	104
EXPERIENCIA EN COLONOSCOPIA INTRAOPERATORIA PARA REVISIÓN DE ANASTOMOSIS COLORRECTALES.....	105
CIRUGÍA DE COLON DE URGENCIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID 19. ¿UNA NUEVA ENTIDAD?.....	106
RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA.....	107
¿HA CAMBIADO LA EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE COLORRECTAL EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS? ANÁLISIS DE 1110 CIRUGÍAS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.....	108
ISQUEMIA INTESTINAL ASOCIADA A COVID-19. ¿UNA NUEVA ENTIDAD CLÍNICA?.....	109
TUBERCULOSIS MILIAR ABDOMINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS INTESTINAL EN CÁNCER COLORRECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	110
ABSCESO DE PARED ABDOMINAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE TUMOR MALIGNO DE CIEGO.....	111
MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS: SERIE DE CASOS.....	112

ENDOSCOPIA.....	113
LITIASIS INTRAPANCREÁTICA EN CONTEXTO DE REAGUDIZACIÓN DE PANCREATITIS CRÓNICA, MANEJO ENDOSCÓPICO Y SEGUIMIENTO A PROPÓSITO DE DOS CASOS.....	114
PRÁCTICAS ACTUALES EN PREVENCIÓN DE PANCREATITIS POST-CPRE EN LATINO AMÉRICA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTINACIONAL.....	115
CRITERIOS CLÁSICOS Y EXPANDIDOS DE DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO CHILENO JAPONÉS DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN (HCSBA).....	116
ESOFAGOGÁSTRICO.....	117
QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICO COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE GIST. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	118
TRICOBEOZOAR GÁSTRICO GIGANTE RESUELTO POR LAPAROSCOPIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	119
REPORTE DE UN CASO: LIGADURA ESOFAGICA COMO ALTERNATIVA DE MANEJO EN FILTRACIÓN DE ESOFAGOYEUANOANASTOMOSIS.....	120
LA GASTRECTOMÍA DEL REMANENTE GÁSTRICO ES UNA ALTERNATIVA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ACTÍNICA DE LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL REFRACTARIA A DILATACIÓN ENDOSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO.....	121
ABORDAJE LÁPARO-ENDOSCÓPICO EN TUMORES SUBMUCOSOS GÁSTRICOS: EXPERIENCIA INICIAL.....	122
ESTENOSIS DUODENAL POR PRÓTESIS INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO CON MANEJO QUIRÚRGICO.....	123
ESOFAGECTOMÍA TIPO MCKEOW MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PRONO POR ACALASIA GRADO IV, RECONSTITUCIÓN CON ASCENSO GÁSTRICO GUIADO CON VERDE INDOCIANINA.....	124
OPCIONES DE TRATAMIENTO EN ACALASIA CRICOFARÍNGEA.....	125
CÁNCER GÁSTRICO EN SÍNDROME DE LI FRAUMENI. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	126
MANEJO MULTIMODAL DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL MUNDO REAL.....	127
EL LADO OSCURO DE LA NEOADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO.....	128
TERAPIA MULTIMODAL EN CÁNCER GÁSTRICO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.....	129
ÚLCERA PÉPTICA ESTENÓTICA SUBCARDIAL POSTERIOR A INTUBACIÓN OROTRAQUEAL DURANTE VENTILACIÓN MECÁNICA POR NEUMONÍA COVID-19.....	130
RESULTADOS PERIOPERATORIOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA (RAC) EN CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO.....	131

CIRUGÍA REVISIONAL POSTERIOR A MANGA GÁSTRICA EN MALROTACIÓN INTESTINAL.....	132
HEPATOBIILIAR.....	133
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO.....	134
VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR, UNA ENTIDAD INFRECIENTE. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	135
TORSION VESICULAR REPORTE DE UN CASO (CON VIDEO).....	136
RAMPS POSTERIOR LAPAROSCÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE UN TUMOR EN LA COLA DEL PÁNCREAS.....	137
ESPLÉNULO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	138
NEOPLASIA PAPILAR INTRACOLECISTICA, LO QUE TODO CIRUJANO DEBE SABER. REPORTE DE CASOS.....	139
MELANOMA METASTÁSICO DE VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE UN CASO.....	140
SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVO SILENTE SECUNDARIO A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 SIMULANDO COLANGIOCARCINOMA DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	141
EMBOIZACIÓN PORTAL PREVIA A RESECCIÓN HEPÁTICA MAYOR: EXPERIENCIA UC....	142
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON EXPLORACIÓN DE LA VÍA BILIAR VS PROCEDIMIENTO RENDEZ VOUS LAPARO-ENDOSCÓPICO: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA.....	143
VALIDACIÓN DE CLINICAL RISK SCORE DE FONG PARA RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICA POR CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DOCENTE.....	144
EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE POTENCIALES DONANTES DE HÍGADO EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE CON DONANTE VIVO EN CHILE.....	145
EXPERIENCIA INICIAL DE CIRUGÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.....	146
REPARACIÓN LAPAROSCOPICA DE LESION INCIDENTAL DE ARTERIA HEPATICA DERECHA (VIDEO).....	147
PANCREATECTOMÍA TOTAL; ES POSIBLE REALIZARLA SIN MORTALIDAD PERI-OPERATORIA Y LOGRAR UNA BUENA CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO	148
RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE ADENOCARCINOMAS SINCRÓNICOS GÁSTRICO Y PANCREÁTICO. IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA MULTIDISCIPLINARIA.....	149
HEPATECTOMÍA DERECHA DE DONANTE VIVO TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA: USO DE VERDE DE INDOCIANINA Y REALIDAD VIRTUAL PARA DEMOSTRACIÓN EN VIDEO-ATLAS.....	151
HEPATECTOMÍA LATERAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CIRRÓTICA CON COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO.....	152

TRAUMA PANCREÁTICO TIPO IV, LESIÓN AISLADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	153
DOBLE COLECISTECTOMÍA DE MANEJO LAPAROSCÓPICO: DOBLE VESÍCULA BILIAR Y DOBLE ARTERIA CÍSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	154
PANCREATODUODENECTOMÍA EN PACIENTES OCTOGENARIOS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC.....	155
PANCREATICOYEYUNO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA (CIRUGÍA DE PUESTOW).....	156
RECONSTRUCCIÓN DE DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA LAPAROSCÓPICA.....	157
ENUCLEACIÓN LAPAROSCÓPICA DE INSULINOMA EN PROCESO UNCINADO PANCREÁTICO.....	158
HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA: ABORDAJE ANTERIOR.....	159
DUODENOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA PASO A PASO.....	160
CIRUGIA RADICAL DE QUISTE HIDÁTIDICO GIGANTE TOTALMENTE LAPAROSCOPICO....	161
RECONSTRUCCIÓN VASCULAR CON PUENTE VENOSO PORTO-MESENTÉRICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO DONANTE CADAVERÍCO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UC.....	162
HERNIAS.....	163
HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK, PRESENTACIÓN TARDÍA CON ASCENSO RENAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE VÍAS DE ABORDAJE Y TÉCNICA DE CIERRE DEL DEFECTO.....	164
HERNIA CON PÉRDIDA DE DOMICILIO Y DIVERTICULITIS AGUDA PERFORADA. REPORTE DE UN CASO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.....	165
HERNIA DE GARENGEOT: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	166
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON HERNIAS VENTRALES CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO OPERADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	167
COMPARACIÓN DE REPARACIÓN DE HERNIAS GIGANTES CON NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO EXTENDIDO VS NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO ABREVIADO + TOXINA BOTULÍNICA, EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, PERÍODO 2012-2019.....	168
EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN Y MORBILIDAD DE PACIENTES OPERADOS DE HERNIAS GIGANTES EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	169
TÓRAX.....	170
HEMANGIOMAS PULMONARES MÚLTIPLES. REPORTE DE UN CASO.....	171
TRAUMATISMO TORÁCICO CON LESIÓN DE GRANDES VASOS DEL TÓRAX: CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTOS Y VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD.....	172
CIRUGÍAS POR TRAUMATISMO TORÁCICO: CARACTERIZACIÓN, TEMPORALIDAD Y VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD.....	173



HIDATIDOSIS PULMONAR: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CON Y SIN CAPITONAJE MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING.....	174
LINGULECTOMÍA ANATÓMICA POR VATS GUIADA POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA.....	175
SEMINOMA CLÁSICO PRIMARIO DE MEDIASTINO MANIFESTADO COMO SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: REPORTE DE CASO.....	176
REPARACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA DE PECTUS EXCAVATUM CON TÉCNICA DE PARK.....	177
RESULTADOS INICIALES DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL INCLUYENDO CIRUGÍA AGRESIVA PARA MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO.....	178
TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA. ESTUDIO DE 64 CASOS CASOS.....	179
REPARACIÓN TRANSTRAQUEAL ASISTIDO POR BRONCOSCOPÍA DE LESIÓN IATROGÉNICA DE TRÁQUEA.....	180
SOBREVIDA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON CÁNCER PULMONAR ETAPA 0 Y IA.....	181
LESIÓN TRAQUEOESOFÁGICA SECUNDARIA A HERIDA DE BALA.....	182
DERRAME PERICÁRDICO COMO PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD EN CÁNCER GÁSTRICO, UN RARO SITIO DE LOCALIZACIÓN SECUNDARIA.....	183
MARCACIÓN INTRAOPERATORIA DE NÓDULOS PULMONARES NO PALPABLES MEDIANTE CONE BEAM CT.....	184
“RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SOBREVIVENCIA DE PACIENTES OPERADOS POR CARCINOMA PULMONAR ETAPA I EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX”.....	185
SÍNDROME DE ENDOMETRIOSIS TORÁCICA: SERIE DE CASOS Y MANEJO DESDE LA PERSPECTIVA QUIRÚRGICA.....	186
ROTURA BRONQUIAL EN TRAUMA TORÁCICO CONTUSO: REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	187
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LOS TUMORES PRIMARIOS DE MEDIASTINO MANEJADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	188
MANEJO DE NSCLC ETAPA III EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	189
SEGMENTECTOMÍA S6 DERECHA POR VATS CON VERDE DE INDOCIANINA.....	190
LESIÓN TRAQUEAL IATROGÉNICA EN PACIENTE CON COVID-19: REPORTE DE CASOS...191	
TRAUMA.....	192
NEUMONECTOMÍA POR TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	193
MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE TRAUMA TORACOABDOMINAL PENETRANTE CON COMPROMISO DEL ÁREA PRECORIDAL.....	194

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA MANEJO DE SANGRADO EN TRAUMA POR CAÍDA DE ALTURA.....	195
CARACTERIZACIÓN DEL PATRON FIBRINOLITICO MEDIANTE TROMBOELASTOMETRIA AL INGRESO DE PACIENTES CON TRAUMA GRAVE.....	196
MANEJO DE LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO TRANSPÉLVICAS EN TRAUMA CIVIL.....	197
TRAUMA DUODENAL. EXPERIENCIA EN COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO.....	198
MANEJO ENDOVASCULAR EN TRAUMA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....	199
OPTIMIZACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE VÍCTIMA DE TRAUMA MEDIANTE IMPLEMENTACIÓN DE APLICACIÓN MÓVIL "CODIGOTRAUMA". DESDE EL PRE-HOSPITALARIO HASTA EL EGRESO.....	200
VASCULAR.....	201
WAGNERNET: CLASIFICACIÓN DE ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO SEGÚN LA ESCALA WAGNER UTILIZANDO UNA ARQUITECTURA DE APRENDIZAJE PROFUNDO ENTRENADA CON IMÁGENES NO ESTANDARIZADAS.....	202
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TROMBO FLOTANTE DE AORTA TORÁCICA COMO FUENTE EMBÓLICA ARTERIAL: CASO CLÍNICO.....	203
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ESTENOSIS VENOSA CENTRAL EN PACIENTES CON FAV DISFUNCIONAL: RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO	204
SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ATRECTORMÍA DIRECCIONAL DEL EJE FEMORO-POPLÍTEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES: RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO	205
RESULTADOS DE ATRECTORMÍA DIRECCIONAL VS ANGIOPLASTÍA ESTÁNDAR DEL EJE FEMORO-POPLÍTEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES.....	206
RESULTADOS DE LA ATRECTORMÍA DIRECCIONAL VS BY-PASS FEMORO-POPLÍTEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES.....	207
COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE ATRECTORMÍA DIRECCIONAL, BY-PASS Y ANGIOPLASTÍA ESTÁNDAR, PARA EL TRATAMIENTO DEL EJE FEMORO-POPLITEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA.....	208
BY-PASS FEMORO-PERONEO CON RESECCIÓN ÓSEA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES: RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO.....	209
USO DE RIVAROXABÁN PARA EL TRATAMIENTO DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN PACIENTE POSTQUIRÚRGICO DE EVAR.....	210
MANEJO DE ANEURISMA POPLÍTEO GIGANTE POST EXCLUSIÓN MEDIAL.....	211



MANEJO DEL TRAUMA DE LA AORTA TORÁCICA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ.....	212
ANÁLISIS DE VARIABLES ASOCIADAS A MAL RESULTADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN CHILE....	213
EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 EN EL HCUCH ENTRE MAYO Y JUNIO DEL 2020.....	214
TUMOR DEL GLOMUS CAROTIDEO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.....	215
ONCOLOGÍA.....	216
RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA SEGUIDA DE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO (TRATAMIENTO NEOADYUVANTE TOTAL): VALOR PRONÓSTICO DE LA RESPUESTA A TRATAMIENTO.....	217
IMPACTO DE INFECCIÓN POR VPH EN PACIENTES CON CÁNCER ANAL TRATADOS CON RADIOQUIMIOTERAPIA.....	218
FISTULA COLÓNICA COMO DEBUT DE CARCINOMA RENAL SARCOMATOIDE METASTÁSICO. REPORTE DE UN CASO.....	219
RESECCIÓN QUIRÚRGICA Y RECONSTRUCCIÓN VASCULAR VENOSA EN LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL CON COMPROMISO VASCULAR.....	220
SIMULACIÓN, EDUCACIÓN.....	221
IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA FORMACIÓN QUIRÚRGICA LATINOAMERICANA; Y POSIBLES ESTRATEGIAS PARA ADAPTARNOS A ELLA.....	222
USO DE "HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO" EN INTERNOS DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE SEDE OSORNO.....	223
COLECISTECTOMÍA ENFOCADA EN EL PROCEDIMIENTO.....	224



CIRUGÍA BARIÁTRICA



HALLAZGOS PATOLÓGICOS DEL REMANENTE GÁSTRICO POST GASTRECTOMÍA VERTICAL. ¿ES NECESARIO SU ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO?

Amalia zapata Q, Matias Sepulveda H, Felipe Patiño S, Cristian Astorga L

DIPRECA

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los centros realizan biopsia de rutina del remanente gástrico (RG) de la gastrectomía vertical (GV). Sin embargo, es un costo adicional y diversos estudios han cuestionado su necesidad dada la baja incidencia de hallazgos patológicos significativos. Nuestro objetivo fue evaluar los hallazgos en la biopsia rutinaria de remanente gástrico en un centro de alto volumen.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es analizar los hallazgos de la biopsia gástrica de pacientes sometidos a gastrectomía en manga (SG), y evaluar la utilidad de enviar los especímenes a análisis histopatológico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los resultados de biopsias de pacientes sometidos a GV en un hospital de Santiago, entre 2015 y 2019. Se clasificaron los hallazgos histopatológicos y/o morfológicos de las biopsias de RG y de las EDAs preoperatorias de los pacientes con metaplasia intestinal en la biopsia. Se realizó un análisis multivariado con regresión logística entre la presencia de metaplasia intestinal (MI) y variables preoperatorias (edad, sexo, IMC y comorbilidades) utilizando Odds Ratio (OR) y p-value <0,05%.

RESULTADO: Se analizaron 1023 biopsias. La edad media fue de 39 años, 55,3% de de sexo femenino. Los hallazgos histopatológicos: normal 642 pacientes (62,8%), gastritis aguda 1 (0,1%), gastritis crónica (GC) 375 (36,7%), MI 29 (2,8%) (todos asociados a GC), un schwannoma (0,1%) y dos GIST (0,2%) pequeños, que fueron hallazgos intraoperatorios. *Helicobacter pylori* + en GC en 64 pacientes (6,3%). El diagnóstico de MI en la EDA preoperatoria fue de 19 (1,9%) mostrando un 65% de correlación con la biopsia del remanente.

CONCLUSIÓN: El hallazgo más prevalente fue la GC. La MI es de baja frecuencia pero no se busca en todas las EDAs. De acuerdo a nuestros resultados, no se recomienda la realización de biopsia rutinaria del remanente gástrico en pacientes sometidos a GV, y la EDA pre operatoria debiera ser mandatoria, además con protocolo de Sidney en aquellos pacientes con factores de riesgo como edad avanzada, antecedentes familiares, presencia de *H. pylori*. o alteraciones macroscópicas ,y seguimiento de los pacientes con lesiones pre malignas los sistemas OLGA/OLGIM para seguimiento de lesiones pre malignas publicados por la Sociedad Internacional de Gastroenterología

CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO LUEGO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Francisca M., Víctor P, Florencia P, Joaquín N., Natalia V., Ignacio C., Fernando M.

Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía en manga es una de las técnicas quirúrgicas en cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad tipo III o tipo II asociado a comorbilidades. Una de las complicaciones más frecuentes a largo plazo de esta cirugía es la enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE).

OBJETIVOS: Describir la calidad de vida en enfermedad por RGE posterior a una gastrectomía en manga.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo donde se incluyeron todos los pacientes que se realizaron una gastrectomía en manga entre 2016 y 2020 en Hospital Militar de Santiago. Se revisaron fichas clínicas para extraer antecedentes y se encuestó vía telefónica para obtener información sobre la calidad de vida de RGE (GERD-HRQL).

RESULTADO: Se analizaron 225 pacientes con una edad media de 41,1 años (DE 11,4). Las comorbilidades más frecuentes fueron Resistencia a la insulina (164 72%), Hígado graso (118 52%), Dislipidemia (92 40%), HTA (82 36%), SAHOS (32 14%), entre otras. El promedio de peso e IMC preoperatorio fue de 107,3 Kg y 38.6 Kg/m² respectivamente. El promedio de días de estadía hospitalaria fue de 4,28. La encuesta de calidad de vida de RGE presentó un score promedio de 10,06 puntos a 2 años de seguimiento.

CONCLUSIÓN: La gastrectomía en manga logra ser una cirugía efectiva para bajar de peso. Sin embargo no está exenta de complicaciones, las que son severas y en muchos casos alteran la calidad de vida de los pacientes. Esto debe ser tomado en cuenta al momento de decidir el manejo de los pacientes.

DIVERTICULITIS AGUDA EN PACIENTE OPERADO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO.

Juan Pablo Barros, Geraldine González, Francisco Lemus

Universidad de Atacama

INTRODUCCIÓN: La diverticulitis corresponde a la inflamación de uno o más divertículos del colon y pueden ser clasificados como complicados (es decir, asociados con absceso, fístula, estenosis, perforación y peritonitis) o no complicados. Su clínica se caracteriza por dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, alteraciones del tránsito intestinal, distensión abdominal y fiebre, además de elevación de parámetros de respuesta inflamatoria al laboratorio. La prevalencia de esta enfermedad ha aumentado de manera constante en los países industrializados y en asociación con el aumento de las tasas de obesidad durante las últimas décadas. Para su diagnóstico se necesita evidencia radiológica de inflamación, mediante tomografía computarizada (TC) con contraste endovenoso. El tratamiento quirúrgico de urgencia está indicado según la gravedad del paciente.

OBJETIVOS: Presentar a través de un caso clínico, una complicación anexa a la cirugía bariátrica con la finalidad de mantener siempre presente que existen otro tipo de causas de abdomen agudo que pueden afectar a un paciente en su postoperatorio mediano y no tener relación con su cirugía primaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico de diverticulitis aguda postoperatoria de un paciente bariátrico.

RESULTADO: El enfrentamiento de un paciente postoperado de cirugía bariátrica que presenta dolor abdominal a los pocos días de haber sido operado, debe ser buscando una complicación relacionado a esta cirugía. No obstante, es importante destacar que estos pacientes pueden presentar complicaciones no relacionadas a la cirugía bariátrica y se debe tener en cuenta que pueden estar cursando con un abdomen agudo quirúrgico de otra etiología. Según la literatura actualizada no existe un nexo entre cirugía bariátrica y diverticulitis aguda complicada. Tampoco existe literatura que evidencie qué tipo de abdomen agudo quirúrgico no relacionado a la cirugía bariátrica en su postoperatorio es el más frecuente. Cruzando la literatura encontrada respecto a casos similares al presentado en este documento el enfrentamiento ante un paciente de este tipo debe ser pensando en las patologías más comunes de abdomen agudo quirúrgico, las cuales son la apendicitis aguda, obstrucción intestinal y diverticulitis aguda.

CONCLUSIÓN: Resulta clave el actuar y rol del médico para poder detectar a tiempo una diverticulitis aguda en los próximos pacientes bariátricos a intervenir, especialmente aquellos que presenten antecedentes de enfermedad diverticular. Para esto se debe realizar una TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso idóneamente el día de la cirugía bariátrica a todo paciente con antecedente de enfermedad diverticular, con la finalidad de descartar un proceso inflamatorio que se superponga al proceso quirúrgico

EXPERIENCIA INICIAL DE BALÓN ELIPSE EN COPIAPÓ

Juan Pablo Barros, Catalina Cea, Bryan Tabilo

Universidad de Atacama

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, el sobrepeso y obesidad es un problema de salud pública global. En Chile, según la encuesta nacional de salud del año 2016-2017, un 74,2% de la población mayor a 15 años contó con sobrepeso u obesidad. Una opción no quirúrgica para esta problemática son los balones gástricos, entre ellos está el balón Elipse, un método revolucionario, ya que su instalación es de forma ambulatoria sin necesidad de utilizar endoscopia ni anestesia y aproximadamente 4 meses después es eliminado por las deposiciones.

OBJETIVOS: Dar a conocer la experiencia inicial del manejo del sobrepeso y obesidad con balón Elipse en Clínica RCR Atacama, ciudad de Copiapó, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a instalación del balón Elipse en la Clínica RCR Atacama, de la ciudad de Copiapó, desde el 20 de diciembre del 2019 hasta el 25 de marzo del 2021. Los pacientes presentaron IMC ≥ 25 kg/m², se obtuvo consentimiento informado de todos los pacientes antes de instalar el balón Elipse. Se excluyeron pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica o gástrica previa, trastornos de coagulación, sintomatología de reflujo gastroesofágico severo, hernia hiatal >5 cm, úlcera gástrica activa, entre otras. El equipo multidisciplinario realiza controles mensualmente para monitorear a los pacientes. El análisis de los datos obtenidos fue mediante el programa Excel.

RESULTADO: Dentro del periodo, 61 pacientes se instalaron el balón Elipse, 41 (12 hombres y 29 mujeres) pacientes cumplieron con los controles mensuales, 6 (9,83%) pacientes requirieron hidratación y antieméticos endovenosos por deshidratación moderada asociada a vómitos, 1 (1,64%) requirió el retiro del balón antes de los 4 meses. No hubo complicaciones severas ni mortalidad. El promedio de pérdida de peso en los pacientes que tuvieron un seguimiento completo fue de $13,76\% \pm 4,31\%$ de su peso inicial, y el IMC disminuyó en $4,37 \pm 1,42$ Kg/m². Aproximadamente, las mujeres y hombres perdieron $13,53\% \pm 4,38\%$ y $14,34\% \pm 4,05\%$ de su peso inicial, y el IMC disminuyó $4,18 \pm 1,42$ Kg/m² y $4,77 \pm 1,3$ Kg/m² respectivamente.

CONCLUSIÓN: Los resultados en cuanto a pérdida de peso obtenidos en esta experiencia se asemejan a lo observado en publicaciones internacionales relacionadas con el balón Elipse, siendo una excelente herramienta para personas con sobrepeso u obesidad inicial. Esta experiencia inicial tiene como proyección realizar el seguimiento a mediano y largo plazo de los pacientes sometidos a instalación de balón Elipse en la ciudad de Copiapó, añadiendo más variables de interés.

HIPERINFLACIÓN POR CANDIDA ALBICANS EN BALÓN ELIPSE. REPORTE DE CASO.

Juan Pablo Barros, Catalina Cea, Bryan Tabilo
Universidad de Atacama - Clínica RCR Atacama

INTRODUCCIÓN: El balón Elipse es un método revolucionario dentro de los balones gástricos, pues se instala de forma ambulatoria sin necesidad de utilizar endoscopia o anestesia para ello. Sus principales eventos adversos y complicaciones son infrecuentes. Entre éstas, destacan la intolerancia con requerimiento de remoción endoscópica en un 2,9% de los pacientes, la deflación temprana del balón (<3 meses) con un 0,6%, la hiperinflación en un 0,2%, obstrucción del intestino delgado con un 0.17%, entre otros (0,06%). La hiperinflación de balón gástrico es una complicación infrecuente, el mecanismo por el cual ocurre se desconoce, sin embargo, se presume una relación en personas que siguen un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y tabaquismo, donde existiría una mayor diversidad de microorganismos, dentro de las cuales se encuentra Candida albicans. Es importante destacar que este hongo tiene la capacidad para adherirse a dispositivos médicos, y también para formar biopelículas, pues posee la característica de cambiar de forma de levadura a un crecimiento filamentos, influyendo así en el aumento de su capacidad invasora.

OBJETIVOS: Presentar una complicación infrecuente en el uso de balón Elipse, describiendo el caso clínico respectivo a través de un video con la revisión bibliográfica de casos similares al respecto.

CONTENIDO DE VIDEO: Mujer de 52 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo activo con un índice paquete-año de una cajetilla diaria consulta por el deseo de perder peso, con peso inicial de 94 kg, talla 1,53 m e IMC de 40,5 kg/m². Paciente rechaza intervención quirúrgica pese a recomendación médica, optando por la instalación del balón Elipse, que ocurre sin incidentes. A los catorce días posteriores a la instalación, la paciente perdió 4 kg, y refiere estar modificando hábitos alimenticios, sin cesar el tabaquismo ni ejercitar. Seis semanas después de la instalación, la paciente pierde dos kilos más. Refiere dolor y vómitos al comer rápido, y aumento de eructos. Continúa fumando pese a recomendaciones del equipo multidisciplinario. Se indica uso de papillas en la dieta. Doce semanas después, la paciente indica aumento de molestias gástricas, vómitos y dolor al caminar. Al momento de este control paciente ha perdido 9 kilos, teniendo un IMC de 36,7 kg/m². Se solicita TAC de abdomen y pelvis que evidencia hiperinflación de balón gástrico, y se procede a una remoción endoscópica realizada satisfactoriamente. Cultivos indican presencia de Candida albicans.

EXPERIENCIA INICIAL EN LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO ERAS EN 51 CASOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Rodrigo Anacona, Sergio Sotelo

Clinica Colonial de Huechuraba - Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN: El protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), consiste en un conjunto de estrategias multimodales del proceso quirúrgico del perioperatorio que tienen como objetivos el disminuir los tiempos de hospitalización, de recuperación, complicaciones perioperatorias y costos asociados a los distintos procedimientos quirúrgicos. Para su implementación, requieren intervenciones anestésicas, quirúrgicas, kinesiológicas, nutricionales y de enfermería.

OBJETIVOS: El resultado primario fue la duración de la estancia hospitalaria y los resultados secundarios incluyeron tiempo de operación, complicaciones posoperatorias, readmisión y reintervención. Las complicaciones posoperatorias se categorizaron según la clasificación de Clavien-Dindo.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos prospectivos. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en los meses de enero, febrero, junio, julio 2021 (muestreo no probabilístico de casos consecutivos). No hubo exclusión de pacientes. Se confeccionó una base de datos a partir de registros clínicos disponibles. Se realizó análisis exploratorio de datos y aplicó estadística descriptiva (cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión).

RESULTADO: 51 casos operados; edad promedio 39 años (19-57 años); 48 mujeres (94 %). Rango de tiempo quirúrgico: 47-240 minutos; Promedio: 123 minutos - DS: 52,3 minutos. Estancia hospitalaria promedio de 25 hrs (DS 10) y en caso de conversión (1 caso): 96 hrs; el 96 % egresan al primer día post operatorio. MPO: 1,96% (hemoperitoneo en manga).

CONCLUSIÓN: La aplicación de protocolo ERAS permite mantener un bajo porcentaje de complicaciones con disminución de la estancia hospitalaria.

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA USUARIOS DE CORTICOIDES. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Cristóbal Azócar, Alfredo Alfaro, Christophe Riquoir, Pablo Achurra

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) está asociado a obesidad en casi un 30% de los casos, al compartir una relación fisiopatológica basada en un estado proinflamatorio crónico. Si bien el riesgo de tratar quirúrgicamente la obesidad en pacientes con LES es elevado, se ha evidenciado que esta permite una disminución en las dosis necesarias de inmunosupresores, adjudicándose una implicancia metabólica más allá del solo tratamiento del peso.

OBJETIVOS: reportar un caso clínico de cirugía bariátrica en una paciente con LES con altas dosis de corticoterapia y discutir el impacto que tiene la cirugía bariátrica en la mejoría de las enfermedades reumatológicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información de la ficha clínica electrónica y estudio de imágenes de la paciente previo consentimiento informado. Se realiza una revisión de la literatura bajo los términos MeSH; "Lupus eritematoso sistémico", "obesidad", "cirugía bariátrica". Análisis estadístico descriptivo con SPSS v25.0.

RESULTADO: Presentamos el caso de una paciente de 36 años con LES, usuaria de inmunosupresores y corticosteroides crónicos y obesidad grado 2 refractaria a dieta. Se realiza una gastrectomía en manga laparoscópica (GML) sin incidentes con egreso a las 72 horas. Debido a la persistencia de la sintomatología relacionada al LES (mialgias y artralgias) se aumenta la dosis de corticoterapia, evolucionando 9 meses después con una úlcera corporal gástrica sintomática refractaria a tratamiento médico, tras lo cual, luego de una evaluación multidisciplinaria, se decide realizar una conversión a bypass gástrico, cuyo estudio anatomopatológico informa gastritis crónica. Evoluciona sin complicaciones, con remisión total de los síntomas ulcerosos y con una baja de peso >50% del exceso de peso, permitiendo suspender la terapia corticoidal.

CONCLUSIÓN: La cirugía bariátrica parece ser una intervención segura en pacientes con corticoterapia seleccionados y podría generar un impacto beneficioso en la evolución de la patología reumatológica posiblemente porque disminuye el estado proinflamatorio crónico asociado a la obesidad.



CIRUGÍA BARIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC.

María Jesús Irrarrázaval, Martín Inzunza, Cecilia Romero, Pablo Achurra, Nicolás Quezada, Mauricio Gabrielli, Fernando Crovari, Rodrigo Muñoz

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con obesidad tienen un riesgo elevado de desarrollar complicaciones respiratorias severas secundarias a infección por COVID-19. En el contexto de pandemia actual, surgen dudas con respecto a la seguridad de la cirugía bariátrica en este período.

OBJETIVOS: Evaluar la seguridad de la cirugía bariátrica en un centro académico entre la primera y segunda ola por COVID-19 en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional de cohorte prospectiva. Se incluyeron todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía bariátrica entre marzo y diciembre 2020 en nuestro centro. En todos los pacientes se realizó PCR de COVID-19 hasta 48 horas previo a la cirugía. Se adoptaron protocolos institucionales para el cuidado de pacientes desde su ingreso a la unidad preoperatoria, pasando por pabellón y unidad de recuperación. Se reportan las complicaciones de acuerdo a la clasificación de Clavien Dindo, complicaciones respiratorias, readmisiones y pacientes con infección por COVID-19 postoperatoria.

RESULTADO: Se incluyeron 189 pacientes. Mediana de edad e IMC fueron 36 (17-70) años y 37 (35-39) kg/m², respectivamente. 40,2% eran mujeres (n=76). En 40,7% se realizó bypass gástrico en Y-de-Roux y en 59,3% gastrectomía en manga. Todas las cirugías fueron laparoscópicas. La mediana de estadía hospitalaria fue de 2 (0-5) días. Complicaciones mayores (CD mayor o igual a III) ocurrieron en tres pacientes (1,6%); dos de ellos requirieron reoperación (estenosis de anastomosis gastroyeyunal, hemoperitoneo) y uno requirió dilatación endoscópica debido a estenosis de la anastomosis gastroyeyunal. No se reportó mortalidad. Ocho pacientes fueron reingresados (4,2%). Dos pacientes fueron diagnosticados con COVID-19 en el postoperatorio; uno fue reingresado por síntomas leves, sin requerimientos de ventilación mecánica invasiva.

CONCLUSIÓN: La implementación de protocolos institucionales estrictos durante la actual pandemia por COVID-19 permite realizar cirugía bariátrica de manera segura y con un bajo riesgo de infección por COVID-19

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



CONTROVERSIAS EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL HIPERTIROIDISMO EN PEDIATRÍA. ROL DE LA TIROIDECTOMÍA.

J.P. Droguett, P. San Martín, L. Arratia, A. Torrealba, M. Jimenez, M. Molina.

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco

INTRODUCCIÓN: El hipertiroidismo tiene una incidencia de 1-3 /100.000 habitantes, presentándose en un 15% en la población pediátrica, siendo la enfermedad de Graves la etiología más frecuente (95%). Se caracteriza por hiperactividad tiroidea a causa de estimulación del receptor de TSH por anticuerpos anti-receptor tiroideo (TRAb). El tratamiento contemporáneo de elección es manejo médico con drogas antitiroideas (DAT), el uso de yodo radiactivo es controversial entre los 5-10 años, por lo que, frente a imposibilidad de estas opciones, la cirugía juega un rol fundamental. Las DAT usadas incluyen propiltiouracilo y metimazol, siendo este último el fármaco de elección. Las complicaciones graves son raras, siendo la agranulocitosis la reacción adversa más temida. Múltiples estudios señalan que el estado hipertiroides prequirúrgico aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones, siendo la tormenta tiroidea la complicación más temida. Se plantea que el uso de lugol, betabloqueadores (propranolol) y corticoides (hidrocortisona) previo a la cirugía, reduce los niveles de hormonas tiroideas logrando disminuir las complicaciones postoperatorias, pero la evidencia actual es limitada y de baja calidad.

OBJETIVOS: Descripción de un caso pediátrico que requirió Tiroidectomía total en contexto de hipertiroidismo y falla a DAT.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico retrospectivo de paciente infantil en el Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

RESULTADO: Paciente femenino de 5 años consulta por bocio difuso grado 3, Hipertiroides, enfermedad de Basedow graves de difícil manejo, con signos de tiroiditis, presentó falla y reacción adversa (agranulocitosis) al uso de metimazol. Se plantea caso en comité de tiroides por edad, imposibilidad de usar DAT y tamaño del bocio realizar tiroidectomía total. Se preparó previamente con lugol (0.35ml, dosis máxima en menores de 12 años), propranolol (6mg/kg/día) e hidrocortisona durante 12 días con respuesta parcial, presentado taquicardia sinusal (110-120 lpm) y niveles de T4 elevados (2.71 ng/dL) y persistencia de hiperflujo al doppler. Se realiza Tiroidectomía total con uso de NIM, sangrado 200cc, post operatorio en UCI, sin hipocalcemia, sin disfonía, retiro de drenaje al tercer día. Biopsia informó hiperplasia nodular y difusa folicular coloidea. Durante seguimiento paciente en buenas condiciones, sin hipocalcemia, sin disfonía, ajustando dosis de Levotiroxina.

CONCLUSIÓN: Existe poca evidencia respecto a la preparación preoperatoria del hipertiroidismo en pediatría, las dosis de lugol no están claramente definidas. La tiroidectomía total está reservada para casos refractarios o donde los DAT están contraindicados por RAM severos, esta debe ser realizada en manos expertas y con un equipo multidisciplinario.

HIPERPARATIROIDISMO. EXPERIENCIA LOCAL DE PACIENTES OPERADOS ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2021 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

D. Moreno, M. Gaete, J. Saavedra, N. Hasbún, F. Dominguez, I. Goñi, H. Gonzalez, M. Camus, A. León.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El hiperparatiroidismo es un trastorno endocrino caracterizado por la secreción autónoma de parathormona (PTH) independientes de los niveles de calcemia, entonces puede presentarse con calcemia elevados o normales, con PTH elevada o inadecuadamente normales. La causa más frecuente es el adenoma paratiroideo, seguido por la hiperplasia paratiroidea y el carcinoma paratiroideo.

OBJETIVOS: Identificar y describir las características de los pacientes operados con diagnóstico de hipertiroidismo en la Red de Salud UCChristus entre enero del 2019 y marzo del 2021.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron los registros de pacientes operados entre el 1-1-2019 al 31-3-2021 con el diagnóstico de hiperparatiroidismo. Se registraron comorbilidades, edad, fecha de cirugía, calcemia preoperatoria, fosfatemia, albúmina sérica, resultado de biopsia intraoperatoria y definitiva diferida, niveles de PTH intraoperatoria. Se excluyeron pacientes con registros incompletos y procedimientos que no relacionados.

RESULTADO: Se identificaron 64 pacientes en el periodo antes descrito, siendo eliminados 4 por datos incompletos. El 80%(48) fueron pacientes de sexo femenino, con una mediana de 58 años (RIQ:48.5-67). El 90%(54) fueron hiperparatiroidismos primarios y el 52%(32) se presentaron con hipercalcemia. El 91.6%(55) presentaban comorbilidades de algún tipo y de estos, el 45% manifestaciones nefrourológicas (litiasis) o del sistema locomotor (fracturas u osteoporosis). Se resecaron un total de 72 muestras, resultando el 62.5%(45) adenomas y 25%(18) hiperplasias paratiroideas, no se identificó patología maligna en la muestra analizada. La sensibilidad para la identificación de adenomas en biopsia intraoperatoria fue de 97.7% y su especificidad 54.1%. Se logró la disminución >50% de la PTH intraoperatoria tras 10 minutos de la resección en el 78.3%(47) de los pacientes, y tras identificación de otros nódulos en el 100%.

CONCLUSIÓN: En la muestra estudiada se objetivó hiperparatiroidismo principalmente en mujeres, de mediana edad, primarios, uninodulares, principalmente adenomas, con alta sensibilidad de la biopsia intraoperatoria para la identificación de adenomas, al compararse con la biopsia diferida. Se logró disminución significativa de la PTH intraoperatoria en el 100% de los pacientes operados

TUMOR CUERPO CAROTÍDEO EN ADOLESCENTE (TCC). REPORTE DE UN CASO

Patricio Cabané Toledo, Francisco Rodriguez, Rodrigo Julio, Catalina Matamoras y Martinna Frings

Clinica Indisa

INTRODUCCIÓN: Los TCC, son tumores neuroendocrinos altamente vascularizados, originados en los quimiorreceptores. Generalmente benignos, de crecimiento lento y baja incidencia, representando 0,6% de los tumores de cabeza y cuello. El diagnóstico suele ser tardío dado su curso asintomático, presentándose comúnmente entre los 30-50 años.

OBJETIVOS: Reportar el comportamiento y tratamiento de un TCC en una paciente de 15 años, situación poco común.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 15 años, con dermatitis atópica, consulta por aumento de volumen cervical de 1 año de evolución, asintomático. Al examen físico se encontró masa submandibular derecha de 3 cm, móvil e indolora. Laboratorio destaca Hto 34%, VHS 114 (persistente) e IgG bartonella +, se deja antibioterapia. En control al mes, lesión y laboratorio destacó sin cambios. TAC de cuello mostró masa sólida en espacio carotídeo derecho de 50x31x30 mm a la altura de bifurcación carotídea (englobando ambas arterias). Se diagnóstica TCC y se completa estudio con AngioRM de cuello y cerebro, impresionando lesión en bifurcación carotídea derecha de contornos definidos y lobulados de 37x37x49 mm, desplazando carótida interna hacia posterior, Shamblin III, Mehane modificado IV. Test de oclusión carotídeo preoperatorio demostró competencia adecuada del polígono de Willis. Se efectúa resección de tumor con carótida interna muy friable y puente carótida común-carótida interna con safena invertida. Presentó evolución satisfactoria, con egreso en 48 hrs. Tuvo disfonía por compromiso del nervio laríngeo superior, sin otras complicaciones. Manifestó descenso de VHS a 78 en postoperatorio inmediato, asumiendo inflamación peritumoral o arteritis.

RESULTADO: El TCC es una patología poco frecuente, con edad de presentación entre tercera y quinta década de vida, con factores de riesgos como hipoxia crónica, ambos ausentes en el caso expuesto lo que dificulta la sospecha diagnóstica, siendo fundamental el estudio imagenológico tanto para llegar a un diagnóstico como para el abordaje quirúrgico, el cual debe ser precoz, evitando que se presenten síntomas por compresión. Se describe riesgo de lesiones neurológicas inherentes al tratamiento, las cuales se pueden reducir gracias al abordaje de un equipo multidisciplinario. Los TCC pueden ser esporádicos o familiar, este último se presenta en un 10% y se transmite de manera autosómica dominante, por lo que se puede plantear un estudio familiar.

CONCLUSIÓN: Es relevante y de interés clínico comunicar este caso para precisar el diagnóstico y tratamiento en adolescentes con esta patología, ya que es poco común que este paraganglioma se presente a tan temprana edad, por lo cual es fundamental la sospecha diagnóstica y manejo multidisciplinario.

CARCINOMA TÍMICO INTRATIROIDEO, CAUSA INFRECIENTE DE NEOPLASIA TIROIDEA EN ADULTOS

G.Echeverría, N.Palominos, D.Rappoport, A.Madrid, F.Capdeville, F.Valdés, H.Rojas, L.Zanolli, J.Slater

Clínica Alemana Santiago

INTRODUCCIÓN: Los nódulos tiroideos son una entidad clínica muy frecuente. Dentro de la histología más probable encontramos lesiones benignas en hasta un 95%. Dentro de los tumores malignos, el 80-90 % corresponde a tumores diferenciados como papilar y folicular y resto de lesiones corresponden a tumores no diferenciados. El carcinoma tímico intratiroideo corresponde a un tumor maligno infrecuente con diferenciación epitelial tímica similares a carcinomas espinocelulares pero con un mejor pronóstico en lo reportado, pese a su baja frecuencia.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente sexo femenino de 58 años con diagnóstico de carcinoma tímico intratiroideo.

RESULTADO: Paciente 58 años, de sexo femenino, en estudio por hallazgo de nódulo tiroideo de aspecto sólido en Lobo tiroideo izquierdo (LTI) de 10 x 8 mm con signos sugerentes de compromiso capsular posterior, TIRADS 4. Exámenes laboratorio complementarios normales. Estudio con PAAF con resultado de Carcinoma con diferenciación escamosa en neoplasia tiroidea. PET CT con impresión diagnóstica de Nódulo adyacente al margen posterior del polo inferior de LTI de 12 mm (SUV:3.2) sin evidencias de enfermedad a distancia. Se decide realizar Tiroidectomía total con disección linfonodal de grupo central. En la biopsia se observó neoplasia no encapsulada, infiltrativa conformada por células epiteliales escamoides con infiltrado intersticial de linfocitos. Las tinciones inmunohistoquímicas demostraron positividad para CD5, P63, CD117. PAX 8 Y TTF-1 no mostrado.

CONCLUSIÓN: El carcinoma tímico intratiroideo es una neoplasia maligna epitelial de la glándula tiroides con diferenciación epitelial tímica. Es una lesión de muy baja frecuencia de presentación, afecta a adultos en edad media, siendo similar en ambos sexos, la incidencia se estima en un 0.083% a 0,15%. Se ha propuesto su origen a partir de tejido tímico ectópico o de remanentes de bolsas faríngeas. La evidencia de su origen se basa en el perfil inmunohistoquímico que presenta inmunorreactividad para CD5, CD117, P63 y BCL2. La expresión de PAX-8 suele ser de moderada intensidad. Los principales diagnósticos diferenciales de esta entidad son el carcinoma escamoso tiroideo entre otros. Se diferencian en un mejor comportamiento biológico y mejor pronóstico. La inmunohistoquímica juega un rol fundamental ya que existen marcadores propios de tumores con origen en tejido tímico que deben estar presentes. La cirugía corresponde al tratamiento de elección en este tipo de tumores.

CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES EN MUJER DE 19 AÑOS. REPORTE DE CASO

I. Belletti, R. Carpanetti, O. Zambrano.

Hospital Las Higueras. Servicio de Cirugía. Universidad Nacional Andrés Bello.

INTRODUCCIÓN: Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides (CAT) es una forma rara, agresiva y letal de cáncer tiroideo, que da cuenta de menos del 2-5% de las neoplasias tiroideas. Habitualmente se presenta como masa cervical de rápido crecimiento, con síntomas compresivos y metástasis a distancia temprana. Afecta casi exclusivamente a pacientes de edad avanzada, después de la sexta década de la vida.

OBJETIVOS: Objetivos: Reportar un caso de CAT a una edad de presentación extremadamente atípica.

MATERIAL Y MÉTODO: Materiales y métodos: Reporte de caso, observacional, descriptivo y transversal de paciente con diagnóstico de CAT en Hospital Las Higueras, Talcahuano, año 2021.

RESULTADO: Reporte del (los) Caso(s): Paciente femenina de 19 años, con historia de bocio multinodular, de rápido crecimiento los últimos cuatro meses, asociado a disfagia lógica, odinofagia, dolor cervical con limitación en movilidad y disfonía. Consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de disnea y estridor persistente. Tomografía computada de cuello con contraste: aumento difuso de glándula tiroides, con realce heterogéneo y pseudonodular, de bordes mal definidos, asociado a múltiples conglomerados de adenopatías cervicales y supraclaviculares, con extensión hacia mediastino superior que generan importante efecto de masa en la vía aérea y ambas yugulares internas. Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste: masa sólida mediastínica anterosuperior de 10 x 3,4 x 7,9 cm de aspecto neoplásico, que rodea y comprime los vasos arteriales y venosos supraaórticos, envuelve y determina acentuada disminución de calibre de la tráquea a nivel cervical y desplaza lateralmente el esófago. Adenopatías mediastínicas y extenso compromiso del parénquima tiroideo. Se realiza biopsia excisional de adenopatía supraclavicular, hallazgos compatibles con metástasis ganglionar linfática de carcinoma anaplásico tiroideo. Evoluciona con tromboembolismo e infarto pulmonar y dificultad respiratoria progresiva requiriendo intubación orotraqueal para asegurar vía aérea, ingresando a unidad de cuidados intensivos. Dada mejoría clínica se decide realizar traqueostomía trans-tumoral, donde se toma nueva biopsia de masa tiroidea siendo compatible con diagnóstico previo. Se mantiene con soporte básico y manejo paliativo en forma intrahospitalaria, falleciendo luego de un mes de hospitalización.

CONCLUSIÓN: Conclusión: Si bien el CAT se caracteriza por presentarse en edades avanzadas, existen reportes de casos en pacientes jóvenes, aunque extremadamente infrecuentes; más aún en la segunda década de la vida como el caso presentado.

LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA (VEIL) PARA METÁSTASIS LINFONODALES DE TUMORES SÓLIDOS

S. Orellana

Instituto Nacional del Cáncer

INTRODUCCIÓN: La linfadenectomía inguinal (LI) es la cirugía estándar para el control y etapificación de distintos tumores sólidos, entre los cuales tiene un rol crucial en las neoplasias de piel, incluido el melanoma y neoplasias genitourinarias como el cáncer de pene y cáncer de vulva. La técnica clásica abierta se caracteriza por una gran incisión longitudinal o en S en la piel, que se extiende 2cm cefálico y medial a la espina iliaca anterosuperior hasta el vértice inferior del triángulo femoral. La LI se caracteriza por una alta tasa de morbilidad, llegando a ser de un mayor a un 80%. La gran cantidad de complicaciones se deben principalmente relacionadas a la herida operatoria como son la infección de herida operatoria, dehiscencia y seroma. A largo plazo se han visto asociados hasta un 10-15% de linfedema crónico. Con el afán de disminuir la morbilidad perioperatoria se han desarrollado diversas técnicas sin un claro beneficio. En base a esto es que la VEIL ha cobrado especial relevancia, logrando disminuir la morbilidad asociada a la cirugía, con resultados oncológicos similares a la técnica clásica.

OBJETIVOS: Descripción de la técnica de la linfadenectomía inguinal video endoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: Presentamos un video con la técnica VEIL en un paciente con carcinoma escamoso de escroto. Paciente se posiciona en decúbito supino, con abducción y rotación externa de la extremidad inferior. Para el lado derecho el cirujano se ubica entre las piernas y para el lado izquierdo por lateral. Se dibujan los límites del triángulo femoral en la piel: Ligamento inguinal por cefálico, borde medial del musculo sartorio por lateral y borde lateral del músculo aductor largo por medial. Posteriormente se realiza una incisión 3cm por debajo del vértice del triángulo femoral. Se realiza la creación del espacio de forma digital por debajo de la fascia de Scarpa. Luego se instala 1 trocar de 12mm a 6cm medial al trocar de cámara y un trocar de 5mm a 6cm lateral al trocar de cámara. La disección se inicia bajo la fascia de Scarpa y se asciende hasta el ligamento inguinal. Posteriormente se completa la liberación lateral y se identifica la vena safena por sobre el aductor largo, cruzando el borde medial de la disección cerca del apex del triángulo femoral, la cual se sigue hasta su llegada a la vena femoral. La disección se continua con la liberación del paquete completo por sobre la fascia lata hasta su completa liberación. La pieza quirúrgica se retira a través del puerto de la cámara y se instala un drenaje por el trocar medial.

CIRUGÍA GENERAL



MANEJO CONSERVADOR DE FISTULA BILIOPLEURAL

Mauricio Cuadra, Estefania Betancur, Maria Jose Bernal, Linda Villanueva

Centro Medico Estética y Cosmetología Salvador spa.

INTRODUCCIÓN: La fistula biliopleural es una complicación poco común de etiología diversa; generalmente menos grave cuando se presenta de forma aislada y potencialmente fatal al asociarse a trauma hepático o toracoabdominal, intervención quirúrgica y lesión diafragmática.

OBJETIVOS: Dar a conocer el manejo conservador de las Fistulas bileopleurales, como alternativa en casos donde no es posible realizar una ERCP

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico.

RESULTADO: Masculino de 30 años, posterior a herida toracoabdominal por Proyectoil Arma de Fuego es ingresado en shock hipovolémico e irritación peritoneal, se realiza cirugía de control de daños objetivando 2 Lt de hemoperitoneo, lesión hepática grado 3 en segmento IV, perforación antro pilórica del 70%, lesión en segunda porción duodenal en cara anterior y posterior, y lesión transfixiante de vesícula. Se realiza packing hepático, exclusión pilórica, gastroenteronastomosis, rafia duodenal y colecistectomía. A las 48 hrs se repite laparotomía, drenando 1 Lt de líquido libre serohemático y se sutura lesión diafragmática de 1 cm, resto órganos y suturas indemnes. A las 72 horas de post-operado paciente evoluciona con disnea por lo que se realiza TAC de tórax que objetiva hemotórax derecho, se realiza toracotomía mínima con evidencia de 200 cc de líquido biliar; frente a la sospecha de fistula biliopleural se realiza toracotomía amplia extrayendo 500cc de bilis en cavidad pleural, se re sutura defecto diafragmático. Finalmente se decide iniciar tratamiento conservador con somatostatina por no poder realizar ERCP en vista de antecedente quirúrgico de exclusión pilórica. A las 72 horas post toracotomía amplia se retira drenaje subfrénico transtorácico por evolucionar con bajo gasto biliar (20cc/día). A los 6 meses del egreso paciente se encuentra en buenas condiciones sin recidiva de la fistula.

CONCLUSIÓN: La fistula biliopleural es una complicación de alta morbimortalidad, en este caso el manejo conservador con la administración de somatostatina y el cierre del defecto diafragmático moduló el flujo biliar evitando un tratamiento quirúrgico mayor.

COLGAJO SURAL RETARDADO DE FLUJO REVERSO

Jose Luis Roman Fernandez, Jorge Arche Prats, Eliana Azuaje Casique, Harold Romero Florez
Hospital el pino (San Bernardo, Santiago). Servicio de cirugía general

INTRODUCCIÓN: Las úlceras del pie diabético son una de las primeras manifestaciones para determinar eventuales amputaciones de extremidades inferiores no traumáticas, en pacientes con enfermedad vascular periférica asociada. Hoy en día, a pesar del manejo multimodal, se estima que el 3 al 4% de los diabéticos presenta alguna úlcera. Luego del abordaje quirúrgico inicial y determinar profundidad de la lesión, con exposición de tejidos nobles (por ejemplo: huesos, tendones, articulación) en la porción posterior del pie, el uso de colgajos surales puede beneficiar el proceso de cicatrización. El mecanismo aplicado en el caso a reportar fue el fenómeno de retardo (delay phenomenon) en un colgajo sural en región calcánea.

OBJETIVOS: Reportar un caso de reconstrucción de un pie diabético Wagner II aplicando un colgajo sural retardado con el fin de preservar el miembro afecto en Hospital El Pino, San Bernardo (2020).

CONTENIDO DE VIDEO: Se muestra manejo quirúrgico menor en úlcera de 4x6cm de región calcánea en talón derecho, cara externa, en paciente femenina de 60 años en dos tiempos. Primer Tiempo: se retira tejido desvitalizado, se talla colgajo sural, ligando arteria sural medial, nervio sural y vena safena menor, decolamiento subfascial. Alta con hospitalización domiciliar para cierre diferido en 4 semanas. Segundo tiempo de colgajo retardado: Sin evidencia de infección, colgajo vital, se coloca colgajo sobre defecto granulado, sin tensión, se realiza injerto dermoepidérmico de 0.010 pulgadas y se fija sobre pedículo cruento rotado y zona dadora.

SUSENSIONES QUIRURGICAS: UN DESAFIO PARA LA GESTION CLINICA POST COVID 19

Lucía Catalán, Sara Barrios, Miguel López, Mauricio Correa

Universidad San Sebastián, Universidad de La Frontera, Universidad Adventista de Chile, Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: La actual crisis sanitaria por la pandemia COVID-19 tiene detenida la actividad quirúrgica electiva, lo cual ha empeorado la situación de las extensas listas de espera quirúrgica ya existentes en diversos países. La suspensión quirúrgica es un factor agravante de este problema sanitario, ya que afecta negativamente en la satisfacción del paciente y aumenta los tiempos de hospitalización, con sus potenciales riesgos y costos asociados. La evidencia respalda que gran parte de las suspensiones quirúrgicas son evitables, por lo tanto, conocer las causas es fundamental para el desarrollo de estrategias que permitan su prevención.

OBJETIVOS: Objetivo: Determinar la frecuencia, las causas y los factores asociados de suspensión de cirugías programadas en un hospital de alta complejidad en un periodo de 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, en un hospital terciario del sur de Chile durante los años 2014 a 2018. Se describe la frecuencia de suspensión quirúrgica del establecimiento y por especialidad, especificando sus principales causas. Además, se identificaron aquellas suspensiones evitables y sus factores asociados mediante regresión logística binaria múltiple.

RESULTADO: Resultados: La tasa de suspensión en los 5 años de estudio fue de 11,2%. Neurocirugía y Traumatología tuvieron la mayor tasa de suspensión (18,8% y 13,9%, respectivamente), mientras que Ginecología y Obstetricia la menor (4,1%). Las causas más frecuentes fueron la inasistencia del paciente (16,9%), la prolongación de la cirugía anterior (16,4%) y la paralización de actividades por motivos gremiales (7,9%). Un 80,1% de las causas fueron evitables. La especialidad quirúrgica y la edad del paciente fueron los factores asociados más relevantes.

CONCLUSIÓN: Discusión: Se evidenció una alta tasa de suspensiones quirúrgicas y la mayoría por causas evitables. Su disminución puede ser la intervención más costo efectiva para contribuir a reducir las extensas listas de espera quirúrgica posterior a la crisis sanitaria por COVID 19, ya que sólo requiere optimizar los recursos existentes. La suspensión quirúrgica es un problema frecuente en el proceso quirúrgico. Nuestros resultados permiten identificar a los grupos de mayor riesgo de suspensión, asignar responsabilidades a los equipos quirúrgicos y desarrollar estrategias efectivas para su prevención.



ANGIOMA ESPLÉNICO DE CÉLULAS LITORALES. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cristian Gallegos C, Lorenzo González P, Erick Magariños E, Claudia Ramis Z.

Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: El angioma esplénico de células litorales es un tumor vascular benigno de baja incidencia descrito por primera vez por Falk y cols en 1991. A pesar de los avances en métodos diagnósticos e imagenológicos aun resulta difícil poder tener características clásicas para esta entidad por lo que el diagnóstico definitivo es histológico, donde se caracteriza por presentar estructuras vasculares tapizadas por células de hábito histiocito macrofágico, y la inmunohistoquímica característica es presentar positividad para vimentina, CD31 y CD68.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de una paciente con un angioma de células litorales y una revisión de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de una paciente de 37 años sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos previos que es derivada desde servicio de hematología por presentar una tomografía con múltiples lesiones esplénicas hipodensas cuyos diagnósticos diferenciales hacen sospechar una enfermedad granulomatosa o un síndrome linfoproliferativo. Se discute caso en equipo multidisciplinario definiendo como tratamiento una esplenectomía.

RESULTADO: Se realiza abordaje laparoscópico, evidenciando al ingreso un bazo levemente aumentado de tamaño de aspecto nodular. Se realiza esplenectomía con técnica habitual y termina el procedimiento sin mayores incidentes. Evoluciona en buenas condiciones generales, sin complicaciones post operatorias siendo dada de alta al segundo día post quirúrgico. El estudio patológico describe el parénquima esplénico con múltiples focos de proliferación de canales vasculares tortuosos y anastomosados, dichos canales presentan proyecciones papilares que se encuentran tapizadas con células endoteliales con aspecto de histiocitos espumosos dispersos en los espacios quísticos. La inmunohistoquímica resulta positiva para CD31 y CD68, y negativa para CD34. Los hallazgos apoyan múltiples angiomas de células litorales de bazo.

CONCLUSIÓN: El angioma esplénico de células litorales es una neoplasia vascular de comportamiento benigno. Al no presentar características radiológicas específicas muchas veces puede ser confundido con otras entidades por lo que se debe tener en consideración como diagnóstico diferencial en tumores esplénicos. Su etiología no está aún clarificada, parece ser una entidad fuertemente relacionada a inmunorregulación por su asociación a otras entidades relacionadas con el sistema inmune. La esplenectomía es el tratamiento de elección, y la vía de abordaje recomendado es por laparoscopia. Si bien el curso de la enfermedad es benigno, la alta asociación a otro tipo de neoplasias tanto de origen digestivo como hematológico, hacen fundamental un correcto seguimiento posterior ante la posibilidad de aparición de una nueva neoplasia.

PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE UN CASO.

Eduardo Castro A., Carlos Díaz A., Gloria Covarrubias R.

Hospital El Pino

INTRODUCCIÓN: La perforación intestinal secundaria a la ingesta de un cuerpo extraño tiene baja incidencia, sin embargo la ingesta de estos es una condición que se da de manera frecuente en la población general. Los sitios de perforación mas frecuentes son en zonas estrechas o anguladas del tracto gastrointestinal como el ileon terminal y es importante tener la sospecha clínica para una resolución oportuna.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de una paciente con una perforación de intestino delgado secundaria a la ingesta accidental de un segmento de hueso de vacuno.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de sexo femenino de 59 años, antecedente de HTA, consulta en el servicio de urgencia por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal y vómitos posterior a la ingesta copiosa de cazuela de vacuno. Al examen físico destaca paciente con hemodinamia estable, hidratada, con abdomen distendido, sensible difuso y signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio muestran elevación de parámetros inflamatorios y TAC de abdomen y pelvis que informa neumoperitoneo con cuerpo extraño en asas intestinales y liquido libre intraabdominal.

RESULTADO: Se realiza una laparotomía exploradora donde se evidencia liquido libre fibrino-purulento en cavidad y un cuerpo extraño impactado a 130 cms del ángulo de treitz con perforación intestinal asociada tanto en borde mesentérico como antimesentérico. Posteriormente se realiza resección del segmento comprometido y anastomosis termino-terminal. Se examina la pieza extraída observándose un cuerpo extraño de forma triangular compatible con segmento de hueso de vacuno. La paciente evoluciona de manera favorable siendo dada de alta al 5to día post operatorio.

CONCLUSIÓN: Las perforaciones gastrointestinales por ingesta de cuerpos extraños no son una causa común de abdomen agudo quirúrgico, lo cual presenta un desafío al momento de plantearlo como diagnóstico diferencial, la historia clínica puede orientar al diagnóstico, sin embargo en el caso de objetos de pequeño tamaño que pasen de manera inadvertida por el tracto intestinal esta puede generar confusiones, por lo tanto el uso apropiado de imágenes nos puede guiar para plantear un diagnóstico correcto y una resolución quirúrgica adecuada.

HEMOPERITONEO Y HEMOBILIA SECUNDARIA A PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA CÍSTICA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Camila Figueroa, Francisca Díaz, Arturo Alonso.

Hospital de Puerto Montt

INTRODUCCIÓN: La hemobilia, causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta. Descrito en la literatura como un origen iatrogénico en el 50% de los casos (procedimientos hepáticos percutáneos, colecistectomía, colecistostomía, trasplante hepático, ERCP). Otras causas menos frecuentes abarcan trauma, neoplasias, trastornos de la coagulación y patologías inflamatorias (colecistitis aguda, hepatopatías). Dentro de las causas raras, el pseudoaneurisma de la arteria cística es una causa muy poco frecuente, con escasas publicaciones en la literatura, sin manejo claro. En nuestra revisión, excepcional presentación con hemobilia y hemoperitoneo.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es comunicar el caso de un paciente con hemobilia y hemoperitoneo secundario a un pseudoaneurisma de la arteria cística, diagnóstico y manejo en el Hospital de Puerto Montt.

MATERIAL Y MÉTODO: DESCRIPCIÓN DEL CASO. Hombre, 60 años, alcoholismo crónico. Laparotomía exploradora a los 14 años por herida penetrante abdominal por arma blanca. Diabetes Mellitus II, sin control. Consulta en S. U. por dolor abdominal en hemiabdomen superior e ictericia. Laboratorio de ingreso destaca Bilirrubina total 17 mg/dL, predominio directo en 15.8 mg/dL, fosfatasas alcalinas 941 U/L, Leucocitos 35.000, PCR 17 mg/dL, creatinina 4.5 mg/dL, INR 1.2. Se interpreta como colangitis aguda grave, se hospitaliza en UTI. Estudio imagenológico con CRMN: engrosamiento inflamatorio irregular pared vesicular, edema leve perivesicular, barro biliar y cálculos hasta 7 mm. Vía biliar normal. Sin coledocolitiasis. Signos de colecistitis aguda litiásica. Durante su estadía a espera de resolución quirúrgica, evoluciona con resolución del dolor abdominal. Al 6º día de hospitalización dolor en abdominal difuso inicio súbito, taquicardia, hipotensión arterial, melena, persiste icterico, cae Hcto/Hb (13,9 mg/dL a 6,6 mg/dL), requerimiento de DVA. AngioTC: imagen sacular adyacente a bacinete vesicular de 8 x 9 mm transmural, en relación a pseudoaneurisma de ramo proximal de arteria cística, extravasación en jet hacia lumen vesicular. Líquido libre en 4 cuadrantes.

RESULTADO: MANEJO: Evaluación en conjunto con radiología intervencional, se realiza embolización supraselectiva con hidrocoils de pseudoaneurisma ramo proximal superior de arteria cística a nivel de bacinete y sus dos ramos proximales de forma exitosa. Evoluciona de forma favorable, mejora hemodinamicamente y se suspende DVA. En 24 horas desde el procedimiento se realiza colecistectomía laparoscópica: plastrón vesicular, vesícula biliar de paredes finas, parches de necrosis, perforada en fondo, hemovesícula. Líquido libre serohemático 1 lt. Salta a UTI, estable en su post operatorio.

CONCLUSIÓN: Presentamos una de las causas menos frecuentes de hemobilia asociada a hemoperitoneo, en un contexto tan común como lo es la colecistitis aguda. La adecuada monitorización y evaluación ante el deterioro clínico, permitió realizar un diagnóstico oportuno específico, evitando una laparotomía exploratoria y la morbilidad asociada a ésta. El manejo multidisciplinario fue fundamental en el resultado exitoso, al mezclar técnicas de radiología intervencionista con intervención quirúrgica de urgencia.

RESECCIÓN DE TUMORES DE INTESTINO DELGADO: LA EXPERIENCIA DE DOS CENTROS UNIVERSITARIOS

Javier Ojeda Y, Enrique Biel W, Héctor Molina Z, Oscar Gamarra Ch, Francisco Parada D, Varinia Jara Q y Hector Molina R.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias de intestino delgado (ID) son infrecuentes, no más del 2 por cien de las neoplasias gastrointestinales. La mayoría de los tumores sintomáticos son malignos y asociados a mal pronóstico. Su forma de presentación es variada, incluyendo obstrucción y sangrado entre las más frecuentes.

OBJETIVOS: Caracterizar una serie de pacientes con tumor de ID y sus resultados peroperatorios, en términos de estudio histológico y morbilidad y mortalidad postoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos, retrospectiva, que incluye pacientes intervenidos de resección de tumor de ID entre los años 2010 y 2020 en dos hospitales universitarios. Se excluyeron pacientes con tumores ubicados en duodeno sometidos a duodenopancreatectomía cefálica. Las variables resultado: morbilidad y mortalidad postoperatoria a los 30 días. Se aplicó estadística descriptiva, porcentaje para variables categóricas y, para variables continuas, media y mediana como medidas de tendencia central y rango como medida de dispersión.

RESULTADO: Luego de aplicar criterios de exclusión, resulta una muestra de 94 pacientes entre ambos centros (53 y 41), con una media de edad de 61 años y 48 pacientes de sexo femenino (51%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron obstrucción y hemorragia, un 32% cada uno. 74 fueron tumores malignos primarios, 11 neuroendocrinos, 5 metástasis y 4 benignos, siendo el tumor maligno más frecuente el adenocarcinoma con 40 casos, seguido del tumor del estroma gastrointestinal y del linfoma con 17 y 14 casos respectivamente. Quince casos fueron abordados vía laparoscópica. La media de estada hospitalaria fue de 7 y 14 días para los casos laparoscópicos y abiertos, respectivamente. La morbilidad global fue de 23,5% para complicaciones Clavien 3 y más; 11 pacientes requirieron transfusión de hemoderivados y 15 requirieron manejo en unidad de paciente crítico. En 4 pacientes hubo fuga anastomótica, debiendo ser reintervenidos y hubo 2 muertes postoperatorias.

CONCLUSIÓN: La sospecha clínica de tumor de intestino delgado es fundamental para un estudio con exámenes dirigidos. Los tumores malignos, especialmente el adenocarcinoma, son el tipo histológico más frecuente y su pronóstico obliga a un tratamiento integral. El pilar del tratamiento es la cirugía, la cual se asocia a una elevada morbimortalidad; el abordaje laparoscópico se asocia a una estada hospitalaria significativamente menor.

HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO POR COVID-19, A PROPÓSITO DE UN CASO.

N. Campaña, S. Aranda, N. D'Agostino, F. León, C. Onetto.

Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN: El hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE), es una enfermedad rara que se define como una colección hemática situada en cualquiera de los 3 compartimientos retroperitoneales no asociado a traumatismo/manipulación iatrogénica.

OBJETIVOS: Presentar al HRE como causa de shock en paciente con coagulación intravascular diseminada como factor de riesgo en contexto de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presentará el caso de un paciente de sexo masculino de 64 años, sin antecedentes mórbidos, hospitalizado por SARS-CoV-2 quien días posterior a su extubación, presenta caída en la saturación de O₂, mal acople a la ventilación mecánica no invasiva (PAFI 120), taquicardia y caída de la PAM hasta 49. Se solicitaron exámenes viéndose caída de la hemoglobina/hematocrito hasta 4.4mg/dl-12% respectivamente, sin hemorragia visible y tacto rectal negativo para sangrado, por lo que se solicitó TC de tórax, abdomen y pelvis para evaluar causas de shock. La TC mostró un hematoma retroperitoneal infrarrenal izquierdo de 8,8x3,3x20 cm con sangrado activo, por lo que se realizó una laparotomía exploradora encontrándose una colección hemática de 500 cc con coágulos friables, sin encontrarse el sitio de hemorragia. Se dejó packing de compresas en la corredera parietocólica izquierda indicando un segundo tiempo operatorio, en el cual se retira el packing sin volver a evidenciarse sangrado.

RESULTADO: La baja incidencia y clínica inespecífica del HRE dificultan su diagnóstico, por lo que es fundamental la sospecha del cirujano. El paciente no presentó factores de riesgo para HRE, sin embargo, el SARS-CoV-2 debe considerarse, pues la inflamación/infección activan los sistemas de coagulación/anticoagulación pudiendo desencadenar una coagulación intravascular diseminada (CID), presentándose tanto trastornos protrombóticos como hemorrágicos. Nuestro paciente, cumplió los criterios de la "International Society of Thrombosis and Hemostasis" para CID, y cursó con shock sin causa evidente, por lo tanto fue fundamental sospechar un HRE, pues sin tratamiento la morbimortalidad es alta. El HRE no tiene una clínica patognomónica. El dolor lumbar es lo más frecuente, seguido por hipotensión, caída del hematocrito y masa palpable (tríada de Lenk). El diagnóstico se realiza con TC de abdomen y pelvis con contraste. En aquellos hematomas pequeños, con estabilidad hemodinámica y sin signos de sangrado activo, el tratamiento puede ser médico. Se indica cirugía en aquellos hematomas asociados a importante pérdida sanguínea, inestabilidad hemodinámica o complicaciones como isquemia/obstrucción intestinal.

CONCLUSIÓN: En conclusión, es deber del cirujano sospechar la hemorragia de sitio oculto como el HRE enfatizando en pacientes con factores de riesgo como la CID más aún en contexto de COVID-19

DRENAJE PERCUTÁNEO EN EL MANEJO DE COLECCIONES INTRAABDOMINALES SECUNDARIAS A PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: PERÍODO 2018-2021

Nicolás Drolett S, Carlos Corrales Z, Javiera Rojas C, Pablo Santibáñez E, Walter Rodríguez B, Nasser Eluzen G, Marcelo Zamorano D

Hospital Regional de Antofagasta, Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El drenaje percutáneo por catéter (DPC) guiado por TC es una alternativa que propone el manejo step-up approach para pacientes que cursan con colecciones pancreáticas durante una pancreatitis aguda (PA). En el Hospital Regional de Antofagasta se ha implementado progresivamente este tipo de drenaje, sin embargo, no existen datos que describan la experiencia acumulada en nuestro centro durante los últimos años.

OBJETIVOS: Describir la experiencia clínica en pacientes con colecciones intraabdominales secundarias a PA tratados con DPC en el Hospital Regional de Antofagasta entre enero 2018 y Julio 2021.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron las fichas clínicas electrónicas de pacientes adultos sometidos a DPC abdominal guiado por TC en el periodo descrito. De 189 pacientes, se seleccionó a aquellos diagnosticados con PA y presencia de al menos una colección pancreática, de cualquier edad y sexo, obteniendo 20 pacientes. Se reunió información clínica, de laboratorio, imagenológica y quirúrgica con lo que se valoró la severidad del cuadro.

RESULTADO: El sexo masculino predominó en un 85%. La media de edad se estimó en 52.9 ± 20.3 años. La causa más frecuente de PA fue litiasis biliar con 60% de los casos, seguida por PA post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE, 15%) e hipertrigliceridemia (10%). Al diagnóstico la lipasemia promedio se estimó en 3.412,2 U/L. Se describieron 8 casos de PA moderadamente severa y 12 severos según Atlanta 2012. La clasificación imagenológica de presentación más frecuente fue Balthazar C (55%) y al momento de la punción Balthazar E (80%). El gas en imágenes estuvo presente en 25% de los pacientes. La hospitalización duró en promedio 66,8 días. Asimismo, la media de días desde la aparición de la colección en imagen hasta el momento del drenaje fue 6,8 días. En 15 pacientes se realizó DPC en 1 ocasión; en 3 casos, se drenó en 2 ocasiones; mientras que en 2 casos se drenó en 3 oportunidades. El diámetro mayor de las colecciones fue, en promedio, 13 cm. No se registraron complicaciones inmediatas relacionadas al procedimiento. En nuestra serie, la mortalidad por cualquier causa a la fecha fue de 40%.

CONCLUSIÓN: Se presenta la primera serie de casos local donde el DPC es una alternativa útil en el manejo de pacientes con colecciones pancreáticas.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS PERFORADA

Javier Ojeda Y, Alvaro Gallardo V, Enrique Biel W y Varinia Jara Q.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: La apendicectomía es una de las cirugías más frecuentes en el mundo (202 por cada 100.000 personas al año en Chile). La hernia de Amyand (HA) corresponde a herniación inguinal que contiene al apéndice vermiforme. La prevalencia de apendicitis aguda en HA es del 0.1%. Su diagnóstico preoperatorio es inusual. La vía inguinal es la más común.

OBJETIVOS: Caracterizar al paciente técnica quirúrgica y resultados peroperatorios de un caso de un paciente con HA complicada con perforación apendicular, intervenido de apendicectomía laparoscópica de urgencia con reparación de la hernia en un segundo tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADO: Hombre de 81 años, hipertenso y portador de hernia inguinal. Evaluado en urgencias, por cuadro de masa palpable inguinal derecha dolorosa e irreductible, con sepsis asociada. Se inició reanimación, complementando estudio con tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis contrastada que informó hernia inguinal derecha complicada con asas de íleon dilatadas y paredes engrosadas. La laparoscopia exploradora reveló una HA conteniendo apéndice necrótico, perforado y atascado dentro de saco herniario. Se completa reducción, apendicectomía y aseo quirúrgico laparoscópico sin incidentes. Estudio anatomopatológico informó: apendicitis aguda ulceroflegmonosa perforada. Se realizó hernioplastia diferida según técnica de Liechtenstein.

CONCLUSIÓN: La HA es una entidad poco común. La forma de presentación asociada a apendicitis es más inusual, y la apendicitis aguda perforada dentro de una hernia inguinal, se presenta sólo en el 0.01%. Generalmente el diagnóstico es intraoperatorio. Losanoff y Basson clasifican la HA según la condición del apéndice, entregando directrices sobre su tratamiento. La vía laparoscópica es segura, con resultados a largo plazo favorables; otorga beneficios como la visualización completa del apéndice y su base, permitiendo objetivar su perforación, considerando que los estudios preoperatorios no ofrecen certeza diagnóstica absoluta. Este abordaje posibilita una hernioplastia libre de tensión con malla en segundo tiempo, reduciendo el riesgo de recurrencias e infecciones asociadas a la perforación del apéndice.

CIRUGÍA LAPAROENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DE LA COLECISTOCOLEDOCOLITIASIS: IMPACTO DE LA CANULACIÓN DE LA PAPILA DIRIGIDA POR GUÍA TRANSCÍSTICA (RENDEZVOUS) EN LOS RESULTADOS PERIOPERATORIOS. REPORTE DE UNA SERIE DE 413 CASOS.

Francisco Riquelme, Ana María Hudson, Marco Salazar, Felipe Farfán, Jorge Muñoz, Carlos Tapia, Felipe Catán, Sebastián Uribe-Echevarría, Felipe Puelma, Cristian Astudillo, Julio Núñez, Boris Marinkovic, Mario Uribe

Hospital del Salvador, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El manejo de la colecistocolitiasis es controvertido. El abordaje en un solo tiempo quirúrgico por medio de cirugía laparoendoscópica (CLE), ofrece ventajas sobre el abordaje en dos tiempos gracias a la canulación anterógrada de la vía biliar (VB), que permite realizar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con mayor seguridad.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados perioperatorios del Rendezvous en el manejo de la colecistocolitiasis en el Hospital del Salvador, durante una década.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó retrospectivamente el registro electrónico de pacientes sometidos a una colecistectomía laparoscópica y CPRE en un tiempo quirúrgico, entre enero 2010 y diciembre 2020. Fueron incluidos pacientes con colecistocolitiasis intervenidos tanto electivamente como en urgencia. Fueron excluidos aquellos donde se realizó una CPRE intraoperatoria sin intentar un Rendezvous – definido como una CPRE canulada sobre una guía avanzada transcística hasta el duodeno, durante una colecistectomía laparoscópica. La variables analizadas fueron: demográficas, resultados intra y postoperatorios a 30 días de seguimiento. Se establecieron dos grupos de comparación: grupo-A, en que se logró avance anterógrado de la guía transcística (309/389) y grupo-B, en el que no se consiguió (80/389). Se utilizó el Test de Fischer para las variables categóricas y t- de Student para las continuas, con valor $p < 0.05$ como significativo.

RESULTADO: Se identificaron 413 pacientes en los que se realizó una CLE. En 389 pacientes se intentó un Rendezvous, lográndolo en 309/389 casos (79%); la canulación frustra de VB fue de 0.5% (2/389) con 90% de clearance biliar (350/389). La morbilidad a 30 días fue de 11.3%; 6.9% fueron complicaciones quirúrgicas, presentándose pancreatitis postCPRE y perforación duodenal de 1.8% y 0.5%, respectivamente. El grupo-A tuvo mejor desempeño en las variables intraoperatorias (canulación frustra de VB, grupo-A 0% / grupo-B 2.5%, $p=0.005$; conversión, grupo-A 1.3% / grupo-B 6.2%, $p=0.009$). En el postoperatorio, el grupo-A registró menos complicaciones quirúrgicas (grupo-A 5.5%, grupo-B 12.5%, $p=0.02$), una menor proporción de perforación duodenal (grupo-A 0%, grupo-B 2%, $p=0.005$) y biliperitoneo (grupo-A 0.3%, grupo-B 2.5%, $p=0.04$). No hubo diferencias en hemorragia de papila, pancreatitis postCPRE o colangitis. Tampoco se registraron diferencias respecto a la mortalidad entre ambos grupos ($p=0.072$).

CONCLUSIÓN: Nuestra serie de CLE en el manejo de la colecisto-coledocolitiasis constituye la más grande reportada en la literatura por un único centro, con resultados que establecen la seguridad y eficacia de la cirugía en un tiempo. El Rendezvous impacta significativamente en los resultados perioperatorios.

GOSSYPIBOMA A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío Ponce Contreras, Matias Bobadilla Ortiz, Stefano Zecchetto Moenne, Neil Ganchozo Montero, Diego Rojas Leonard, Sebastián Quidel Kehr, Javier Faundez Silva.

Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: Gossypiboma es un material o dispositivo quirúrgico dejado involuntariamente en un paciente tras una cirugía. Se han reportado tasas de 1 en 5.500 a 18.760 operaciones, a propósito de un caso presentaremos su manejo y prevención.

OBJETIVOS: Reportar un caso de Gossypiboma mostrando su diagnóstico, resolución y estrategias de prevención.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso

RESULTADO: Paciente femenina de 37 años de edad, con antecedentes de diabetes y salpingoligadura en diciembre de 2019, derivada a policlínico de cirugía general desde ginecología por masa hipogástrica como hallazgo en TAC de abdomen y pelvis, evidenciando masa con contenido de artefacto metálico sugerente de Gossypiboma. Se decide realizar una laparotomía media infraumbilical encontrando masa encapsulada de aproximadamente 9 cm firmemente adherida a segmento de aproximadamente 30 cm de íleon distal y sigmoides, con contenido líquido purulento y aparente material textil, se realiza sección de íleon comprometido y su meso, se realiza reconstrucción con entero-entero anastomosis tipo Barcelona con stappler linear y refuerzo de anastomosis con monocryl. La presentación clínica de un Gossypiboma es variable, siendo el dolor abdominal lo más común, asociado a náuseas, baja de peso, dispepsia y estreñimiento. Existen las variables exudativa y fibrinosa, siendo la primera más temprana, con reacción a cuerpo extraño y con infección de sitio quirúrgico. La fibrinosa muestra encapsulación dentro de tejido cicatricial, con un granuloma aséptico por cuerpo extraño. Dentro de las medidas de prevención está el protocolo de recuento estandarizado de material quirúrgico. Otras medidas son marcadores radiopaco o radiofrecuencia en el material textil. En el informe de fiscalización de MINSAL, 2017, se reportó sólo un 75% de mención de los pasos críticos y riesgo operatorio durante la pausa preoperatoria, el recuento de compresas alcanzó un 91%. La designación de un encargado de la estrategia para la seguridad alcanzó un 70% y la supervisión directa en pabellón un 40%, siendo esta última una de las estrategias con mayor evidencia para la prevención de este tipo de evento adverso. No ha habido repercusiones legales hasta la fecha, en el centro clínico existen protocolos para su prevención y denuncia como estipula la ley.

CONCLUSIÓN: El Gossypiboma es un evento raro y subestimado por razones médico-legales, la medida más importante es la prevención, existe una alta morbilidad para el paciente, como en este caso la resección intestinal. Es necesario crear protocolos, considerando la responsabilidad de todo el equipo quirúrgico y su fiscalización local y nacional.

ICTERICIA EN PACIENTE CON COLECISTITIS AGUDA Y LINFOMA, UN SIGNO EQUÍVOCO.

Josefina Sepulveda Gimeno, Florencia Mosso, Ignacio Cruz, Diego Marin

Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La presencia de ictericia en pacientes con linfoma está lejos de ser un hallazgo infrecuente, describiéndose hasta en un 3-68% de los pacientes según series de casos (1). Las causas de colestasia en linfoma son variables, siendo las principales infiltración hepática (directa o de los canalículos biliares intrahepáticos), o compresión extrínseca de la vía biliar extrahepática por los conglomerados adenopáticos (2). A pesar de que la infiltración hepática se ha descrito hasta en un 60% de los pacientes con linfoma en análisis post-mortem, es difícil determinar la presencia de dicha infiltración durante la vida del paciente, ya que los estudios de imágenes tienen baja sensibilidad, y la biopsia hepática presenta una alta morbilidad (3).

OBJETIVOS: El objetivo de este caso clínico es situarse en el contexto de un paciente con linfoma que se presenta con una colecistitis aguda e ictericia concomitante, haciendo imperiosa la necesidad de determinar si la ictericia se debe a su patología oncológica subyacente, o a una colelitiasis.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico

RESULTADO: El caso consta de un paciente con linfoma diagnosticado hace 2 meses, aun sin inicio de quimioterapia. Consulta por 4 días de dolor en hipocondrio derecho, ictericia y fiebre. Refiere estar febril desde hace meses (motivo por el cual se diagnosticó el linfoma), y no recuerda cuando inició la ictericia. Ingresó febril (38.5) y taquicárdico (130 lpm), con signo de Murphy (+) e ictericia. El laboratorio destacaba PCR 18, GB 4100, BT 8, BD 6.14, GGT 513, FA 923, GOT 75, GPT 47, INR 1.14. TAC de ingreso con hepatoesplenomegalia, adenopatías retroperitoneales, y colecistitis aguda con vía biliar fina. Ecografía con colecistitis aguda, vía biliar fina. Frente a 2 imágenes sin dilatación de vía biliar, y ausencia de disponibilidad de colangiografía, se decide realizar una colecistectomía laparoscópica + colangiografía intraoperatoria, la cual resulta negativa para coledocolitiasis. En este escenario, con dos imágenes preoperatorias sin evidencias de coledocolitiasis, una colangiografía intraoperatoria negativa, y la alta incidencia de infiltración hepática en linfoma, se decidió no realizar más estudio, ya que esto significaría prolongar de sobremanera la estancia hospitalaria del paciente a la espera de una colangiografía, y retrasar el tratamiento oncológico del paciente. La evolución postoperatoria fue favorable, y al mes de seguimiento, el paciente ya había completado 2 ciclos de quimioterapia, con disminución de la ictericia y sin signos de coledocolitiasis.

CONCLUSIÓN: Conocer estas variables, permite generar un algoritmo de manejo en pacientes que presenten ambas patologías

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC.

M. J. Irrarázaval, S. Riveros, T. Basaure, N. Quezada, R. Rebolledo, R. Muñoz, M. Gabrielli, A. Brañes, F. Crovari, P. Achurra.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Aún no se tiene claridad con respecto al rol de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de la obstrucción intestinal. La cirugía laparoscópica podría ofrecer beneficios en cuanto a morbilidad y recurrencia.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es comparar resultados a corto y mediano plazo entre el abordaje laparoscópico y abierto en el tratamiento de la obstrucción intestinal.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio comparativo de cohorte no concurrente. Se incluyeron todos los pacientes operados por obstrucción de intestino delgado secundaria a bridas entre 2013 y 2020. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: cirugía laparoscópica (CL) y cirugía abierta/convertida (CA). Variables continuas en mediana y rango, variables categóricas en número y porcentaje. Test de Mann-Whitney para comparación de variables continuas y chi cuadrado para variables categóricas. $P < 0,05$ considerado estadísticamente significativo.

RESULTADO: Se incluyeron 172 pacientes, 144 en el grupo CL y 28 en el grupo CA. La mediana de edad fue más alta en el grupo CA [69 (17-98) vs. 51 (16-77) años; $p < 0,001$]; no se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo, número de cirugías abdominales previas, y número de episodios de obstrucción intestinal previos. Al momento del ingreso, los pacientes en el grupo CA tuvieron mayores niveles de PCR ($p = 0,007$) y ácido láctico ($p = 0,001$). Fueron sometidos a cirugía dentro de las primeras 48 horas desde el ingreso 81,9% de los pacientes en el grupo CA y 82,1% de los pacientes en el grupo CL. En 15 pacientes (34,8%) se requirió conversión a cirugía abierta. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a número de enterotomías entre los dos grupos. La mediana de estadía hospitalaria fue menor en el grupo CL [7(1-129) vs. 3(1-97) días; $p < 0,001$]. En el seguimiento a 30 días, los pacientes en el grupo CA tuvieron una mayor tasa de complicaciones postoperatorias (31,3% vs. 7,1%; $p = 0,009$) y de complicaciones mayores (13,9% vs. 0%; $p = 0,036$); sin diferencias significativas en mortalidad, reoperación, ni readmisión. La mediana de seguimiento fue de 36,8 y 29,4 meses en los grupos CA y CL, respectivamente. En cuanto al seguimiento a largo plazo, pacientes del grupo CA tuvieron más recurrencia (15,3% vs. 0%; $p = 0,027$) y más pacientes con síntomas persistentes (21,5% vs. 3,6%; $p = 0,026$).

CONCLUSIÓN: La cirugía laparoscópica reduce las complicaciones postoperatorias y estadía hospitalaria en pacientes seleccionados. Adicionalmente, puede reducir las recurrencias a mediano plazo y la presencia de síntomas persistentes.

SÍNDROME DE RETENCIÓN GÁSTRICA COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marcelo Zamorano, Bruno Baluarte, Camila Del Valle, Alexandra Deichler, Edgardo Mancilla

Hospital Regional de Antofagasta, Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por máculas de pigmentación mucocutánea melánica y pólipos hamartomatosos intestinales, los cuales se encuentran con mayor frecuencia en el yeyuno. Se presenta a temprana edad y ocasionalmente debuta con complicaciones, tales como anemia, intususcepción y obstrucción intestinal.

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de una paciente diagnosticada con SPJ que cursa con SRG.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Paciente sexo femenino de 25 años, diagnosticada con SPJ acude a urgencias tras presentar síndrome de retención gástrica (SGR) provocado por la presencia de un pólipo duodenal. Inicialmente es sometida a una polipectomía endoscópica. En efecto, paciente evoluciona con persistencia de sintomatología asociada a dolor abdominal y vómitos. En imágenes de control se observó enlentecimiento del paso del medio de contraste a nivel del yeyuno proximal por pólipos que obstruían el lumen, mas no su totalidad. Por consiguiente, se decide reintervenir mediante laparotomía exploradora y enteroscopia intraoperatoria.

RESULTADO: En procedimiento se logró extraer múltiples pólipos hamartomatosos que obstruían el lumen. Además, destacó la presencia de un área de yeyuno proximal de 15 cm con aperistalsis. Se realizó resección del segmento intestinal con atrofia muscular para estudio histopatológico, finalizando la intervención con una gastroyeyunoanastomosis sin complicaciones. Se logró una evolución favorable con control sintomático. Sumado a esto, el estudio histopatológico informó la presencia de una pared muscular adelgazada con cambios degenerativos, disminución de fibras musculares y espacios de tejido conectivo entre ellas.

CONCLUSIÓN: Existe evidencia de casos de SPJ asociados a enfermedades que se presentaron de forma atípica. Por el contrario, no existen reportes donde se asocie a un SRG, mucho menos concomitante a aperistaltismo intestinal delimitado. En cuanto al manejo, lo más recomendado es la polipectomía endoscópica, ahora bien, si se detecta una mayor carga de pólipos, se indica una laparotomía con enteroscopia intraoperatoria. En este caso, con ambos procedimientos se logró tratar la obstrucción luminal y detectar el enlentecimiento del tránsito intestinal, cuadro clínico coincidente con el SRG, cuyo origen pudiese estar dado por un factor mecánico a consecuencia de los pólipos y, en segundo lugar, un factor sinérgico explicado por la atrofia del músculo liso del yeyuno. Mediante esta publicación reportamos la posible existencia de una relación entre el SPJ y el SRG, cuya causa pudiese ser la ocupación intraluminal del duodeno, alterando la función del estómago. Esto último, asociado a la alteración sinérgica del intestino desencadenaría la sintomatología. Sin embargo, aún no se encuentra evidencia suficiente para demostrar la asociación entre ambos cuadros.

RENDIMIENTO DE UN MODELO PREDICTIVO PREOPERATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITIASIS

C Quinteros, T Gaete, F Muñoz, L Muñoz, M Slako.

Hospital Gustavo Frick

INTRODUCCIÓN: La coledocolitiasis es la causa más común de ictericia obstructiva, se estima que entre 7% y 16% de los pacientes con colelitiasis son portadores también de una coledocolitiasis. El enfrentamiento ideal para la sospecha de coledocolitiasis no está bien protocolizado por lo cual probablemente muchas veces se indica un examen diagnóstico innecesario, haciendo el sistema asistencial más costoso y menos eficiente.

OBJETIVOS: Evaluar el rendimiento de un score predictivo preoperatorio de coledocolitiasis en población chilena, analizar los flujogramas de manejo y precisar qué pacientes se benefician de estudio con colangiografía, en cuales no está indicada, cuales deben ir directo a Rendez vous y cuales deben ir solo a colecistectomía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se evaluó el rendimiento de los criterios predictores de coledocolitiasis usados por la Sociedad Española de Cirugía, separando a los pacientes en los 3 grupos. Se aplicó este instrumento a una cohorte retrospectiva de pacientes con sospecha de coledocolitiasis que ingresaron a la urgencia del Hospital Gustavo Frick de Viña del Mar entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2020 y fueron sometidos a una prueba de referencia confirmatoria. Se seleccionaron 68 pacientes con criterio de inclusión para el estudio. Se aplicó el score separando a los pacientes en 3 grupos de riesgo de coledocolitiasis (bajo, moderado o alto).

RESULTADO: En el grupo de bajo riesgo de coledocolitiasis hubo un total de 4 pacientes, todos fueron confirmados sin coledocolitiasis con un VPN y una S del 100 %. Para el grupo de riesgo intermedio resultaron 43 pacientes, 7 con prueba confirmatoria negativa (2 por CRM, 3 por CIO y 2 por CPRE) y 36 con prueba confirmatoria positiva (5 por CRM, 27 por CIO y 4 por CPRE), con un VPP de 83,7%. Para el grupo de alto riesgo se obtuvo un total de 21 pacientes, 1 con prueba confirmatoria negativa (CIO) y 20 con prueba confirmatoria positiva (5 por CRM, 12 por CIO y 3 por CPRE), con VPP del 95,23 %.

CONCLUSIÓN: El uso del score de riesgo en pacientes con sospecha de coledocolitiasis tiene un muy buen valor predictivo tanto en el grupo de bajo como en el de alto riesgo, descartando o confirmando respectivamente la presencia de coledocolitiasis sin la necesidad de colangiografía. Si bien el VPP para coledocolitiasis en el grupo de riesgo intermedio es bueno, se beneficia de mayor estudio con CRM, CIO u otro medio diagnóstico disponible.

HERNIA DE BOCHDALEK Y PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTE ADULTO, REPORTE DE UN CASO

D Barros, K Arcos, A Sanchez, M Arancibia, B Pedraza, V Hernandez, M Medrano, R Alcazar, A Mix, I Obaid
Servicio de Urgencia Hospital Felix Bulnes, Equipo de Cirugía de Torax Hospital Felix Bulnes

INTRODUCCIÓN: Las hernias diafragmáticas ocurren en 1 de 3,000 nacimientos, siendo la más frecuente de tipo Bochdalek, definida como un defecto posterolateral del diafragma producido por falla del cierre del conducto pleuroperitoneal durante el desarrollo embriológico. Usualmente es una patología perinatal con una morbi-mortalidad significativa. Su presentación en adultos es rara (5%), siendo diagnosticadas de manera incidental por ser asintomáticas o con sintomatología inespecífica. La mayoría de casos publicados de hernias de Bochdalek sintomáticas en adultos se presentan con obstrucción intestinal o vólvulo gástrico, sin embargo, una presentación con pancreatitis aguda es excepcional y existen escasos reportes descritos.

OBJETIVOS: Presentación de un caso clínico infrecuente de hernia de Bochdalek complicada con obstrucción intestinal y gástrica asociada a pancreatitis aguda y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 18 años de edad con cuadro de 10 días de evolución caracterizado por dolor abdominal intenso post prandial, asociado a náuseas, vómitos y disnea. TAC de tórax abdomen y pelvis evidencia severo ascenso del hemidiafragma izquierdo, mediastino desplazado hacia la derecha, protrusión del estómago sobredistendido, ascenso de parte del colon transversal y bazo, sin alteraciones pancreáticas. EDA muestra una úlcera bulbo duodenal activa, con compresión extrínseca a nivel del antro. El manejo inicial fue conservador, con régimen cero e instalación de sonda nasogástrica para programar cirugía electiva. Al 3er día de hospitalización presenta inestabilidad hemodinámica que no responde a volemicización, aumento del dolor en hemiabdomen superior y en hemitórax izquierdo, opresivo, intenso, además elevación significativa de parámetros inflamatorios y lipasa. Se solicita TAC que evidencia además de lo previamente descrito, ascenso intratorácico del bazo, páncreas y cámara gástrica en posición volvulada y dilatación patológica compatible con obstrucción, aumento del desplazamiento mediastínico a derecha determinado por hallazgos previos, además derrame pleural bilateral. Se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia evidenciando defecto diafragmático posterolateral izquierdo de 9x6 cm con protrusión intratorácica del estómago, páncreas, bazo, colon transversal y epiplón mayor, con desplazamiento mediastínico y atelectasia pulmonar completa izquierda, placas de esteato necrosis en cola del páncreas, epiplón menor y cara anterior gástrica. Revisión completa por cuadrantes, sin identificar vísceras perforadas ni lesiones del bazo. Se realiza reparación del defecto diafragmático con malla y sutura, con instalación de pleurostomía bilateral.

RESULTADO: Paciente con evolución favorable durante el postoperatorio, reinicia alimentación oral con buena tolerancia y es dada de alta.

CONCLUSIÓN: La hernia de Bochdalek complicada asociada a pancreatitis aguda es de muy baja frecuencia, pero debemos sopecharla en pacientes con clínica de pancreatitis en la cual el anillo herniario comprometa cuerpo o cola de éste.

FACTORES DE RIESGO PARA REOPERACIÓN Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE.

Pablo Vilca Araneda, Manuel Figueroa Giralt

Hospital Clinic Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Factores de riesgo para reoperación y pronóstico en pacientes con obstrucción intestinal alta tratados quirúrgicamente. Pablo Vilca Araneda, Manuel Figueroa Giralt Universidad de Chile. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. **Introducción:** La obstrucción intestinal alta (OIA) es una causa frecuente de consulta en servicios de urgencia, con una tasa de tratamiento quirúrgico considerable. Determinar los factores de riesgo de reoperación y pronóstico es un elemento sustantivo para la toma de decisiones en el perioperatorio con la finalidad de reducir la morbi-mortalidad post-operatoria. **OBJETIVOS:** Objetivos: El objetivo de este trabajo es determinar los factores riesgo para reoperación y pronóstico para pacientes con diagnóstico OIA tratados quirúrgicamente. **MATERIAL Y MÉTODO:** Material y Método: Análisis retrospectivo de las fichas clínicas electrónicas (FCE) de pacientes con OIA manejados quirúrgicamente en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) entre 2014 y 2017. Criterios de exclusión obstrucción tracto salida gástrica, obstrucción intestinal baja y FCE con datos incompletos. Se utilizó STATA 14 para análisis estadístico, considerando significancia estadística $p < 0.05$ con 95% IC.

RESULTADO: Resultados: Se incluyeron 218 pacientes, 61.9% mujeres; resección intestinal fue realizada en 28.4% de los pacientes; eventos adversos postoperatorios (EAPO) estuvieron presente en 28.4% de los pacientes; fue necesario reoperación en 9.2% y la mortalidad quirúrgica a 90 días fue de 5.9%. El análisis multivariado determinó que presentar resección intestinal, >3 días en UCI, >7 días con sonda nasogástrica (SNG), dolor posterior al 3° día post-operatorio y EAPO son factores de riesgo para reoperación. Mientras que edad, proteína C reactiva (PCR) elevada, >3 días en UCI, >7 días con SNG, dolor posterior al 3° día post-operatorio son factores de riesgo para presentar EAPO. Mortalidad operatoria como factor de riesgo presentó >5 días con SNG y haber presentado EAPO.

CONCLUSIÓN: Conclusión: Los factores determinantes para reoperación y pronóstico en pacientes con OIA tratados quirúrgicamente, son principalmente presentar resección intestinal, nivel elevado de PCR y variables clínicas post-operatorias como uso de SNG, dolor post-operatorio y presencia de EAPO.

HERNIA DE AMYAND

Rocio Ponce Contreras, Nicol Condeza E., Jasmin Contreras E., Pablo Kirmayr Zamorano, Sebastián Quidel Kehr.
Universidad Valparaíso - Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN: Con una incidencia estimada del 0,28% - 1% del total de las hernias inguinales, el hallazgo del apéndice vermiforme normal, inflamado o incluso perforado como contenido de una hernia inguinal, es una entidad poco frecuente y se conoce como hernia de Amyand. Habitualmente se presenta como una hernia inguinal complicada y suele ser un hallazgo durante la intervención quirúrgica describiéndose pocos casos en que se ha llegado al diagnóstico preoperatorio. Su tratamiento es quirúrgico y consiste en una apendicetomía seguida de una herniorrafia o hernioplastia.

OBJETIVOS: Realizar reporte de caso de hernia de Amyand diagnosticada en el intraoperatorio y manejada exitosamente

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de Caso

RESULTADO: Paciente masculino de 67 años. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 10 horas de evolución caracterizado por aumento de volumen inguinal derecho súbito, no reductible, asociado a dolor intenso y cambios de coloración cutáneos. Examen físico compatible con hernia inguinal derecha incarcerada. Paciente ingresa a pabellón para resolución. Se realizó laparotomía media infraumbilical encontrándose como hallazgo hernia inguinal derecha que contenía dentro de su contenido apéndice cecal gangrenado. Se procede a apendicectomía, reducción del contenido del saco y plicatura del defecto herniario. El paciente cursó post operatorio satisfactorio, hemodinamia estable, afebril, diuresis espontánea, sin dolor ni aumento de volumen. Se da de alta a las 48 horas.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico preoperatorio de una apendicitis aguda en general no resulta ser complejo, salvo que el apéndice se encuentre en sitios pocos frecuentes como es en este caso. La sospecha clínica y reconocimiento precoz de la hernia de Amyand es fundamental para evitar complicaciones que pueden ir desde peritonitis difusa hasta fascitis necrotizante y para ello es de mucha utilidad el estudio con tomografía axial computada ante la sospecha ya que permite visualizar el apéndice dentro del saco herniario.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA CON TÉCNICA DE 3 TROCARES Y ASA ENDOSCÓPICA: BENEFICIO ESTETICO SIN PERJUICIO DE LA SEGURIDAD QUIRURGICA.

Camila Figueroa, John Bohle, Erick Castillo

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda de origen biliar es una patología prevalente en nuestro país, siendo la colecistectomía laparoscópica parte esencial de su tratamiento. En pacientes seleccionados se ha descrito el beneficio de la técnica de 3 trócares buscando obtener un mejor resultado estético con incisiones no visibles, sin embargo, no siempre se logra la misma exposición que en la técnica habitual.

OBJETIVOS: Mostrar los beneficios estéticos de la técnica con 3 trocares, logrando una adecuada visión de seguridad de tracción fúndica vesicular con asa endoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: Mujer de 48 años, con antecedente de pancreatitis aguda biliar leve reciente. Colangioresonancia sin evidencias de coledocolitiasis. Abordaje de 3 trócares: 2 de 5 mm suprapúbicos, 10 mm transumbilical. Tracción fúndica vesicular con asa endoscópica insertada por punción a nivel subcostal derecho. De esta forma se logra una adecuada exposición del triángulo de Calot y la consiguiente visión crítica de seguridad de Strasberg. Evolución postoperatoria favorable, con alta al primer día post operatorio.

HEMOCOLECISTO SECUNDARIO A TERAPIA ANTICOAGULANTE

Javiera San Martín, Susan Retamal, Milena Fercovic, Carol Valderrama

Hospital San Camilo

INTRODUCCIÓN: El hemocolecisto fue informado por primera vez en 1892 por Naunyn, sin embargo fue Fitzpatrick en 1961 quien utilizó y definió por primera vez el término hemocolecisto como una hemorragia de la vesícula biliar de origen no traumático. Es una causa rara de dolor abdominal. Sus hallazgos clínicos característicos incluyen dolor abdominal en el hipocondrio derecho determinado por la distensión vesicular producida por los coágulos, fiebre y leucocitosis. Excepcionalmente los coágulos pueden avanzar hacia la vía biliar y obstruirla, favoreciendo el desarrollo de colangitis. Si la sangre drena al tracto gastrointestinal habrá signos clásico de hemorragia digestiva alta como hematemesis y melena. La presentación con hemorragia digestiva alta asociada a dolor en hemiabdomen superior e ictericia se conoce como tríada de Quinke; sin embargo, solo el 22% de los casos se presentan de esta manera. Otra presentación más infrecuente es el hemoperitoneo secundario a la necrosis de la pared y perforación vesicular, dando origen a un abdomen agudo secundario.

OBJETIVOS: Compartir caso clínico de hemorragia digestiva alta como presentación de hemocolecisto

MATERIAL Y MÉTODO: caso clínico

RESULTADO: Paciente masculino de 64 años con antecedentes de cardiopatía coronaria, miastenia gravis y neumonía COVID19 complicada recuperada hace 3 meses. Se hospitaliza en UCI por descompensación de miastenia gravis. Durante la hospitalización desarrolla cuadro de hepatitis secundaria a azitromicina. Se realiza TC AP que informa vesícula amplia, de pared fina, contenido denso, probablemente barro biliar y trombosis de vena cava inferior desde los hilos renales, comprometiendo la vena iliaca común derecha y la externa ipsilateral. Se inicia anticoagulación en dosis plenas. Control con TC 20 días después informa aumento de densidad en interior de vesícula biliar, sin cambios inflamatorios vesiculares ni factor obstructivo identificable, discreta dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, hepático común de 8mm, sin evidencias de trombosis de VCI. Paciente evoluciona a las 24 horas con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho que cede parcialmente a analgesia, y sangrado de aproximadamente 500cc por traqueostomía, sin compromiso hemodinámico. Evaluado por otorrinolaringología describe no impresiona origen desde vía aérea por lo que se plantea el diagnóstico de hemorragia digestiva alta de origen desconocido. Se inicia tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, suspensión de la anticoagulación y ácido tranexámico. Al día siguiente presenta nuevo episodio de sangrado limitado, con compromiso hemodinámico, requiriendo norepinefrina en dosis bajas, sin necesidad de transfusión de hemoderivados. Se asocia tinte icterico en escleras con aumento de bilirrubina total hasta 5.82, de predominio directo, GOT 272, GPT 966, y hemoglobina 7.3 mg/dL. En este escenario clínico se solicita EDA de urgencia que evidencia presencia de coágulo en papila duodenal que al ser removido da salida a restos hemáticos, CPRE evidencia abundantes coágulos que se remueven parcialmente. RM de abdomen y colangiografía concluye vesícula biliar de paredes distendidas con algunas zonas de irregularidad que determina aspecto de doble pared principalmente hacia el fondo, coexistiendo con imagen hiperintensa que sugiere la posibilidad diagnóstica de colecistitis hemorrágica alitiásica. Evaluado por quipo de cirugía se plantea diagnóstico de colecistitis hemorrágica alitiásica, indicando evaluación por cirujano vascular para instalación de filtro vena cava (FVC) y posteriormente colecistectomía + colangiografía intraoperatoria (CIO). Se desestima instalación de FVC dado evolución de cuadro clínico e imágenes. Se realiza colecistectomía laparoscópica + CIO sin incidentes. En intraoperatorio cavidad abdominal sin líquido libre, vesícula biliar de paredes delgadas, muy distendida. Cisticotomía con salida de abundantes coágulos y CIO con visualización de los mismos en interior de vía biliar los que se movilizan mediante lavado transístico hasta lograr imagen de control con paso fácil de medio de contraste a duodeno. Paciente evoluciona estable sin nuevos episodios de sangra

CONCLUSIÓN: El hemocolecisto es una patología vesicular poco frecuente que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del dolor en cuadrante superior derecho, y como causa de hemorragia digestiva de origen desconocidos, especialmente en pacientes con terapia anticoagulante. Su sospecha y diagnóstico oportuno son importantes que en la mayoría de los casos puede resolverse de forma segura con técnicas laparoscópicas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A COLECISTITIS HEMORRÁGICA ALITIÁSICA

Javiera San Martín, Susan Retamal, Milena Fercovic, Carol Valderrama
Hospital San Camilo

INTRODUCCIÓN: El hemocolecisto fue informado por primera vez en 1892 por Naunyn, sin embargo fue Fitzpatrick en 1961 quien utilizó y definió por primera vez el término hemocolecisto como una hemorragia de la vesícula biliar de origen no traumático. Es una causa rara de dolor abdominal. Sus hallazgos clínicos característicos incluyen dolor abdominal en el hipocondrio derecho determinado por la distensión vesicular producida por los coágulos, fiebre y leucocitosis. Excepcionalmente los coágulos pueden avanzar hacia la vía biliar y obstruirla, favoreciendo el desarrollo de colangitis. Si la sangre drena al tracto gastrointestinal habrá signos clásicos de hemorragia digestiva alta como hematemesis y melena. La presentación con hemorragia digestiva alta asociada a dolor en hemiabdomen superior e ictericia se conoce como tríada de Quinke; sin embargo, solo el 22% de los casos se presentan de esta manera. Otra presentación más infrecuente es el hemoperitoneo secundario a la necrosis de la pared y perforación vesicular, dando origen a un abdomen agudo secundario

OBJETIVOS: Compartir un caso clínico de hemocolecisto que se manifiesta como hemorragia digestiva alta

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Paciente masculino de 64 años con antecedentes de cardiopatía coronaria, miastenia gravis y neumonía COVID19 complicada recuperada hace 3 meses. Se hospitaliza en UCI por descompensación de miastenia gravis. Durante la hospitalización desarrolla cuadro de hepatitis secundaria a azitromicina. Se realiza TC AP que informa vesícula amplia, de pared fina, contenido denso, probablemente barro biliar y trombosis de vena cava inferior desde los hiliros renales, comprometiendo la vena iliaca común derecha y la externa ipsilateral. Se inicia anticoagulación en dosis plenas. Control con TC 20 días después informa aumento de densidad en interior de vesícula biliar, sin cambios inflamatorios vesiculares ni factor obstructivo identificable, discreta dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, hepático común de 8mm, sin evidencias de trombosis de VCI. Paciente evoluciona a las 24 horas con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho que cede parcialmente a analgesia, y sangrado de aproximadamente 500cc por traqueostomía, sin compromiso hemodinámico. Evaluado por otorrinolaringología describe no impresionar origen desde vía aérea por lo que se plantea el diagnóstico de hemorragia digestiva alta de origen desconocido. Se inicia tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, suspensión de la anticoagulación y ácido tranexámico. Al día siguiente presenta nuevo episodio de sangrado limitado, con compromiso hemodinámico, requiriendo nora-drenalina en dosis bajas, sin necesidad de transfusión de hemoderivados. Se asocia tinte icterico en escleras con aumento de bilirrubina total hasta 5.82, de predominio directo, GOT 272, GPT 966, y hemoglobina 7.3 mg/dL. En este escenario clínico se solicita EDA de urgencia que evidencia presencia de coágulo en papila duodenal que al ser removido da salida a restos hemáticos, CPRE evidencia abundantes coágulos que se remueven parcialmente. RM de abdomen y colangiografía RM concluye vesícula biliar de paredes distendidas con algunas zonas de irregularidad que determina aspecto de doble pared principalmente hacia el fondo, coexistiendo con imagen hiperintensa que sugiere la posibilidad diagnóstica de colecistitis hemorrágica alitiásica. Evaluado por quipo de cirugía se plantea diagnóstico de colecistitis hemorrágica alitiásica, indicando evaluación por cirujano vascular para instalación de filtro vena cava (FVC) y posteriormente colecistectomía + colangiografía intraoperatoria (CIO). Se desestima instalación de FVC dado evolución de cuadro clínico e imágenes. Se realiza colecistectomía laparoscópica + CIO sin incidentes. En intraoperatorio cavidad abdominal sin líquido libre, vesícula biliar de paredes delgadas, muy distendida. Cisticotomía con salida de abundantes coágulos y CIO con visualización de los mismos en interior de vía biliar los que se movilizan mediante lavado trancístico hasta lograr imagen de control con paso fácil de medio de contraste a duodeno. Paciente evoluciona estable sin nuevos episodios de sangra

CONCLUSIÓN: El hemocolecisto es una patología vesicular poco frecuente que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del dolor en cuadrante superior derecho, y como causa de hemorragia digestiva de origen desconocido, especialmente en pacientes con terapia anticoagulante. Su sospecha y diagnóstico temprano son especialmente importantes ya que la mayoría de estas lesiones son accesibles y curables quirúrgicamente. Forma segura con técnicas laparoscópicas.

COLECISTITIS AGUDA POST REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL COMPLEJA CON SEPARACIÓN ANTERIOR DE COMPONENTES

Augusto Barrera Zamorano, Patricia Rebolledo, Carlos García, David Daroch

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La colecistectomía es la cirugía electiva que se realiza con mayor frecuencia en nuestro país. Hoy en día, el abordaje laparoscópico es de elección, sin embargo, en muchos casos esta no es posible de realizar debido a diversas condiciones clínicas, del paciente, del centro o por necesidad de conversión de ésta. Se postula que, en manos expertas, es posible realizar una cirugía mínimamente invasiva a pesar de ciertas condiciones adversas.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una colecistectomía laparoscópica difícil, en la cual se utilizó un abordaje mínimamente invasivo, con el objetivo de preservar los resultados de una cirugía realizada 7 días antes. Se presentan alternativas para realizar el neumoperitoneo, posición de los trócares y disección vesicular.

CONTENIDO DE VIDEO: Se muestra una colecistectomía laparoscópica + colangiografía intraoperatoria + exploración de vía biliar transcística + Rendezvous. Se trata de un paciente masculino de 35 años, con antecedentes de trauma abdominal complejo por arma de fuego de un año de antigüedad, que evolucionó con estenosis duodenal por prótesis, y que se le realizó en la actualidad, en nuestro hospital, un retiro de prótesis por yeyunotomía, reparación de gran hernia Incisional de línea media mediante separación anterior de componentes, y una hernioplastia con mallas de Prolene y Vicryl. Siete días después de la cirugía, se le diagnostica una colecistitis aguda + coledocolitiasis, motivo por el cual se realiza la cirugía mencionada. Destaca la ubicación atípica de los trócares, la disección laboriosa de adherencias peritoneales y hacia la malla de Vicryl en línea media; la compleja disección del pedículo vesicular y la resolución final de la coledocolitiasis vía Rendezvous, tras una exploración de vía biliar frustra con canastillo de Dormia.



CIRUGÍA DE MAMA



MAMA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL

Francisca Honold 1, Klaus Puschel 2, Augusto León G-H 3, Eugenio Vinés 2, Augusto León R 2.

1. Universidad de Chile Hospital del Salvador, 2 Pontificia Universidad Católica de Chile, 3 Instituto de Radiomedicina

INTRODUCCIÓN: Muchas mujeres con cáncer de mama sufren de síntomas de climaterio y reducción de la calidad de vida como consecuencia de tratamiento adyuvante como tamoxifeno, inhibidores de la aromatasas, o quimioterapia. La terapia de reemplazo hormonal (TRH) con estrógeno solo o en combinación con progestágeno puede aliviar estos síntomas en mujeres sanas. En la actualidad, se desaconseja el uso de TRH a las mujeres con cáncer de mama, ya que se considera que aumenta el riesgo de recurrencia. Sin embargo, existe evidencia limitada y hasta cierto punto contradictoria respecto a esta recomendación debido a la falta de estudios confiables. Las alternativas terapéuticas a la TRH son pocas y no se ha demostrado que tengan un efecto significativo.

OBJETIVOS: Evaluar el efecto del uso de terapia de reemplazo hormonal en mujeres con cáncer de mama ya tratado en cuanto a recurrencia y mortalidad

MATERIAL Y MÉTODO: Se utilizó un modelo de análisis de evidencia llamado FRISBEE. Se utilizó la base de datos Epistemonikos y se seleccionaron 3 revisiones sistemáticas disponibles entre 2002-2006 (15 estudios primarios observacionales y 2 estudios randomizados, 4999 pacientes), que comparaban el uso de terapia de reemplazo hormonal y otras medidas en mujeres con cáncer de mama ya tratado en diferentes estadíos. Se midieron las variables: recurrencia de cáncer de mama, mortalidad por cáncer de mama y mortalidad por cualquier causa. Se realizó un metaanálisis y una tabla de resumen utilizando el método GRADE

RESULTADO: Se estudiaron 4999 pacientes, edad promedio de 58,58 años y seguimiento promedio de 85,9 meses. En cuanto a la recurrencia de cáncer de mama se obtuvo un odds ratio (OR) de 0,63 (0,52 - 0,77) favorable para la terapia de reemplazo hormonal en comparación al control. Respecto a la mortalidad por cáncer de mama se obtuvo un OR de 0,34 (0,23 - 0,5) favorable para la intervención. También se analizó la mortalidad por cualquier causa donde se obtuvo un OR de 0,28 (0,21 - 0,36) favorable para la intervención. La calidad de evidencia es considerada baja dado que en su mayoría son estudios observacionales

CONCLUSIÓN: El uso de terapia de reemplazo hormonal en mujeres con cáncer de mama ya tratado podría ser beneficioso para las pacientes, aunque la calidad de evidencia aún es baja y se necesitan más estudios

RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE LINFONODOS CENTINELAS NEGATIVOS Y DESARROLLO DE RECURRENCIA AXILAR EN PACIENTES SOMETIDOS A MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL EL PINO, CHILE 2002-2017.

Javier Meneses, Ignacia Henríquez, Ignacio Farías, Nicolás Cortés, Lourdes Mocarquer, Loreto García.

Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es un importante determinante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional. El enfrentamiento clínico de esta patología incluye un proceso de etapificación por el sistema TNM que permite planificar la mejor alternativa terapéutica posible. En relación con este proceso, es importante clasificar este cáncer según el compromiso linfonodal, que se evalúa a través de la biopsia del linfonodo centinela (LNC) axilar. Este procedimiento incluye la identificación y examen histológico del LNC que resultará positivo o negativo para células cancerosas. Un resultado positivo indica que el cáncer probablemente se ha diseminado hacia otros linfonodos u órganos regionales, mientras que un resultado negativo significa que se encuentra libre de enfermedad y que, por lo tanto, el cáncer no se ha diseminado regionalmente. Es importante considerar que el número de LNC extraídos durante este proceso debe ser suficiente para asegurar que el resultado de la biopsia sea representativo de los linfonodos regionales. En este sentido, el no extraer y analizar un número suficiente de LNC podría generar resultados falsos negativos en relación con la diseminación y recurrencia del cáncer de mama.

OBJETIVOS: Determinar si existe alguna relación entre el número de linfonodos centinelas con biopsia negativa y la recurrencia axilar del cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODO: Se siguió un diseño de investigación observacional descriptivo retrospectivo. Con el programa Excel, de una población de pacientes mujeres intervenidas quirúrgicamente entre los años 2002 y 2017 por la Unidad de Patología Mamaria del Hospital el Pino, se seleccionaron aquellas con tumores en estadio T1 o T2, N0 y M0 que hayan tenido una biopsia del LNC negativo. En las fichas clínicas se buscó la presencia de recurrencia axilar, definida como la aparición de células cancerosas en linfonodos axilares durante los tres años posteriores a la cirugía. Con el programa STATA se realizó una comparación de frecuencias mediante el método Chi-cuadrado buscando alguna relación entre el número de LNC extraídos y la recurrencia axilar.

RESULTADO: Se extrajeron en promedio 1.59 LNC en un total de 46 pacientes. Solo hubo un caso de recurrencia axilar, que se presentó en una paciente con un LNC extraído. No se encontró una relación significativa ($p=0.97$) entre el número de LNC con biopsia negativa y la aparición de recurrencia axilar.

CONCLUSIÓN: En las pacientes operadas por cáncer de mama en el Hospital el Pino, no se encontró ninguna relación significativa entre el número de LNC con biopsia negativa y la presencia de recurrencia axilar.

TUMOR ESTERNAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL ATÍPICA DE CÁNCER MAMA OCULTO

Danicela Cari N., Viviana Saavedra J., Paloma Olave R.

Hospital Regional Libertado Bernardo Ohiggins

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres chilenas. Su detección oportuna es una problemática creciente y desafiante para los servicios de salud en todo el mundo. El cáncer oculto de mama se refiere al hallazgo de metástasis tumorales, sin afección mamaria detectable por examen físico ni estudios radiológicos. Se presenta generalmente como metástasis axilar sin afectación mamaria en las pruebas de imagen y en muchas ocasiones sin lesión histológica. Representa al 0.3 – 1% de todos los cánceres mamarios. La conducta quirúrgica actual continúa siendo controversial debido a su poca frecuencia.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico en la literatura médica

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADO: Paciente femenina de 59 años, con antecedente de madre fallecida por cáncer de mama. Consulta por masa esternal superomedial, palpable desde hace 1 año, asociado a nódulo palpable en mama derecha con mastalgia ocasional. Al examen físico nódulo esternal superomedial palpable de 7 cm, piel sana, sin nódulos mamarios palpables, axila derecha positiva. Acude con ecografía de partes blandas que informa lesión ocupante de espacio de 28x35x31mm entre 4º y 5º costilla en línea paraesternal derecha con compresión hacia tejido celular subcutáneo y pleura, sin invasión de costillas. La tomografía de tórax muestra nódulo de 87x52x61 mm presternal que incluye músculo pectoral, manubrio esternal, cartílagos esternocostales de 1º, 2º y 3º costillas derechas. Se realiza biopsia core la cual informa neoplasia infiltrante, GIII, RE (10%), RP (-), c-erb2 (2+), ki67 (85%), gata 3 (+), ckAe1/A3 vimentina (-). Hallazgos histológicos e inmunohistoquímica apoyan origen mamario del tumor primario. Se solicita mamografía y ecografía mamaria ambas informando quiste mamario derecho de 5mm en cuadrante superior externo, birads 2. Cintigrama óseo: lesión neoplásica en esternón, sin otros focos. Es presentada en comité oncológico: cáncer de mama etapa IV, se decide iniciar tratamiento con quimioterapia paliativa (adriamicina + ciclofosfamida) y eventual radioterapia para manejo del dolor.

CONCLUSIÓN: Con el advenimiento de exámenes imagenológicos con mejor acceso y calidad, asociado a las políticas públicas para la detección temprana del cáncer de mama, la incidencia de tumores ocultos es cada vez menor. Sin embargo, aún existen casos de presentación atípica que se escapan de nuestro conocimiento habitual. La detección histológica precoz del tumor primario es fundamental al momento de determinar el tratamiento de este tipo de pacientes, por lo que la toma de biopsia con marcadores inmunohistoquímicos debe ser una prioridad. El tratamiento para cáncer de mama oculto con metástasis extraganglionar se limita a terapia paliativa, por lo que exponer este tipo de casos en la literatura es de suma importancia.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA



ULCERA POR PRESIÓN DE TALÓN. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON EL COLGAJO EN CONO

Wilfredo Calderón, Juan Pablo Camacho, Miguekl Obaid, Rodrigo Subiabre, Juan José Lombardi y Osvaldo Iribarren.
Hospital del Salvador .Santiago .Chile

INTRODUCCIÓN: Introducción. La región del talón debe soportar carga, fricción y zisallamiento y cuando un paciente es parapléjico puede producirse una úlcera por presión, debido a insensibilidad en la zona. Para reparar dicha lesión se han utilizado diferentes colgajos tanto musculocutáneos como fasciocutáneos. Ambos otorgan buena cobertura e irrigación pero son complejos de realizar. En esta casuística se presenta el colgajo fasciocutáneo tipo Cono que es más sencillo de realizar .

OBJETIVOS: Presentar la técnica quirúrgica del colgajo en Cono para reparar UPP grado IV del talón. Hipótesis diagnóstica : El colgajo en Cono es una herramienta quirúrgica útil ,confiable ,versátil, reproducible y fácil de realizar para reparar úlceras por presión de talón en pacientes parapléjicos .

MATERIAL Y MÉTODO: Material y método. En un estudio retrospectivo de cohorte se presentan 10 pacientes parapléjicos ,portadores de UPP grado IV, operados entre 2016 a 2019 en el hospital del Salvador. Todos fueron de sexo masculino con edades entre 30 y 65 años con exposición de calcáneo. El defecto fue de entre 3 y 6 cms de diámetro . Técnica quirúrgica : Se realizó aseo quirúrgico de la úlceras hasta obtener cultivos cuantitativos negativos tanto en los tejidos blandos como en el hueso prominente resecaado . Cuando la herida presentaba infección se administró antibióticos según antibiograma. El colgajo en Cono consta de dos colgajos fasciocutáneos ,uno de rotación y uno avance en V-Y, de tal forma de obtener la figura de un cono sin dejar zonas cruentas ni necesidad de usar injertos en la zona dadora . El colgajo de rotación y el colgajo de avance en V-Y fueron tomados de la planta del pie y trasladados al defecto

RESULTADO: Resultados . El colgajo logró cubrir toda la extensión de la úlcera en todos los casos. Todos los colgajos fueron vitales con buena cicatrización y sin presencia de infección . Tampoco hubo recidiva. El tiempo de seguimiento fue de 6 meses a un año .

CONCLUSIÓN: Discusión. La úlcera por presión en el talón, con calcáneo expuesto ,es difícil de reparar pues dicha zona está marginalmente perfundida y la piel es delgada y tensa . Las opciones de cobertura incluyen colgajos miocutáneos, fasciocutáneos, neurocutáneos y micro quirúrgicos, todos de laboriosa y difícil realización. El colgajo en Cono ofrece una solución fácil, reproducible y de rápida ejecución . No requiere de complejas disecciones quirúrgicas ni búsqueda de pedículos vasculo nerviosos para asegurar su vitalidad . Conclusión. El colgajo en Cono es útil y confiable para reparar úlceras por presión de talón en pacientes parapléjicos con buenos resultados.

¿QUÉ VACÍOS EXISTEN EN EL ENTRENAMIENTO SIMULADO DE CIRUGÍA PLÁSTICA?: ELABORACIÓN DE UN “MAPA” DE MODELOS SIMULADOS EXISTENTES PARA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA

Rodrigo Tejos, Juan Guaman, Andrea Ramirez, Alfonso Navia, Diego Marre, Susana Searle, Alvaro Cuadra, Claudio Guerra

Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El entrenamiento simulado se ha convertido en una parte integral de los planes de estudio de posgrado en Cirugía Plástica. Esta herramienta facilita la adquisición de habilidades en un entorno seguro que luego se puede transferir a pacientes reales. Se han descrito distintos modelos que cubren distintas competencias en la especialidad, con distintos niveles de fidelidad.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue identificar y clasificar las brechas y todos los modelos de simulación de cirugía plástica reconstructiva y estética reportados en la literatura, teniendo como guía el listado de competencias del Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados de Estados Unidos (ACGME).

MATERIAL Y MÉTODO: A través de un proceso Delphi, se analizó la lista completa de requisitos mínimos de ACGME para la certificación. Esto permitió identificar las competencias susceptibles de entrenar mediante simulación. Se realizó una búsqueda sistemática en Pubmed buscando todos los modelos de simulación reportados previamente en Cirugía Plástica. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión predefinidos y una revisión ciega paralela para identificar los modelos elegibles.

RESULTADO: Se identificaron un total de 81 competencias ACGME. Después de un proceso Delphi de 3 rondas, se llegó a un consenso sobre 19 competencias de cirugía reconstructiva y 15 de cirugía estética adecuados para el entrenamiento de simulación. Se identificaron inicialmente 1667 artículos de Pubmed, de los cuales 66 fueron elegibles para su inclusión. Se encontraron estudios descriptivos (65%), cuasiexperimentales (24%) y experimentales (11%). Para las 34 competencias de cirugía reconstructiva y estética identificadas del ACGME, se describieron modelos de simulación para el 58.8% de estas, cubriendo mayoritariamente la cirugía reconstructiva (84.2%) mientras que para la cirugía estética fue del 13.3%.

CONCLUSIÓN: Existe gran cantidad de competencias sin modelos simulados en Cirugía Plástica, especialmente en el área estética. El desarrollo de nuevos modelos de enseñanza debe enfocarse en llenar estos vacíos para mejorar las herramientas educativas en nuestra especialidad.



ENTRENAMIENTO SIMULADO DE COLGAJOS LOCALES EN UNA SUPERFICIE CONVEXA: AMPLIANDO LA ENSEÑANZA DE HABILIDADES QUIRÚRGICAS BÁSICAS

Rodrigo Tejos, Paloma Pozo, Eduardo Orellana, Christian Aguilar, Martín Inzunza, Alvaro Cuadra, Diego Marre, Claudio Guerra, Susana Searle, Alfonso Navia

Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Existen diversos modelos para entrenar colgajos locales; sin embargo, la práctica en superficies convexas ha sido poco explorada.

OBJETIVOS: Evaluar el desempeño de alumnos de medicina en la adquisición de técnicas de colgajos locales en un modelo simulado convexo de cuero cabelludo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio experimental no aleatorizado. Se diseñó un programa de entrenamiento utilizando un modelo de simulación definido a partir de un consenso de expertos. El modelo se confeccionó utilizando piel de cerdo ex vivo sobre un cráneo humano. Se realizaron videgrabaciones de cada participante realizando un colgajo de avance y de rotación antes de comenzar el entrenamiento y al terminar el programa. Se asignaron puntajes de desempeño de acuerdo con la escala OSATS. Se compararon las evaluaciones iniciales y finales utilizando estadística no paramétrica.

RESULTADO: Se incluyeron 21 participantes. Todos aumentaron significativamente sus puntajes OSATS al comparar la evaluación inicial con la final tanto en colgajo de avance (15 [13-16] vs 23 [22-24] $p < 0.001$) como en colgajo de rotación (15 [14-17] vs 24 [23-25] $p < 0.001$).

CONCLUSIÓN: El uso de un modelo de colgajos locales en una superficie convexa es efectivo para desarrollar habilidades básicas de colgajos locales en alumnos de medicina. Consideramos que la enseñanza quirúrgica debe continuar avanzando en el desarrollo de modelos simulados de complejidad creciente.



ENFRENTANDO DESAFÍOS EDUCACIONALES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: NOVEDOSO MODELO SIMULADO DE MARCAS DE PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA REDUCCIÓN MAMARIA

Rodrigo Tejos, Alfonso Navia, Gonzalo Yañez, Diego Marre, Alvaro Cuadra, Claudio Guerra, Susana Searle

Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La pandemia COVID-19 ha afectado a las especialidades quirúrgicas, concentrando su actividad principalmente en las cirugías de urgencia. En este contexto, las residencias de cirugía plástica enfrentan un desafío educativo adicional ya que la mayor parte de su actividad quirúrgica es electiva. En nuestra institución, los residentes de primer año comienzan sus programas de capacitación en junio, que coincidió con el peak de casos de COVID-19 en Chile. Para poder mantener la enseñanza de cirugías como la reducción mamaria, tuvimos que implementar diferentes estrategias manteniendo la distancia social y minimizando la exposición. Encontramos que las mamas de silicona externas vendidos como juguetes sexuales eran baratas, reproducibles y tenían una anatomía realista, así que compramos un modelo para ponerlo a prueba en la marcación mamaria. El modelo se compró en www.aliexpress.com, con el proveedor de CYOMI Crossdressing Store. El costo fue de US \$ 91 incluyendo el envío a Santiago, Chile y el tiempo de entrega fue de aproximadamente 1 mes.

OBJETIVOS: El objetivo fue identificar y describir un modelo de simulación para la enseñanza de marcas de planificación quirúrgica en reducción mamaria.

CONTENIDO DE VIDEO: En el video se muestra una representación de un marcado estándar de reducción mamaria según el patrón de Wise. Se observa que las mamas son hipertróficas, ligeramente asimétricas, hechos de silicona flexible y lavable, con un tacto suave y maleable. El modelo fue montado en un maniquí para simular un paciente de pie, pero podría montarse en un cuerpo humano para ahorrar este costo. Los surcos submamarios están bien definidos e incluso el modelo tiene impresas reparaciones anatómicas como las clavículas o la escotadura esternal. Finalmente se observa que el modelo es fácil de limpiar, por lo que puede re-utilizarse. El COVID-19 ha influido en la búsqueda de nuevas herramientas para mantener la formación de los residentes, en donde la simulación cada vez gana más terreno. Creemos que las mamas de silicona externas son un modelo alternativo de entrenamiento prometedor para los residentes, ya que son muy similares a la realidad, baratas, disponibles y reutilizables.

TRASPLANTE DE CABELLO CON INJERTO DE GRASA PREVIO: RESULTADOS PRELIMINARES Y CORRELACIÓN ECOGRÁFICA

N. Carreño, A. Navia, D. Roselló, X. Wortsman

Pontificia Universidad Católica De Chile

INTRODUCCIÓN: El trasplante de cabello ha sido ampliamente utilizado para el tratamiento de la alopecia, siendo la técnica de Extracción de Unidades Foliculares (EUF) la más utilizada. El injerto de grasa también ha sido un tema de vanguardia, contribuyendo con factores de crecimiento y células madre en el área receptora.

OBJETIVOS: La recolección de grasa se puede realizar como un procedimiento mínimamente invasivo y su injerto en la piel cicatricial ha demostrado mejorar su calidad, por lo que proponemos utilizar este método antes del trasplante de cabello para optimizar el área receptora y la captación del folículo.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos un estudio observacional retrospectivo de reporte de casos, analizando cuatro pacientes con alopecia cicatricial y suficiente grasa abdominal como sitios donantes de injerto. Preoperatoriamente se realizó estudio ecográfico de alta definición para evaluar las alteraciones de la cicatrización cutánea. Luego, se realizó una liposucción menor bajo anestesia tumescente local usando la fórmula del Dr. Klein. Las zonas de grasa donante elegidas fueron abdomen superior, inferior y lateral así como el interior y exterior del muslo. La infiltración de la fórmula se realizó en partes proporcionales en cada una de las áreas mencionadas. Se recogió la grasa profunda del abdomen y se procesó mediante decantación por gravedad. Luego, la grasa pura se transfirió utilizando cánulas de 2 mm en un plano suprafascial con o sin combinación con subincisión de cicatriz. Después de 30 a 50 días, completando la captación e integración final del injerto de grasa, se programó el trasplante de cabello con ultrasonido postoperatorio previo para evaluar los cambios del injerto de grasa en la piel cicatricial.

RESULTADO: En los cuatro casos analizados, tras el injerto de grasa se observó mejoría clínica sobre la región afectada y la ecografía postoperatoria mostró un aumento del grosor de la piel, así como una mayor vascularización local con mejores condiciones locales para recibir un injerto de cabello. Posteriormente, se realizó el trasplante de cabello con técnica EUF, observando resultados clínicos favorables y objetivados por ecografía.

CONCLUSIÓN: El injerto de grasa antes del trasplante de cabello es un procedimiento simple, de bajo riesgo y económico, que requiere un equipo mínimo y que puede mejorar la calidad de la piel cicatricial, especialmente cuando hay vascularización mínima de la piel receptora y atrofia severa, con dermis e hipodermis tan finas que no permite injertar un folículo. Se necesitan más estudios para evaluar su impacto real en el trasplante de cabello.

REPAIR OF INFERIOR ALVEOLAR NERVE IN ORTHOGNATHIC SURGERY SIMULATOR (RIANOS): MODELO DE ENTRENAMIENTO COMBINADO DE IMPRESIÓN 3D Y NERVIIO CIÁTICO DE POLLO

Maria Fernanda Rojas, Alfonso Navia, Cristian Teuber, Sebastian Tapia, Ignacio Gofñi, Alex Vargas, Hernán Ramírez, Claudio Guerra, Álvaro Cuadra, Susana Searle

Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La transección accidental del nervio alveolar inferior (NAI) durante la osteotomía sagital bilateral (OSB) en la cirugía ortognática tiene una incidencia reportada de hasta un 7% de acuerdo a diferentes series, determinando alteraciones sensitivas importantes en los pacientes. La reparación apropiada intraoperatoria demanda la necesidad de tener habilidades para realizar una anastomosis microquirúrgica. No han sido descritos modelos de entrenamiento que simulen este escenario.

OBJETIVOS: El propósito de nuestro estudio fue desarrollar y validar un simulador de bajo costo, reproducible para el entrenamiento de reparación del NAI durante la OSB.

MATERIAL Y MÉTODO: El TAC de un paciente de cirugía ortognática fue modificado y un modelo 3D de la mandíbula con OSB fue desarrollado e impreso. La anatomía del muslo de pollo fue revisada, y los nervios ciáticos de 2.5 mm fueron disecados y montados en el modelo. Para simular la profundidad del trabajo intraoral, el modelo fue puesto en el interior de un fantoma dental o de una caja de guantes médicos. El modelo fue probado por un grupo de expertos (n=12), simulando la reparación de un NAI transectado en la boca empleando lupas o un microscopio de entrenamiento quirúrgico de doble visión. Se realizó una encuesta para evaluar la validez de apariencia y contenido del modelo.

RESULTADO: El modelo se llamó RIANOS por sus siglas en inglés (Repair of Inferior Alveolar Nerve in Orthognathic Surgery Simulator). El costo de la impresión 3D de cada modelo fue de aproximadamente \$3 USD y el archivo de diseño es de fuente abierta y está disponible para ser descargado. Todos los expertos estuvieron fuertemente de acuerdo en que el modelo es útil para entrenar la reparación microquirúrgica del NAI, y consideran implementarlo con sus residentes.

CONCLUSIÓN: Desarrollamos un simulador de bajo costo, reproducible, de fuente abierta para el entrenamiento de reparación del NAI durante la OSB de la cirugía ortognática. Se realizó la validación de apariencia y contenido del modelo por un grupo de expertos.

PERFORACIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN DE LIPOSUCCIÓN DE DORSO CON LIPOINJERTO GLÚTEO. CASO CLÍNICO

Eduardo Orellana, Rodrigo Tejos, Martín Inzunza, Alfonso Navia, Diego Marre, Alvaro Cuadra, Susana Searle, Eduardo Viñuela, Claudio Guerra

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La liposucción es una de las cirugías estéticas más comunes realizadas en el mundo, implica la extracción de tejido celular subcutáneo, variando con una tasa de complicaciones que varía entre el 1 al 9% según los reportes. La perforación intestinal es una complicación rara, pero con una morbilidad descrita entre 15 y 50% según series internacionales.

OBJETIVOS: El propósito del estudio es describir una complicación infrecuente de la lipoaspiración, así como el manejo realizado.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso. Ficha clínica.

RESULTADO: Se presenta un paciente, masculino, 35 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. En diciembre de 2020 se realiza lipoaspiración de abdomen y dorso más lipoinjerto glúteo en clínica privada de Santiago de Chile, dado de alta en el primer día post operatorio. Consulta al servicio de urgencias de centro de origen el mismo día del alta por cuadro de dolor, distensión abdominal, náuseas, vómitos y compromiso del estado general. Se realiza manejo sintomático y es re-enviado a su domicilio con analgésicos orales. Paciente persiste con síntomas, por lo que decide acudir al Hospital clínico UC al segundo día del postoperatorio. A su ingreso en servicio de urgencias UC paciente se encuentra taquicárdico, hipotenso, destacando leucocitosis, pH 7.24 y falla renal aguda. TAC AP informa neumoperitoneo, enfisema subcutáneo y cambios inflamatorios en pared abdominal anterior y posterior, sin identificar sitio de perforación. Se realiza estabilización clínica del shock, con respuesta favorable momentánea a volumen y transfusión de hemoderivados. Durante la madrugada con deterioro clínico importante, por lo que se decide laparoscopia exploradora de urgencia, donde se evidencian múltiples perforaciones de íleon y peritonitis de cuatro cuadrantes, convirtiendo a cirugía abierta. Se realiza resección de 60cms de íleon con anastomosis primaria. Evoluciona grave, requiriendo manejo intensivo en unidad de paciente crítico, alto requerimiento de drogas vasoactivas, por lo que es evaluado por equipo de Cirugía Plástica y ante sospecha de fascitis necrotizante de lipoinjerto contaminado, se explora zona glútea, dando salida a grasa licuefacta purulenta, lo cual se resuelve con múltiples aseos quirúrgicos y trabajo con equipo multidisciplinario. Luego de 60 días de hospitalización, es dado de alta con tratamiento antibiótico oral y rehabilitación ambulatoria.

CONCLUSIÓN: La perforación intestinal en la lipoaspiración es un evento infrecuente, pero potencialmente mortal. Consideramos que la sospecha diagnóstica precoz es fundamental para evitar un desenlace potencialmente letal. El enfoque multidisciplinario en un centro hospitalario de alta complejidad es fundamental para el adecuado manejo de este tipo de complicaciones.

ÚLCERAS POR PRESIÓN: EL DESAFÍO FINAL EN EL CAMINO DEL PACIENTE COVID - 19

Edmundo Ziede, Eduardo Orellana, Rodrigo Tejos, Michel Olivera, Alfonso Navia, Diego Marre, Alvaro Cuadra, Claudio Guerra, Susana Searle

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La pandemia por coronavirus (COVID – 19) ha puesto a prueba a los sistemas de salud de todo el mundo. Las úlceras por presión (UPP) desarrolladas en los pacientes con hospitalización prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) incrementan los días de hospitalización y costos asociados a esta patología.

OBJETIVOS: Calcular los costos asociados a la resolución quirúrgica de UPP en pacientes COVID-19 y exponer los factores asociados a la pandemia que promueven el desarrollo de esta complicación.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de los registros clínicos electrónicos de los pacientes hospitalizados por COVID-19 durante el período abril 2020 y abril 2021 que desarrollaron una UPP y que requirieron manejo quirúrgico. Cálculo de costos asociados a cada atención. Además se realizó una sesión de lluvia de ideas (brainstorming) para el análisis y propuesta de los factores adicionales producto de la pandemia que han dificultado la atención de estos pacientes

RESULTADO: Durante el período analizado se operaron un total de 19 pacientes, 79% hombres, promedio de edad 60 años. Los pacientes que desarrollaron una UPP grado III-IV requirieron de una a cuatro cirugías, desde aseos a cobertura final de las lesiones, sumando una hospitalización de aproximadamente 25 días adicionales, generando un costo de \$610.000/día y un costo total de \$315 millones al sistema de salud durante un año de pandemia. Estos costos podrían reducirse por completo cuando se implementen medidas adecuadas de prevención y progresión. Los pacientes que se recuperan enfrentan además múltiples interurrencias y la recta final para el tratamiento de la UPP. Luego de una sesión de lluvia de ideas con expertos, pudimos identificar factores de riesgo de UPP asociados a la pandemia. Inicialmente, el miedo por parte del personal para entrar en contacto con estos pacientes, determinó una menor frecuencia de medidas anti-upp. Posteriormente el personal se enfrentó múltiples olas de pacientes, sobrecarga laboral, fatiga física y psicológica, desarrollo de burnout, uso permanente de elementos de protección personal, contratación de personal inexperto, incrementando la vulnerabilidad del paciente.

CONCLUSIÓN: El COVID-19 ha generado un aumento en los casos de UPP dado los largos tiempos de hospitalización y gravedad de los pacientes. Además de identificar factores de riesgo asociados a la pandemia que afectan tanto el desarrollo de UPP en pacientes críticos como la manifestación de problemas en los profesionales de la salud, por lo que los esfuerzos deben enfocarse en manejar estos factores de forma adecuada, pues es la medida más costo efectiva.

RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POST-RESECCION EN BLOQUE POR ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO.

J Gavilanes, J Camacho, C Dominguez, I Miranda, C Erazo.

Servicio de Cirugía General, Hospital Clínico de la Universidad de Chile Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La endometriosis de pared abdominal se define como la existencia de tejido endometrial funcional dentro de los componentes de la pared abdominal, debido a su baja incidencia muchos casos son diagnosticados después de un largo período de estudios y de dolor cíclico de las pacientes por lo que la sospecha clínica en estos casos resulta esencial.

OBJETIVOS: Presentar un caso de esta patología infrecuente y comentar nuestra experiencia como centro en el tratamiento de la endometriosis de la pared abdominal.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino de 27 años de edad con historia de tiroidectomía por carcinoma papilar de tiroides y una cesárea hace seis años, cursa con historia de cinco años de evolución de dismenorrea y sangrado uterino anormal, sin dispareunia, sin síntomas vesicales ni rectales. Se realiza diagnóstico de endometriosis, inicialmente en tratamiento con anticonceptivos orales, con respuesta parcial por lo que se instaura tratamiento con leuprorrelina, debido a dismenorrea y a síntomas secundarios a la terapia se decide manejo quirúrgico. Se realiza ecografía de pared abdominal que reporta: cambios postquirúrgicos de pared abdominal suprapúbica, nódulos sólidos y nódulo sólido-quísticos adyacentes al plano de la aponeurosis e intermuscular con características de nódulos endometriósicos múltiples. Se realiza resonancia magnética encontrando: gran nódulo endometriósico sólido en el espesor de los rectos abdominales con algunas áreas quísticas/hemorrágicas que comprometen todo el espesor muscular contactando la aponeurosis de aproximadamente 45x17x34mm, se observan también algunas finas adherencias desde la aponeurosis posterior del recto abdominal derecho a la pared anterior de la vejiga sin tracción, además de un segundo foco de endometriosis en el espesor del tejido celular subcutáneo a nivel de la cicatriz quirúrgica y lateralizado a izquierda con contornos algo espiculados, con focos hemorrágicos en su interior que mide 50x20x20mm. Sin elementos morfológicos sugerentes de endometriosis profunda pelviana ni endometriomas anexiales. Con esos antecedentes se realizó una laparoscopia exploradora con resección en bloque de implantes de endometriosis de tercio inferior de músculo recto anterior derecho del abdomen, resección de cicatriz previa y peritoneo infiltrado seguido de una reconstrucción de pared abdominal con separación de componentes con instalación de malla de Vicryl y malla de Prolene (malla doble en técnica de sándwich) además de una miniabdominoplastia. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio inmediato, se decide alta. En los controles ambulatorios con buena evolución, sin hallazgos sugerentes de bulging o de herniación a través de reparación de defecto abdominal.

RESULTADO: Se reporta un caso de una patología infrecuente como la endometriosis de la pared abdominal cuyo diagnóstico requiere alta sospecha clínica.

CONCLUSIÓN: La endometriosis de la pared abdominal es una patología infrecuente que debe sospecharse cuando existe sintomatología de dolor cíclico de la pared abdominal en pacientes con antecedente de cirugías que involucran acceso a la cavidad uterina. El tratamiento quirúrgico es el que ha demostrado la menor tasa de recidivas. En función del tamaño de la resección, se debe planear una reconstrucción adecuada de la pared abdominal para lograr el mejor resultado funcional y estético para nuestras pacientes.

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA POSTBARIÁTRICA : FRECUENCIA Y TIPO

M. Fontbona, R. Mera, M.F. Echeverría, M.J. Jugo, A. Bautista, R. Cabello, A. Hasbun, J.P. Sorolla, P. Wisnia
Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar de Santiago, Universidad de Los Andes, Universidad Finis Terra

INTRODUCCIÓN: El exceso y caída de piel secundarios a la baja de peso post cirugía bariátrica requiere cirugías específicas para su corrección. Los cambios cutáneos , nutricionales y grasa residual contribuyen a la presencia de complicaciones, descritas internacionalmente entre 10 y 66 %. Existen escasos estudios en nuestro país que evidencien frecuencia y tipo de estas complicaciones.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar la frecuencia y tipo de complicaciones en pacientes que se han realizado cirugías postbariátricas en el Hospital Militar.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron las fichas médicas de pacientes operados de cirugías postbariátricas entre Enero 2012 y Marzo 2021. Se registraron número de pacientes, edad, sexo, cirugía y presencia de complicaciones. En quienes presentaron complicaciones se consignó índice de masa corporal, comorbilidades, cirugía realizada, tipo de complicación. Se utilizó la escala de Clavien - Dindo para clasificarlas basado en el tratamiento requerido.

RESULTADO: Se operaron 136 pacientes (120 mujeres y 16 hombres). La edad promedio fue 35años (20 - 67). Las cirugías más frecuentes fueron abdominoplastía (99 pacientes) y reducción mamaria (25). Se asociaron cirugías en 20 casos. Hubo complicaciones en 48 pacientes (34,5%). EL IMC promedio fue de 26,8 (20-33). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipotiroidismo y tabaquismo. Las complicaciones ocurrieron con más frecuencia en abdominoplastia clásica (19 casos), abdominoplastia en flor de Lis (9), abdominoplastia circunferencial (9). Las complicaciones más frecuentes fueron dehiscencia menor (16 casos), seroma (10), hematoma (4), epidermólisis (9), infección de herida operatoria (9). No hubo eventos tromboembólicos ni mortalidad. Según Clavien – Dindo, las complicaciones fueron grado I : 30 casos, grado II : 13, grado III : 5. Los pacientes grado I y II requirieron manejo médico (punciones de drenaje, curaciones y antibióticos principalmente) y los pacientes grado II requirieron manejo quirúrgico.

CONCLUSIÓN: Los pacientes que han sido operados de cirugías postbariátricas presentan alta frecuencia de complicaciones postoperatorias. Su frecuencia y tipo se presentan en nuestra casuística dentro de los rangos descritos en publicaciones internacionales. Estas se correlacionan con alteraciones cutáneas y nutricionales propias de la baja masiva de peso, sin embargo la mayoría son complicaciones menores y pueden ser tratadas con manejo médico en forma ambulatoria.

EVALUACIÓN DE RECIDIVA DE LESIONES QUELOIDEAS MEDIANTE CONTROL POR TELEMEDICINA EN CONTEXTO DE ESTALLIDO SOCIAL Y PANDEMIA.

C. Aguilar, D. Moreno, M. Gaete, D. Campos, R. Tejos, A. Alfaro, C. Bolados, Á. Cuadra

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La encuesta telefónica y los medios digitales como telemedicina, serían probablemente elementos útiles para evaluar recidiva de lesiones queloides y satisfacción del paciente. Los queloides se deben a fibroproliferación exagerada, su incidencia se estima en 4,5 a 16% en población hispana y sobre 16% en africanos. En Chile el estallido social y luego la pandemia de Covid 19, limitaron el acceso presencial de los pacientes a controles médicos.

OBJETIVOS: Evaluar la factibilidad de establecer recidiva de lesiones queloides por control por telemedicina y evaluar la conformidad con el procedimiento

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, en donde se realizó una búsqueda de los pacientes operados con el diagnóstico de queloides entre Enero de 2006 a marzo de 2020, con un total de 66 pacientes los que fueron encuestados por vía telefónica. Se aplicó una encuesta de preguntas simples y se contrastaron las respuestas de reaparición de lesiones con ficha clínica. Se analizaron los resultados con estadística descriptiva.

RESULTADO: Contestaron la encuesta 31 pacientes, los cuales una gran mayoría son pacientes de mediana edad, en su mayoría mujeres, en un 58% de regiones. La gran mayoría informó sentirse de mejor ánimo después del procedimiento, incluso en aquellos pacientes con recidiva, además los pacientes con percepción de recidiva mostraron sentirse satisfechos en su mayoría. Al objetivar la sensación de reaparición versus la recidiva, en evaluación clínica, del total de 15 pacientes que informaron reaparición, solo 4 de estos eran reales. El 90% de los pacientes recomendaría a alguien más hacerse una cirugía de tratamiento de queloides.

CONCLUSIÓN: La evaluación telefónica mostró que gran parte de los pacientes se sentían satisfechos con el tratamiento quirúrgico de las lesiones queloides, incluso aquellos pacientes con recidiva. Es factible el control telefónico, pero poco objetivo a la hora de establecer recidivas reales.



DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CICATRICES QUELOIDES. EXPERIENCIA EN LA RED DE SALUD UCCHRISTUS ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2020.

D. Moreno, C. Aguilar, M. Gaete, D. Campos, C. Bolados, A. Alfaro, S. Searle, C. Guerra, Á. Cuadra.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La cicatrización patológica está definida como un proceso de cicatrización anormal, que no devuelve la integridad anatómica, funcional y/o estética de la piel. Va desde la falta de cicatrización hasta la cicatrización excesiva, siendo en este último subgrupo donde se encuentra la cicatrización queloide e hipertrófica, siendo una diagnóstico diferencial de la otra.

OBJETIVOS: Caracterizar los pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos de cicatrices queloides y evaluar la sensibilidad de la evaluación clínica respecto al resultado anatomopatológico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional transversal retrospectivo, se incluyeron todos los pacientes operados en la Red de Salud UCChristus entre enero del 2006 y mayo 2020 se realizó un total de 14.656 procedimientos quirúrgicos, siendo 68 de ellos identificados como resecciones de cicatrices queloides. Se excluyeron del estudio los pacientes con datos incompletos, aquellos que tras la evaluación completa no correspondían al tratamiento, quienes rechazaron participar del estudio. Se evaluaron los datos demográficos de los pacientes y se registró tanto el diagnóstico clínico de la cicatriz patológica y el diagnóstico histopatológico, que fue comparado con el diagnóstico clínico. Se realizó análisis con estadística descriptiva y el cálculo de la sensibilidad (Queloides con diagnóstico anatomopatológico/muestra).

RESULTADO: Se identificaron un total de 66 pacientes sometidos a resecciones de cicatrices queloides. El 74.2%(49) correspondió a pacientes de sexo femenino. La mediana de la edad de la muestra fue de 32(RIQ: 27-38). El 63.6%(42) de los pacientes provinieron de la región metropolitana. Respecto a la ubicación de las lesiones el 35.2%(25) estaban en cara o cabeza, el 26.7% (19) en extremidades, 25.4%(18) en tórax o dorso y 12.7%(9) en abdomen o zona lumbar. Del total de 66 pacientes, el 93.9%(62) fue sometido a una resección total de la lesión y la técnica de reconstrucción fue cierre primario con colgajo local en el 62.1%(41). El 85%(56) de las lesiones fueron biopsiadas, en este subgrupo el 78.5%(44) coincidió con el diagnóstico clínico de cicatriz queloidea. La sensibilidad del examen clínico fue de 78.6%. No se identificaron neoplasias en la muestra estudiada.

CONCLUSIÓN: Los pacientes operados fueron principalmente mujeres jóvenes. Se realizaron resecciones totales y reconstrucciones con colgajos locales en la mayoría de los pacientes. Del grupo biopsiado, coincidió en la mayoría de los casos el diagnóstico clínico con el anatomopatológico de queloide, sin embargo, el examen clínico no reemplaza el diagnóstico anatomopatológico y es fundamental contar con este último por seguridad del paciente y terapia óptima.

LESIONES POR PRESIÓN EN LA PANDEMIA COVID-19: UN CAMBIO DE PARADIGMA. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS.

Mariluna Corvalán; Carlos Domínguez; Claudia Albornoz; Stefan Danila; Cristián Erazo; Sergio Sepulveda
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: De forma histórica las Lesiones Por Presión (LPP) se han asociado a pacientes postrados o ancianos, considerando como principales localizaciones los puntos de apoyo de las posiciones decúbito supino, decúbito lateral y sedestación. Con la llegada de la pandemia COVID-19 y la saturación de las UPC con pacientes respiratorios graves y de evolución tórpida, se han desencadenado distintos fenómenos. Entre ellos, el uso del prono como estrategia prácticamente de regla para mejorar los parámetros ventilatorios y la sobreexigencia del equipo de salud determinaron la aparición de LPP en nuevas ubicaciones.

OBJETIVOS: En el presente trabajo se expone el cambio de paradigma que ha implicado la pandemia COVID-19 en el patrón de presentación de las LPP, proponiéndose un esquema de manejo por fases, desde curaciones simples, hasta los cuidados post reparación quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de pacientes evaluados por el equipo de Cirugía Plástica, entre el 15 de marzo 2020 y el 15 de enero 2021 en un centro universitario. Como criterio de inclusión se utilizó la presencia de una o más LPPs y se clasificaron según localización, grado y presencia de coinfección por SARS-CoV 2.

RESULTADO: Se analizó una serie de 22 casos de pacientes hospitalizados, que presentaron 30 LPP en distintas localizaciones: sacra (13), occipital (2), talón (4), subcostal (2), cresta ilíaca (2), rodilla (1), pubis (1), peneana (2), pabellón auricular (2), orfijos (1). Calificadas según su profundidad en grado I (0), grado II (5), grado III (7) y grado IV (18). Presentan una edad promedio de 54,9 años, siendo un 69,2% de sexo masculino; contando con una estadía hospitalaria de 107 +- 50 días en promedio. Del total de LPP, un 55% se manejó de forma conservadora y en un 45% se realizó aseo quirúrgico y bursectomía/escarectomía y cobertura con colgajos músculo-cutáneo, fascio-cutáneo o de perforantes en al menos dos tiempos. Se realizó un manejo en etapas: Fase Aguda de curaciones avanzadas y cuidados médicos, Fase de Preparación que culmina con la cirugía de cobertura y Fase de Cuidados Postoperatorios.

CONCLUSIÓN: Los casos analizados evidencian uno más de los tantos desafíos a los que nos ha enfrentado la pandemia COVID-19, siendo las LPP en particular un fenómeno que involucra directamente al equipo quirúrgico. Tras la aplicación de antiguos conocimientos, en conjunto con la exploración de nuevas técnicas, se propone un manejo por etapas: Fase Aguda, Fase de Preparación y Fase de Cuidados Postoperatorios.

COLGAJO PERFORANTE SAFENO PARA RECONSTRUCCIÓN DE RODILLA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

R.A Macchiavello, C. SotoHospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: Los defectos de cobertura de la rodilla constituyen un ejercicio reconstructivo desafiante. El conocimiento avanzado de la irrigación de la piel y su fisiología ha llevado al nacimiento de los colgajos perforantes. El colgajo de perforantes de la arteria safena es uno de ellos. Lo proponemos como opción reconstructiva válida mediante la presentación de un caso de cobertura de rodilla secundario artritis séptica severa.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de cobertura de defecto de rodilla exitoso mediante la utilización del colgajo perforante safeno

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente masculino, 42 años, antecedentes de esquizofrenia, OH y policonsumo. Consulta en regulares condiciones, hipotermia, confuso, con lesión ulcerada en rodilla izquierda, TAC de rodilla demuestra artritis séptica. Se realizan cuatro aseos quirúrgicos por parte de equipo de Traumatología, resultando defecto de cobertura rodilla de 10 cm de diámetro con exposición de patela. Una vez resuelta la infección, se realiza por equipo de Cirugía Plástica cobertura con colgajo perforante safeno, identificando perforantes con doppler, rotado en 90 grados, cubriendo totalidad del defecto sin tensión, zona dadora con cierre primario más injerto de piel parcial.

RESULTADO: Paciente evoluciona con celulitis leve del colgajo, manejado satisfactoriamente con antibióticos endovenosos. Logra cobertura estable y rango de movilidad de articulación funcional. Es dado de alta a los 10 días de la intervención.

CONCLUSIÓN: El colgajo perforante de arteria safena puede ser una opción viable para reconstrucción de defectos alrededor de la articulación de la rodilla

EXPERIENCIA CON COLGAJO DE ARTERIA INTERÓSEA POSTERIOR PARA RECONSTRUCCIÓN DE MANO QUEMADA: SERIE DE CASOS

R.A Macchiavello, C. Soto

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: Las soluciones empleadas para cubrir defectos en mano quemada incluyen la realización de injertos cutáneo, colgajos libres o pediculados del antebrazo. El colgajo de arteria interósea posterior presenta cualidades como buen arco de rotación, seguridad y baja morbilidad, ya que al contrario del colgajo radial, no interrumpe ningún eje vascular mayor. Se pretende presentar este colgajo como opción terapéutica válida en pacientes con defectos en mano quemada

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia con una serie de casos de defecto de cobertura en mano quemada reconstruidos con colgajo de arteria interósea posterior

MATERIAL Y MÉTODO: Durante el periodo de Agosto 2019 - Agosto 2021 se realizaron 4 colgajos de arteria interósea posterior en 4 pacientes, todos de sexo masculino, promedio de edad 62 años, 3 con quemaduras eléctricas y 1 por fuego, 3 defectos dorsales y 1 volar, en 2 casos se complementó cobertura con injerto de piel total, 1 caso con injerto de piel parcial y 1 con colgajo radial reverso

RESULTADO: En esta serie de casos no hubo complicaciones quirúrgicas, con vitalidad del cien por ciento, sin casos de deshicencias o infección. Pacientes inician precozmente protocolo de compresión y rehabilitación, con adecuado resultado estético y funcional

CONCLUSIÓN: El colgajo de arteria interósea posterior demostró ser una alternativa confiable y efectiva para cubrir defectos de mano quemada dentro del rango de su pedículo



COLGAJO DE ROTACIÓN EN ESPEJO PARA RECONSTRUCCIÓN DE CUERO CABELLUDO

Camilo Bustos Ramírez, Hugo Hernández Vergara, Camila Rojas Rivera, Wilfredo Calderón Ortega

UNIVERSIDAD DE CHILE. HOSPITAL DEL SALVADOR

INTRODUCCIÓN: La pérdida de tejido del cuero cabelludo ha acompañado al ser humano desde sus inicios. Tanto la pérdida parcial como total del cuero cabelludo obligan a un enfoque quirúrgico. Para pérdidas menores de 3 cm. se puede recurrir al cierre por primera intención. Para defectos mayores, se debe recurrir a otras alternativas quirúrgicas como injertos o colgajos dependiendo de la ubicación de la lesión y, también, de su extensión.

OBJETIVOS: Presentar la reconstrucción de cuero cabelludo en una paciente con una lesión en región occipital mediante un colgajo doble en espejo.

CONTENIDO DE VIDEO: Mujer de 76 años con síndrome de fragilidad sufre caída en escalera resultando herida con pérdida de tejido en región occipital de cuero cabelludo de 6 x 5 cm. Se realiza aseo quirúrgico de la lesión. Se diseña colgajo de rotación doble. Se instila solución vasoconstrictora. Se rota colgajo doble en espejo con cobertura completa de defecto primario. El defecto secundario se cierra en primera intención ayudados de la decolación del tejido.

COLGAJOS LIBRES PARA DEFECTOS DE COBERTURA. EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL LA FLORIDA.

Francisco Podesta, Ignacio Zamora, Carlos Barril, Alvaro Cambara, Omar Chavez, Nohelia Abou Kheir
Hospital La Florida

INTRODUCCIÓN: Existen múltiples opciones de reconstrucción para defectos de cobertura, dentro de las cuales la microcirugía tiene un rol protagónico, siendo actualmente una técnica segura, reproducible y con altas tasas de éxito. Lo anterior la sitúa como la principal opción para coberturas complejas.

OBJETIVOS: Presentar la experiencia del Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva (ECP) del Hospital La Florida (HLF) en colgajos libres, desde su constitución en junio del 2019 hasta la fecha.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos descriptiva retrospectiva, de pacientes cuya intervención por el ECP consistió en uno o más colgajos libres, realizados en el HLF entre junio del 2019 y junio de 2021, recopilando datos como edad, sexo, causa del defecto, tipo de colgajo usado y éxito o no de la intervención.

RESULTADO: Se realizaron un total de 13 colgajos libres en 11 pacientes en el periodo descrito, 77% pacientes de sexo masculino, con edad en promedio 36±19 años. El tipo de colgajo mas utilizado fue el anterolateral de muslo (ALT) fasciocutaneo, en 10 casos. La zona a reconstruir fue extremidad superior en 2 casos y extremidad inferior en 11 casos. Con respecto a la causa del defecto de cobertura, el trauma fue la mas frecuente (62%), seguidos por los secundarios a amputaciones por causa infecciosa (30%). Se consideró exitosa la cirugía en 10 de 11 pacientes. Con tres pérdidas de colgajo en un mismo paciente por patología trombofílica.

CONCLUSIÓN: La cobertura de casos complejos mediante microcirugía supone un desafío cuando se realiza en centros de bajo volumen y por equipos que están iniciando su experiencia en este tipo de reconstrucciones. En nuestro centro hemos demostrado buenos resultados logrando resolver satisfactoriamente la gran mayoría de estos casos.

HIPERTROFIA MAMARIA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y ROL DE LA MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN EN MUJERES DE LA COMUNA DE MELIPILLA

Raúl Mera Vargas, Eduardo Morales Meza

Universidad Finis Terrae, Hospital San José de Melipilla

INTRODUCCIÓN: La hipertrofia mamaria (HM) es el volumen mamario excesivo en mujeres. Esta puede afectar la calidad de vida relacionada con la salud, ya que refieren diversos síntomas y alteraciones en sus actividades cotidianas en relación al tamaño y peso de sus mamas (cefalea, dolor cervical, de hombros, dorsal, lumbar, peso mamario, intertrigo persistente bajo las mamas, surcos y marcas por el sostén, así como dificultades para encontrar ropa adecuada y problemas para realizar actividad física. Puede generar trastornos psíquicos por la fobia dismórfica, afectando la autoestima y las relaciones interpersonales.

OBJETIVOS: analizar como la hipertrofia mamaria impacta en la calidad de vida de las mujeres de la comuna de Melipilla (Chile), y rol de la mamoplastía de reducción para mejorarla. Determinar si existe asociación entre el volumen resecado y edad con el nivel de satisfacción. Hipótesis: la satisfacción posoperatoria es independiente del volumen resecado, pero dependiente de la edad en proporción directa.

MATERIAL Y MÉTODO: Se utilizó un cuestionario BRS (Breast Related Symptoms), desarrollado por Kerrigan y cols, traducido al español por Mangelsdorff y cols. Es un instrumento simple y conciso, que mediante trece preguntas evalúa la presencia y gravedad de síntomas y alteraciones atribuibles al tamaño de las mamas. A cada pregunta se le asigna puntajes de 1 a 5, donde 1 corresponde a un síntoma o alteración siempre presente y 5 si nunca lo está. Así se logra un puntaje mínimo de 13 puntos, y un máximo de 65. A mayor puntaje, mejor calidad de vida, es decir, los síntomas y alteraciones evaluadas son menos frecuentes o están ausentes. La aplicación del cuestionario fue realizada por encuestador entrenado.

RESULTADO: Solo el tiempo es significativo para modelar el porcentaje de respuesta. En el periodo preoperatorio, el puntaje medio fue de 26.95, mientras que en el periodo posoperatorio fue más del doble (62.38). No hay evidencia para decir que las variables edad y volumen, se asocian significativamente al tiempo quirúrgico, (valores-p mayores a una significancia estadística de 0.05).

CONCLUSIÓN: satisfacción de las pacientes. Esta conclusión es válida tanto para el análisis por pregunta como para el del puntaje total. No había evidencia para relacionar las variables: volumen de tejido resecado y edad como determinante en el nivel de satisfacción.

COLOPROCTOLOGÍA



HIDATIDOSIS PÉLVICA PRIMARIA COMO PRESENTACIÓN INHABITUAL. REPORTE DE UN CASO

Fatme Díaz Gasaly, Juan Andrés Mansilla Espinosa, Roberto Durán Fernández

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Anestesiología y Traumatología Servicio de cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad hidatídica, es una infección zoonótica, causada por un parásito en su estado larvario del género *Echinococcus granulosus*, el humano es un huésped intermediario en el ciclo biológico. La afectación más frecuente es hepática (50-70%), pulmonar (20-30%), seguido de los riñones, bazo y músculo (<5%). La equinocosis pélvica primaria, reporta una incidencia del 0,2 – 2%. Suele ser asintomática diagnosticándose incidentalmente por imágenes. Los casos sintomáticos ocurren en caso de complicaciones: ruptura, anafilaxia, infecciones, fistulas o por efecto de masa comprimiendo estructuras vecinas, como es el caso que se reporta a continuación. El diagnóstico se basa en imágenes y el tratamiento de elección es quirúrgico.

OBJETIVOS: Realizar reporte de caso de quiste hidatídico pélvico primario, como ubicación inhabitual de la enfermedad hidatídica

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen datos obtenidos de la ficha clínica de la paciente, desde su primera consulta en urgencia hasta el control postoperatorio.

RESULTADO: Mujer de 22 años sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencia por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por proctalgi, constipación y aumento de volumen en la región glútea izquierda. Examen físico destaca aumento de volumen glúteo izquierdo sin cambios de coloración ni signos de infección. Laboratorio: Leucocitos 8530, Neutrófilos 45%, eosinófilos 10.2%, PCR 24. Se realiza estudio con Scanner tórax-abdomen-pelvis y Resonancia magnética pelvis (RM) ambos compatibles con: Colección en la cavidad pélvica de 84x100x93cm, de paredes gruesas y contenido hipodenso con vesículas hijas en su interior compatible con hidatidosis, la que se extiende a región glútea izquierda. Sin evidencia de hidatidosis en otra localización. Cirugía: Se realiza incisión para-sacrocoxígea izquierda, accediendo a la zona del quiste, de la cual emerge abundante líquido purulento junto con membranas hidatídicas, se envía a biopsia. Se evidenció anillo de 2 cm en el piso pélvico que se comunica con espacio supra elevador extraperitoneal. Se realiza aseo e instalación de drenaje látex a la cavidad, el que se retira al 7mo día dado colapso de la cavidad y escaso contenido serohemático. Informe anatomopatológico: membranas hidatídicas. Evolución satisfactoria, alta al 8vo día postoperatorio. Control ambulatorio con RM pelvis al 3er mes postoperatorio: Cambios secundarios a quistostomía con periquística colapsada, sin evidencia de colección residual, fistulas ni líquido libre peritoneal.

CONCLUSIÓN: La hidatidosis pélvica, a pesar de ser una localización excepcional, debe ser considerada en los diagnósticos diferenciales de lesiones quísticas de la pelvis, sobre todo en países endémicos como Chile.

CASO CLÍNICO: MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

Pablo Baeza Ibáñez¹ , Nicolás Baeza Velasco² , Alejandra Pulgar San Martín³

1.Hospital Dr. Sótero del Río Unidad de Emergencia Adultos , 2. Alumno medicina Universidad de Chile , 3.Hospital Dr. Sótero del Río , Servicio Anatomía Patológica.

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del aparato gastrointestinal. En general es asintomático, especialmente en la vida adulta, puede ser identificado como hallazgo durante una cirugía o en exámenes de apoyo diagnóstico, menos frecuentemente, están descritas presentaciones que pueden amenazar la vida, tales como: Obstrucción intestinal, sangrado, inflamación y perforación.

OBJETIVOS: Reportar caso clínico de un cuadro relativamente infrecuente en cirugía de urgencias de adultos.

MATERIAL Y MÉTODO: Previa autorización por comité de ética. Exposición de caso previa revisión de ficha clínica, además se presentan fotografías de tomografía computada , hallazgos intraoperatorios, pieza operatoria (macroscopía y de microscopía).

RESULTADO: Paciente de 35 años sexo masculino, presenta cuadro de abdomen agudo de 3 días de evolución, exámenes de apoyo 15.000 Glóbulos blancos por mm³ , Proteína C reactiva 200 mg/L, Tomografía computada identifica estructura tubular en íleon terminal asociado a cambios inflamatorios de mesenterio y gas extraluminal. Se efectúa laparoscopia exploradora, identificando divertículo de Meckel perforado, luego minilaparotomía infraumbilical de 3 cm con separador Alexis , se exterioriza lesión, realizando resección en cuña y cierre en 2 planos. Paciente evoluciona favorablemente y se indica su egreso al 3 día post operatorio, Biopsia compatible con divertículo de Meckel complicado sin tejido heterotópico.

CONCLUSIÓN: Divertículo de Meckel complicado en adultos , corresponde a un cuadro infrecuente ; realizar un abordaje mínimamente invasivo en este caso fue seguro y de bajo costo , frente a la ausencia de endograpadora laparoscópica.

CASO CLÍNICO : ABSCESO ANORRECTAL SUPRAELEVADOR

1. Pablo Baeza Ibáñez , 2. Nicolás Baeza Velasco

1. Hospital Dr. Sótero del Río , Unidad de Emergencia Adultos , 2. Alumno de Medicina , Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El Absceso Anorrectal supraelevador, corresponde a una presentación infrecuente de absceso anorrectal, cuyo diagnóstico y tratamiento puede ser difícil y condenar al paciente a fístulas anorrectales de muy difícil manejo.

OBJETIVOS: Reportar caso clínico de un cuadro relativamente infrecuente en cirugía de urgencias de adultos.

MATERIAL Y MÉTODO: Previa autorización por comité de ética. Exposición de caso previa revisión de ficha clínica, además se presentan fotografías de tomografía computada, hallazgos intraoperatorios , rectoscopia postoperatoria y dibujos ilustrativos esquemáticos originales de absceso y de su drenaje.

RESULTADO: Paciente de sexo masculino de 45 años, con antecedentes de diabetes mellitus, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 1 semana de dolor de glúteo derecho, además de aumento de volumen del mismo. Exámenes de ingreso 21.000 glóbulos blancos por mm³, Proteína C reactiva 300 mg/L , Tomografía computada se observa absceso supraelevador extenso que se extiende desde ubicación pararrectal derecha hasta piel de región glútea derecha, dentro de hallazgos intraoperatorios se identifica gran región abombada en glúteo derecho , sin identificar fístula anorrectal , se realiza incisión , drenaje y debridamiento de tejido desvitalizado, luego se realiza aseo con solución fisiológica, y se deja drenaje en cavidad. Paciente evoluciona favorablemente, se realiza rectoscopia flexible al 3 día post operatorio y luego se indica su egreso. En seguimiento a 6 meses, paciente no ha presentado recidiva ni presentación de fístula anorrectal.

CONCLUSIÓN: El presente caso, de absceso anorrectal supraelevador, el cual puede ser desafiante y asociarse con alta morbilidad en su evolución , se observa una adecuada evolución , sin fistula anorrectal secundaria , ni daño al aparato esfinteriano, por lo que debe primar el objetivo inicial de drenar la sepsis , conservar el aparato esfinteriano y evitar la instrumentación iatrogénica en este contexto.

INTUSUSCEPCIÓN APENDICULAR POR FOCO ENDOMETRIOMA, UN CASO CLÍNICO.

Matias Pruzzo G., Alejandro Readí V., Sebastián Pradenas V., Marcelo Rodríguez G. Sebastián López N, Gonzalo Campaña V.

Unidad de Coloproctología, Clínica INDISA. Universidad Andrés Bello, campus clínico INDISA, Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN: La intususcepción del apéndice cecal es una condición en extrema, con estimaciones de incidencia variadas, lo más aceptado es cercana al 0,01%. Las patologías benignas son la principal causa de intususcepción apendicular (77%), dentro de este grupo la patología más frecuente es la endometriosis, dando origen a casi un tercio de los casos.

OBJETIVOS: Presentar a la comunidad científica un caso clínico de intususcepción apendicular, la cual es una condición infrecuente, originado por una patología que en los últimos años ha presentado un auge como lo es la endometriosis.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso.

RESULTADO: Mujer, 35 años. Antecedente de trombosis venosa profunda. Consulta en servicio de urgencias por 24 horas de dolor abdominal periumbilical irradiado a fosa iliaca y región lumbar derechas,. Estudio de laboratorio destaca PCR de 3,5 mg/dL (VN 1,0), hemograma sin leucocitosis, sin otras alteraciones. TAC de abdomen y pelvis con contraste reveló engrosamiento concéntrico y edema submucoso en íleon y polo cecal. Se interpreta como un cuadro de enterocolitis, manejado ambulatoriamente con AINES y antibióticos orales, logrando remisión parcial de síntomas. Cuatro meses después consulta por persistir con el mismo cuadro, de evolución cíclica. Se realiza estudio colonoscópico, evidenciando lesión de 15 X 8 mm en ostium apendicular intususcetada al lumen cecal con mucosa normal. Se realiza enteroclis por TAC que confirma invaginación apendicular, con normalización de las alteraciones descritas en TAC previo. Se realiza una resección ileocecal laparoscópica con íleoascendo anastomosis, observando abundante tejido inflamatorio y adherencias, además de la ausencia del apéndice en el polo cecal, y su intususcepción hacia el lumen. El estudio histopatológico confirmó la invaginación apendicular, y reveló que la etiología correspondía a un foco endometriósico de la pared apendicular.

CONCLUSIÓN: La intususcepción apendicular por endometriosis es anecdótica. Si bien es la principal causa en adultos, existen otras como tumores benignos y malignos, patología inflamatoria, parásitos, etc. La sintomatología puede ser vaga y poco específica, pudiendo abarcar desde dolores abdominales inespecíficos (como es en el caso de la paciente), hasta cuadros similares al de una apendicitis aguda o inclusive a los de neoplasias. Los estudios disponibles pueden orientar adecuadamente la presencia de una invaginación apendicular, pero no siempre son concluyentes respecto a la etiología de la intususcepción, por lo que una herramienta importante es la cirugía para lograr dilucidar la etiología ante la posibilidad de neoplasia.

MUCORMICOSIS PERIOSTOMAL POSOPERATORIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Iglesias B., Ximena Meneses C., Ignacia Valdés R., Gonzalo Urrejola S., Felipe Bellolio R., Rodrigo Migueles C., María Elena Molina P.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La mucormicosis es una enfermedad agresiva que causa necrosis en los tejidos secundaria a invasión y embolización de los vasos sanguíneos. Pocas veces se han reportado casos de afectación periostomal.

OBJETIVOS: Presentar un caso de mucormicosis de pared abdominal periostomal, describir los elementos clínicos y su evolución, aportando al conocimiento de esta infrecuente patología y así facilitar su detección y manejo precoz.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de una base de datos desde enero 2001 a junio 2021, identificando solo un caso de mucormicosis periostomal. La información se extrae de ficha clínica y protocolos quirúrgicos.

RESULTADO: Mujer de 62 años, con antecedentes de artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, hepatitis autoinmune, síndrome antifosfolípido, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo y estenosis crítica de ambas arterias ilíacas. Usuaria de prednisona 20mg día por 15 años y clopidogrel entre otros. Se opera de urgencia por absceso tubo ovárico derecho roto e inflamación apendicular por contigüidad, realizándose histerectomía total y anexectomía bilateral, más apendicectomía de necesidad. A los 6 días, se realiza operación de Hartmann por perforación puntiforme de colon sigmoidees y peritonitis estercorácea. Evoluciona transitoriamente de manera favorable. Sin embargo, a las 2 semanas la piel periostomal presenta signos de celulitis que no mejora con terapia antibiótica y curaciones. De manera satelital, presenta lesión ulcerada. Ante sospecha de pioderma gangrenoso, se toma cultivos de tejido, siendo positivo para *Rhizopus Microsporus*. Biopsia confirma la invasión por hifas calcoflúor positivo. Destaca que en solo 3 días progresa con evidente necrosis. Dado diagnóstico de mucormicosis, se inicia tratamiento con Anfotericina B sistémica, múltiples aseos quirúrgicos (6) con resección amplia del tejido necrótico y Anfotericina B local, llamando la atención que estos focos se hacen más evidentes, acentuando su color oscuro al contacto con el fármaco. A pesar de aseos, reincide la necrosis, con sucesiva aparición de nuevas lesiones ulceradas de manera satelital, tejido sano entre ellas y ausencia del mal olor característico en las fascitis necrotizantes. Finalmente, evoluciona con defecto progresivo de pared abdominal asociado falla multiorgánica: bicitopenia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal con requerimiento dialítico, alteraciones de microcirculación con consecuente isquemia de pulpejos entre otros. Ante pronóstico ominoso, se discute caso con familia, optándose por manejo proporcional y cuidados de fin de vida. Tras 57 días de hospitalización, paciente y familiares solicitan alta domiciliaria quedando enroladas al equipo de cuidados paliativos. A los 9 días se constata su fallecimiento.

CONCLUSIÓN: Su clínica inicial suele ser confundida con otras entidades, por lo que se debe tener presente la posibilidad de esta patología, sobre todo en paciente inmunocomprometidos, permitiendo así un precoz diagnóstico que permita la instauración de un tratamiento agresivo y así intentar cambiar su evolución.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO POR CROHN ILEO-CECAL

Andrés Iglesias B., Gonzalo Urrejola S., María Elena Molina P., Rodrigo Migueles C., Felipe Bellolio R.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Crohn (EC) está reservado ante falla de respuesta a manejo médico o complicaciones. Sin embargo, la enfermedad persiste y el conocer la evolución de estos pacientes, permite tomar decisiones tanto para su vigilancia clínica como para el esquema de medicación.

OBJETIVOS: Evaluar la recidiva y evolución de pacientes operados por EC ileocecal.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente desde enero 2011 a abril 2021. Se incluyen pacientes consecutivos mayores de 15 años operados por EC ileocecal y confirmados por biopsia de pieza operatoria. Se excluyen seguimientos menores de 1 año y operados previamente por su enfermedad de base. Información retrospectiva de base de datos y fichas clínicas. Se plantea como desenlace primario la necesidad de una nueva cirugía y secundarios la morbilidad perioperatoria y recidiva clínica y endoscópica. Se evalúa la recidiva endoscópica según índice endoscópico de recurrencia de Rutgeerts.

RESULTADO: Se identificaron 14 pacientes. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 38 años. Mujeres el 43%. HTA (2), diabetes mellitus (1) y dislipidemia (1). Tabaquismo activo presente en 43%. EC de comportamiento estenosante y penetrante en 50% cada uno. Previo a la cirugía, 21% uso de corticoides sistémicos y 29% biológicos. La cirugía fue en promedio 80 meses (0-300) luego del diagnóstico de EC, 5 de urgencia y 9 electiva, requiriéndose optimización nutricional preoperatoria en 6. El motivo que condujo a cirugía fue: obstrucción o suboclusión intestinal (50%), enfermedad fistulizante (35%), perforación (7%) y no respuesta a tratamiento médico (7%). El abordaje fue laparoscópico en 71% con tasa de conversión a cirugía abierta de 14%. En 50% se realizó una resección ileocecal, extendiéndose a hemicolectomía derecha en el otro 50%. Anastomosis primaria en 93%, 10 de los 13 se realizó con sutura mecánica. Se requirió ileostomía en 2 de 14 pacientes en dichas operaciones, una de protección y la otra terminal. Se presentan 2 complicaciones postoperatorias menores y 4 mayores: filtración de rafia intestinal (1), hemo-peritoneo (1), hemorragia digestiva en sitio de anastomosis (1), TEP (1) e infección de CVC (2). No hubo filtración de anastomosis. Seguimiento promedio postoperatorio fue de 45 meses (13-96), produciéndose recidiva clínica en 7 (50%) con media de 15 meses, de los cuales 1 requirió una nueva intervención (a los 23 meses) por inflamación y úlceras sintomáticas perianastomosis refractarias a tratamiento biológico. La recidiva endoscópica fue de 64% a los 14 meses promedio, con índice de Rutgeerts i1, i2, i3 e i4 en 3, 4, 1 y 1 pacientes respectivamente. Durante el postoperatorio 14% usó corticoides sistémicos y 43% biológicos. No se registran muertes.

CONCLUSIÓN: Tras cirugía resectiva por EC ileocecal, 1 de 14 pacientes requirió nueva intervención. Sin embargo, la tasa de recidiva clínica y endoscópica persiste elevada. Se debe mantener seguimiento especializado de estos pacientes para un adecuado manejo.

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE COMO HALLAZGO INCIDENTAL

Julián Figueroa, Esteban Figueroa, Juan Andres Mansilla

Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: Los tumores retroperitoneales son un grupo heterogéneo y poco frecuente de neoplasias caracterizados por ser hipovasculares, de gran tamaño, con densidad grasa y de etiología desconocida. Los liposarcomas son los tumores de tejidos blandos más comunes de esta clasificación, el 85% son malignos y pueden ocurrir donde sea que exista grasa; sin embargo, corresponden al 0,1% de todas las neoplasias del organismo. Su incidencia es mayor entre los 60 y 70 años con distribución similar entre hombres y mujeres. Presenta características propias en relación con su localización profunda y su crecimiento lento y expansivo, alcanzando diámetros medios de 10 a 15 cm, con compromiso de órganos vecinos hasta en un 80% de los casos. El diagnóstico es complejo debido a la inespecificidad de sus síntomas, pese a ello el signo más característico corresponde a una masa abdominal palpable e indolora que produce sintomatología abdominal por compresión de órganos. La base del diagnóstico y la evolución del tumor dependen de su histopatología. La única terapia que mejora la supervivencia radica en la resección quirúrgica completa.

OBJETIVOS: Realizar el reporte de un caso de liposarcoma retroperitoneal gigante como hallazgo incidental en Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA).

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen datos obtenidos de la ficha clínica del paciente desde su consulta electiva en extrasistema hasta el control postoperatorio.

RESULTADO: Hombre de 47 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, hernia inguinal derecha y hernioplastia inguinal izquierda de 10 años de evolución consulta de forma electiva en extrasistema para resolución quirúrgica de hernia inguinal derecha, donde se solicitan estudios de imágenes. Ecografía: gran masa sólida abdomino-pélvica, posiblemente retroperitoneal. Se deriva a HHA y se realiza estudio con TAC tórax-abdomen-pelvis y RM, ambas compatibles con: gran masa de estirpe lipomatoso mesentérico de 28x17x30cm con desplazamiento de asas intestinales y vasos esplénicos, probablemente un liposarcoma; varicocele derecho secundario. Se deriva a comité oncológico y se realiza una revisión de biopsia por punción: liposarcoma bien diferenciado de bajo grado. Se realiza embolización por radiología intervencional sin incidentes y posterior resección quirúrgica del tumor sin lesión de estructuras vecinas. Biopsia post operatoria confirma diagnóstico. Se deriva para continuar manejo por oncología.

CONCLUSIÓN: Los tumores retroperitoneales representan un gran desafío para el clínico, dada la inespecificidad de sus síntomas y la compleja distinción histológica que se debe realizar para diferenciar entre el tumor y el tejido adiposo retroperitoneal.

EVALUACIÓN COLON LEAKAGE SCORE (CLS) EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS.

Valentina Maluenda Almonacid, Victoria Vargas Vargas, Karen Henríquez, Cuevas Aylin Chai Godoy, Constanza Narváez Jorquera, Tomás Quezada Álvarez

Hospital Clínico Magallanes/ Universidad de Magallanes

INTRODUCCIÓN: La filtración de la anastomosis (FA) es una complicación temida en cirugía colorrectal. La tasa de FA (1 a 19%) varía según sitio de la anastomosis.: ileocolónica (1–8%); colocolónica (2–3%); ileo-recto (3–7%); colo-recto o colo-anal (5–19%)

OBJETIVOS: Evaluar la predicción del CLS en pacientes sometidos a cirugía colorrectal electiva en el Hospital Clínico Magallanes, Punta Arenas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes sometidos a cirugía colorrectal electiva entre enero 2017 y diciembre 2019. Incluye: hemicolectomía izquierda, sigmoidectomía, resección anterior baja y ultrabaja de recto. Criterios de exclusión: ausencia de anastomosis. Se aplicó el CLS tanto a los pacientes que presentaron FA como a los que no presentaron FA y se compararon ambos grupos. Se utilizó test exacto de Fisher para identificar diferencias en la ocurrencia de FA entre ambos grupos.

RESULTADO: Durante el periodo estudiado, se realizaron 63 cirugías que cumplieran con criterios de inclusión. Cinco pacientes presentaron FA (8.06%). En quienes presentaron filtración clínica el puntaje CLS fue de 11.8 versus CLS 7.14, ($p < 0.5$). En aquellos pacientes con ileostomías de protección el CLS fue de 11.2.

CONCLUSIÓN: Múltiples condiciones han sido asociadas al incremento del riesgo de FA. La reducción de las tasas de FA mediante la predicción y prevención, diagnóstico y manejo continúan siendo un desafío. Los hallazgos en nuestra serie es similar a lo reportado en la literatura. El CLS puede ser una herramienta objetiva para la toma de decisiones que permitan disminuir la morbi-mortalidad de la cirugía colorrectal.

TRIPLE ADENOCARCINOMA SINCRÓNICO DE COLON. CASO CLÍNICO.

Valentina Maluenda Almonacid, Victoria Vargas Vargas, Aylin Chai Godoy, Karen Henríquez Cuevas, Constanza Narváez Jorquera, Tomás Quezada Álvarez

Hospital Clínico de Magallanes (HCM) de Punta Arenas /Escuela de Medicina, Universidad de Magallanes

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas sincrónicos colorrectales (CSCR) son un “subtipo” del CCR, con implicancias clínicas y moleculares.

OBJETIVOS: Describir los hallazgos de un caso cáncer de colon triple sincrónico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino, 77 años, sin antecedentes de cáncer hereditario. Colonoscopia incompleta: lesión proliferativa en colon transverso y en colon descendente. TAC TAP: engrosamiento parietal de colon transverso y ángulo hepático, negativo para diseminación. CEA: 3.49 ng/ml.

RESULTADO: Se realiza colectomía subtotal tras la identificación intraoperatoria de lesiones neoplásicas en colon derecho, transverso y descendente. Biopsia: adenocarcinoma tubular con lagos de mucina (tumor de colon derecho y transverso T3N0M0), adenoma serrado sésil con focos de adenocarcinoma infiltrante en izquierdo (T3N0M0) y 31 lesiones poliposas (adenomas serrados).

CONCLUSIÓN: La prevalencia del CSCR de tres o más lesiones se estima en un 1,8%. Tienen mayor incidencia en hombres (1.8 : 1.0), en colon derecho, en enfermedad inflamatoria intestinal y, con mayor frecuencia, presentan componente mucinoso e inestabilidad microsatelital. No hay consenso en recomendar la colectomía total para disminuir potenciales sincrónicos o metacrónicos. Estudios reportan la seguridad de resecciones segmentarias múltiples para preservar la función colónica. Adicionalmente, el Síndrome Poliposis Serrada se asocia a un riesgo elevado de CCR y tienen mayor riesgo de neoplasia colorrectal sincrónica y metacrónica.

USO DE STENT CUBIERTO EN MANEJO DE FISTULA ENTEROCUTANEA. REPORTE DE UN CASO

F. Acuña, J. Brodsky, R. Villalón, J. Bravo, R. Azolas.

Clínica Dávila (Región Metropolitana) – Departamento de Cirugía general, Coloproctología y Radiología intervencional

INTRODUCCIÓN: La fístula enterocutánea es una conexión anormal entre el tracto gastrointestinal y la piel. El manejo considera el reconocimiento y tratamiento temprano, incluyendo la sepsis, balance hidroelectrolítico, apoyo nutricional, heridas y un procedimiento quirúrgico programado. Se requiere un enfoque multidisciplinario para el tratamiento exitoso de estos pacientes, siendo uno de los aspectos más desafiantes y demandantes de recursos el control local del efluente, que conduce a una gran morbilidad. En general, la incidencia de fístula entérica es baja, lo que resulta en una escasa investigación sobre su impacto y abordaje.

OBJETIVOS: Presentar caso de paciente portadora de tuberculosis peritoneal que evoluciona con fistula intestinal que se logra conducir de forma satisfactoria con stent cubierto.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza la revisión de un caso clínico y literatura

RESULTADO: Reporte del(los) Caso(s): Mujer de 40 años, portadora de tuberculosis peritoneal en tratamiento, con antecedentes de múltiples laparotomías por abscesos abdominales. Ingres a servicio de urgencia por dolor abdominal y fiebre. Dado contexto y antecedentes inicialmente se realiza manejo médico, con mala respuesta. Tomografía Computada de control demuestra gran colección intra-abdominal, la cual se punciona bajo imagen y se instala catéter de drenaje. Se mantiene en régimen cero y nutrición parenteral. Evoluciona con débito fecaloideo, sin mejoría imagenológica al control. Debido a abdomen congelado, se decide manejo por radiología intervencional, con fistulografía que contrasta colon sigmoides, por lo cual, se cambia drenaje a través de técnica Seldinger a un stent cubierto para conducir la fístula enterocutánea. Se logra evacuar colección y mantener bolsa de ostomía por donde emerge el stent. Paciente evoluciona satisfactoriamente, con débitos a la baja, reinicio de vía oral, con tránsito intestinal y deposiciones. A la tercera semana se logra retirar stent cubierto, manteniendo trayecto percutáneo hacia a bolsa de ostomía. Imagen de control sin colecciones residuales

CONCLUSIÓN: Se presenta el caso, con el fin de demostrar una alternativa para el manejo de fistulas externas en pacientes con abdomen congelado, en los cuales los drenajes tradicionales tienden a obstruirse.

MUCOCELE APENDICULAR COMO CAUSA SECUNDARIA DE ASCITIS REFRACTARIA EN PACIENTE CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO

Constanza Quezada Sepulveda (1) (2), Francisco Caba Parra (1) Marcos Quezada Sepulveda (1), Rudyard Cataldo Vignoli (3)

Universidad San Sebastian (1) Hospital La Florida (2) Universidad de Valparaíso (3)

INTRODUCCIÓN: Un mucocèle apendicular es una dilatación obstructiva por acumulación intraluminal de material mucoide. Este presenta múltiples etiologías siendo lo más frecuente quistes de retención. Su epidemiología es aproximadamente de 3500 casos al año en EEUU, predominantemente en sexo femenino entre 50 y 60 años. Presenta clínica inespecífica y asiduamente incidental, pero su ruptura y evolución natural puede conllevar al desarrollo de un carcinoma y se debe indagar a tiempo.

OBJETIVOS: Presentar una causa de ascitis refractaria no asociada a daño hepático, con alto riesgo de malignización.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de ficha clínica

RESULTADO: El caso clínico trata de un paciente masculino de 60 años con antecedentes de daño hepático crónico (DHC) Child B consulta al servicio de urgencias por aumento del perímetro abdominal, asintomático. Se realizaron paracentesis evacuadoras, obteniendo 6 L y 2.2 L de líquido serohemático y mucosidad asociada, impidiendo extracción de líquido. Estudio complementario con Tomografía Computada abdomen y pelvis reportó imagen quística que impresiona depender del apéndice cecal de aproximadamente 3,3 cm con densidad circundante y calcificaciones puntiformes. Se realiza colonoscopia que no muestra alteraciones patológicas, por lo que se decide intervenir mediante laparoscopia exploratoria en la cual se extraen 10 Litros de mucina, sin lograr aislar el apéndice cecal para biopsiar debido a ruptura de este. Las muestras de tejido peritoneal biopsiadas fueron no concluyentes, por ende, el manejo post operatorio es paracentesis a repetición dado el alto riesgo operatorio que implica biopsia de apéndice cecal.

CONCLUSIÓN: La presencia de ascitis puede entenderse por DHC, pero la mucosidad hace sospechar causas secundarias como cáncer apendicular a fin de pesquisar a tiempo y manejar dirigidamente. El mucocèle apendicular presenta baja prevalencia y no existen muchos datos nacionales al respecto, por ende, conocer estos casos permite sentar bases para futuros estudios de incidencia y prevalencia al respecto.

SCHWANNOMA DE COLON ASCENDENTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Eugenia Steffens, Rafael Moya, Iván Salazar, Gabriela Walker, Nelson Cánovas

Hospital Las Higueras

INTRODUCCIÓN: Introducción: Los Schwannomas son tumores de nervios periféricos compuestos casi en su totalidad por células de Schwann y con poca frecuencia se desarrollan en el tracto gastrointestinal. Por lo general, se descubren de manera incidental en una colonoscopia de rutina y se diagnostican en el examen patológico de la muestra operatoria.

OBJETIVOS: Objetivos: presentar un caso de Schwannoma de colon ascendente, diagnóstico, manejo y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Materiales y métodos: revisión de ficha clínica electrónica en programa Trakcare. La revisión de literatura se realizó en base de datos Pubmed, con los términos de búsqueda "colon", "Schwannoma" y "gastrointestinal tumor".

RESULTADO: Resultados: Paciente masculino de 75 años, con antecedente de Hipertensión arterial esencial. Se presentó en nuestro centro con cuadro de pancreatitis aguda. Durante hospitalización, como hallazgo incidental al TAC se evidenció engrosamiento parietal de colon ascendente. Recuperado de patología aguda se decidió estudio dirigido con colonoscopia que describió tumor de colon ascendente, 90% estenosante. Se tomaron biopsias cuyo informe indicó no poder descartar carcinoma. Ante esta descripción, se ingresó a programa de cáncer de colon, completó estudio preoperatorio y se operó. En el intraoperatorio se evidenció gran distorsión de la anatomía, probablemente secundario a pancreatitis reciente, sin signos de diseminación. Con esto se decidió realizar hemicolectomía derecha, difiriendo anastomosis. La biopsia realizada informó hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con Schwannoma de colon ascendente. La inmunohistoquímica mostró reacción positiva para S100; reacción negativa para actina, desmina, CD34, CD117 y DOG-1. Los Schwannomas gastrointestinales representan aproximadamente el 0,1-0,2% de los tumores benignos mesenquimáticos. La inmunohistoquímica es necesaria para su correcto diagnóstico. Se pueden distinguir de otros tumores de músculo liso por su fuerte positividad para S-100, con habitual positividad para vimentina y proteína ácida fibrilar glial. Los Schwannomas son S-100 positivos, pero CD-34 y c-kit negativos; la mayoría de los GIST son negativos para s-100, positivos para CD-34 y c-kit.

CONCLUSIÓN: Conclusión: Los Schwannomas de colon son tumores extremadamente raros encontrados de forma más frecuente como hallazgo incidental durante screening de cáncer de colon. El diagnóstico preoperatorio es muy desafiante debido a las escasas manifestaciones clínicas y hallazgos inespecíficos en colonoscopia/TAC. La situación presentada concuerda con lo encontrado en la revisión de evidencia.

LA UNIÓN HACE LA FUERZA: CÓMO DISMINUIR 13 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA POR CÁNCER DE COLON EN UN HOSPITAL PROVINCIAL.

Javier Arcos Palominos, Noedvith Rosendi Rangel, Tito Tapia Quiroz, Hugo Martínez Gálvez, Camila Tirado Montalbán, Alejandra Vega Santander, Olga Ávalos Halles, Mónica Martínez Mardones.

Hospital Provincial de Ovalle - Dr. Antonio Tirado Lanas

INTRODUCCIÓN: Los programas ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) o STAR como nombre local en cirugía colorrectal, han demostrado disminuir la morbilidad, estadía hospitalaria y los costos asociados a la hospitalización, sin aumentar los reingresos. La unión del trabajo multidisciplinario ha logrado éstos resultados y ha impactado en el manejo perioperatorio de los pacientes. Su implementación no es fácil, más aún en un hospital público provincial, lo que representa un gran desafío.

OBJETIVOS: La hipótesis de este trabajo es que al lograr la implementación completa del protocolo, produciría un impacto en la estadía hospitalaria (EH) al aplicar STAR en cirugías electivas por cáncer de colon en un hospital público provincial. Como objetivos secundarios describir la adherencia al protocolo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo - comparativo. Pacientes seleccionados operados de forma electiva por cáncer de colon en un hospital público provincial de Chile. Se realizó manejo no protocolizado de pacientes (grupo no-STAR) desde el 1 de enero al 31 diciembre 2018 y manejo con protocolo STAR entre el 1 enero al 31 de julio 2021 (grupo STAR); excluyendo los años 2019 y 2020 por la disminución del número de cirugías debido al estallido social y pandemia respectivamente. Se analizaron variables demográficas, EH, complicaciones, reingresos y mortalidad a 30 días. Se realizó un análisis no paramétrico para comparar la EH entre ambos grupos.

RESULTADO: Un total de 15 pacientes fueron incluidos: 8 en grupo no-STAR y 7 el grupo STAR. El promedio de edad fue 74 años grupo no-STAR (42-78) y 68 años grupo STAR (52-82). Sexo femenino 7 (87,5%) grupo no-STAR y 2 (28,57%) grupo STAR. No hubo diferencias clínicas entre ambos grupos. La adherencia promedio fue de 93,5%, teniendo menor adherencia la prevención de hipotermia. La mediana de EH fue 15 días grupo no-STAR (6-52) vs STAR 2 días (2-16) según prueba de Wilcoxon ($p < 0,05$). Se complicaron 75% vs 14,29% de los pacientes (no-STAR vs STAR, $p < 0,05$). No hubo diferencia en reingresos ni mortalidad.

CONCLUSIÓN: La implementación de protocolos de recuperación acelerada en cirugía de colon electiva en un hospital público provincial contribuye a disminuir en más de 10 días la EH sin aumentar la morbimortalidad ni los reingresos. Futuros estudios de costos se deben realizar para aumentar el impacto del protocolo en hospitales provinciales.

LOS DIAGNÓSTICOS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CON CÁNCER COLOR-RECTAL; COMO PESQUISARLOS E INTERVENIRLOS

Mónica Martínez M.1-2, Dan Hartmann S.2, Scarleth Jara C.2, Gonzalo Rebolledo D.1, Guillermo Reyes R.1, Patricio Opazo S.1, Sócrates Aedo M..2, Cristóbal Suazo L. 1

1Departamento de coloproctología, Hospital del Salvador 2Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones nutricionales son un problema clínico importante en pacientes con neoplasia maligna, sobre todo gastrointestinal. En pacientes quirúrgicos, la desnutrición se asocia con estadías hospitalarias prolongadas, más complicaciones postoperatorias, tasas de reingreso más altas y una mayor incidencia de muerte. El IMC por si solo es un mal evaluador del estado nutricional. Los protocolos de recuperación optimizada ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) o STAR como nombre local (eStrategias para Adelantar la Recuperación), han permitido pesquisar e intervenir estos diagnósticos.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este estudio es describir el estado nutricional preoperatorio de pacientes oncológicos ingresados al protocolo STAR. Como objetivos secundarios, reportar la adherencia a las intervenciones nutricionales, estadía hospitalaria, complicaciones post operatorias, reoperaciones, reingresos y mortalidad a 30 días.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de neoplasia colorrectal de resolución quirúrgica electiva, ingresados al protocolo STAR que fueron citados a evaluación nutricional, entre mayo 2019 y mayo 2020. Para todos los sujetos se registran variables emparejamiento (edad, sexo femenino, IMC, HTA, DM2, tabaquismo, cirugía rectal y abordaje laparoscópico) y variables resultado (duración hospitalización, complicaciones intrahospitalarias, readmisión y muerte a 30 días). Se describen la valoración nutricional obtenida y los antecedentes fueron obtenidos del registro del protocolo STAR.

RESULTADO: 40 pacientes fueron citados a evaluación nutricional preoperatoria, de los cuales 37 lograron completarla. Promedio de edad 70 años (47 a 86), sexo femenino 22 pacientes (55%), 50% HTA, promedio IMC 24,9 con una mediana de 23,7 (17,9 a 38,2), un 47,5% presentó alteraciones en el IMC. En la valoración nutricional, el 67,5% de los pacientes con cáncer presentó alguna alteración (desnutrición 24,3%, sobrepeso 21,6%, normales con déficit en algún compartimiento muscular 10,8%, obesidad 8,1% y otros 2,7). Un 85% cirugía laparoscópica. La adherencia y resultados de las intervenciones nutricionales del protocolo fueron: 85% recibió carga de carbohidratos y el 97,5% realimentación día 1 post operado. Mediana de estadía hospitalaria fue de 4 días. Un 50% de los pacientes estuvo hospitalizado entre 2 y 3 días. Se registraron 7 pacientes con complicaciones (17,5%), y 2 reingresos (5%). Sin mortalidad a 30 días.

CONCLUSIÓN: Los pacientes oncológicos colorrectales ingresados al protocolo STAR presentan un alto porcentaje de alteraciones nutricionales. Un programa de recuperación acelerada (ERAS o STAR) con estrategias nutricionales, nos permite hacer diagnósticos preoperatorios, con intervenciones oportunas que pudieran favorecer los resultados post operatorios y eventualmente disminuir las complicaciones asociadas a estas alteraciones.

RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 2 AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLO ERAS O STAR EN CIRUGÍA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Mónica Martínez M.1-2, Scarleth Jara C.2, Dan Hartmann S.2, Gonzalo Rebolledo D.1, Gabriel Cavada C.2, Eduardo Mordojovich Z.1, Rodrigo Fernandez M.1, Ernesto Melkonian T.1

1Departamento de coloproctología, Hospital del Salvador 2Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN: Una de las herramientas que ha demostrado ser más eficaz para el manejo perioperatorio de los pacientes quirúrgicos, corresponde a los protocolos de recuperación mejorada ERAS o STAR (eStrategias para Adelantar la Recuperación) como nombre local.

OBJETIVOS: El objetivo principal es describir los resultados obtenidos luego de 2 años de implementación del protocolo STAR en estadía hospitalaria, complicaciones y reingresos a 30 días en cirugía colorrectal. Outcome secundario describir adherencia al protocolo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cohorte retrospectivo no concurrente, sujetos seleccionados sometidos a cirugía colorrectal electiva. Entre enero y diciembre 2016 manejo no protocolizado (grupo no-STAR), desde agosto 2018 a julio 2020 manejo con protocolo STAR (grupo STAR). Se registró variables demográficas, adherencias, complicaciones y reingreso a 30 días. Las variables continuas se describieron mediante cuartiles, promedio y DE y, fueron comparadas por período STAR mediante el test t-Student si ellas presentaban una distribución normal o a lo menos simétrica, o comparadas mediante test de Wilcoxon para muestras independientes. Variables categóricas descritas mediante frecuencias y porcentajes, y, comparadas mediante el test de independencia exacto de Fisher. Para asociar los días de hospitalización con STAR y las variables de ajuste como sexo y edad, se utilizó análisis de covarianza.

RESULTADO: Análisis 239 pacientes; grupo no-STAR 85 pacientes (35.5%), grupo STAR 154 (64.5%), sexo masculino 111 (46.4%) del total (43 no-STAR y 68 STAR, $p=0.347$). Promedio edad no-STAR 64.2 (SD 14.7) vs STAR 66.3 (SD 14.39) ($p=0.3147$). HTA 41 no-STAR vs 89 STAR ($p=0.176$), 18 DM2 no-STAR vs 34 STAR ($p=0.999$). Cirugía de colon 54 pacientes no-SATR vs 100 STAR ($p=0.888$). Cirugía laparoscópica 56 no-STAR vs 125 STAR ($p=0.011$) Mediana de estadía no-STAR 5 días (promedio 6.9, SD 6.2) y para STAR 3 días (promedio 4.8 días, SD 4.4). No-STAR tuvo 22 (25.9%) complicaciones vs 28 (18.2%) STAR ($p=0.185$). Complicaciones mayores (Clavien ≥ 3) no-STAR 6 (27.3% del total) vs 8 STAR (28.6%) ($p=0.5900$). No-STAR 7 reingresos vs 17 STAR ($p=0.654$) y 2 fallecidos no-SATR vs 1 del STAR ($p=0.289$). El análisis de covarianza de comparación de días de hospitalización ajustado por sexo, edad y cirugía laparoscópica muestra que el grupo STAR produce en promedio 2 días menos de hospitalización ($p=0.006$).

CONCLUSIÓN: La implementación de un protocolo de recuperación avanzada logra la reducción de 2 días en la estadía hospitalaria de los pacientes sometidos a una cirugía colorrectal, sin aumentar las complicaciones, mortalidad ni reingresos a los 30 días.

EL AUMENTO DE DURACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN INCREMENTA EL RIESGO DE REINGRESO HOSPITALARIO TEMPRANO EN CIRUGÍA COLORRECTAL

Mónica Martínez M.1-2 , Rodrigo Sánchez M.2, Roberto Salas O.1, Gonzalo Rebolledo D.1 , Juan Riquelme C.1, Rodrigo Capona P.1, Sócrates Aedo M.2 , Ernesto Melkonian T.1

1Departamento de coloproctología, Hospital del Salvador 2Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN: La duración de hospitalización después de la cirugía colorrectal se ha reducido en los últimos decenios. De igual manera una menor duración en hospitalización, considerando criterios clínicos, debiera asociarse a reducción del reingreso hospitalario temprano (antes de los 30 días de alta), pero aun existe ciertos dogmas y creencias que impiden a los médicos tratantes dar de alta a sus pacientes en forma precoz.

OBJETIVOS: Determinar si el incremento de duración hospitalización aumenta el riesgo de reingreso hospitalario temprano en cirugía colorrectal electiva. Como objetivos secundarios describir la adherencia al protocolo ERAS o STAR (eStrategias para Adelantar la Recuperación) como nombre local.

MATERIAL Y MÉTODO: Entre agosto de 2018 y abril de 2021 se realiza un estudio observacional, prospectivo en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador, se seleccionaron los pacientes operados de cirugía colorrectal resectiva electiva tratados bajo el protocolo STAR, registrando el reingreso hospitalario temprano y otras variables consideradas que incluyen: edad, duración estadía hospitalaria, índice de masa corporal, HTA, DM2, tabaquismo, cirugía rectal, abordaje laparoscópico, complicaciones intrahospitalarias y adherencia a cada una de las intervenciones del protocolo. En predicción del reingreso hospitalario temprano, se realiza una regresión logística multivariante con selección hacia delante de las otras variables consideradas.

RESULTADO: Un total de 137 pacientes fueron analizados, promedio edad 67 años (16-96 años), 76 HTA (55.5%), 28 DM2 (20.4%), 33 pacientes cirugía rectal (24%), laparoscopia 118 (86,1%). Obtuvimos un total de 12 complicaciones, de las cuales 1 fue en paciente dado de alta a los 2 días (8.3%), 7 para los pacientes dados de alta al 3er día (58.3%) y 4 para el alta al 4to día (33.3%). Para el total de sujetos a 2, 3 y 4 días de alta se observaron respectivamente los siguientes números (número reingreso; % reingreso) 45 (1; 2,22%), 60 (5;8,33%) y 32 (4; 12,5%). Las causas de reingreso hospitalario temprano fueron: filtración (2), íleo (2), accidente cerebrovascular isquémico (1) colección intrabdominal (2), obstrucción intestinal (3). La selección la regresión logística incluyo en el modelo final, la duración hospitalización (OR: 2,36; IC95% 0,88 a 6,31; p valor a una cola de 0,0455) y edad (OR 0,96; IC95%:0,93 a 0,99; p valor a una cola 0,0145).

CONCLUSIÓN: El aumento de la duración hospitalaria incrementa el riesgo de reingreso hospitalario temprano en cirugía colorrectal.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA CON ESTENOSIS DE COLON Y URÉTER, REPORTE DE UN CASO

R. Moya Abuhadba; E Steffens; G. Walker González; N. Canovas Vera; C. Cancino

Hospital Higuera

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN Dentro de las complicaciones infrecuentes de la enfermedad diverticular se encuentra la estenosis de colon y el compromiso ureteral. Este trabajo presenta el caso de una paciente con ambas complicaciones. Debutó con obstrucción intestinal, se operó de urgencia y fue reintervenida para reseca la lesión, reimplantando su uréter con un colgajo de Boari.

OBJETIVOS: OBJETIVOS Presentar un caso inusual de enfermedad diverticular complicada, manejo y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: MATERIALES Y MÉTODOS Revisión de antecedentes en ficha electrónica; revisión de literatura en base de datos pubmed con términos: colon, ureter, diverticular disease, diverticulitis, Boari flap.

RESULTADO: RESULTADOS Paciente femenina, 56 años, monorrena izquierda, consultó en urgencias por obstrucción intestinal. Con TAC que describió "tumor" de colon sigmoides, con infiltración de intestino delgado. Se operó resultando con ileostomía y colostomía, sin resección de lesión de sigmoides. Evaluada por coloproctología junto a urología, se decidió cirugía resectiva con criterio oncológico. Se realizó resección anterior de recto requiriendo resección de parte del uréter izquierdo, el que se reparó con colgajo de Boari, difiriendo reconstitución. Con evolución postoperatoria satisfactoria se decidió alta al día 9 de hospitalización. Durante el seguimiento la histopatología descartó neoplasia, concluyendo "diverticulitis y peridiverticulitis supurada de sigmoides y peritonitis fibrinoleucocitaria reagudizada, con adhesión entre colon y uréter". La paciente hoy en día se mantiene asintomática, esperando completar estudio para reconstitución. La enfermedad diverticular complicada, con obstrucción o estenosis completa es poco común, siendo más frecuente de tipo parcial. Suele manejarse con tratamiento médico, pero se asocia a neoplasia hasta en un 8%, por ello el enfrentamiento quirúrgico debe ser considerando los criterios oncológicos. La fisiopatología más frecuente corresponde a una diverticulitis no resuelta que desarrolla cronificación, con engrosamiento de pared determinando estenosis e incluso fístulas, que generalmente son al tracto urinario. El uso de catéter doble J preoperatorio tiene pocas complicaciones, pero no se recomienda de rutina; su uso seleccionado disminuye lesiones. El colgajo de Boari es una técnica de reimplantación de uréter medio-distal necesario en oportunidades para lograr anastomosis sin tensión.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN El caso expuesto corresponde a una situación infrecuente en que la adecuada planificación preoperatoria en equipo multidisciplinario permitió una buena evolución de nuestra paciente. Ante los casos de alta sospecha de cáncer, la evidencia recomienda la resección radical.

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

F Quezada, A Fulle, E Chacón, I Jacubovsky, R Kusanovich

Complejo Asistencial Doctor Sótero Del Río

INTRODUCCIÓN: La enfermedad nodal pélvica lateral es considerada como una de las potenciales causas de recidiva local en la era actual del tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado. La linfadenectomía pélvica lateral (LPL) laparoscópica ha demostrado una potencial disminución en la recidiva local de pacientes con compromiso linfonodal preoperatorio y post neoadyuvancia en la pared pélvica lateral.

OBJETIVOS: Describir la técnica de una LPL en el contexto de un paciente con un cáncer de recto localmente avanzado y adenopatías ilíacas internas izquierdas de aspecto secundario en la evaluación preoperatoria y post neoadyuvancia.

CONTENIDO DE VIDEO: Corresponde a un paciente de sexo masculino de 44 años con un adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado a 3cm del margen anal cT3aN+ con adenopatías mesorrectales e ilíacas internas izquierdas de aspecto secundario (12mm), EMVI (-), sin enfermedad a distancia. Recibió neoadyuvancia total con radioterapia de curso corto (25 Gy) y 9 ciclos de FOLFOX de consolidación bien tolerados. Presentó una respuesta clínica casi completa, sin nunca alcanzar a los 3 meses terminado la neoadyuvancia criterios de respuesta completa. La resonancia magnética de pelvis post tratamiento mostró disminución de tamaño de adenopatías ilíacas internas, pero persistencia hasta 5,7mm. Se decidió realizar una resección anterior baja de recto con una LPL izquierda laparoscópica e ileostomía en asa, sin incidentes. Paciente evolucionó con una colección post operatoria de manejo médico, sin necesidad de punción ni re-intervenciones. La biopsia mostró un ypTisN0 de 0.1mm (0/14 ganglios mesorrectales), con 4 linfonodos negativos obtenidos de LPL izquierda

CARACTERÍSTICAS, RESULTADOS Y SOBREVIDA A 3 AÑOS DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL E INESTABILIDAD MICROSATELITAL

Francisco Navarro S, Daniel Moreno M, María Ines Gaete D, Javiera Torres, Rodrigo Migueles C, Gonzalo Urrejola S, Julio Reyes R, Maria Elena Molina P, Alvaro Zuniga D, Jose Tomás Larach K, Felipe Bellolio R

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) se encuentra dentro de las 5 primeras causas de muerte por cáncer en Chile. La inestabilidad microsatelital (MSI) corresponde un marcador que traduce deficiencia en sistema de reparación de mismatch del ADN (MMR), especialmente en ciertas regiones susceptibles de estos errores, denominadas microsatélites. Corresponde a cerca de un 15% de los CCR, y se debe ya sea a una hipermetilación del promotor del gen MLH1 o a una mutación en uno de los genes que participan en la reparación de éstas regiones (MLH1, MSH2, MSH6 o PMS2). Existen métodos inmunohistoquímicos y moleculares para la detección de MSI. Se ha descrito un mejor pronóstico globalmente en pacientes con MSI, pero su impacto en los pacientes de nuestro medio no ha sido completamente estudiado.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto clínico y pronóstico de la presencia de inestabilidad microsatelital en una cohorte de pacientes con CCR en un centro nacional de alto volumen

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes operados de CCR desde enero 2012 hasta julio 2018 en la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuyas muestras fueron testeadas para inestabilidad microsatelital, mediante inmunohistoquímica o marcadores moleculares y se separaron en dos grupos, de acuerdo a si presentaban IMS o no. Se evaluaron características demográficas, clínicas y patológicas de éstos pacientes y se realizó seguimiento a 3 años desde el momento de la cirugía. La supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad se estimaron mediante método de Kaplan-Meier.

RESULTADO: 196 pacientes fueron incluidos. De éstos, 38 (19%) presentaron inestabilidad microsatelital (MSI), y 158 (81%) fueron estables (MSS). El sexo femenino (73%) y la localización del tumor en colon ascendente y transverso (81,6% vs 31%) fueron significativamente más frecuentes en el grupo MSI ($p < 0,001$). No hubo diferencias significativas respecto al estadio tumoral, presencia de metástasis, infiltración perineural ni porcentaje de linfonodos comprometidos. La supervivencia global (SG) fue de 45,5 vs 42,5 meses en MSI vs MSS ($p = 0,912$). La supervivencia libre de enfermedad a 3 años (SLE) fue de 41,5 vs 38 meses, respectivamente ($p = 0,837$).

CONCLUSIÓN: Los pacientes con inestabilidad microsatelital en este estudio no presentan diferencias importantes en el pronóstico a 3 años. Es necesario un seguimiento a más largo plazo para establecer el rol de este marcador en la evolución de la enfermedad en nuestra población.

NEOADYUVANCIA TOTAL BASADA EN RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDACIÓN COMO ESTRATEGIA DE MANEJO NO OPERATORIO EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

F Quezada, K Barros, N Caire, I Jacobovsky, M Cabrerías, E Manríquez, A Fulle, G Carvajal, P Briones, R Castillo, R Kusanovich

Complejo Asistencial Doctor Sótero Del Río

INTRODUCCIÓN: La neoadyuvancia total (NAT) se ha mostrado como un potencial cambio de paradigma en el tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado (CRLA), especialmente por el aumento de la tasa de respuesta clínica (RCC) y patológica (RPC) completa que facilitaría la implementación de un protocolo de manejo no operatorio (MNO) en estos pacientes.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de RCC/RPC asociada en tratamiento con NAT para CRLA en un centro único que realiza MNO activamente.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó pacientes mayores de 18 años con CRLA (AJCC cT3/T4 y/o N+) tratados con una estrategia de NAT desde octubre 2019 hasta julio 2021 en el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río. La NAT consistió tanto en (1) radioterapia de curso corto (25 Gy) seguidos por 9 ciclos de FOLFOX ó 6 ciclos de CAPOX ó (2) quimioradioterapia de curso largo (50.4 Gy asociado a capecitabina de sensibilización) seguido de 8 ciclos de FOLFOX. Todos los pacientes fueron evaluados a partir de las 4 semanas de finalizado NAT con tacto rectal, rectoscopia flexible y resonancia magnética (RMN) de pelvis definiendo 3 grupos: respuesta clínica incompleta (RCI), casi completa (cRCC) y completa (RCC). Los pacientes con RCI/cRCC se les indicó cirugía, mientras que los pacientes con respuesta clínica completa se ofreció incluirlos en un protocolo de MNO. Se registraron variables clínicas, del tratamiento de NAT y grado de RCC/RPC.

RESULTADO: De un total de 23 pacientes con CRLA tratados con neoadyuvancia, 17 (73,9%) recibieron NAT formando la cohorte de este estudio. La mediana de edad fue 56 años (rango 34-81 años), 14(77.7%) de los pacientes de sexo masculino. La mediana de distancia del tumor al margen anal fue de 5cm (rango 0 -10cm por RMN), con 2(11,8%) pacientes cT2, 10(58,8%) cT3 y 5(29,4%) cT4. Todos los pacientes presentaban ganglios secundarios por RMN. Doce pacientes (70,6%) recibieron NAT de curso corto. Solo 1 (5.9%) paciente no completó la NAT por mala tolerancia a quimioterapia de consolidación. Siete pacientes (41,1%) presentaron una RCC, todos accediendo a un MNO. Adicionalmente, 3 pacientes presentaron (17,6%) una cRCC. De los pacientes operados, 2 (11,8%) presentaron una RPC en la pieza operatoria.

CONCLUSIÓN: El uso de NAT basado en radioterapia con quimioterapia de consolidación se asocia a una alta tasa de RCC/RPC, aumentado la posibilidad de ofrecer un protocolo de MNO en pacientes con un CRLA.

ESCISIÓN TRANSANAL DE GRANULOMA PIÓGENO RECTAL. REPORTE DE UN CASO.

Ismael Vial Letelier, José Gellona Vial, Leonardo Espíndola Silva, Karen Schonffeldt Guilisasti, Luis Felipe Andrade Moscoso, Joaquín Irrázaval Espinoza, José Miguel Zúñiga Avendaño.

Hospital Militar de Santiago.

INTRODUCCIÓN: El granuloma piógeno (GP) fue descrito por primera vez en 1897, es un tumor vascular benigno de piel y mucosas, sin embargo, hay reportes de GP en tracto gastrointestinal, manifestándose mediante hemorragia digestiva baja. Comúnmente se ve en niños y adultos jóvenes, su etiología es desconocida, aunque se asocia a traumatismos y agentes infecciosos, su diagnóstico diferencial es la neoplasia de recto. No existe un tratamiento estándar, lo que representa un desafío en el manejo de estas lesiones.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico infrecuente. Se presenta el manejo quirúrgico y la revisión de la bibliografía al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el registro clínico e imagenológico de un paciente de 79 años, que consultó por aumento de volumen y prurito anal, se realizó una colonoscopia completa, que mostró una lesión polipoidea de 1,5 cm en recto inferior, con una biopsia que informa granuloma piógeno, por lo que se realizó resección local vía transanal.

RESULTADO: Se realiza resección de lesión polipoidea, con márgenes negativos, misma histología en biopsia diferida. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales y con buena funcionalidad

CONCLUSIÓN: El granuloma piógeno rectal es una patología infrecuente, requiere de confirmación histológica, su tratamiento requiere de la resección de la mucosa afectada.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA EN PACIENTE CON SARS-COV-2: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

Rafael Moya, Eugenia Steffens, Gabriela Walker, Nelson Cánovas

Hospital Higuera

INTRODUCCIÓN: Introducción: Los síntomas gastrointestinales son comunes y se informan con frecuencia en la enfermedad por covid-19. No está claro si el SARS-CoV-2 está asociado con un mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal. En este trabajo, informamos un caso de paciente hospitalizado con infección por SARS-CoV-2, con hemorragia digestiva masiva por úlceras colónicas.

OBJETIVOS: Objetivos: presentar un caso de hemorragia digestiva baja masiva en paciente con SARS-COV-2 y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Materiales y métodos: revisión de ficha clínica electrónica. La revisión de literatura se realizó en base de datos Pubmed, con los términos "gastrointestinal bleeding", "colon", "covid-19", "surgery".

RESULTADO: Resultados: Paciente masculino, 40 años, con tabaquismo y obesidad. Ingresó a reanimador por insuficiencia respiratoria por SARS-COV-2. Se inició VMI y drogas vasoactivas, con evolución tórpida, requiriendo ECMO a las 48h. Al día 12 de hospitalización presentó hemorragia digestiva baja de 1500cc, necesitando transfusión. Se realizó colonoscopia que evidenció gran úlcera en colon transverso, sin sangrado. A las 48h, por caída de hematocrito se realizó Angiotac que descartó sangrado. Durante la semana siguiente, con hematocrito estable, sin evidencia de sangrado, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Se decidió colonoscopia control que evidenció signos de sangrado reciente, con coágulos en colon transverso y ascendente. Se presentó al equipo de Coloproctología, decidiendo manejo quirúrgico, constatando en pabellón perforación de colon, realizando hemicolectomía derecha extendida. Posterior a cirugía, paciente evolucionó con shock séptico y falla multiorgánica, falleciendo a las 48h. El estudio histopatológico diferido constató colon con múltiples úlceras, focos de hemorragia y microtrombos, hallazgos compatibles con úlceras por COVID-19. Se ha descrito hemorragia gastrointestinal en 2% a 13% de pacientes hospitalizados por COVID-19. Las células epiteliales gastrointestinales expresan la enzima convertidora de angiotensina 2, un receptor de entrada viral. No está claro si el SARS-COV-2 puede dañar el epitelio gastrointestinal y causar sangrado. Se han obtenido buenos resultados con manejo conservador en las primeras 24h. Sin embargo, puede ser necesaria la endoscopia y cirugía considerando su riesgo-beneficio.

CONCLUSIÓN: Conclusión: Se expuso el caso de un paciente con neumonía covid grave, con una complicación infrecuente, que pese al manejo conservador inicial, requirió manejo quirúrgico. En el contexto del paciente no cambió su desenlace. Faltan estudios para entender la patogénesis del sangrado digestivo y guiar el manejo en estos pacientes.

MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA DE OCTOGENARIOS SOMETIDOS A COLECTOMÍA Y ANASTOMOSIS PRIMARIA EN CÁNCER DE COLON.

Ismael Vial Letelier, Josefina Sepúlveda Gimeno, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Joaquín Irrarrázaval Espinosa, José Miguel Zúñiga Avendaño, Luis Felipe Andrade Moscoso, Leonardo Espíndola Silva, José Gellona Vial.

Hospital Militar de Santiago.

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias colorrectales en sujetos mayores de 80 años representan un desafío quirúrgico, dado la mayor susceptibilidad a complicaciones y mortalidad observadas cuando son sometidos a cirugía, lo que se traduce en disminución de su expectativa de vida.

OBJETIVOS: Describir la morbilidad y mortalidad del cáncer de colon en pacientes mayores de ochenta años sometidos a colectomía y anastomosis primaria en el Hospital Militar de Santiago.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectiva de los pacientes mayores de 80 años operados por cáncer de colon entre los años 2013 a 2020. Se excluyeron pacientes con tumores irresecables y ostomizados. Se evaluaron variables demográficas, quirúrgicas, histológicas y la morbilidad y mortalidad postoperatoria.

RESULTADO: Se identificaron 50 pacientes operados entre 2013 y 2020. 58% eran mujeres. Edad promedio: 84 años (80-92). Ubicación: 62 % en colon derecho, 10% transverso, 28 % colon izquierdo. 86% fueron cirugías electivas y 14% de urgencias. Albúmina promedio 3.2 (2.6-4.4), Hto promedio 32.5 (19.9-44), CEA promedio 4.2 (0.5-60). Abordaje: 54% laparotomía transversa, 28 % laparotomía media y 18% laparoscópico. Estadío TNM: 8% etapa I, 42% etapa II, 40 % etapa III y 10 % etapa IV. 98 % de los pacientes tuvieron 12 o más linfonodos resecados (promedio 22,3). N(+): 48% casos (promedio 4.34). La tasa de morbilidad general fue de 28 %, con un 10 % (5 casos) de filtración anastomótica, 8 % (4 casos) presentaron hemorragia digestiva baja, de los cuales, ningún paciente requirió reintervención. La mortalidad postoperatoria fue de 2 %. La estadía hospitalaria fue de 11 días promedio (4-100).

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados postoperatorios son similares a los descritos en la literatura, la anastomosis primaria es segura en pacientes mayores de 80 años, independiente del estadio clínico.

COVID-19 Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD

D. Moreno, F. Navarro, M. Gaete, A. Alfaro, J. Vela, G. Urrejola, R. Migueles, J. Larach, J. Reyes, A. Zúñiga, M. Molina, F. Bellolio.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La infección perioperatoria por COVID-19 se asocia a un aumento en la morbilidad, además, se estiman efectos sobre patologías quirúrgicas por retraso del diagnóstico y del manejo de estas. El objetivo del presente trabajo es describir y evaluar los efectos de la pandemia sobre los pacientes sometidos a cirugía oncológica colorrectal en la Red de Salud UCChristus.

OBJETIVOS: Estudio retrospectivo observacional de cohorte transversal. Se revisaron los ingresos y protocolos quirúrgicos de pacientes operados con diagnóstico de cáncer de colon y recto en el periodo entre el 18/3/2019-17/3/2021 en la red de salud UCChristus. Fueron excluidos registros y seguimientos incompletos, recidivas, o con manejo endoscópico. Se compararon los grupos de pacientes operados previo al inicio de las restricciones de movilidad con el grupo operado post inicio de restricciones (18/3/2020).

MATERIAL Y MÉTODO: Se registró en Microsoft Excel número de pacientes, sexo, edad, fecha de cirugía, procedimiento, abordaje, ubicación tumoral, TNM, biopsia, etapa patológica, neoadyuvancia y adyuvancia si la recibió, mortalidad y causa de la misma, ingreso por urgencias y requerimiento de ostomía. Se analizó con estadística descriptiva y analítica los resultados obtenidos con Microsoft SPSS-Statistics21. Se realizó comparación de proporciones con Chi2 y test exacto de Fisher en casos de frecuencias menores de 5.

RESULTADO: Se incluyeron 107 registros en el primer periodo (79 tumores de colon, 28 de recto), y 134 en el segundo (100 tumores de colon y 34 de recto), sin diferencias en ambos periodos respecto al número de pacientes. No hubo diferencias en la distribución por sexo en ambos periodos. En el grupo de tumores de colon, no se registraron diferencias entre los grupos de pacientes con tumores en fase inicial (17), localmente avanzados (118) y metastásicos (44) en ambos grupos. Se operaron de urgencia 19 pacientes (10,6%), siendo necesaria la confección ostomía 36 pacientes(20,1%), sin diferencias en ambos periodos. A nivel de recto no hubo diferencias respecto a sexos, tampoco respecto a su etapa, donde 17(26,9%) se encontraba en etapas iniciales, 29(46%) localmente avanzado y 17(26,9%) metastásico. El abordaje laparoscópico fue el preferido en todos los grupos, requiriendo conversión 6(4,65%) de los tumores de colon y 1(2,17%) de los rectales. No se registraron mortalidades a 30, 60 o 90 días tras la cirugía.

CONCLUSIÓN: En pacientes operados en el programa oncológico de la red de salud, no se evidenciaron diferencias respecto al número de pacientes operados, su etapa patológica, mortalidad o abordaje en los periodos comparados.

EN ÉPOCA DE COVID-19: ¿CÓMO LAS ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN AVANZADAS (STAR) PUEDEN AYUDAR A DAR SOLUCIONES A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS?

Mónica Martínez M1-2., Gonzalo Rebolledo D1., Roberto Salas O1., Dan Hartmann S.2, Scarleth Jara C.2, Sócrates Aedo M.2, Rodrigo Fernández M.1, Rodrigo Capona P.1

1Departamento de coloproctología, Hospital del Salvador 2Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN: El coronavirus-2(SARSCoV-2) ha puesto en espera la resolución de múltiples patologías, como el cáncer. Los protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) o STAR (nombre local), han optimizado el manejo del paciente quirúrgico.

OBJETIVOS: Mostrar que se puede mantener un programa STAR a pesar de pandemia mundial, y que este ayuda a solucionar pacientes oncológicos. Objetivo secundario comparar estadía hospitalaria (EH), complicaciones y reintegros entre ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODO: : Estudio retrospectivo descriptivo. Selección de pacientes Grupo STAR-noCovid desde el 1 agosto 2018 al 17 marzo 2020 y grupo STAR-Covid entre el 18 de marzo 2020 y el 17 de marzo 2021, diagnóstico de cáncer colorrectal, cirugía resectiva electiva. descripción variables demográficas, EH, complicaciones, mortalidad, reintegros y adherencia.

RESULTADO: Total 117 pacientes STAR-noCovid y 72 STAR-Covid, mediana de edad $69 \pm 12,9$ vs $68 \pm 15,2$. Sexo masculino 51 (43,6%) vs 38 (52,8%), HTA 69 (59%) vs 36 (50%), DM2 29 (24,8%) vs 9 (12,5%), tabaquismo 26 (22,2%) vs 20 (27,8%). Adherencia al programa: 100% educación enfermería ambos grupos, educación kinésica 57 (48,7%) vs 0 (0%), anemia 33(28,2%) vs 23 (31.9%), evaluación nutricional 69,7% vs 39 (54,2%), cirugía rectal 42 (35,9%) vs 21 (29.2%), laparoscopia 97 (82,9%) vs 58 (80.6%), ASA 1-2 STAR-noCovid 99 (84,6%) vs STAR-Covid 64 (88,9%), evitar benzodiacepinas 101 (86,3%) vs 64 (88,9%), volumen intraoperatorio 4,7 vs 4,8 ml/k/h, peridural 34 (29%) vs 33 (45,8%), prevención hipotermia 107 (91,5%) vs 57 (79,2%), profilaxis trombosis intraoperatoria 114 (97,4%) vs 72 (100%), profilaxis tromboembólica extendida 1 (0,8%) vs 42 (58,3%), profilaxis náuseas-vómitos 112 (95,7%) vs 60 (83,3%), ATB orales preoperatorios 98 (83,8%) vs 72 (100%), preparación colon 77 (65,8%) vs 65 (90,3%), carga carbohidratos 103 (88%) vs 58 (80,6%), SNG 3 (2,3%) vs 0 (0%), drenaje 40 (34,2%) vs 24 (33,3%), eliminación gases promedio 1.4 días, régimen día cero 68 (58,1%) vs 42 (58,3%), régimen día uno 113 (96,6%) vs 69 (95,9%), promedio días kinesioterapia 2,5 vs 2,6 días. Mediana EH 3 días grupo STAR-noCovid vs 4 días STAR-Covid , no estadísticamente significativa (t test con $p = 0,96$) , 24 complicaciones STAR-noCovid (20,5% de ellas 17 (70,8%) Clavien ≤ 2) vs 20 STAR-Covid (27,8%, de ellas 15 (75%) Clavien ≤ 2) sin significancia estadística ($p = 0,052$). Tuvimos 10 reintegros a 30 días (8,5%) vs 4 (5,6%) $p = 0,26$ con 1 fallecido grupo STAR-noCovid. Un contagio COVID.

CONCLUSIÓN: Los protocolos ERAS en contexto de pandemia se pueden mantener y ayudar a resolver pacientes oncológicos.

RESULTADOS FUNCIONALES Y CLÍNICOS DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ELECTIVA DE CÁNCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO PILOTO

Alejandra Lorca¹, Mónica Martínez M²-3., Gonzalo Rebolledo D², Ivana Leao R.¹, Scarleth Jara C³., Dan Hartmann S.³, Jessica Vivallos G.², Roberto Salas O.²

¹Kinesiología Prehabilitación Protocolo STAR, Hospital del Salvador ²Departamento de coloproctología, Hospital del Salvador ³Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo tipo más frecuente de cáncer en el mundo. La cirugía es la intervención terapéutica más común y se asocia con la reducción de 20-40% en la capacidad fisiológica y funcional. La prehabilitación ha tomado más importancia recientemente en los protocolos ERAS o STAR (eStrategias para Adelantar la Recuperación, nombre local) como parte del manejo perioperatorio. La hipótesis planteada es que pacientes que ingresan a un programa de prehabilitación mejoran la condición funcional basal previa cirugía CCR y presentan baja tasa de complicaciones, reingresos y estadía hospitalaria.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este estudio es describir los resultados funcionales de un programa estructurado de prehabilitación multimodal y secundariamente los días de hospitalización, complicaciones y reingresos en personas candidatos a cirugía electiva de CCR.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se trata de una muestra por conveniencia no intencional constituida por 50 personas usuarias de un hospital público que cumplieron con los criterios de elegibilidad: Con diagnóstico de CCR, manejados bajo el protocolo STAR, que completaron un programa de prehabilitación multimodal y contaban con antecedentes completos. Fueron registrados los antecedentes sociodemográficos, clínicos, y las variables funcionales como capacidad cardiorrespiratoria (CCR), fuerza de presión manual (FPM), fatiga, independencia en actividades de la vida diaria (Ind AVDs) y equilibrio. Adicionalmente se registraron los días de hospitalización, reingresos y complicaciones postoperatorias. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva y pruebas de diferencia entre tiempo de evaluación, previo y posterior a la prehabilitación.

RESULTADO: De 50 pacientes registrados, 23 (46,0 %) fueron de sexo femenino y 27 (54,0 %) sexo masculino. La edad promedio fue $69,8 \pm 11,7$. 35 personas con diagnóstico cáncer de colon (70,0%) y 15 cáncer de recto (30,0%). Posterior al programa de prehabilitación, los pacientes mejoraron la CCR, fatiga, equilibrio dinámico y fuerza prensil ($p < 0,05$; tamaño de efecto: -0,23; 0,28; 0,18; 0,03, respectivamente). No hubo diferencias significativas en el nivel de IndAVDs ($p > 0,05$; tamaño de efecto: 0,01). De los 50 pacientes, 6 no lograron continuar en el protocolo de manejo perioperatorio (STAR). De los 44 pacientes operados, hubo 9 complicaciones, de las cuales 4 fueron Clavien ≥ 3 , 3 reingresos y 0 mortalidad. La mediana de estadía fue de 4 días.

CONCLUSIÓN: Un programa de prehabilitación multimodal para pacientes candidatos a cirugía electiva de CCR, resultó ser beneficioso para la mejorar la condición funcional preoperatoria. La estadía hospitalaria estuvo en la media esperada. **INGESTA DE ESPINA DE PESCADO: MECANISMO INUSUAL DE ILÉITIS DISTAL Y PERFORACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Kevin Órdenes M., Claudina Opazo S., Belén Carvajal M., Agassi Bolaños L., Gabriel Sandoval S., Mauricio Díaz B. Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La inserción de cuerpos extraños en el tubo digestivo es una consulta frecuente en los SU. La espina de pescado es la causa más frecuente de ingesta accidental de cuerpo extraño en adultos. Del total de estos casos de ingesta de cuerpos extraños, el 80% de los pacientes son asintomáticos y eliminan el objeto espontáneamente, por lo cual en la mayoría de los casos es planteable un manejo conservador.

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

MATERIAL Y MÉTODO: No Aplica

RESULTADO: Se presenta un paciente hombre de 71 años, con antecedentes de Colecistolitiasis, donde consulta por cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución que inicia posterior a la ingesta de pescado. Ingres a hemodinámicamente estable, con dolor epigástrico, sin signos de irritación peritoneal. Al laboratorio presentaba PCR 13.1 y 19.780 leucocitos. En TC de abdomen y pelvis se evidencian signos inflamatorios de íleon distal asociados a burbuja de gas contigua a una pequeña imagen lineal hiperdensa. Dado que el paciente inicialmente se encontraba en buenas condiciones generales y sin alza de parámetros inflamatorios, se decide manejo conservador con ATB EV y conducta expectante. Evoluciona sin deterioro clínico, sin embargo, al tercer día presenta alza en PCR, además de cambios respecto a TC de ingreso mostrando aumento significativo de la zona inflamatoria en íleon distal con persistencia de burbuja de gas. Se decide resolución quirúrgica, realizándose Colectectomía vía Laparoscópica, asociado a liberación del plastrón de íleon distal, asociado a mini laparotomía supra e infraumbilical, con resección del plastrón per

forado de íleon distal y anastomosis término-terminal isoperistáltica manual extracorpórea. Posteriormente el paciente evoluciona con disminución de parámetros inflamatorios, clínicamente estable y sin complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIÓN: La perforación por cuerpo extraño de intestino delgado es un cuadro infrecuente, en donde el manejo de elección ante signos de peritonitis es la exploración quirúrgica con resección y anastomosis según corresponda.

ADENOCARCINOMA DEL CUFF RECTAL Y POLIPOSIS DEL RESERVORIO ILEAL DESPUÉS DE UNA PROCTOCOLECTOMÍA RESTAURADORA CON RESERVORIO ILEOANAL POR POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. REPORTE DE UN CASO

S. Berríos, M. Fernández, F. Rivera, A. Barrera, F. Illanes, C. Gallardo, C. Melo, G. Bannura

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La proctocolectomía restauradora con reservorio ileoanal (PRRIA) es el tratamiento de elección en pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) por tener resultados funcionales aceptables y bajo riesgo de cáncer colorrectal (CCR); sin embargo, con el tiempo se pueden desarrollar adenomas y neoplasias tanto en el reservorio ileal como en el muñón rectal remanente. Existen pocos casos descritos en la literatura internacional, ninguno publicado a nivel nacional.

OBJETIVOS: Presentar un caso de adenocarcinoma del cuff rectal y poliposis del reservorio ileal después de una PRRIA por PAF.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente mujer, 45 años, portadora de una PAF. Se realizó una PRRIA. El estudio histológico de la pieza operatoria evidenció un adenocarcinoma colónico infiltrante polifocal estadio IIIB; completa solo 6 ciclos de quimioterapia por mala tolerancia. Retoma control médico 10 años después, asintomática. Al tacto rectal se palpa un tumor fijo en la pared anterolateral derecha a 3 cm del margen anal y pólipos de consistencia gomosa ocupando el reservorio. La reservorioscopía mostró múltiples pólipos de hasta 15 mm y una lesión de aspecto neoplásico en el cuff rectal con biopsia positiva para adenocarcinoma. La resonancia magnética de pelvis describe una lesión tumoral a la altura del cuff sin invasión del músculo elevador del ano. La tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis no muestra signos de diseminación, CEA 1.5 ng/dl.

RESULTADO: Se realizó resección de reservorio ileal junto al aparato esfinteriano más una ileostomía terminal, sin incidentes. La biopsia de la pieza operatoria mostró un adenocarcinoma que infiltraba tejido perirrectal y esfínter anal interno sin linfonodos comprometidos, además de múltiples adenomas túbulo-villosos con displasia de alto y bajo grado en el reservorio. Se indica quimioterapia adyuvante.

CONCLUSIÓN: Después de una PRRIA por PAF la formación de pólipos en el íleon es común; sin embargo, los casos de neoplasia son extremadamente raros y pueden originarse en el reservorio ileal (25%) o en la zona de transición anal (75%). El riesgo de desarrollar pólipos y carcinoma aumenta con el tiempo. Posibles factores de riesgo son la presencia de CCR al momento de la PRRIA, pólipos múltiples y grandes en el reservorio, mucosectomía incompleta y preservación de la zona de transición anal. Es necesaria la vigilancia endoscópica a largo plazo en estos pacientes.

EXPERIENCIA EN COLONOSCOPIA INTRAOPERATORIA PARA REVISIÓN DE ANASTOMOSIS COLORRECTALES

Nicolás Palominos L, Ernesto Melkonian T, Paul Brenner S, Gabriela Echeverría B, Aldo Cúneo Z, Christian Jensen B, Daniella Espínola M, Constanza Villalón M, Leonardo Espíndola S.

Clínica Alemana de Santiago, unidad de Coloproctología. Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN: La filtración y sangrado son las complicaciones más severas de las anastomosis colorrectales. Se asocian a aumento de morbilidad y mortalidad tanto en intervenciones oncológicas como no oncológicas. La prueba hidroneumática para evaluar la filtración se realiza mediante insuflación, rectoscopia y últimamente con colonoscopia. A pesar de que esta última tendría mejor visión y permitiría realizar procedimientos, aún no hay claridad en la literatura en la recomendación de cual utilizar.

OBJETIVOS: Describir hallazgos de la prueba hidroneumática mediante colonoscopia (filtración y sangrado de la anastomosis) y complicaciones postoperatorias de las anastomosis colorrectales.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyó todo paciente que se realizó una colo-rectoanastomosis entre junio de 2019 y junio de 2020 en Clínica Alemana de Santiago (desde la incorporación de un colonoscopio en pabellón). Se registraron hallazgos de la colonoscopia (sangrado de línea de sutura, filtración de anastomosis, alteración de coloración de la mucosa, etc). Además, se registró la conducta ante estos hallazgos. Se documentó durante el postoperatorio el sangrado de línea de sutura, filtración anastomótica y su manejo.

RESULTADO: Cuarentaisiete pacientes fueron incluidos. La media de edad fue de 65,5 años (rango,30-92), 30 hombres y 17 mujeres. Veintidós(46,8%) fueron por cáncer, 21(44.7%) fueron por enfermedad diverticular y 4(8,5%) por otras causas. La colonoscopia intraoperatoria evidenció sangrado de la línea de sutura en 6(12,8%) pacientes, a todos estos pacientes se les realizó suturas hemostáticas. No se evidenció fuga a nivel de la anastomosis. No se encontraron alteraciones en la coloración de la mucosa colónica ni rectal. En 1 paciente (2,1%) se cambió la conducta intraoperatoria al encontrarse un pólipo en la línea de la sutura, realizándose una resección más baja con nueva anastomosis. Tres(6,4%) de los pacientes sangraron de la línea de sutura durante el postoperatorio, todos cedieron espontáneamente. No se evidenciaron filtraciones de anastomosis en el postoperatorio.

CONCLUSIÓN: En este estudio, la colonoscopia de rutina para revisión de anastomosis colorrectal no evidenció filtraciones. La tasa de sangrado intraoperatorio de la anastomosis fue 12,8%, pudiéndose realizar la corrección de éste inmediatamente. En un caso permitió cambiar la conducta, realizándose una nueva anastomosis frente al hallazgo de un pólipo proximal a la anastomosis. Las tasas de sangrado(6,4%) y de filtración postoperatorios (no evidenciándose en esta serie) son similares a lo descrito en la literatura. Aunque nuestros resultados fueron favorables, esperamos que estudios comparativos prospectivos permitan aclarar la utilidad de la colonoscopia en la disminución de las complicaciones de la anastomosis colorrectal.

CIRUGÍA DE COLON DE URGENCIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID 19. ¿UNA NUEVA ENTIDAD?

Nicolás Palominos L, Aldo Cúneo Z, Paul Brenner S, Daniella Espínola M, Ernesto Melkonian T, Constanza Villalón M, Christian Jensen B, Leonardo Espíndola S.

Clínica Alemana de Santiago, unidad de Coloproctología. Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 ha afectado a la medicina en diferentes ámbitos; la cirugía coloproctológica no se ha visto ajena a dicha realidad. A lo largo de este periodo, en Clínica Alemana de Santiago, hemos visto patología quirúrgica de urgencia colónica en pacientes hospitalizados por neumonía grave por COVID-19. Se ha descrito, en pacientes con cirugía de urgencia con COVID-19, morbilidad (58% complicaciones serias) y mortalidad asociada en el perioperatorio (16,7%). Pero hasta el la fecha no hay estudios que analicen el impacto en la cirugía de colon.

OBJETIVOS: Describir el diagnóstico, cirugía, estadía, morbilidad y mortalidad perioperatoria en pacientes operados de colon por urgencia en contexto de neumonía por COVID-19. **MATERIAL Y MÉTODO:** Serie prospectiva observacional, donde se incluyen todos los pacientes operados entre abril 2019 y agosto 2021 en Clínica Alemana de Santiago, por una patología colónica de urgencia, hospitalizados por neumonía grave por COVID-19.

RESULTADO: Siete pacientes (6 hombres) fueron incluidos, a todos se les realizó una colectomía parcial y ostomía terminal (5 derechas, 1 izquierda y 1 Hartmann). El promedio de edad fue de 58 años (36 a 76). Los días de hospitalización al momento de la cirugía fue en promedio 24.1 días (7 a 70). Los días de ventilación mecánica invasiva fue de 37 días en promedio (14 a 73). La estadía hospitalizada en promedio fue de 52.2 días (27 a 74 días). En 4 (57.1%) se evidenció perforación colon (3 ciegos y 1 sigmoides), 2 (28,5%) por hemorragia digestiva baja y 1 por mucormicosis de colon transverso. Dos pacientes tuvieron complicaciones post operatorias (1 colección y 1 sangrado digestivo bajo), en ninguno fue necesario reoperar. No hubo fallecidos.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie la morbimortalidad fue notoriamente menor a la descrita a la literatura internacional. Si bien, es un número bajo de pacientes, ya que las series internacionales describen series de hasta 468 operados de urgencia con COVID-19; faltan publicaciones que describan específicamente la patología de quirúrgica de Colon, lo cual da valor a nuestros resultados en ese estudio. Todos los pacientes, salvo uno, el cual como hallazgo presentó un adenocarcinoma en colon transverso, fueron operados por patologías que no presentaban previo a su hospitalización. Parece importante, por lo tanto, seguir estudiando la relación de causalidad entre dichas patologías quirúrgicas de urgencia en colon y COVID-19, para lo que se requiere mayor tiempo de observación y más número de pacientes. Con lo que se pueda esclarecer la fisiopatología de este fenómeno.

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA.

Nicolás Palominos L, Paul Brenner S, Daniella Espínola M, Constanza Villalón M, Christian Jensen B, Ernesto Melkonian T, Aldo Cúneo Z, Leonardo Espíndola S.

Clínica Alemana de Santiago, unidad de Coloproctología. Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN: La esfinterotomía lateral interna es el tratamiento quirúrgico de elección para la fisura anal crónica. Sin embargo el riesgo de incontinencia anal asociado es de hasta 14%. La inyección de toxina botulínica es una alternativa para el tratamiento, que se asocia con menores complicaciones.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir los resultados preliminares del tratamiento con toxina botulínica para la fisura anal crónica en Clínica Alemana de Santiago. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de cohorte retrospectivo donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de fisura anal crónica, que se definió como una duración de los síntomas mayor a 6 semanas, y falta de respuesta a tratamiento médico por 4 semanas, a los que se les administró inyección de toxina botulínica entre los años 2014 y 2020.

RESULTADO: Cuarenta y tres pacientes fueron sometidos a inyección de toxina botulínica. 38 (88,4%) de pacientes fueron mujeres. Tres pacientes (0,04%) tuvieron un absceso posterior a la inyección; 2 entre 5-6 semanas y otro a los 3 meses; de los cuales dos requirieron drenaje quirúrgico y uno antibióticos solamente. Dos pacientes tuvieron incontinencia (0,04%) transitoria dentro de las primeras 48 horas postoperatorias. Uno escurrimiento (0,02%), el cual duró menos de 2 semanas. La media de seguimiento fue de 18 semanas. Veintisiete pacientes (62,8%) tuvieron mejoría total de los síntomas, 8 (18,6%) mejoría parcial de los síntomas, y 3 (0,07%) sin cambios en sintomatología. De los pacientes con persistencia de los síntomas (mejoría parcial y sin cambios), 5 requirieron nueva inyección y ninguno esfinterotomía.

CONCLUSIÓN: La inyección de toxina botulínica es un procedimiento efectivo y seguro, con una baja de tasa de complicaciones. Siete pacientes requirieron una nueva intervención, 5 por persistencia de síntomas y 2 por absceso.

¿HA CAMBIADO LA EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE COLORRECTAL EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS? ANÁLISIS DE 1110 CIRUGÍAS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.

Gonzalo Rebolledo D.1, Ernesto Melkonian T.1, Cristian Rebolledo D.2, Guillermo Reyes R.1, Roberto Salas O.1, Rodrigo Capona P.1, Rodrigo Fernandez M1., Monica Martinez M.1, Cristobal Suazo L.1, Eduardo Mordojovic Z.1

1 Departamento Coloproctología Hospital Del Salvador, Chile 2 Escuela de Salud Publica, Universidad de Chile, Chile.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon y recto (CCR) constituye el tercer tumor maligno más frecuente, y la segunda causa de muerte por tumores malignos en el mundo con una presentación que aumenta cada vez en personas de menor edad. En Chile la tasa de mortalidad por CCR ajustada aumentó de 7,58 a 9,18x 100.00 habitantes entre los años 2000-2016 respectivamente (>20%). El Ministerio de Salud de Chile desde el año 2013 asegura el financiamiento del diagnóstico y tratamiento del CCR a través de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

OBJETIVOS: Describir los cambios epidemiológicos de los pacientes operados por CCR en cuanto a incidencia, localización de resección quirúrgica, edad y sexo. Como objetivo secundario determinar el impacto que tiene la implementación del programa GES en estos cambios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo basado en una base de datos primaria retrospectiva generada a partir de la revisión de protocolos operatorios de CCR en el Hospital Del Salvador entre enero de 2010 a diciembre 2020. Universo de pacientes (n= 1110). Las variables controladas fueron año de cirugía, periodo (antes-después del GES); sexo; edad; ubicación de la resección como variable dependiente. Se realizó análisis univariado de los datos a través de medidas de tendencia central y análisis bivariado de ubicación de resección según periodo, con prueba estadística ANOVA. Se utilizó software STATA 16

RESULTADO: Se operó a 1110 pacientes (487 hombres; 623 mujeres) con edad promedio de 67,8 años. Se observa aumento sostenido en número de pacientes operados por año(mínimo 75 año 2010 con peak de 124 el 2017) , sin cambios en distribución por localización ni cambios por grupo etario (Mayor y Menor de 50 años) No existe una diferencia estadísticamente significativa en el promedio anual de cirugías (χ^2 , $p=0,096$) ni en la lateralidad de la resección(anova $p=0,77$), ni en promedio de edad (67,1 vs 68,1)(t test, $p=0,87$) entre el periodo antes de las GES y en el periodo posterior a su implementación .

CONCLUSIÓN: Existe un aumento mantenido con tendencia al alza de paciente operado de CCR. En este estudio no se demostró alza en pacientes jóvenes o cambios en la distribución del cáncer, esto quizás influido por ser nuestra población asignada de mayor edad. Sería un desafío interesante realizar este análisis con datos multicéntricos en búsqueda de determinar si las GES han logrado modificar la actividad quirúrgica y/o factores epidemiológicos del CCR, y así poder replantear o reforzar sus estrategias de atención y prevención

ISQUEMIA INTESITAL ASOCIADA A COVID-19. ¿UNA NUEVA ENTIDAD CLÍNICA?

Drs. Sebastián Olivares M., Matias Pruzzo G., Alejandro Readí V., Sebastián Pradenas V., Marcelo Rodríguez G., Sebastián López N., Gonzalo Campaña V.

Clínica INDISA

INTRODUCCIÓN: La infección grave por Covid-19 afecta principalmente a las vías respiratorias, ingresando al epitelio mediante su unión al receptor enzimático convertidor-angiotensina 2, existiendo también expresión de este receptor en las células del tracto digestivo. El 73,8% de los pacientes con COVID-19 en UPC presentan complicaciones gastrointestinales, de las cuales los fenómenos isquémicos del colon derecho e íleon terminal han cobrado relevancia producto del incremento en su frecuencia.

OBJETIVOS: Describir las características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados con COVID-19 grave que cursaron con isquemia intestinal durante su hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados con PCR positiva para COVID-19 en Clínica INDISA durante marzo y abril del 2021 con cuadro compatible con abdomen agudo, estudiados con TAC que evidenciaron complicación isquémica de intestino y/o colon, o hayan requerido resolución quirúrgica de urgencia.

RESULTADO: Se reclutaron 10 pacientes, con mediana de edad 58 años, el 80% eran de sexo masculino, el 80% de los casos eran obesos, 40% tenían HTA y 30% DM2, todos sin antecedente de tabaquismo. Ninguno tenía vacunación completa, solo el 30% se logró inocular 1 dosis, con una media de 13 días antes de la hospitalización por COVID. Todos los pacientes fueron hospitalizados en UCI por neumonía grave requiriendo de VMI, cursaron con deterioro hemodinámico (hipotensión, taquicardia, requerimiento de drogas vasoactivas) y alteración severa de parámetros inflamatorios (leucocitos y PCR). Por presentar íleo y gran distensión abdominal durante su estadía fueron estudiados con tomografía contrastada, evidenciando compromiso isquémico de íleon distal, colon derecho o transverso en todos los pacientes. Un 80% requirió una colectomía derecha e ileostomía terminal. Hubo 2 casos sin isquemia intestinal en la exploración quirúrgica, uno presentó un deserosamiento del ciego al que se le realizó colorrafia, el otro sin hallazgos patológicos, quedando ambos con drenajes intraabdominales. La mortalidad en el grupo fue del 30%, como resultado del shock séptico que cursaban. En las biopsias de los pacientes operados se repetía el patrón de lesiones ulceradas y necrosis hemorrágica sin trombosis intravascular.

CONCLUSIÓN: Las manifestaciones isquémicas intestinales en pacientes COVID-19 severo, podrían asociarse a algunos aspectos clínicos como el sexo masculino, obesidad, ausencia de inmunidad por vacuna para COVID-19, hospitalización en UCI, requerimientos de VMI y drogas vasoactivas, entre otros, observando que estados de inmunosupresión podrían tener mayor riesgo de muerte. Pareciera existir un compromiso sistemático de íleon y colon derecho como órganos blancos en esta serie de casos, escasamente documentado en la literatura.

TUBERCULOSIS MILIAR ABDOMINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS INTESTINAL EN CÁNCER COLORRECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

C. Bonomo, S. Olivares, C. Muñoz, E. Grasset

Hospital Luis Tisné

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis sigue siendo prevalente en nuestro país. Existen variadas formas de presentación de la enfermedad siendo una de estas la tuberculosis abdominal. Esta infección es una gran imitadora de otras patologías abdominales constituyendo así un verdadero reto diagnóstico. Las áreas más afectadas son el tracto gastrointestinal y el peritoneo, ocurriendo en la mayoría de los casos por diseminación linfática o hematógena desde un foco pulmonar activo o en contexto de una tuberculosis miliar. El cuadro clínico es inespecífico, frecuentemente presentándose como dolor abdominal, baja de peso, fiebre y cambios en el hábito intestinal. Estos mismos síntomas suelen orientar a patología neoplásica colorrectal por lo que es fundamental considerar la tuberculosis miliar abdominal como diagnóstico diferencial de cáncer colorrectal metastásico al peritoneo. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de cáncer de colon sigmoides en que durante la cirugía se encontró compromiso peritoneal extenso con nódulos intestinales diseminados cuya biopsia operatoria fue compatible con TBC peritoneal.

OBJETIVOS: Describir el cuadro clínico de la tuberculosis miliar abdominal como diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal en cáncer de colon.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico en nuestro centro.

RESULTADO: Paciente masculino de 54 años sano. Consulta en nuestro centro por 2 años de evolución de hemoquequia asociada a constipación. Hace 4 meses se agrega baja de peso de 10 kg, dolor en hemiabdomen inferior y fatiga. Se le realiza colonoscopia que muestra masa concéntrica infranqueable y friable a nivel de colon sigmoides. La biopsia informa proliferación adenomatosa de alto grado, sin hallazgos neoplásicos. Sin metástasis. Se decide manejo quirúrgico para resección tumoral, donde en inspección laparoscópica se objetiva masa tumoral estenosante en sigmoides distal con extenso compromiso nodular del peritoneo interpretado como carcinomatosis peritoneal, se toma biopsia de peritoneo parietal comprometido y se realiza colostomía en asa. Biopsia compatible con implantes peritoneales de TBC miliar.

CONCLUSIÓN: La tuberculosis persiste como un problema de salud pública en Chile. La localización intestinal es de baja frecuencia y sus manifestaciones clínicas pueden llevar con frecuencia a un diagnóstico erróneo de cáncer de colon. En nuestro caso el paciente resuelto de cuadro obstructivo intestinal, actualmente se encuentra recibiendo tratamiento para tuberculosis con buena evolución. Es importante tener la tuberculosis miliar en mente entre los diagnósticos diferenciales en caso de masa intestinal sospechosa de cáncer colorrectal asociada a compromiso peritoneal, sobre todo en casos de biopsias no concluyentes.

ABSCESO DE PARED ABDOMINAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE TUMOR MALIGNO DE CIEGO

Danicela Cari N., Viviana Saavedra J., Paloma Olave R.

Hospital Regional Libertado Bernardo Ohiggins

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal es uno de los tumores digestivos más frecuentes en Chile. Su presentación clínica habitual se asocia a anemia, baja de peso, masas palpables, cambios en el hábito defecatorio o complicaciones como obstrucción intestinal, perforación o hemorragia digestiva. A continuación se presenta el caso de una paciente cuyo motivo de consulta fue un absceso de pared abdominal, el cual resultó ser secundario a la perforación de un tumor en ciego como debut de cáncer colorrectal.

OBJETIVOS: Presentar un caso de atípico de debut y complicación del cáncer colorectal

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADO: Paciente femenina de 44 años, obesa mórbida, con anemia severa en espera de colonoscopia. Ingresa al servicio de urgencias en estado séptico por gran celulitis de pared abdominal derecha y ausencia de deposiciones durante dos días. La tomografía de abdomen y pelvis informa un engrosamiento parietal estenosante de colon derecho en polo cecal que contacta pared abdominal, sin claro plano de clivaje hacia la superficie de plano cutáneo, con múltiples burbujas de gas y cambios inflamatorios del tejido adiposo y partes blandas adyacentes, sin signos de obstrucción intestinal ni adenopatías retroperitoneales. Se realiza una laparotomía exploradora que evidencia tumor de ciego con infiltración abscedada a pared abdominal, gran compromiso desmoplásico de tejido graso adyacente, en contacto con vejiga, trompa y ovario derecho, sin compromiso retroperitoneal. Se realiza resección en bloque: hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis, salpingooforectomía derecha, resección de pared afectada y reconstrucción con separación de componentes y malla compuesta. Al obtener resultado de biopsia se establece diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso T4b N0 M0. La paciente evoluciona en buenas condiciones sin recidiva tumoral, ni defectos de pared abdominal. Actualmente se encuentra en quimioterapia.

CONCLUSIÓN: En pacientes con anemia sin factor etiológico determinado es imperioso realizar una colonoscopia en forma precoz para determinar la presencia de algún tumor colorrectal. En pacientes obesos el diagnóstico de un tumor de ciego por medio del examen físico no es fiable y puede inducir a error diagnóstico. La abscedación hacia pared abdominal es una complicación poco frecuente, más aun sin compromiso intra-abdominal ni diseminación linfónodal. Las series de casos reportados en la literatura hasta el momento, no muestran un patrón claro que nos pueda orientar a cuáles son las causas de dicha presentación, por eso es tan importante seguir aportando información con la publicación de nuevos casos.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS: SERIE DE CASOS

Florencia Pinto, Julio Rojas, Ismael Vial, Francisco Podestá, Katya Carrillo, Sebastián López

Hospital Clínico de La Florida

INTRODUCCIÓN: La expectativa de vida ha aumentado sostenidamente, por lo que existe mayor cantidad de pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de CCR. El manejo quirúrgico y la seguridad de las anastomosis en este grupo son aún materia de discusión.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir los resultados quirúrgicos en este grupo etéreo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizó la base de datos de cáncer colorrectal de nuestro hospital desde Marzo 2016 a Abril 2021. Se incluyó la totalidad (serie de casos consecutiva) de los pacientes mayores de 80 años que fueron sometidos a cirugía resectiva de urgencia o electivo. Se excluyó a pacientes considerados no candidatos a tratamiento quirúrgico, colostomías paliativas y rechazo de cirugía. Se analizó datos demográficos, datos clínicos y quirúrgicos. Se realizó estadística descriptiva.

RESULTADO: Se reclutó un total de 41 pacientes, que corresponden al 10,8% del total de pacientes operados por CCR, y al 64,1% de los pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de cáncer colorrectal. La edad promedio fue 85,8 ± 4,5 años (rango:80-95), y un total de 23 mujeres (56,1%) y 18 hombres (43,9%). Dentro de los antecedentes mórbidos un 78% tenían hipertensión arterial, el 29,3% diabetes, 14,6% cardiopatía, y sólo un 12,2% sin antecedentes. La clasificación ASA preoperatoria fue ASA2 en 24 pacientes (58.5%) y ASA 3 en 10 pacientes (24.4%). Diecinueve pacientes (46,3%) fueron operados de urgencia. La cirugía más frecuente fue la colectomía derecha/derecha extendida en 23 pacientes (56,1%), con sólo un 26% de cirugía laparoscópica. De estos, la anastomosis ileo-colónica fue posible en 11 de 12 pacientes electivos, y en 8 de 11 pacientes de urgencia. La tasa global de ostomía en colectomía derecha fue de 17,4%. De las 19 anastomosis ileo-colónica hubo 3 filtraciones (15,8%). En colectomía izquierda (15 pacientes), sólo en 2 de 9 pacientes electivos se realizó una anastomosis colorrectal. La morbilidad global fue de 51,2% (menores:39%, mayores:12,2%), y quirúrgica 24,3% (menores:14,6%, mayores:9,7%). La mediana de estadía hospitalaria fue de 9 días (rango:4-110).

CONCLUSIÓN: Sólo poco más de la mitad de los pacientes mayores de 80 años acceden a tratamiento quirúrgico. De estos, sólo en un bajo porcentaje se realiza cirugía laparoscópica. Existe además una alta tasa de ostomías, especialmente en colon izquierdo. La tasa de filtración de la anastomosis ileo-colónica es discretamente mayor a la reportada en nuestra serie histórica.

ENDOSCOPIA



LITIASIS INTRAPANCREÁTICA EN CONTEXTO DE REAGUDIZACIÓN DE PANCREATITIS CRÓNICA, MANEJO ENDOSCÓPICO Y SEGUIMIENTO A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Felipe Alegría G. Camila Sotomayor L. Sebastián Olivares A. Luis Montero Silva

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: Litiasis Intrapancreática en contexto de reagudización de pancreatitis crónica, manejo endoscópico y seguimiento a propósito de dos casos. Autores: Felipe Alegría G. Camila Sotomayor L. Sebastián Olivares A. Luis Montero Silva La pancreatitis crónica corresponde a la presencia de cambios morfológicos y funcionales a nivel del páncreas. En ocasiones, independiente de la causa, se puede identificar una alteración anatómica que pueda estar relacionada con la presencia de recurrencia. Dentro de estas se encuentra la litiasis pancreática, cuya resolución podría asociarse con disminución de las recurrencias.

OBJETIVOS: Presentar los resultados de manejo endoscópico de dos pacientes con una pancreatitis crónica reagudizada en los que se evidenció litiasis intrapancreática por medio de colangioresonancia magnética, manejadas por medio de la extracción endoscópica de cálculos y su seguimiento a 60 días.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de 2 pacientes con pancreatitis crónica asociada a consumo de alcohol, con múltiples hospitalizaciones anteriores, que fueron ingresados en contexto de reagudización de su pancreatitis, negando trasgresión alcohólica, destacando dentro del laboratorio aumento de la bilirrubina de predominio directo, asociado a un patrón colestásico en el perfil hepático, por lo que fueron estudiados con colangioresonancia. El caso A corresponde a un paciente de 28 años en el que se observa atrofia del parénquima pancreático asociado a dilatación difusa del conducto pancreático principal hasta 11mm y múltiples cálculos en su lumen de hasta 6.6mm. El caso B se trata de un paciente de 52 años, ingresado en similares condiciones, también con dilatación del conducto pancreático con múltiples imágenes compatibles con litiasis del conducto pancreático principal.

RESULTADO: Ambos pacientes fueron sometidos a ERCP, por medio de la cual se realizó la extracción endoscópica de los cálculos, siendo necesario en el caso A, el uso de litotripsia, permitiendo una evacuación adecuada. Ninguno de los pacientes cursó con reagudizaciones ni evidencia de complicaciones post-ERCP durante su hospitalización. En los controles a 14, 30 y 60 días luego del procedimiento, se han mantenido sin evidencia de nuevos episodios de pancreatitis.

CONCLUSIÓN: La pancreatitis aguda recurrente como entidad requiere el estudio acabado de cada caso para identificar un factor etiológico asociado a las recurrencias. En estos casos, ambos pacientes negaban encontrarse con consumo activo de alcohol, por lo que se asignó como factor precipitante la presencia de la litiasis intrapancreática. Es necesario seguimiento a largo plazo de estos casos, para poder afirmar la utilidad de la extracción de cálculos en la recurrencia de la pancreatitis aguda.

PRÁCTICAS ACTUALES EN PREVENCIÓN DE PANCREATITIS POST-CPRE EN LATINO AMÉRICA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTINACIONAL

Carlo Marino (1), Claudio Navarrete (2), Fauze Maluf-Filho (3), José Ignacio Vargas (4), Alberto Espino (4). 1.Fellowship de Endoscopia Avanzada, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2.Servicio de Cirugía Endoscópica Hospital San Borja Arriarán de Santiago. Departamento de Cirugía, Clínica Santa María. Santiago, Chile. 3.Departamento de Endoscopia Gastrointestinal. Universidad de Sao Paulo. Sao Paulo, Brasil. 4.Unidad de Endoscopia, Hospital UC-Christus. Departamento de Gastroenterología. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente de la CPRE (incidencia 5-10%). Existen diversas recomendaciones para intentar disminuir su ocurrencia, tales como: uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por vía rectal, administración de fluidos intravenosos e instalación de prótesis pancreáticas. En la actualidad, no existe información respecto a las prácticas de prevención de Pancreatitis post-CPRE (PpC) en Latino América.

OBJETIVOS: Describir las prácticas actuales en prevención de pancreatitis post CPRE entre endoscopistas avanzados de Latino América.

MATERIAL Y MÉTODO: Se confeccionó una encuesta validada, con 19 preguntas, basada en el estudio de Avila P. et.al (GIE 2020;91:568-73). Éstas fueron agrupadas en un documento Google Forms (versiones en español y portugués) y se distribuyeron, vía mensajería instantánea (Whatsapp Inc.), entre grupos de endoscopistas avanzados de Latino América. La encuesta se llevó a cabo entre el 20 y 29 de agosto de 2021. Se utilizó estadística descriptiva para presentar resultados preliminares.

RESULTADO: Se obtuvieron 232 respuestas provenientes de 15 países. 70,3% de los encuestados trabaja en centros de alta complejidad y 54,7% lleva más de 10 años realizando CPREs. 59,5% trabaja con residentes. 59,1% de los endoscopistas utiliza prótesis pancreáticas como medida de prevención de PpC y, 95,6% de ellos, las utilizan sólo en pacientes de alto riesgo. Los motivos más frecuentemente mencionados por quienes no utilizan prótesis son: no disponibilidad de los dispositivos (26,3%) y alto costo de éstos (18,7%). 172 (74,1%) encuestados utilizan AINEs rectales, 56,4% de los cuales los utilizan en todos los pacientes y 40,1% sólo en aquellos de alto riesgo. Entre aquellos que no utilizan AINEs las razones más frecuentemente mencionadas fueron: no disponibilidad del recurso (64%), y no estar convencido del efecto protector de éstos (19,7%). 59,4% utiliza precorte como estrategia de prevención, 81,9% con 5 o menos intentos de canulación y 31,9% antes de 5 minutos de haberlos iniciado. 71,6% refiere utilizar fluidos intravenosos como parte de la profilaxis de PpC.

CONCLUSIÓN: Los AINE rectales y fluidos intravenosos son las estrategias utilizadas con mayor frecuencia en la prevención de PpC en Latino América, y predominan por sobre el uso de prótesis pancreáticas y precorte. Las principales razones de quienes no usan AINEs rectales son la no disponibilidad y dudas respecto al beneficio de éstos. En el caso de quienes no utilizan prótesis pancreáticas, su no disponibilidad y el alto costo de éstas condicionan su uso. Es importante protocolizar y difundir medidas para prevenir PpC en Latino América.

CRITERIOS CLÁSICOS Y EXPANDIDOS DE DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUB-MUCOSA EN CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO CHILENO JAPONÉS DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN (HCSBA).

Gonzalo Ross, Tomoyuki Odagaki, Cristian Sandoval.

Instituto Chileno Japonés , Hospital Clínico San Borja Arriaran.

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico incipiente (CGI) puede ser tratado mediante resección endoscópica (RE) curativa. Las RE usando criterios estándar (I-St) y extendidos (I-Ext) son validadas en Japón y reconocidas mundialmente.

OBJETIVOS: Evaluar la tasa de curación del CGI tratado con DSE; analizar las indicaciones, características del procedimiento e histología de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron RE en CGI referidos al HCSBA entre los años 2017 y 2021. Se consignó información demográfica, endoscópica e histológica, complicaciones, características histológicas de la lesión y cumplimiento de criterios curativos.

RESULTADO: Se resecaron 78 lesiones correspondientes a CGI, 62% y 38% cumplieron criterios de resección I-St y I-Ext respectivamente. La edad promedio fue 69 años, 60% mujeres, con CGI de tamaño promedio 25 mm. La DSE resecó en-bloc y R0 en el 100% y 90% respectivamente. No se registro mortalidad. La tasa de curación fue 87%, desglosado en criterios I-St y I-Ext fue de 100% y 68% respectivamente.

CONCLUSIÓN: La DSE en nuestra institución alcanza resultados curativos y tasas de complicaciones comparables a los publicados en la literatura.



ESOFAGOGÁSTRICO



QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICO COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE GIST. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cristian Gallegos C, Jorge Ramírez G, Erick Magariños E, Lorenzo González P.

Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: Las duplicaciones gastrointestinales pueden ocurrir a cualquier nivel del tracto digestivo, siendo la duplicación gástrica una entidad infrecuente. Los quistes de duplicación gástrica están relacionadas con el desarrollo embriológico anómalo del intestino anterior, que usualmente son diagnosticadas en la infancia. La presentación en el adulto es inespecífica, siendo confundidos muchas veces con GIST. Se presenta el caso clínico de una paciente adulta con tres quistes de duplicación gástrica.

OBJETIVOS: Presentar un caso de una paciente con 3 quistes de duplicación gástrica y una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 25 años que consultó por dolor epigástrico y náuseas. Se realizó EDA que informó 2 lesiones subcardiales subepiteliales de 20 y 10 mm con aspecto de lipomas. Se complementa con endosonografía que describió una lesión subcardial intramural dependiente de muscular propia sugerente de GIST y una segunda lesión indeterminada. La TC evidenció una lesión parietal hipodensa con realce periférico, que se proyecta al lumen gástrico de 31 x 23 x 33mm, sin signos de compromiso transmural ni de extensión hacia estructuras vecinas y una segunda lesión de similares características en la curvatura mayor de 18 x 15 x 16 mm. Ante la duda diagnóstica se decide laparoscopia.

RESULTADO: La laparoscopia identifica tumor de 20 mm en fondo gástrico de aspecto quístico y otro de 30 mm en cuerpo gástrico. Endoscopia intraoperatoria muestra una tercera lesión subcardial a 1 cm de UGE. Se realiza gastrectomía en cuña, dejando tejido remanente macroscópicamente sano. Evoluciona de forma favorable siendo dada de alta al 5° día. El estudio histológico evidenció que las muestras son en todo comparables, con 3 lesiones quísticas subserosas en la cuales se reconoce mucosa, submucosa y capa muscular, sin atipias ni mitosis, sin evidencia de malignidad, correspondiendo a quistes de duplicación gástrica.

CONCLUSIÓN: El desarrollo del estómago depende embriológicamente del intestino anterior, que a su vez da origen a la faringe, esófago, duodeno y tracto respiratorio. La etiología de la generación en los quistes de duplicación gástrica aun no es clara pero existen teorías que apuntan a una alteración en el proceso de separación del epitelio respiratorio y digestivo. Si bien el curso de la enfermedad es benigno, se han descrito casos de complicaciones como sangrado, perforación, torsión o incluso la posibilidad de malignización. El diagnóstico sigue siendo un desafío para el cirujano siendo en muchas oportunidades diagnosticado con el estudio histológico de la pieza.

TRICOBEOZOAR GÁSTRICO GIGANTE RESUELTO POR LAPAROSCOPIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cristian Gallegos C, Jorge Ramírez G, Erick Magariños E, Sebastián Bernard R. Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: Introducción: Los bezoares son masas de material no digerible, son infrecuentes y se han descrito distintos tipos, siendo el tricobezoar el más frecuente en menores de 30 años. El tricobezoar es la acumulación de cabello en la cámara gástrica, fue descrito por primera vez en 1779 por Baudomant y en 1883 Schonborn realizó el primer abordaje quirúrgico. Las complicaciones son la perforación, oclusión o invaginación intestinal, pudiendo derivar en una cirugía de urgencia.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de una paciente con tricobezoar gástrico gigante resuelto por laparoscopia y una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 23 años, con antecedentes de tricotilomanía, consulta en urgencia por dolor epigástrico y vómitos post prandiales de 6 meses de evolución que se acentúan la última semana llegando a la intolerancia oral completa. Se realiza EDA que evidencia masa gástrica conformada por pelos y restos alimentarios que ocupa prácticamente todo el lumen gástrico. Se complementa estudio con TAC que muestra presencia de material heterogéneo en lumen gástrico compatible con bezoar. Dado los antecedentes se decide realizar laparoscopia exploradora.

RESULTADO: Laparoscopia evidencia gran distensión gástrica con masa dura endoluminal. Se realiza gastrostomía anterior amplia, dando salida a gran masa conformada principalmente por pelos, que ocupan desde la región subcardial a región pre pilórica. Se cierra gastrotomía y se extrae pieza en bolsa por laparotomía de Pfannestiel terminando cirugía sin incidentes. En postoperatorio evoluciona con TEP subsegmentario sin repercusión clínica por lo que es dada de alta al quinto día con tratamiento anticoagulante. Control a los 6 meses con EDA muestra resolución total de masa. Actualmente paciente se mantiene asintomática con seguimiento por equipo de psiquiatría de su enfermedad de base.

CONCLUSIÓN: El tricobezoar son masas conglomeradas de pelo que se ubican usualmente en la cámara gástrica, pudiendo extenderse al intestino delgado y generar una entidad clínica con complicaciones como obstrucción y/o invaginación intestinal. Es más frecuente en mujeres menores de 30 años, siendo el principal rango etario entre 20 y 30 años. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización y el tamaño de la masa siendo el abordaje quirúrgico una adecuada opción cuando otras técnicas no permite su remoción. El abordaje laparoscópico es ideal por su baja tasa de complicaciones, menor dolor post operatorio y reintegro precoz a la vida cotidiana. Es fundamental el manejo multidisciplinario y seguimiento posterior por equipo de psiquiatría para controlar la enfermedad de base y evitar la recurrencia.

REPORTE DE UN CASO: LIGADURA ESOFAGICA COMO ALTERNATIVA DE MANEJO EN FILTRACIÓN DE ESOFAGOYEUANOANASTOMOSIS

Javier Reyes, Belén Sanhueza, Sebastián Letelier, Eduardo Pérez

Hospital El Pino

INTRODUCCIÓN: La filtración de la esofagoyeyunonastomosis, es La complicación más temida en la gastrectomía total, con una incidencia del 5 al 20% y una mortalidad que puede llegar a más de un 60% de los casos. Es perentorio estar alerta ante su presentación y conocer las diferentes opciones terapéuticas disponibles. El manejo va desde el conservador al quirúrgico, dependiendo del grado de filtración y su repercusión sistémica. La ligadura esofágica cervical representa una alternativa de manejo de la filtración anastomótica que logra una exclusión esofágica efectiva sin desfuncionalizar el tránsito en forma permanente, evitando una tercera intervención para reconstituir el tránsito.

OBJETIVOS: Se presenta el caso de un paciente masculino con shock séptico secundario a filtración esofágica precoz posterior a gastrectomía total por adenocarcinoma de UGE Siewert III, el cual fue manejado exitosamente mediante exclusión esofágica con ligadura de vicryl.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 65 años con diagnóstico de adenocarcinoma de UGE Siewert III, presentado a comité oncológico se decide quimioterapia neoadyuvante con FLOT, completados los 4 ciclos se realiza, Gastrectomía total + D2 y reconstrucción en Y de Roux, con biopsia rápida de margen esofágico que resulta positiva, requiriendo resección de nuevo margen de esófago abdominal. Al quinto día postoperatorio presenta Shock séptico, se inicia reanimación correspondiente y se toma TAC TAP con contraste, evidenciando derrame pleural izquierdo, neumoperitoneo, líquido libre y dehiscencia de esofagoyeyunonastomosis. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando peritonitis de 4 cuadrantes secundaria a dehiscencia de esofagoyeyunonastomosis. Se realiza aseo de cavidad abdominal, rafia de zona anastomótica dehiscente yeyunostomía tipo Stamm, a nivel cervical ligadura esofágica con vicryl 1 y pleurostomía izquierda, que da salida de líquido seroso-turbio. Se maneja en UPC, en VMI, se realiza traqueostomía precoz.

RESULTADO: Evoluciona favorablemente, iniciando nutrición enteral por yeyunostomía, hasta completar 6 semanas, donde se realiza prueba de deglución que resulta exitosa, se retira traqueostomía. A la 7ª semana se realiza endoscopia que comprueba permeabilidad esofágica e indemnidad de esofagoyeyunonastomosis. Paciente es dado de alta en buenas condiciones generales, autovalente y con buena tolerancia oral.

CONCLUSIÓN: La ligadura de esófago cervical es una alternativa de manejo adecuada para la dehiscencia de anastomosis esofagoyeyunal, favoreciendo el cierre del defecto sin desfuncionalizar el tránsito de manera permanente, lo que evita reintervenciones futuras no exentas de complicaciones.

LA GASTRECTOMÍA DEL REMANENTE GÁSTRICO ES UNA ALTERNATIVA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ACTÍNICA DE LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL REFRACTARIA A DILATACIÓN ENDOSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO

Víctor Meza, Macarena Basso, Marco Ceroni, Ignacio Obaid, Rodrigo Muñoz, Cristian Martínez, Ricardo Mejía, Nicolás Muñoz, Alfonso Díaz, Enrique Norero

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

INTRODUCCIÓN: La adyuvancia posterior a una gastrectomía curativa con quimio-radioterapia (QT-RT) según el protocolo MacDonald aumenta la supervivencia de los pacientes con cáncer gástrico (CG), sin embargo, tiene riesgos asociados, uno de ellos secundario a la radioterapia, la estenosis por enteritis actínica. Previamente existe sólo 1 reporte de la necesidad de cirugía para resolver esta secuela.

OBJETIVOS: Reportar un caso de resolución quirúrgica de una estenosis actínica del asa alimentaria posterior a una gastrectomía subtotal curativa.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico.

RESULTADO: Reporte del caso: Paciente de 63 años, de sexo masculino, con diagnóstico de CG avanzado, fue tratado con gastrectomía subtotal distal D2 curativa y QT-RT adyuvante hace 8 años, con biopsia definitiva que informó invasión de la serosa y 5 ganglios positivos. Con seguimiento oncológico sin recurrencia. Consultó este año por saciedad precoz, baja de peso y vómitos. El estudio endoscópico mostró una estenosis del asa alimentaria 2 cm distal a la anastomosis gastroyeyunal, que se dilató sin mejoría de los síntomas. Las biopsias no informaron cáncer. La tomografía axial computada informó engrosamiento del asa alimentaria con una extensión de 6 cm, sin evidencias de recidiva. Se realizó laparoscopia diagnóstica que descartó carcinomatosis. Se realizó pre-habilitación y luego gastrectomía del remanente gástrico con esófagoyeyuno anastomosis en Y-de-Roux más colectomía del transversal de necesidad por isquemia. Sin complicaciones postoperatorias. La biopsia informó cambios histológicos del intestino delgado y estómago compatibles con daño actínico.

CONCLUSIÓN: La estenosis actínica del intestino es una complicación poco frecuente posterior a una QT-RT adyuvante en CG. Su estudio y diagnóstico es complejo, ya que es difícil diferenciarla de una recidiva del CG. Ante un caso refractario a dilataciones endoscópicas, la alternativa de elección en su manejo es la resección del remanente gástrico, debido a que el uso de prótesis no resuelve el problema y puede tener complicaciones asociadas. La indicación de cirugía debe considerar el estado nutricional del paciente, y que la reconstrucción será en tejidos irradiados, por lo que se debe realizar pre-habilitación y descartar recidiva a distancia.

ABORDAJE LÁPARO-ENDOSCÓPICO EN TUMORES SUBMUCOSOS GÁSTRICOS: EXPERIENCIA INICIAL

Enrique Biel W, Javier Ojeda Y, Oscar Gamarra Ch, Héctor Molina Z, Francisco Pacheco B, Francisco Parada D, Varinia Jara Q y Hector Molina R.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Hospital Guillermo Grant Benavente. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: Los tumores submucosos agrupan a las neoplasias no epiteliales gástricas y típicamente son de origen mesenquimatosos. Representan menos del 2% de los tumores gástricos, siendo el GIST el más frecuente (60-70%), seguido del leiomioma. Los lipomas son menos del 1% de los tumores gástricos, benignos, aunque con riesgo de recurrencia local (menos de 5%). Al no requerir grandes resecciones gástricas ni linfadenectomía en la mayoría de los casos, el abordaje mínimamente invasivo y especialmente con apoyo endoscópico permite una resección económica que se asocie a menor morbilidad a corto y largo plazo.

OBJETIVOS: Presentar 3 casos intervenidos por tumores submucosos gástricos, con abordaje láparo-endoscópico, caracterizando la técnica utilizada, la morbilidad postoperatoria y los hallazgos histológicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos, retrospectiva, de pacientes intervenidos entre 2017 a 2020 en dos centros universitarios. Estadística descriptiva.

RESULTADO: 2 hombres y 1 mujer, de 17, 70 y 45 años respectivamente, fueron intervenidos en este período. En los 2 primeros, el estudio endoscópico mostraba una lesión submucosa subcardial muy cercana a la unión gastroesofágica, con historia de hemorragia digestiva secundaria. Se realizó un abordaje láparo-endoscópico, con trócares intragástricos y se resecó la lesión con un stapler bajo visión combinada laparoscópica intragástrica y endoscópica, respetando dirigidamente la unión gastroesofágica. La paciente femenina fue intervenida por síndrome de retención gástrica secundaria a una lesión submucosa prepilórica, sésil, que protruía hacia el bulbo duodenal generando la obstrucción; se utilizó la misma técnica de los anteriormente descritos, siendo imposible una resección completa transgástrica sin comprometer el duodeno, por lo cual endoscópicamente se traccionó la lesión hacia el antro y bajo visión endoscópica se completó una antrectomía laparoscópica. Los 2 primeros pacientes presentaron hemorragia de la línea grapada, en ambos resuelta exitosamente vía endoscópica. Todos fueron dados de alta antes del quinto día. El estudio anatomopatológico informó un leiomioma en los 2 primeros casos y un lipoma gástrico en el tercero, siendo todos considerados tratados con la cirugía.

CONCLUSIÓN: El abordaje láparo-endoscópico es una alternativa segura, reproducible y que tiene la ventaja de poder delimitar bien la lesión y, por lo tanto, el margen de sección, evitando resecciones más mórbidas y, especialmente cuando están situadas cerca de la unión gastroesofágica o el píloro, evitar eventual daño a estructuras como el duodeno o el esófago. Además, la endoscopia intraoperatoria permite el cierre bajo visión de las gastrotomías para los trócares y una prueba hidroneumática si se requiere.

ESTENOSIS DUODENAL POR PRÓTESIS INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO CON MANEJO QUIRÚRGICO

Nicole Díaz, Augusto Barrera, Sara Berríos, Moritz Reimberg, Carlos García, Patricia Rebolledo, Gonzalo Ross
Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: Las endoprótesis gastrointestinales son dispositivos cada vez más utilizados para el manejo de obstrucciones del tubo digestivo por patologías benignas y malignas. Las estenosis benignas son parte del grupo objetivo, siendo considerado un tratamiento mínimamente invasivo. Existe evidencia sobre las complicaciones asociadas al procedimiento y presencia de prótesis intestinales, siendo la migración una de las más reportadas. La estenosis duodenal es una complicación menos frecuente y menos reportada, sin embargo, tiene un alto impacto clínico y morbilidad asociada.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una estenosis duodenal secundaria a prótesis duodenal, con múltiples intentos de retiro endoscópico frustrados, necesitando en última instancia un retiro quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Información recopilada a partir de registros clínicos, endoscopias, imágenes radiológicas y de la intervención quirúrgica.

RESULTADO: Paciente masculino, 35 años, sin antecedentes médicos, con historia de trauma abdominal por arma de fuego en el año 2019, y múltiples cirugías asociadas, incluyendo rafias intestinales, gástricas y duodenales, evolucionando con fístulas pancreáticas y manejado con abdomen abierto. Dado de alta evoluciona con una gran hernia incisional y estenosis duodenal. Se instala una prótesis autoexpandible, no recubierta, de 12 cm, presentando re-estenosis 1 año más tarde, con vómitos postprandiales tardíos, baja de peso e intolerancia alimentaria. Estudio endoscópico e imagenológico evidencia prótesis desplazada y estenótica. Debido a retiro endoscópico frustrado, se instala prótesis sobre prótesis. Reaparecen síntomas a los 6 meses, objetivándose prótesis en 4ta porción duodenal. Se realiza exploración quirúrgica evidenciando múltiples adherencias y prótesis en 3ra y 4ta porción duodenal. Se retira prótesis por enterotomía yeyunal proximal, se realiza gastroyeyuno anastomosis y en segundo tiempo reconstrucción de pared abdominal con separación anterior de componentes. El paciente evoluciona de forma satisfactoria, con GYA permeable objetivada por endoscopia.

CONCLUSIÓN: La estenosis duodenal secundaria a la instalación de una prótesis duodenal está poco documentada hasta la fecha debido a que es la complicación menos frecuente respecto a las otras complicaciones estudiadas. La importancia de esta complicación radica en el impacto clínico que ocasiona en el paciente. Determina el desarrollo de un cuadro de obstrucción intestinal alta que implica la imposibilidad de alimentación enteral, ocasionando pérdidas importantes de volumen y desequilibrio hidroelectrolítico. Además, prolonga la estancia hospitalaria, aumenta el gasto de recurso material y humano. Por lo descrito, el presente caso intenta documentar esta infrecuente complicación y el manejo quirúrgico otorgado para su resolución.

ESOFAGECTOMÍA TIPO MCKEOW MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PRONO POR ACALASIA GRADO IV, RECONSTITUCIÓN CON ASCENSO GÁSTRICO GUIADO CON VERDE INDOCIANINA

Javier Reyes, Belén Sanhueza, Sebastián Letelier, Harold Romero

Hospital El Pino

INTRODUCCIÓN: Se presenta video de cirugía mínimamente invasiva guiada por verde de indocianina .

OBJETIVOS: Mediante la tinción con verde de indocianina se logra una adecuada visualización de la arcada gastrotroepiploica y se objetiva el límite de irrigación distal del colgajo gástrico, marcándolo para su posterior anastomosis a nivel cervical.

CONTENIDO DE VIDEO: Esofagectomía por videotoracoscopía en posición prono. Tubulización gástrica por videolaparoscopia en posición francés, guiada con tinción de verde indocianina. Esófago gastro anastomosis termino terminal con stapler endogía a través de cervicotomía lateral izq.

OPCIONES DE TRATAMIENTO EN ACALASIA CRICOFARÍNGEA

Natalia Reyes, Ítalo Braghetto, Enrique Lanzarini, Owen Korn, Luis Gutiérrez

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La sensación de cuerpo extraño y disfagia alta es un síntoma frecuente de consulta, siendo la acalasia cricofaríngea una de sus causas poco sospechada. Esta infrecuente patología es de difícil diagnóstico y tratamiento, dada la poca evidencia disponible. Reportes recientes han descritos conductas terapéuticas que permanecen en discusión.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es reportar los resultados en el manejo con dilatación endoscópica y miotomía cricofaríngea, en relación con la recurrencia de disfagia alta, en pacientes con acalasia cricofaríngea tratados en Hospital Clínico Universidad de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos. Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años con disfagia alta diagnosticados con acalasia cricofaríngea que fueron tratados con dilatación endoscópica o miotomía cricofaríngea en Hospital Clínico Universidad de Chile, entre 2004 a 2021. Se excluyeron los pacientes que presentaban concomitantemente divertículo de Zenker y/o antecedente de compromiso neurológico. La variable resultado fue la recurrencia de disfagia alta y otras variables de interés fueron características manométricas, presión y relajación del músculo cricofaríngeo. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADO: Se reportan 6 casos, 5 mujeres y 1 hombre, la mediana de edad fue 40 años (27-65), todos con síntoma principal de disfagia alta. La mediana de presión y relajación del músculo cricofaríngeo fue 136.65mmHg (99.8-260.5) y 100% (90-100%), respectivamente. Se les realizó dilatación endoscópica a 3 pacientes y miotomía cricofaríngea a 3 pacientes. No hubo complicaciones post procedimientos. La dilatación se efectuó en forma ambulatoria y la estadía hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía fue de 48hrs. Para el seguimiento y evaluación de recurrencia de disfagia alta se excluyó a 1 paciente, cuyo tratamiento fue realizado durante este año. El seguimiento tuvo una mediana de 14 años (4-17). Ningún paciente presentó recurrencia de disfagia alta.

CONCLUSIÓN: La dilatación endoscópica y miotomía cricofaríngea para el tratamiento de la acalasia cricofaríngea parecen tener buenos resultados en relación con la recurrencia de disfagia alta.

CÁNCER GÁSTRICO EN SÍNDROME DE LI FRAUMENI. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Yoselin Burgos, Gustavo Martínez, Erick Castillo

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Li Fraumeni (SLF) es un trastorno hereditario producido por mutaciones de la línea germinal del gen supresor de tumores TP53, en el que existe predisposición al cáncer autosómico dominante vinculado a riesgos de sarcomas de tejidos blandos, cáncer de mama, pulmón y otras neoplasias malignas, a menudo en niños y adultos jóvenes, describiéndose la asociación a cáncer gástrico (CG) en 5% de los casos.

OBJETIVOS: El objetivo es describir el caso clínico de un trastorno genético con frecuente asociación a cáncer gástrico y la importancia de buscar dirigidamente neoplasias asociadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se discute caso previo consentimiento informado y análisis de este en relación con evidencia publicada.

RESULTADO: paciente femenina de 28 años, con antecedentes de mastectomías: parcial izquierda (2014) y total derecha (2018) por cáncer de mama bilateral. En 2021 es evaluada por genetista concluyendo SLF en estudio molecular. Se estudió con resonancia magnética, evaluación dermatológica, colonoscopia y endoscopia digestiva alta, la cual evidencia un tumor gástrico corporal con biopsia compatible con carcinoma infiltrante poco diferenciado. Estudio de diseminación negativo. Además, en estudio con mamografía magnificada se demostraron microcalcificaciones sospechosas en mama izquierda, con biopsia compatible con carcinoma ductal in situ. Se somete a cirugía conjunta (gastrectomía total D2 laparoscópica y mastectomía total izquierda), sin incidentes. La biopsia informa cáncer gástrico corporal avanzado con células en anillo de sello que infiltra todo el espesor parietal gástrico, márgenes negativos, invasión linfovascular y perineural, con 10/29 linfonodos comprometidos; además, carcinoma ductal in situ de mama izquierda, sin componente invasor y márgenes negativos. Comité Oncológico decide quimioterapia adyuvante para patología digestiva.

CONCLUSIÓN: En cáncer gástrico tiene un rol esencial el diagnóstico precoz y la pesquisa en los casos que existe predisposición familiar debido a la presencia de mutaciones germinales ya sea en genes de expresión, división, adhesión celular o reparación de ADN, correspondiente al 5-10% reportado en series a nivel mundial, no existiendo registros nacionales. En cuanto al SLF, pese a que el riesgo específico de CG sea bajo, existe una clara asociación, por lo cual es fundamental su estudio dirigido.

MANEJO MULTIMODAL DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL MUNDO REAL

Augusto Barrera Zamorano, Jorge Silva, Moritz Reimberg, Nicole Díaz, Tiffany Rojas, Ignacio Miranda, Guillermo Martínez, Carlos Esperguel, Carlos García

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico es la primera causa de muerte oncológica en Chile. Recientemente ha aparecido evidencia sustancial de mejora de resultados con el uso de terapia multimodal. Esto implica, que el tratamiento está basado en el estadio inicial de la enfermedad, para lesiones incipientes es posible la resección endoscópica o cirugía tradicional, en cambio, en lesiones avanzadas curables, es posible adicionar a la cirugía terapias complementarias como quimioterapia o radioterapia. En lesiones diseminadas, se ha demostrado la superioridad de la quimioterapia/radioterapia paliativa versus el mejor soporte médico. La aplicación de estos tratamientos depende de muchas variables, destacando la condición general, comorbilidades, status funcional y la aceptación del paciente.

OBJETIVOS: Mostrar los resultados del tratamiento multimodal en cáncer gástrico, en una población de pacientes de un hospital público chileno. Hipótesis: un porcentaje significativo de nuestros pacientes no son candidatos a terapias avanzadas en cáncer gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analiza la base de datos prospectiva del Equipo de Cirugía Digestiva Alta del Hospital San Borja Arriarán, entre enero 2015 y mayo 2019; conformada por todos los pacientes presentados a comité oncológico y quirúrgico. Criterios de inclusión: diagnóstico histológico de adenocarcinoma gástrico (muestra endoscópica/quirúrgica) y edad > 18 años. Criterios de exclusión: otras variedades histológicas de tumores gástricos, sin confirmación histológica, e incipientes manejados endoscópicamente. Se analizan variables demográficas: edad/género, clínicas: estadio, localización, tipo macroscópico, variedad histológica y tratamiento definitivo. Análisis estadístico según variable, y análisis de sobrevida con método de Kaplan-Meier, y comparación con Log-Rank Test.

RESULTADO: Un total de 313 pacientes que cumplen con los criterios mencionados. Edad promedio: 62,5, relación género hombre:mujer 1,6:1. Del total, 162 (51.8%) fueron tratados con intención curativa, y 151 (48.2%) con criterio paliativo. El promedio de sobrevida en pacientes curativos fue de 31,9 meses versus paliativos de 9,8 meses. Entre los pacientes con intención curativa 78 (48,1%) recibieron tratamiento multimodal. En el grupo de pacientes paliativos 67 (44,3%) recibieron terapia dirigida al tumor (Quimioterapia/Radioterapia), siendo la sobrevida de estos, significativamente mejor que los que solo recibieron soporte médico (14,7 versus 7,2 meses). Además, un porcentaje no despreciable de pacientes no cumple con las condiciones clínicas para recibir terapia oncológica avanzada.

CONCLUSIÓN: Si bien, el tratamiento multimodal del cáncer gástrico es efectivo, demostrado por múltiples estudios, la aplicación en el mundo real no siempre es factible, dado principalmente por las condiciones de los pacientes. La terapia multimodal en esta serie demuestra efectividad en sobrevida en comparación con la cirugía exclusiva

EL LADO OSCURO DE LA NEOADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO

Carlos García Carrasco, Augusto Barrera Zamorano, Moritz Reimberg, Nicole Díaz, Jorge Silva, Guillermo Martínez, Tiffany Rojas, Ignacio Miranda, Carlos Esperguel

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La neoadyuvancia en cáncer gástrico avanzado ha demostrado en estudios randomizados, efectividad en mejorar resultados a largo plazo. Sin embargo, aún existen algunas controversias sobre su uso, como lo es la indicación según estadio o tipo histológico, esquema a utilizar, y la evaluación de respuesta intratratamiento. El tema de mayor preocupación desde el punto de vista quirúrgico es la progresión de la enfermedad durante la quimioterapia preoperatoria, y su repercusión en los resultados definitivos. Este tema es analizado muy superficialmente en las distintas publicaciones.

OBJETIVOS: Analizar una serie de casos de pacientes tratados con neoadyuvancia, en los cuales se evidenció progresión de enfermedad durante la quimioterapia preoperatoria. Hipótesis: los pacientes que progresan pudiesen corresponder a estadios más avanzados o histologías más agresivas.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de la base de datos prospectiva de cáncer gástrico. Incluye pacientes presentados en comité oncológico de nuestro hospital o intervenidos quirúrgicamente por adenocarcinoma gástrico. Se incluyen pacientes con demostración clínica e histológica de progresión de enfermedad durante la quimioterapia. Criterios de inclusión: todos los que inician terapia neoadyuvante por adenocarcinoma gástrico, incluidas lesiones de unión gastro-esofágica. Criterios de exclusión: candidatos a neoadyuvancia que no inician terapia farmacológica por diversas razones. Se analizan datos demográficos, clínicos y sobrevida. Se comparan curvas de tratamiento perioperatorio completo versus neoadyuvancia y progresión. Estadística según variable. Análisis de sobrevida con método Kaplan-Meier, y comparación con Log-Rank Test.

RESULTADO: Entre enero 2015 y mayo 2019, se evaluaron 313 pacientes con adenocarcinoma gástrico, determinándose la mejor terapia según estadio y condición clínica. 122 iniciaron tratamiento neoadyuvante, de los cuales en 14 (11,4%) se demostró progresión de la enfermedad, tanto por estudio clínico/imagenológico o por hallazgos quirúrgicos. La sobrevida promedio de los pacientes que completaron el tratamiento perioperatorio (quimioterapia pre/post operatoria + cirugía) versus los pacientes con neoadyuvancia y progresión de la enfermedad, es estadísticamente superior (50,9 meses versus 13,5, $p < 0.0001$). Comparando el promedio de sobrevida con quimioterapia paliativa de entrada versus neoadyuvancia y progresión, no hubo diferencia estadísticamente significativa (14,7 meses versus 13,5 meses $p = 0.23$).

CONCLUSIÓN: La progresión de la enfermedad durante la neoadyuvancia en cáncer gástrico es una posibilidad cierta de esta terapia, sin embargo, y a pesar de ello, los resultados de sobrevida son similares a los pacientes en los cuales se realiza quimioterapia paliativa, y obviamente inferiores a los obtenidos con neoadyuvancia completa. Se requieren mayores estudios para determinar qué pacientes van a progresar durante una terapia neoadyuvante en cáncer gástrico.

TERAPIA MULTIMODAL EN CÁNCER GÁSTRICO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Carlos García Carrasco, Augusto Barrera Zamorano, Nicole Díaz, Jorge Silva, Moritz Reimberg, Ignacio Miranda, Guillermo Martínez, Tiffany Rojas, Carlos Esperquel

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: En cáncer gástrico, la terapia multimodal y multidisciplinaria ha demostrado ser el estándar de tratamiento para esta enfermedad. En los últimos 10 años, la controversia no está orientada a su efectividad (efecto en sobrevida o morbilidad postoperatoria), sino, a determinar el mejor esquema (dosis, duración, agentes oncológicos y momento de aplicación). La neoadyuvancia (quimioterapia perioperatoria) y la adyuvancia (quimioterapia postoperatoria exclusiva), han demostrado en diversas series su efectividad en mejorar los resultados quirúrgicos. En la práctica clínica y en los comités oncológicos es fundamental discutir la secuencia de los tratamientos más adecuada para cada paciente en particular.

OBJETIVOS: Analizar los resultados de la terapia multimodal en cáncer gástrico en un hospital público de Santiago, enfocando los resultados de sobrevida entre cirugía exclusiva, neoadyuvancia, y adyuvancia postoperatoria. Podemos hipotetizar que los resultados de la terapia multimodal son en general, superior a la cirugía exclusiva.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de base de datos prospectiva de nuestro hospital, incluyendo todos los pacientes tratados por cáncer gástrico en el período entre septiembre 2010 (inicio de la neoadyuvancia protocolar) a mayo 2019. Criterios de inclusión: adenocarcinoma gástrico y de unión gastro-esofágica, cirugía con intención curativa, >18 años, y no sometidos a quimioterapia o radioterapia por cáncer digestivo previo. Criterios de exclusión: cirugía sin intención curativa, resección endoscópica, cualquier terapia con intención paliativa. Se analizan variables demográficas, clínicas, de tratamiento y sobrevida. Estadística según tipo de variable. Para el análisis de sobrevida se utiliza el método de Kaplan-Meier, y para la comparación Log-Rank Test.

RESULTADO: En este período de tiempo se han tratado 367 pacientes que cumplen los criterios mencionados. De estos han recibido terapia perioperatoria (quimioterapia preoperatoria + cirugía con/sin quimioterapia postoperatoria) un total de 108 (29,4%), terapia adyuvante (cirugía + quimioterapia/RT postoperatoria) un total de 58 pacientes (15,8%) y cirugía exclusiva un total de 201 (54,7%). Las sobrevidas a 5 años, de estos tres grupos fueron: 50,9 meses para el grupo perioperatorio, 43,7 con terapia adyuvante, y 37,8 con cirugía exclusiva.

CONCLUSIÓN: Es fundamental en el análisis individualizado de la pertinencia del timing de las terapias adyuvantes en cáncer gástrico. No es posible la aplicación de un esquema estricto para estos pacientes. Las variables que influyen en la toma de estas decisiones incluyen la condición del paciente, comorbilidades, complicación del tumor primario (sangrado, obstrucción, perforación), y la opinión del paciente. Los resultados de este enfoque (individualizado), demuestran resultados satisfactorios y comparables a la literatura disponible.

ÚLCERA PÉPTICA ESTENÓTICA SUBCARDIAL POSTERIOR A INTUBACIÓN ORO-TRAQUEAL DURANTE VENTILACIÓN MECÁNICA POR NEUMONÍA COVID-19

Rocio Barrueto I.; Belen Carvajal M.; Antonia Lazo Q. Francisca Márquez H.; Gabriel Sandoval S., Manuel Figueroa G.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: En el contexto de una hospitalización prolongada en unidad de cuidado crítico existe mayor riesgo de presentar trastornos deglutorios, aproximadamente 50% de los pacientes en unidades de cuidados críticos (UCI) presentarán disfagia posterior a la ventilación mecánica. Además, dentro de las causas del trastorno deglutorio en pacientes UCI, solo un 20% serían de origen esofágica mientras que el 80% es de origen orofaríngeo(1). En adición, frente a la presentación de una úlcera estenótica, siempre debe descartarse cáncer gástrico como principal diagnóstico diferencial. Este reporte de caso puede servir de antecedente para pacientes que han sido dados de alta luego de cursar insuficiencia respiratoria por COVID-19 y han debido ser conectados a ventilación mecánica. Su presentación a la comunidad científica puede dar paso a nuevas investigaciones al respecto.

OBJETIVOS: Describir un caso de Estenosis subcardial severa no asociada a cáncer gástrico y su posterior tratamiento

MATERIAL Y MÉTODO: No aplic

RESULTADO: Paciente de sexo femenino de 64 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulino requiriente, hipertensión arterial, dislipidemia e hipotiroidismo. Se hospitaliza durante dos meses por neumonía secundaria a COVID-19 con requerimientos de aporte de oxígeno mediante ventilación mecánica. Luego de retiro de tubo orotraqueal y sonda nasogástrica evoluciona con disfagia progresiva, asociado a baja de peso de alrededor de 20 kilogramos. Consulta dos meses posteriores al alta médica por persistencia de sintomatología, por lo que se realiza endoscopia digestiva alta que informa úlcera sobre estenosis infranqueable por endoscopio, además se recoge biopsia de la lesión con resultado negativo para neoplasia. Posteriormente se practica estudio contrastado de esofago-estomago-duodeno donde se constata impedimento para el avance de contraste hacia distal, impresionando estenosis subcardial. Evoluciona tópidamente, con exacerbación de disfagia por lo que consulta en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. En dicho centro se confirman hallazgos previos mediante nueva endoscopia. Se realiza tomografía computarizada de abdomen que no muestra evidencia de invasión de estructuras vecinas, ausencia de masas gástricas ni adenopatías perigástricas. Ingresa en contexto de afagia para completar estudio, dilatación endoscópica y manejo nutricional. Se lleva a cabo dilatación que transcurre sin incidentes, junto a instalación de sonda nasoyeyunal, con mejoría sintomática

CONCLUSIÓN: Durante el ultimo año, el número de personas en UCI con requerimientos de ventilación mecánica han aumentado. Por lo que es fundamental el estudio de las complicaciones asociadas a esta. La disfagia post intubación mecánica es una complicación frecuente, es necesario el análisis y su posterior tratamiento según su causa específica. Particularmente, este caso clínico de úlcera péptica estenótica severa puede dar paso a nuevas investigaciones al respecto.

RESULTADOS PERIOPERATORIOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA (RAC) EN CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Samuel Zúñiga, Felipe Sandoval, Cristóbal Azócar, Víctor Molina, Jimena Jara, Alvaro Barría, Gabriela Bergmann, Paulina Sánchez, Verónica Raimann, Valeria Epulef, Manuel Vial

Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena de Temuco

INTRODUCCIÓN: en las últimas décadas se logró un avance significativo en el manejo quirúrgico de pacientes con cáncer gástrico disminuyendo morbilidad y mejorando los resultados oncológicos. Esto gracias a la aplicación de protocolos de recuperación acelerada en cirugía (RAC) pretende optimizar el manejo perioperatorio logrando reducir significativamente la estadía hospitalaria.

OBJETIVOS: el objetivo principal es evaluar los resultados perioperatorios del programa RAC en pacientes operados de cáncer gástrico en el hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de Temuco desde septiembre de 2019 a la fecha. El objetivo secundario es analizar el porcentaje de adherencia al protocolo RAC.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio de cohorte prospectivo de todos los casos de cáncer gástrico ingresados a protocolo RAC desde septiembre de 2019 a agosto de 2021. La información se obtuvo desde los registros clínicos previo consentimiento informado. Sí hay criterios de exclusión. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS v0.25.

RESULTADO: se operaron un total de 48 pacientes; 60,4% (n=29) de género masculino; con edad de 66,2 (45-85) años. 56,3% (n=27) fueron gastrectomías totales. Abordaje abierto 72,9% (n=35) y 27% laparoscópico (n=13). La estadía hospitalaria fue de 5 (2-27) días con una morbilidad menor de 20,8% (n=10) y mayor (CD $\geq$ III) de 14,5% (n=7). El reingreso y reintervención fue de 2,1% (n=1) y 12,5% (n=6) respectivamente. La mortalidad fue de 6,2% (n=3), uno por filtración de la GYA y los otros dos por filtración del muñón duodenal. El aumento del % de adherencia del protocolo RAC, se relaciona con una disminución de la estadía postoperatoria en gastrectomías totales (GT adherencia 59% / 7 días estancia postoperatoria, 82% adherencia / 4,9 días estancia postoperatoria).

CONCLUSIÓN: el protocolo de RAC logra una franca disminución de la estadía hospitalaria en cáncer gástrico disminuyendo en la medida que aumenta la adherencia perioperatoria al programa pero debe ser aplicado bajo estrictos criterios de selección.

CIRUGÍA REVISIONAL POSTERIOR A MANGA GÁSTRICA EN MALROTACIÓN INTESTINAL

Daniel Hernández Clarck, Julián Hernández Castillo, Ramón Díaz Jara, José Estruga Gómez, Catalina Valenzuela Vega, Maher Musleh Katan, Owen Korn Bruzzone,

Departamento de cirugía hospital clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Las anomalías de la rotación del intestino medio son anomalías congénitas poco frecuentes con una incidencia de 0,2 a 0,5%. Generalmente se diagnostican en la infancia siendo el vólvulo, la obstrucción intestinal, la hernia interna y el síndrome de la arteria mesentérica superior sus manifestaciones clínicas más frecuente. Por otro lado, la malrotación intestinal detectada en adultos asintomáticos es muy rara y con frecuencia se diagnostica de manera incidental durante una cirugía abdominal.

OBJETIVOS: Presentamos un caso de malrotación intestinal asintomática diagnosticada durante una cirugía de conversión de manga gástrica a bypass gástrico por reganancia de peso.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente femenino de 30 años con antecedentes de apendicectomía y cirugía por constipación en la infancia, gastrectomía vertical el año 2011 por obesidad tipo II con IMC 36 kg/m². Consulta 9 años después por reganancia progresiva de peso alcanzando un IMC de 38 kg/m². Endoscopia digestiva alta: sin hallazgos, ecografía abdominal: pólipo vesicular de 9 mm. Se planificó colecistectomía laparoscópica más SADI. Durante cirugía se evidencia la ausencia del ángulo de Trietz y la presencia de todas las asas de intestino delgado en el hemiabdomen derecho, debido a su antecedente confuso de cirugía por constipación, se decide realizar sólo la colecistectomía. Se realiza enterografía por RNM: ausencia del ángulo de Trietz, el intestino delgado en hemiabdomen derecho, ciego y colon derecho en el tercio medio de la cavidad abdominal (fig 1), concordante con malrotación intestinal. Se decide realizar Bypass gástrico. Durante la cirugía se confirman las variantes anatómicas ya descritas. Se secciona estómago con Endo GIA carga morada 60 mm confeccionando un Pouch gástrico de 50 cc. Se identifica el asa proximal de yeyuno en hipocondrio derecho, se asciende hacia el pouch confeccionando gastroyeyuno anastomosis sin tensión con endo Gia carga dorada 45 mm y cierre de anastomosis con monocryl 3.0 calibrada con sondón de 36 FR. Se mide asa alimentaria 150 cm y se confecciona yeyunoyeyuno anastomosis latero lateral con Endo GIA carga dorada 45 mm. Finalmente se realiza sección de asa de yeyuno entre anastomosis, quedando de esta manera confeccionada la Y de Roux. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al día siguiente. Al control de los 3 meses paciente con evolución esperable sin incidentes ni complicaciones.

HEPATOBILIAR



HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

A. Muñoz, F. Díaz, R. Olguín, J. Bohle

Universidad San Sebastian

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis hepática es una enfermedad parasitaria relativamente frecuente en el sur de Chile. Pero el diagnóstico de quiste hidatídico hepático durante el embarazo es una situación bastante rara, que plantea un problema diagnóstico y de manejo.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con hidatidosis hepática y colecistocolodocolitiasis, que cursando su segundo trimestre de embarazo que se sometió a tratamiento quirúrgico en el Hospital de Puerto Montt.

MATERIAL Y MÉTODO: caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADO: Femenina de 33 años sin antecedentes proveniente de Futaleufú. Cursando embarazo de 13 semanas. Fue evaluada en policlínico por cuadro de dolor abdominal y masa palpable en hipocondrio derecho. Por sospecha de hidatidosis se hospitalizó para estudios, se realizó resonancia magnética de abdomen con colangiografía que evidencia dos quistes compatibles con quiste hidatídicos de 11x10 y otro contiguo de 7x5 en Lóbulo Hepático izquierdo, asociado a colelitiasis y coledocolitiasis. Se decide resolución quirúrgica por riesgo de complicaciones. A las 17 semanas de embarazo se realiza laparotomía para periquistectomía parcial, colecistectomía y resolución endoscópica de coledocolitiasis. Paciente con evolución favorable actualmente cumpliendo 26 semanas de embarazo.

CONCLUSIÓN: La presencia de un quiste hidatídico hepático conlleva un riesgo potencialmente mortal tanto para la madre como el feto. La toma de decisiones respecto al manejo es difícil, al existir pocos casos descritos en la literatura. Mostramos el manejo planteado en nuestro hospital con buen resultado a la fecha.



VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR, UNA ENTIDAD INFRECUENTE. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Camila Sotomayor Ledezma, Katrina Lolas Tornquist, Francisco Rivera Roa, Mauricio Chang Salazar, Juan Pablo Cárdenas Larenas

Hospital San José - Hospital San Juan de Dios.

INTRODUCCIÓN: El vólvulo de la vesícula biliar es una entidad infrecuente en la práctica clínica, descrita por primera vez por Wendel en 1898, con reporte de solo 500 casos aproximadamente desde esa fecha. Ocurre en su mayoría pacientes adultos mayores, con una media de 77 años, es más común entre las mujeres, con una relación mujer: hombre de 4: 1, en la infancia, se da con una razón hombre: mujer de 2,5: 1. Su diagnóstico preoperatorio es difícil (menos del 10% de los casos), confundiéndose muchas veces con otras enfermedades, por tener manifestaciones clínicas similares; llevando muchas veces a tratamientos sintomáticos crónicos, en especial en países distintos a Chile, donde la colecistitis aguda no representa una indicación quirúrgica de regla.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de un vólvulo de vesícula biliar diagnosticado en el intraoperatorio con la finalidad de familiarizarnos con esta entidad, para sospecharla y ofrecer el manejo adecuado.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de un caso clínico, utilizando la ficha clínica electrónica del HSJDD. La revisión de la literatura se hizo utilizando el buscador Pubmed.

RESULTADO: Paciente femenina de 73 años quien cursó con abdomen agudo; sospechando cuadro de colecistitis aguda con coledocolitiasis, se realizó exploración laparoscópica con el hallazgo de un vólvulo de vesícula biliar. Debido a su difícil manipulación y poca certeza diagnóstica, se requirió convertir a vía abierta mediante incisión de Kocher, logrando colecistectomía sin incidentes. La paciente evolucionó de manera satisfactoria con alta precoz.

CONCLUSIÓN: El vólvulo de vesícula biliar es una enfermedad infrecuente, por lo que se necesita una alta sospecha para su diagnóstico, presenta una clínica y hallazgos radiológicos similares a la colecistitis aguda litiásica, y debe ser operada rápidamente para evitar la perforación vesicular, biliperitoneo e inestabilidad hemodinámica. La colecistectomía laparoscópica debe ser considerada la primera opción terapéutica.

TORSION VESICULAR REPORTE DE UN CASO (CON VIDEO)

Julio Benitez , Javier Vela, Alejandro Brañes
hospital Dr Sotero del Rio

INTRODUCCIÓN: La enfermedad benigna de la vesícula biliar es común en nuestro país; sin embargo, la torsión de la vesícula biliar es una condición poco común. La etiología de esta afección aún no se ha identificado, pero parecen estar involucradas variaciones anatómicas que dan como resultado un aumento de la movilidad de la vesícula biliar. Presentamos un caso de torsión vesicular en una mujer de 84 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso que presenta desde hace 1 día. Ella negó otros síntomas. El examen físico reveló una masa abdominal dolorosa en el cuadrante superior derecho del abdomen. La tomografía computarizada con contraste reveló colecistitis gangrenosa aguda. Después de la detorsión de la vesícula biliar, se completó la colecistectomía laparoscópica y la paciente fue dada de alta en el segundo día postoperatorio. El presente caso ilustra una patología vesicular benigna poco común que puede considerarse como diagnóstico diferencial en mujeres mayores con colecistitis aguda. El diagnóstico y el tratamiento oportunos de esta afección son imprescindibles para prevenir la morbilidad y la mortalidad asociadas con la necrosis y perforación de la vesícula biliar.

OBJETIVOS: reporte de un caso de torsion vesicular, como presentacion infrecuente de colecistitis aguda

CONTENIDO DE VIDEO: tecnica quirurgica de colecistectomia laparoscopica por torsion vesicular

RAMPS POSTERIOR LAPAROSCÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE UN TUMOR EN LA COLA DEL PÁNCREAS.

Alejandro Brañes, Cecilia Romero, Erwin Buckel, Rolando Rebolledo, Julio Benítez, Cristián Díaz, Marcel Sanhueza.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de una paciente de 37 años con un gran tumor en la cola del páncreas que invade los vasos esplénicos y se encuentra adyacente a la glándula suprarrenal izquierda. Para maximizar la posibilidad de alcanzar una resección curativa, se decide realizar una cirugía de RAMPS posterior por laparoscopia.

OBJETIVOS: Presentar el caso clínico y mostrar en detalle la técnica quirúrgica del RAMPS posterior por laparoscopia, poniendo énfasis en la disección ganglionar y retroperitoneal. **CONTENIDO DE VIDEO:** Técnica quirúrgica del RAMPS posterior por laparoscopia para el tratamiento de un tumor en la cola del páncreas.

ESPLÉNULO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Sotomayor Ledezma, Sergio Álvarez Díaz, Javiera Brodsky Smith

Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN: El tejido esplénico accesorio intrapancreático constituye una variación anatómica muy inusual. Los esplénulos se encuentran principalmente en el hilio esplénico o dentro de la cola pancreática. Dada la dificultad diagnóstica para excluir una neoplasia maligna pancreática, a menudo conduce a pancreatomecтомía distal.

OBJETIVOS: Reportar caso de paciente con diagnóstico inicial de tumor neuroendocrino de páncreas, en que al completar estudio se determina que lesión corresponde a esplenúnculo; para familiarizarnos con esta entidad, sospecharla y manejarla adecuadamente

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico, utilizando ficha clínica e imagenología de Clínica Dávila.

RESULTADO: Reporte del caso: Paciente masculino, 40 años, DM1, hipotiroidismo y tabaquismo. 10 meses evolución pirosis, epigastralgia, regurgitaciones y vómitos. Hospitalizado en otro centro por dolor abdominal, se solicitó TC TAP: sin evidencia tumor. PET galio: tumor cola de páncreas 6 mm c/sobreexpresión de somatostatina SUV9.8. RNM: lesión cola páncreas 7 mm hipervascular. EDA: gastropatía erosiva. Examen físico: leve dolor hipogastrio sin irritación peritoneal. Se deriva a este centro para evaluación. Por diagnóstico de tumor neuroendocrino y edad impresiona indicación quirúrgica. Se revisan imágenes con radiología, sin embargo, duda diagnóstica. Se complementa con RNM abdomen + colangioRNM local: sin lesión pancreática descrita previamente. Se revisa PET con radiología, determinando que características sugieren esplénulo.

CONCLUSIÓN: Los bazos accesorios, esplénulos o esplenúnculos corresponden a tejido esplénico ectópico. Son la patología esplénica congénita más frecuente, con 10-30% de incidencia. Originados de tejido mesenquimático no fusionado con bazo principal. Su ubicación más frecuente es hilio esplénico. 20% puede localizarse en cola pancreática, simulando un tumor. 88% son únicos. La mayoría mide 1 cm. Casi siempre asintomáticos. Raramente, puede torcerse alrededor de su pedículo vascular, provocando dolor. En ocasiones es difícil diferenciar bazos intrapancreáticos de neoplasias pancreáticas o metástasis. Laboratorio de rutina, CEA/CA19-9 frecuentemente en rangos normales, igual que costosos marcadores neuroendocrinos o genéticos. La mayoría de los esplénulos tienen una configuración característica en TC: masas sólidas redondas bien delimitadas con homogeneidad similar al bazo, sin embargo, 1/3 de esplénulos <2 cm se interpretan erradamente. En RM tanto el bazo como bazos accesorios presentan intensidad similar en T1 y T2. Tc-99m puede proporcionar más información cuando TC o RM no son concluyentes. Por último, recordar que la pancreatomecтомía distal puede presentar complicaciones, por lo que la resección de esplénulos intrapancreáticos solo está indicada en sintomáticos, incertidumbre diagnóstica o algunas afecciones hematológicas. Esta entidad debe formar parte del diagnóstico diferencial para evitar cirugías innecesarias.

NEOPLASIA PAPILAR INTRACOLECISTICA, LO QUE TODO CIRUJANO DEBE SABER. REPORTE DE CASOS.

Augusto Barrera Zamorano, Ignacio Miranda Castillo, Tiffany Rojas Ortega, Carlos García Carrasco

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La neoplasia papilar intracolecística (NPIC) es una lesión preinvasiva difícil de diferenciar de adenocarcinoma de vesícula biliar. Es una patología poco frecuente, con una incidencia estimada entre 0.3 y 0.6 % en colecistectomías. Fue descrita y agregada al grupo BillIN por primera vez en 2010 por la OMS. Es más frecuentemente en mujeres de 60 años, formando masas intraluminales secretoras de mucina. Es precursora para el desarrollo del carcinoma vesicular invasivo. Es análoga a la neoplasia papilar intraductal que se desarrolla en los conductos biliares y a la neoplasia mucinosa papilar intraductal que afecta al páncreas. Se han descrito 4 subtipos histológicos: pancreatobiliar, intestinal, gástrico y oncocítico. El pancreatobiliar es el más frecuente, típicamente muestra expresión CK7 y MUC1. La tinción inmunohistoquímica MUC1 se ha descrito como un marcador de mal pronóstico. De forma aislada, tienen una tasa de supervivencia a 5 años de un 80%. Se postula que el seguimiento debe ser igual que los Cáncer de Vesícula

OBJETIVOS: Reporte y análisis completo de casos de pacientes sometidos a colecistectomías en dos hospitales públicos de Santiago, cuyo diagnóstico histopatológico fue una NPIC

MATERIAL Y MÉTODO: Recopilación de información a partir de historia clínica, imágenes, biopsias y seguimiento

RESULTADO: Se reportan 2 pacientes de sexo femenino, de 46 y 56 años respectivamente, operadas de colecistectomía por colecistolitiasis sintomática, cuyo diagnóstico final incluyó una NPIC. En una se asoció a colecistolitiasis, y ambas a colecistitis crónica reagudizada. En ambos casos se objetivó una lesión polipoide, de 0.8 x 0.4 cm y 3 x 2.5 cm respectivamente. Ambas con displasia de alto grado y sin atipia concomitante. En una de ella el patrón histológico fue biliar, mientras que en la otra fue gástrico y biliar. Ninguno se asoció a neoplasia maligna concomitante. No hubo sospecha preoperatoria imagenológica en ninguno de los casos. Ambas pacientes están en seguimiento y a la fecha no ha habido aparición de enfermedad maligna local ni a distancia, con un seguimiento de 6 y 8 meses respectivamente

CONCLUSIÓN: La NPIC es una condición premaligna, poco estudiada, pero de suma importancia, dado su potencial transformación maligna. Es más frecuente en mujeres de edad media, lo cual es concordante con los casos reportados en este trabajo. Debemos instruir a cirujanos, radiólogos y anatomopatólogos acerca de esta condición, para lograr una búsqueda activa, manejo y seguimiento óptimo. Actualmente, sigue siendo considerado como tratamiento curativo la colecistectomía aislada, la cual ha dado buenos resultados en los pacientes reportados

MELANOMA METASTÁSICO DE VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE UN CASO.

Guillermo Castro Guerra¹, Pedro Palza Contreras², Renato Alarcón Elgueta³, Vania Van Der Linde Rosenberg⁴, Rodrigo Tapia Leiva¹, Domingo Montalvo Vásquez¹.

¹Hospital Regional de Arica, Servicio de Cirugía. ²Universidad Finis Terrae, Escuela de Medicina. ³Hospital Regional de Arica, Servicio de Radiología. ⁴Hospital Regional de Arica, Servicio de Patología.

INTRODUCCIÓN: En Chile, no existen registros oficiales actuales de casos de melanoma maligno, sin embargo, hay estudios nacionales que muestran una tendencia muy significativa al alza en la mortalidad e incidencia. Aunque en Estados Unidos, el melanoma maligno representa cerca de 1% de los cánceres de piel, es la variedad que produce más mortalidad. El melanoma maligno, raramente da metástasis a la vesícula biliar, correspondiendo a menos del 2% de los sitios de metástasis habituales. Este cuadro clínico puede presentarse como colecistitis aguda, como hallazgo imagenológico por diseminación o en autopsias. Para el manejo quirúrgico de la metástasis vesicular del melanoma maligno, la cirugía ampliamente aceptada es la cirugía abierta, siendo la laparoscópica una opción que depende caso a caso, aunque esta última sigue en discusión.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con melanoma maligno con metástasis hepáticas y vesicular; diagnosticado y manejado en el Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.

MATERIAL Y MÉTODO: .

RESULTADO: Presentamos el caso de un paciente masculino, de 67 años, con antecedente de melanoma maligno operado el 2016, que presentó un segundo tumor primario en senos paranasales el 2019 tratado con radioterapia, que evolucionó el 2020 con metástasis por melanoma en el hígado y con sospecha de tumor de origen desconocido en la vesícula biliar. Se realizó manejo quirúrgico con colecistectomía y biopsia hepática laparoscópica sin incidentes, cuyo estudio histológico mostró metástasis de melanoma en hígado y vesícula. Dado que tumor primario en senos paranasales estaba siendo controlado con radioterapia paliativa; al agregarse las lesiones hepáticas y vesicular se decide manejo con inmunoterapia, falleciendo el paciente a los 10 meses de iniciando el tratamiento biológico.

CONCLUSIÓN: La detección y el seguimiento de imágenes a los pacientes tratados con melanoma maligno, es imprescindible. Una lesión vesicular de novo, debe hacernos pensar en una eventual metástasis, al mismo tiempo, el melanoma maligno metastásico a vesícula es una entidad rara con mal pronóstico, en el cual la cirugía laparoscópica es una opción que aún está en debate, siendo la cirugía abierta la principal opción para evitar mayor diseminación del tumor. El tratamiento adyuvante no está definido por estudios multicéntricos para esta metástasis por sí sola, por tanto, este cuadro se debe manejar como melanoma maligno etapa IV con terapia biológica, paliativos o protocolos de estudio.

SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVO SILENTE SECUNDARIO A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 SIMULANDO COLANGIOCARCINOMA DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lidice Torres Bavestrello¹, Pedro Palza Contreras¹, Cristóbal Araya Quezada¹, Agustín Teneo Abarca¹, Herman Viveros Guajardo², Joel Romeo Vélez Crespo².

¹Universidad Finis Terrae, Escuela de Medicina. ²Hospital San José de Melipilla, Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 (ER-IgG4) es una afección fibro-inflamatoria inmunomediada, que puede afectar a múltiples órganos y que generalmente desarrolla lesiones como masas pseudo-tumorales. Por lo tanto su presencia se puede confundir con lesiones neoplásicas tanto benignas como malignas, dificultando el correcto diagnóstico y tratamiento del cuadro clínico que nos enfrentemos. Dentro de sus principales presentaciones, se encuentra la colangitis esclerosante relacionada con inmunoglobulina G4, la cual puede simular una lesión neoplásica a nivel bilio-pancreático como un colangiocarcinoma.

OBJETIVOS: Presentar un caso de ictericia obstructiva silente secundaria a ER-IgG4 simulando colangiocarcinoma distal manejado en el Hospital San José de Melipilla.

RESULTADO: Paciente masculino de 58 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Derivado por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por ictericia silente asociada a baja de peso. En la evaluación inicial destacó estabilidad hemodinámica e importante ictericia de piel y mucosas. Al laboratorio de ingreso destacó patrón colestásico, hiperbilirrubinemia de predominio directo. Por tanto, se solicitaron imágenes para estudio de síndrome icterico silente que informaron pancreatitis autoinmune, dilatación de vía biliar intra y extrahepática con engrosamiento mural de aspecto inflamatorio, pérdida de definición del colédoco y estenosis corta de Wirsung a nivel de la cabeza pancreática, sin litiasis; hallazgos imagenológicos sugirieron considerar ER-IgG4 versus colangiocarcinoma distal como diagnóstico diferencial de estenosis biliar. En consecuencia, se decidió hospitalizar para continuar estudio y manejo. Durante su hospitalización se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que evidenció estenosis completa del colédoco con dilatación proximal, por lo que se instaló prótesis biliar presentando buen drenaje. Posteriormente, debido a la sospecha diagnóstica de colangiocarcinoma, se realizó una Tomografía por emisión de positrones como estudio de etapificación, la cual informó hallazgos compatibles con ER-IgG4, con compromiso bilio-pancreático. En consecuencia, se descartó colangiocarcinoma y se solicitaron niveles de IgG4 cuyo resultado elevado confirmó el diagnóstico de ER-IgG4, por tanto, se inició corticoterapia sistémica con control clínico e imagenológico post tratamiento.

CONCLUSIÓN: Se presentó caso de síndrome icterico obstructivo, con sospecha inicial de colangiocarcinoma, pero que gracias al estudio imagenológico se logró realizar el diagnóstico de colangitis esclerosante por ER-IgG4, evitando así un diagnóstico erróneo y un tratamiento inadecuado. La ER-IgG4, es una patología infrecuente, que puede afectar a múltiples órganos y habitualmente se confunde con tumores. Dentro de sus principales presentaciones se encuentra la colangitis esclerosante asociada a pancreatitis autoinmune. En la mayoría de los casos, se caracteriza por tener respuesta satisfactoria a la corticoterapia y pronóstico favorable.

EMBOIZACIÓN PORTAL PREVIA A RESECCIÓN HEPÁTICA MAYOR: EXPERIENCIA UC.

Sergio Riveros, María Jesús Irrarrázaval, Antonio Peñailillo, Joaquín Hevia, Patricia Rebolledo, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Luis Meneses, Martín Dib.

Hospital Clínico UC

INTRODUCCIÓN: Una de las principales limitaciones para lograr una resección tumoral completa en pacientes con tumores hepáticos técnicamente resecables es la presencia de un pequeño remanente hepático futuro (RHF). La embolización portal permite hipertrofia del lóbulo contralateral, disminuyendo el riesgo de insuficiencia hepática postoperatoria.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir la experiencia de nuestro centro en embolización portal previo a una resección hepática mayor.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a embolización portal previo a hepatectomía entre 2016 y 2020 en nuestro centro. Se analizaron variables demográficas, diagnósticas, volumetrías pre y post embolización portal, variables peri-operatorias, sobrevida global y libre de enfermedad.

RESULTADO: Se incluyeron 19 pacientes. Mediana de edad 66 años (54-72) y 57,9% (n=11) eran mujeres. El 78,9% de los pacientes (n=15) tenía metástasis bilaterales. El 84,2% (n=16) de los pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante. Un paciente (5,3%) presentó una complicación posterior a la embolización. Mediana de tiempo entre la embolización y la volumetría 5,3 semanas (4,7-7,1). Mediana de RHF previo y posterior a la embolización 19,8% (16,2-27,7) y 30% (25,2-40,5), respectivamente. Porcentaje de hipertrofia, en mediana, 48% (40,4-76,5). Quince pacientes (78,9%) fueron sometidos a hepatectomía. El 26,6% (n=4) presentaron morbilidad mayor postoperatoria, de los cuales 3 pacientes (30%) presentaron insuficiencia hepática postoperatoria.

CONCLUSIÓN: La PVE es segura y eficaz para promover una hipertrofia de RHF en presencia de quimioterapia, dándole la oportunidad a pacientes con tumores hepáticos avanzados de someterse a una cirugía con intención curativa.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON EXPLORACIÓN DE LA VÍA BILIAR VS PROCEDIMIENTO RENDEZ VOUS LAPARO-ENDOSCÓPICO: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA.

Sergio Riveros, Juan Andrés Díaz, Grecia Artigas, Rolando Rebolledo, Ricardo Mejía, Erwin Buckel, Martín Dib, Cristián Díaz, Allan Sharp, Eduardo Viñuela, Eduardo Briceño, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Marcel Sanhueza, Alejandro Brañes.

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río, Santiago, Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La colelitiasis complicada con cálculos del colédoco (CBC) es un desafío quirúrgico que puede resolverse mediante múltiples técnicas terapéuticas. Sin embargo, cuál es el mejor enfoque sigue siendo una pregunta sin respuesta.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la colecistectomía laparoscópica con exploración del colédoco (ELVB) versus Rendez Vous (RV) entre dos centros expertos de alto volumen en cada técnica.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva pacientes tratados por colelitiasis y coledocolitiasis durante un período de ocho años en dos centros de alto volumen. Los datos analizados incluyeron información demográfica, estudios preoperatorios, hallazgos intraoperatorios, características del procedimiento, resultados post-operatorios y seguimiento.

RESULTADO: Un total de 347 pacientes fue incluido, 169 fueron sometidos a ELVB en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y 178 a RV en el Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. El aclaramiento ductal completo se logró en el 98,8% del grupo ELVB y en el 95% del grupo RV ($P < 0,006$). La morbilidad a los 30 días y los ingresos fueron similares en ambos grupos, siendo la pancreatitis aguda la complicación postoperatoria más frecuente en ambos abordajes (ELVB: 3%; RV: 4,5%). El tiempo operatorio fue menor en el grupo RV (100,5 [55-390] minutos frente a 178 [45-540] minutos; $P < 0,001$). Estadía hospitalaria fue menor en el grupo ELVB (1 [0-23] días frente a 2 [1-78] días; $P < 0,001$). La mediana de seguimiento > 3 meses fue de 21 (3-105) meses en el grupo ELVB y 35 (3-100) meses en el grupo RV, con una pérdida de seguimiento del 21,3% y el 19,6%, respectivamente. Durante el seguimiento, a un paciente (0,59%) en el grupo ELVB se le diagnosticó una estenosis biliar, mientras que a ninguno en el grupo RV.

CONCLUSIÓN: Los procedimientos colecistectomía junto con ELVB y RV son enfoques efectivos y seguros para el tratamiento de la colelitiasis con coledocolitiasis, con tasas de morbilidad y ingreso similares a los 30 días. La experiencia del equipo quirúrgico y los recursos hospitalarios son factores claves a considerar en la selección del abordaje de la coledocolitiasis.

VALIDACIÓN DE CLINICAL RISK SCORE DE FONG PARA RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICA POR CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DOCENTE

Natalia Reyes, Julián Hernández, Lukas Canales, Alexander Sauré, Jaime Castillo, Hanns Lembach, Omar Orellana, Carlos Mandiola, Juan Carlos Díaz

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La resección de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (CCR) es el tratamiento que ofrece la mejor sobrevida a largo plazo. Dado el aumento de resecciones hepáticas por CCR, resulta necesario establecer y validar criterios pronósticos para identificar los pacientes más beneficiados con este tratamiento. El Fong Clinical Risk Score (FCRS) representa una herramienta para estratificar pacientes que obtendrán mayor beneficio en cuanto a sobrevida luego de una resección hepática.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es validar el FCRS para la predicción de sobrevida global en pacientes sometidos a resección hepática por CCR en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente, de carácter analítico. Se realizó una revisión retrospectiva de registros clínicos electrónicos de HCUCH. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a resección de metástasis hepáticas de CCR entre 2013 a 2020, y se excluyeron los que presentaron diseminación extrahepática, margen tumoral positivo y/o quimioterapia neoadyuvante. Se registraron datos demográficos, clínicos, laboratorio, supervivencia y características tumoral. La variable resultado fue la sobrevida global y otras variables de interés fueron sobrevida libre de enfermedad y mortalidad. Las variables categóricas se expresaron en números y porcentajes, y las numéricas en mediana y rango intercuartil. Para supervivencia se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank.

RESULTADO: Se registraron 53 pacientes sometidos a resección hepática por metástasis de CCR. Edad 58 (50-69) años, sexo femenino 24 (45%), seguimiento 28 (8-36) meses, CEA 7,59 (3,71-67) ng/ml, número de metástasis 2 (rango absoluto 1-20), tamaño del tumor más grande 2,5 (rango absoluto 0,48-15) cm, tipo de resección metastasectomía 21 (40%), hepatectomía menor 21 (40%) y hepatectomía mayor 11 (20%), mortalidad <90 días 2 (3,8%), adyuvancia 44 (83%). Mediana de sobrevida global 34,5 (15,3-47) meses, sobrevida libre de enfermedad 18 (4-31,5) meses, sobrevida global a 5 años 33,3%. Las medianas de sobrevida global y libre de enfermedad según FCRS 0, 1, 2, 3 y 4 fueron 48, 40, 20, 28 y 25 meses y 6, 26, 32,5, 9 y 11 meses, respectivamente. Los tests de log-rank entre curvas de sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad, estratificadas según FCRS, dieron como resultado $p=0,029$ y $p=0,34$, respectivamente.

CONCLUSIÓN: El Clinical Risk Score de Fong es una herramienta válida para predecir la sobrevida global de este grupo de pacientes sometidos a resección de metástasis hepáticas por CCR en HCUCH.

EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE POTENCIALES DONANTES DE HÍGADO EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE CON DONANTE VIVO EN CHILE

Patricia Rebolledo, Daniel García, Pilar Domínguez, Antonia Pastore, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Jorge Martínez, Martín Dib

Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Introducción. El trasplante hepático con donante vivo (THDV) es una técnica que fue desarrollada con el objetivo de enfrentar la baja tasa de donación. La selección del donante vivo es crucial para minimizar los riesgos del donante y maximizar los resultados en el receptor.

OBJETIVOS: Objetivos. Este estudio evalúa las principales razones de descarte de los potenciales donantes en nuestro programa de THDV.

MATERIAL Y MÉTODO: Materiales y Métodos. Estudio retrospectivo de todos los pacientes evaluados como potenciales donantes en nuestro programa de THDV entre Abril de 2018 y Junio de 2021. Los criterios de selección utilizados incluyeron edad entre 18-60 años, ausencia de comorbilidades médicas o psicosociales significativas, compatibilidad de grupo, compatibilidad anatómica volumétrica y vascular.

RESULTADO: Resultados. Un total de 231 pacientes fueron evaluados. La edad promedio fue de 37+11 años y el 52% fueron hombres. 101 donantes potenciales (43,7%) no completaron la evaluación por aparición de donante cadavérico (n=26; 11,3%), incompatibilidad de grupo (n=13; 5,6%), progresión o mortalidad del receptor en lista de espera (n=14; 6,1%). De los 130 que tuvieron evaluación imagenológica, las principales causas de exclusión fueron volumetría insuficiente del hígado remanente (n=17/130; 13,1%) y esteatosis hepática (n=15/130; 11,5%). En los 231 potenciales donantes, 75 fueron aceptados como donantes adecuados (32,4%) y en 32 candidatos se llevó a cabo la donación (13,8%).

CONCLUSIÓN: Conclusión. El THDV es una alternativa para aumentar la disponibilidad de injertos hepáticos en un país con baja tasa de donantes fallecidos. De todos los potenciales donantes, un 43,7% no completan la evaluación por progresión, muerte o trasplante cadavérico del receptor. Esteatosis, volumetría insuficiente y variaciones anatómicas son las principales causas de descarte. Solo un tercio de los potenciales donantes fueron considerados adecuados para la donación y la mitad de ellos fueron donantes efectivos. Es importante conocer los principales criterios de exclusión en los potenciales donantes, con el fin de hacer más eficiente el uso del tiempo y los recursos en un programa de donante vivo.

EXPERIENCIA INICIAL DE CIRUGÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.

Erick Castillo F, Juana Madrid, Gustavo Martínez, John Bohle, Nelson Corsini

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder

INTRODUCCIÓN: La cirugía guiada por fluorescencia con verde de indocianina (ICG) se ha introducido como una nueva técnica de imagen para mejorar la detección de metástasis hepáticas, ganglionares y peritoneales en pacientes con cáncer colorrectal (CCR). A nivel hepático permite la detección de metástasis superficiales adicionales de CCR.

OBJETIVOS: El objetivo de este vídeo es describir la experiencia inicial de los 3 primeros casos de pacientes portadores de metástasis hepáticas de origen colorrectal resecadas por vía laparoscópica guiada por ICG.

CONTENIDO DE VIDEO: Caso 1: paciente femenina 37 años portadora de cáncer rectal con metástasis hepáticas y pulmonares, ambas resecables. Por síntomas obstructivos se realiza resección anterior ultrabaja + ileostomía laparoscópica. En forma diferida se realiza metastasectomía laparoscópica guiada por ICG de segmentos VII y III, ambas con confirmación histológica y márgenes negativos. Evolución postoperatoria sin complicaciones. Caso 2: paciente femenina 64 años portadora de cáncer rectal con metástasis hepática única en segmento VI. Recibe neoadyuvancia y posterior resección laparoscópica de metástasis con técnica guiada por ICG. Sin complicaciones y biopsia con márgenes libres. Caso 3: paciente femenina sometida a sigmoidectomía laparoscópica por cáncer de colon con hallazgo intraoperatorio de metástasis hepática en segmento II que se resecta. Durante seguimiento evidencia lesión de aspecto metastásico en segmento VI. Se resecta metástasis por vía laparoscópica guiada por ICG. Evolución sin complicaciones y biopsia con márgenes oncológicos negativos.



REPARACIÓN LAPAROSCOPICA DE LESION INCIDENTAL DE ARTERIA HEPATICA DERECHA (VIDEO)

Julio Benítez, Alejandro Brañes, Pablo Ottolino, Marcel Sanhueza

Hospital Dr Sotero del Río

INTRODUCCIÓN: Desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica (CL) se ha duplicado la incidencia de lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal (LIVBP), respecto a la colecistectomía abierta (CA) y suelen ser más complejas. Además, existe un incremento de lesiones vasculares asociadas (entre el 17-40% de LIVBP graves tras CL se asocian a lesiones vasculares), especialmente la lesión de la arteria hepática derecha (AHD), que cruza la vía biliar principal hacia el lóbulo hepático derecho. La AHD puede ser clipada, seccionada o cauterizada, bien por confusión con la arteria cística o durante episodios de hemorragia para realizar hemostasia a ciegas. Tras la conversión a laparotomía, es posible la aplicación de suturas totales en el hilio hepático, lesionando la vía biliar principal y/o los vasos del hilio hepático. Existen lesiones tardías de la AHD manifestadas como pseudoaneurismas o rotura de dicha arteria, que con frecuencia son causa de hemobilia, hemorragia gastrointestinal o bien intraperitoneal. Presentamos reparación laparoscópica de lesión incidental de AHD durante colecistectomía laparoscópica, reporte de un caso, demostrando que la lesión vascular incidental no siempre es una indicación de convertir a cirugía abierta y la laparoscopia puede brindar un abordaje seguro en manos expertas.

OBJETIVOS: Presentar Reparación laparoscópica de lesión incidental de arteria hepática derecha

CONTENIDO DE VIDEO: Cirugía Reparación laparoscópica de lesión incidental de arteria hepática derecha

PANCREATECTOMÍA TOTAL; ES POSIBLE REALIZARLA SIN MORTALIDAD PERI-OPERATORIA Y LOGRAR UNA BUENA CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO

Javier Chapochnick, Carlos Derosas, Hernán De la Fuente, Rodrigo Iñiguez, Juan González, Krystel Werner, Luis Paqui, Darío Palominos, Sandra Hirsch

Clínica Santa María

INTRODUCCIÓN: Las indicaciones de pancreatectomía total (PT) pueden ser clasificadas en: tamaño o ubicación tumoral, complicaciones en el periodo peri-operatorio de una pancreatectomía parcial, dificultades técnicas intraoperatorias o como terapia del dolor refractario en pancreatitis crónica. Las tasas de morbilidad y mortalidad reportadas fluctúan entre 38-69% y más de un 20%, respectivamente.

OBJETIVOS: Presentar una serie de casos y resultados de pancreatectomía total en Clínica Santa María.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie retrospectiva de todos los pacientes sometidos a PT en Clínica Santa María entre los años 2014 a 2021. Revisión de registros clínicos y protocolos operatorios. Mediante encuesta abreviada creada en nuestro centro, se consultó a cada paciente vivo sobre su calidad de vida y control metabólico. Curvas de Kaplan-Meier para cálculo de sobrevida realizado mediante log-rank test.

RESULTADO: Se llevaron a cabo un total de 14 PT en nuestro centro, de las cuales 8 poseían como diagnóstico alguna neoplasia biliopancreática. Las indicaciones quirúrgicas se dividieron según: tamaño o localización tumoral (12 casos) o dificultad técnica (2 casos). Se reportaron tan sólo 2 casos de complicación postoperatoria Clavien-Dindo ≥ 3 . No hubo mortalidad postoperatoria a 30 días. El análisis de sobrevida reveló que los pacientes con cáncer tuvieron una sobrevida global significativamente peor ($p=0.021$). La mediana de sobrevida global evidenciada en pacientes con cáncer fue de 13 meses (3-20, SD 7.2 meses). Todos los pacientes intervenidos por patología benigna se encuentran vivos. El análisis de calidad de vida reveló que todos los pacientes poseen buen control glicémico, sin diarrea, pérdida de peso ni síndrome de malabsorción. Todos los pacientes encuestados refieren una buena calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Nuestra serie muestra que la PT puede realizarse en seleccionados pacientes con una morbilidad aceptable y sin mortalidad peri-operatoria. La sobrevida media se vio definida por el diagnóstico de base y no por el hecho de realizar una pancreatectomía total o el estado apancreático posterior. Con un manejo multidisciplinario a largo plazo es posible mantener una buena calidad de vida en estos pacientes.

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE ADENOCARCINOMAS SINCRÓNICOS GÁSTRICO Y PANCREÁTICO. IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA MULTIDISCIPLINARIA.

Ignacio Miranda C., Camilo Duque S., Nicolás Jarufe C., Camilo Boza W., Antonio Piottante, Ricardo Funke H.

Clinica las Condes

INTRODUCCIÓN: En el 2018 el Globocan reportó 18.078.957 de nuevos casos de cáncer en el mundo, el cáncer gástrico se ubica en el quinto lugar y el cáncer de páncreas en el lugar 13 en términos de prevalencia. Para Chile se informó que el 2018 se presentaron 53.365 nuevos casos de cáncer, de los cuales 5.162 fueron cáncer gástrico (9,7%), ocupando el tercer lugar y 1.635 (3,1%) de cáncer de páncreas ocupando el noveno lugar. El cáncer de páncreas sigue siendo una de las principales causas de mortalidad por cáncer en los países desarrollados y una de las neoplasias malignas más letales en todo el mundo con una tasa de supervivencia a 5 años del 5%. El adenocarcinoma representa el 85% de los casos aproximadamente. La biología tumoral contribuye a su recurrencia y metástasis tempranas, así como a la resistencia a la quimio y radioterapia. En cuanto al cáncer gástrico la mortalidad, reportada es de un 12,2%, ubicándolo en el segundo lugar en la mortalidad por cáncer.

OBJETIVOS: Describir el tratamiento de un caso clínico con adenocarcinomas sincrónicos, gástrico y pancreático.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 62 años, en buen estado general, con antecedente de hipertensión y diabetes no insulinoquiriente. Tabaco (-), Oh (+) ocasional, Drogas (-). En estudio rutinario de Ecografía abdominal como hallazgo incidental se informa lesión solida pancreática. Ca19-9 en 8 U/ml. Se inicia estudios complementarios entre los cuales se realizan RNM: imagen nodular, solida, hipovascular a nivel del cuerpo del páncreas de 18mm, con dilatación y atrofia secundaria de cuerpo y cola. Engrosamiento de la pared gástrica por lo que se solicita endoscopia digestiva alta que demuestra úlcera gástrica tipo Bormann III en cuerpo gástrico. PET-CT: Lesión pancreática hipodensa levemente hipermetabolica compatible con neoplasia epitelial primaria, pequeñas adenopatías y linfonodos prominentes hipermetabolicos retroperitoneales, hilio hepático y peri tronco celíaco. Engrosamiento parietal gástrico con leve aumento del metabolismo. Biopsia gástrica endoscópica: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con células en anillo de sello. Con diagnósticos Adenocarcinoma gástrico y tumor pancreático corporal. Se decide resección quirúrgica por vía laparoscópica, en conjunto actúan un cirujano experto en cirugía gástrica y un cirujano experto en cirugía hepatobiliopancreática. Se realiza gastrectomía total con vaciamiento linfonodal D2 y pancreatectomía corporocaudal + esplenectomía. La resección se inicia con la gastrectomía total con vaciamiento linfonodal D2, resecando los grupos ganglionares del 1 al 9 y el epiplón. El corte esofágico y duodenal se realiza con sutura mecánica lineal cortante de 65 mm, azul. Una vez completada la gastrectomía total, se inicia, previo a la reconstrucción intestinal, cirugía pancreática consistente en pancreatectomía córpore-caudal + esplenectomía y disección de grupos 8 y 9. El páncreas se secciona con armónico a nivel del cuello enviando biopsia rápida del margen informada (-) para neoplasia. Posteriormente se sutura el muñón pancreático con puntos de seda 3/0 separados. La reconstrucción digestiva se realizó en Y de Roux con anastomosis esofago-yeyunal manual termino lateral en dos planos y entero-entero anastomosis mecánica con sutura lineal cortante de 65mm blanca. Se dejaron dos drenajes uno a la anastomosis gastroyeyunal y el muñón duodenal y el segundo al muñón pancreático, ambos extraídos por contrabertura en flancos derecho e izquierdo respectivamente. El tiempo total de la intervención fue de 5 horas, sin incidentes intraoperatorios. Cursó un postoperatorio sin incidentes con apoyo nutricional parenteral hasta lograr alimentación oral completa y logrando retiro progresivo de drenajes previa medición de nivel de amilasas. Dado de alta al 7mo día postoperatorio.

RESULTADO: Anatomía Patológica: PÁNCREAS (Figura 6): Adenocarcinoma pancreático ductal infiltrante, moderadamente diferenciado. Focos de neoplasia intraepitelial mucinosa de bajo grado. pT2 N0. Tamaño tumoral: 2,4cm. Márgenes de sección proximal y distal negativos. Radial compromiso focal en una extensión de 1mm. Infiltración multifocal del tejido adiposo peripancreático. Invasión vascular linfática: no observada. Disección ganglionar: 0 de 26 linfonodos comprometidos (0/26). Invasión vascular sanguínea: positiva focal (+) con tinción orceina. Invasión perineural: positiva focal (+) con inmunotinción S100. BAZO: libre de neoplasia. ESTOMAGO: Adenocarcinoma poco diferenciado, pobremente cohesivo, con algunas células en anillo de sello (difuso de Lauren). pT1b N0. Márgenes quirúrgicos: negativos. Profundidad, compromete hasta la submucosa, sin invadir muscular propia. Invasión vascular linfática: no observada. Disección ganglionar: Grupo 1: 0/8. Grupo 2: Tejido adiposo. Grupo 3: 0/6. Grupo 4: 0/3. Grupo 5: 0/5. Grupo 6: 0/18. Grupo 7: Tejido adiposo. Grupo 8: 0/6. Grupo 9: 0/2. Epiplón: sin evidencias de neoplasia. No Invasión vascular sanguínea. No Invasión perineural. Cromogranina y sinaptofisina (marcación neuroendocrina): negativa. Se discute en comité oncológico integrado por Cirujanos, Oncólogos, Radioterapeutas y patólogos, se indica que por el cáncer gástrico no es necesario tratamiento adicional y por el cáncer de páncreas amerita adjuvancia, indicando el esquema FOLFIRINOX por un periodo de 12 semanas, solo completo 2 ciclos y abandono la terapia por mala tolerancia, no continuo controles oncológicos, reingresa en abril de 2021 (19 meses postoperatorio), por dolor en hipocondrio derecho, asociado a fiebre e ictericia, hiperbilirrubinemia (8,4mg/dl), hipertransaminasemia,

1013, Ca19-9 350 y TC abdomen y pelvis que demuestra masa en hilo hepático en relación a cabeza de páncreas que infiltra vena porta y comprime vía biliar, múltiples adenopatías intercavaoorticas. Colangio RNM compatible con recidiva tumoral en cabeza del páncreas de 5 x 2 cm que contacta mas de 180° la vena porta, disminuyendo su calibre focalmente y obstruye el colédoco distal. Se realizo instalación de endoprotesis biliar percutánea y biopsia. Los hallazgos en conjunto sugieren que el tumor corresponda más probablemente a una recidiva del tumor pancreático original. Se decide en comité oncológico quimioterapia paliativa con FOLFIRINOX. Pet-Tc control dos meses después informa disminución del tamaño de lesión en cabeza pancreática y de adenopatías en hilo hepático, interportocava y peripancreaticas que persisten con baja captación de FDG. No se han agregado nuevas lesiones hipercaptantes.

CONCLUSIÓN: Las cirugías mínimamente invasivas se asocia con estancia hospitalaria más corta, baja pérdida de sangre, tasas de complicaciones equivalentes a las cirugías convencionales pero con una mejor calidad de vida post-operatoria, menor tiempo de recuperabilidad, acortando el tiempo para la terapia adyuvante en caso de ser necesaria y lo mas importante sin detrimento en la seguridad en términos oncológicos, garantizando estadio R0 y adecuadas resección linfonodales cuando son realizadas por cirujanos expertos y equipos multidisciplinarios.



HEPATECTOMÍA DERECHA DE DONANTE VIVO TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA: USO DE VERDE DE INDOCIANINA Y REALIDAD VIRTUAL PARA DEMOSTRACIÓN EN VIDEO-ATLAS

Martin Dib, Pablo Achurra, Patricia Rebolledo, Daniel García, Eduardo Viñuela, Ian McGilvray, Jorge Martínez, Eduardo Briceño

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La técnica de hepatectomía de donante vivo para trasplante hepático de adulto a adulto, requiere una alta curva de aprendizaje en cirugía hepática abierta y de trasplantes. En la transición de la técnica abierta a laparoscópica de donante vivo, se requiere de una curva de aprendizaje a nivel de equipo e institucional, para mantener la seguridad del donante.

OBJETIVOS: Demostrar la técnica de donante vivo adulto laparoscópico, utilizando un modelo de realidad virtual en 3D, y el uso de verde de indocianina para facilitar la identificación y corte del injerto derecho laparoscópico.

CONTENIDO DE VIDEO: La paciente es una mujer de 34 años que fue evaluada para una hepatectomía derecha de donante vivo. Se planificó un abordaje totalmente laparoscópico, luego de varios casos híbridos en nuestro centro y asesoramiento internacional. Se utilizó una posición de litotomía modificada semilateral derecha. Se muestran las posiciones de los trócares. Se utiliza un modelo de realidad virtual en 3D del hígado del donante para la planificación preoperatoria. La fluorescencia con verde de indocianina se administra por vía intravenosa mientras se coloca un clamp vascular en la vena porta derecha para confirmar la línea de corte y luego para identificar el sitio de corte del conducto hepático derecho en tiempo real. El video muestra la movilización del lóbulo derecho, disección de la cava con preservación de una vena hepática derecha accesoria. Disección de la vena suprahepática derecha y maniobra de Hanging. Colecistectomía y disección hiliar. Línea de transección del donante usando fluorescencia ICG e infrarojo. Transección del parenquima mediante CUSA laparoscópico, bipolar y Ligasure. Manejo de las ramas de la vena hepática media para la preservación del VHM en el donante. División del conducto hepático derecho mediante colangiografía intraoperatoria en tiempo real. Manejo del resto de la placa hiliar y transección parenquimatosa completa. Después de preparar una incisión de Phannenstiel, se administra heparina ev, se corta la arteria hepática derecha, la vena porta derecha y las venas hepáticas para extraer el injerto del lóbulo derecho a través de una incisión de Phannenstiel. El ligamento falciforme se sutura a la pared abdominal anterior. La donante fue dada de alta al día 4 y la receptora al día 8 postoperatorio sin complicaciones.



HEPATECTOMÍA LATERAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CIRRÓTICA CON COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

Santiago Revelo, Martín Inzunza, Emilio Morales, Eduardo Briceño

PUC

INTRODUCCIÓN: El colangiocarcinoma intrahepático es un tumor infrecuente, originado en las células de las vías biliares. En general se vuelven sintomáticos cuando el tumor obstruye una porción de la vía biliar generando colestasia sin embargo pueden generar otros síntomas inespecíficos como dolor abdominal, baja de peso y fiebre. El manejo quirúrgico es la única opción terapéutica con potencial curativo, sin embargo, frecuentemente el cuadro se presenta en un estadio en el que la resección no es posible.

OBJETIVOS: Presentar el caso clínico, diagnóstico imagenológico y resolución quirúrgica mínimamente invasiva de un colangiocarcinoma intrahepático en una paciente con cirrosis.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 77 años, sexo femenino, con antecedente de daño hepático crónico secundario a cirrosis biliar primaria, Child A, diagnosticado posterior a cuadro de hemorragia digestiva variceal en el 2011. Durante su seguimiento se realiza RNM que evidencia una lesión focal del segmento lateral de 36 mm, compatible con colangiocarcinoma. PET-CT compatible, sin lesiones secundarias, con adenopatía adyacente. Se decide manejo quirúrgico mínimamente invasivo por laparoscopia. Se presenta técnica quirúrgica.



TRAUMA PANCREÁTICO TIPO IV, LESIÓN AISLADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Iván Rodrigo Alvarado Gajardo, Gabriel Felipe Kunstmann Camino, Tomas Sebastián Esteban Gutiérrez Duarte, Carolina Andrea Novakovic Pinochet

Servicio de Cirugía Hospital Base Valdivia. Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: El trauma pancreático no es de ocurrencia muy frecuente debido a la localización anatómica del páncreas en la profundidad del retroperitoneo. Representa el 4% de las lesiones traumáticas abdominales y más aún el trauma pancreático aislado representa el 0,7%, siendo sus outcomes inciertos.

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

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y bibliografía

RESULTADO: Se presenta un paciente hombre de 22 años sin antecedentes mórbidos. Historia de 1 día de evolución de dolor abdominal y vómitos luego de recibir golpe de rodilla en epigastrio jugando fútbol. Ingresó a servicio de urgencias hospital base valdivia estable hemodinámicamente, abdomen doloroso en epigastrio, Blumberg (+), exámenes con amilasa 907, bilirrubina total 1.08, GOT/GPT 97/109. TC abdomen y pelvis: edema peripancreático con líquido libre. Colangio RNM evidenció sección del conducto pancreático principal. En pabellón de urgencias se evidenció lesión a nivel del cuello pancreático con sección completa, cabeza de páncreas contundida, líquido hemorrágico moderado, zona esteatonecrosis perilesional. Se realizó pancreatoyeyunoanastomosis ducto mucosa en y roux, cirugía sin incidentes. Evolucionó favorablemente, nutrición parenteral central y octreótide hasta el 5to día, luego inició nutrición enteral, sin requerimientos de drogas vasoactivas, afebril, sin dolor, tolerando el régimen liviano, deambulando, herida bien, sin evidencia de fístula pancreática. Egresó a los 12 días.

CONCLUSIÓN: Falta evidencia de los outcomes respecto a la función endocrina/exocrina, que permitan determinar técnica óptima. Recalcar la importancia del manejo multidisciplinario.

DOBLE COLECISTECTOMÍA DE MANEJO LAPAROSCÓPICO: DOBLE VESÍCULA BILIAR Y DOBLE ARTERIA CÍSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Luis Medina Gantier, Danitza Escobar Hogg, Gonzalo Lucero Hinojosa, Pedro Amat Trujillo

Clínica Dávila. Departamento de cirugía digestiva alta.

INTRODUCCIÓN: En un embrión humano el brote hepático comienza a desarrollarse después de la cuarta semana de gestación dividiéndose en pars hepática y pars quística siendo esta última quien dará origen a la vesícula biliar, conducto cístico y colédoco completando su desarrollo a la octava semana. Se estima que esta variante anatómica está presente en 1 cada 4000 nacimientos y que el 83% son diagnosticados tras una enfermedad relacionada con cálculos biliares. El diagnóstico imagenológico es fundamental y el abordaje quirúrgico sigue siendo circunstancial como terapia.

OBJETIVOS: Presentar un caso poco frecuente dentro de las variantes anatómicas vesiculares.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza revisión un caso clínico y literatura.

RESULTADO: Mujer de 26 años con antecedente de resección de quiste tirogloso y colelitiasis diagnosticada hace 2 años sin otro antecedente. Consultó en servicio de urgencia por cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por epigastralgia irradiado a hipocondrio derecho tipo cólico asociado a náuseas, vómitos biliosos y diarrea, sin ictericia, sin coluria ni ictericia. Clínicamente sensibilidad a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy (-), sin irritación peritoneal ni visceromegalias. Exámenes de laboratorio normales descartando respuesta inflamatoria sistémica, pancreatitis y obstrucción de vía biliar. Ecotomografía de abdomen identifica vesícula con dos cálculos en su interior y adyacente a la pared inferior, sin comunicación evidente, imagen quística, ovalada de paredes finas de contenido anecogénico homogéneo. Colangiografía confirma duplicación de vía biliar. En el intraoperatorio se logran identificar dos conductos císticos y dos arterias císticas, se extraen ambas piezas operatorias. Biopsia informa vesícula 1: Colecistitis crónica inespecífica y colesterosis; Vesícula 2: Colecistitis crónica inespecífica reagudizada, focalmente hemorrágica. Paciente evoluciona con un postoperatorio favorable dada de alta a las 24 horas.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico oportuno de esta malformación biliar es un desafío. La presentación clínica comparte historia similar a una vesícula biliar única siendo las imágenes fundamentales para el diagnóstico, destacando la colangiografía. Si bien la colecistectomía está indicada en enfermedad sintomática con cálculos, la escisión temprana de ambas vesículas podría jugar un papel crucial en disminuir los riesgos de malignidad, aun más en la población chilena.

PANCREATODUODENECTOMÍA EN PACIENTES OCTOGENARIOS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC.

Sergio Riveros, María Jesús Irrázaval, Pablo Achurra, Patricia Rebolledo, Eduardo Viñuela, Jorge Martínez, Martín Dib, Eduardo Briceño.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía representa la única alternativa que ofrece una opción curativa en pacientes con tumores periampulares, pudiendo en la actualidad ser realizada con tasas de mortalidad y morbilidad aceptables. Sin embargo, existe escasa evidencia con respecto a sus resultados en pacientes de 80 años o más.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en pacientes octogenarios sometidos a pancreatoduodenectomía

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes de 80 años o más sometidos a pancreatoduodenectomía en nuestro centro, entre 2006 y 2020. Análisis descriptivo. Variables cuantitativas en mediana y rango intercuartil y variables categóricas en número y porcentaje.

RESULTADO: Se incluyeron 22 pacientes. Mediana de edad 82 años (81-84); 40,9% eran mujeres (n=9). Catorce pacientes tenían cirugías abdominales previas (63,6%). La mediana de duración de síntomas previo a la cirugía fue de 1 mes (1-4). La ubicación del tumor fue páncreas en 15 pacientes (68,2%), vía biliar en dos (9,1%), ampular en cinco (22,7%). Ningún paciente recibió neoadyuvancia. En la evaluación preoperatoria, cinco pacientes (22,7%) tenían dilatación del Wirsung, cuatro tenían compromiso duodenal (18,2%), ninguno compromiso arterial y dos compromiso venoso (9,1%). La mediana de bilirrubina total fue 1,9 (0,59-11) y Ca19-9 de 96 (12-287). Todos los pacientes clasificados como ASA III. En dos pacientes (9,1%) la cirugía se inició laparoscópica y luego fue convertida a cirugía abierta. En cinco pacientes se evidenció compromiso venoso en el intraoperatorio (22,7%), en ninguno compromiso arterial. Un paciente requirió reconstrucción vascular venosa (4,5%). En tres pacientes (13,6%) se realizó pancreato-gastroanastomosis y en 18 (81,8%) pancreatoyeyunoanastomosis; en 10 pacientes se instaló un stent pancreático (45,5%). En todos los pacientes se realizó reconstrucción biliodigestiva en asa de Child. La mediana de tiempo operatorio fue 240 minutos (240-300). En el seguimiento precoz (<30 días), diez pacientes (45,5%) desarrollaron complicaciones postoperatorias, sólo una de ellas clasificada como morbilidad mayor (Clavien Dindo mayor o igual a III, 4,5%). La mediana de estadía hospitalaria fue 12 días (9,8-16). Ningún paciente requirió reoperación ni fue readmitido. No se reportó mortalidad precoz.

CONCLUSIÓN: La pancreatoduodenectomía es una alternativa segura en pacientes mayores de 80 años con tumores periampulares, correctamente seleccionados, con tasas de mortalidad y morbilidad bajas.

PANCREATICOYEUANO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA (CIRUGÍA DE PUESTOW)

Brenda Gamez, Julio Benítez, Erwin Buckel S, Nicolás Jarufe

Clínica las Condes

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis crónica es una enfermedad poco frecuente. La mayoría de los pacientes sólo requiere manejo médico. No obstante, en particulares condiciones la cirugía puede ser también requerida. Uno de los procedimientos más frecuentes en este contexto es la pancreaticoyeyuno anastomosis latero lateral o también conocida como cirugía de Puestow, la cual permite la descompresión del conducto pancreático dilatado y en parte mejora también la función pancreática exocrina. Con el desarrollo de la cirugía mini invasiva, ha sido posible realizar una mayor cantidad de procedimientos complejos. Sin embargo, según nuestro conocimiento, hay escasos reportes en la literatura sobre esta cirugía realizada de manera laparoscópica.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica quirúrgica, aspectos técnicos de la cirugía de Puestow realizada de manera completamente laparoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: Se trata de un hombre de 31 años, quien, debido a dolor abdominal inespecífico de 6 meses de evolución, se realizó una ecografía abdominal y posteriormente una resonancia magnética de abdomen que mostraron una dilatación significativa del conducto pancreático de 18 mm, además de un lito impactado al nivel de la cabeza pancreática y la alteración embriológica de páncreas divisum, explicando la causa del dolor, es decir, pancreatitis crónica secundaria a estas alteraciones. En primera instancia se intentó resolución endoscópica del cuadro, sin embargo, no fue posible acceder al conducto pancreático debido a la litiasis impactada. Se discutió el caso en un comité multidisciplinario, decidiendo resolución quirúrgica de la patología. Se comienza con la exposición del páncreas realizada tras seccionar el ligamento gastrocólico con bisturí Harmónico. Se localizó el conducto pancreático dilatado y la punción de este. Se realizó la apertura longitudinal del conducto desde el cuello hasta la cola del páncreas. Un coledocoscopia se introdujo en el conducto en dirección a la cabeza pancreática donde se localizó el lito impactado. Luego de numerosos intentos de extracción, estos se suspendieron ya que el lito se encontraba adherido a las paredes del conducto. Se confeccionó una Y de Roux, utilizando un stapler de 60 mm. Posteriormente se realizó la enterotomía longitudinal en paralelo al plano de sección del conducto pancreático y la consiguiente pancreaticoyeyuno anastomosis en un solo plano utilizando seda 0.4 con puntos de sutura continuos. El tiempo operatorio total fue 120 min, sangrado operatorio menor a 100 ml. El paciente fue dado de alta al 4º día postoperatorio sin complicaciones. Según nuestra experiencia inicial, la cirugía de Puestow laparoscópica resultó ser segura y eficaz para la resolución de la patología del paciente, otorgándole además los beneficios de la cirugía mini invasiva.

RECONSTRUCCIÓN DE DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA LAPAROSCÓPICA

Carlidia Ortega, Martín Inzunza, Eduardo Briceño

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Paciente femenina de 36 años, hipotiroidea, con antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica convertida por lesión biliar vs Síndrome de Mirizzi, que requirió derivación biliodigestiva en 2009. Luego de 10 años, presenta múltiples episodios de colangitis leve de 1 año de evolución, razón por la cual consulta de forma ambulatoria. Se estudia con ColangioRM evidenciando estenosis en relación a anastomosis biliodigestiva asociada a cálculo en conducto biliar izquierdo. Por lo que se decide realizar nueva derivación biliodigestiva por vía laparoscópica.

OBJETIVOS: Visualizar la reconstrucción difícil de nueva derivación biliodigestiva por vía laparoscópica

CONTENIDO DE VIDEO: Se realiza revisión de cirugía anterior, se desmantela anastomosis biliodigestiva, evidenciando conducto biliar corto con bifurcación de conductos derecho e izquierdo a 2 cm, identificando cálculo pequeño en este último, y salida de bilis clara. Se realiza lavado de vía biliar con sonda foley pediátrica y posteriormente colangiografía intraoperatoria, evidenciando árbol biliar indemne, sin defecto de llene sugerentes de litiasis. Cierre de enterotomías, se fija asa de Y de Roux a cara anterior gástrica, se realiza anastomosis hepático- yeyuno laparoscópica.

ENUCLEACIÓN LAPAROSCÓPICA DE INSULINOMA EN PROCESO UNCINADO PANCREÁTICO

Fabrizio Moisan, Eduardo Figueroa, Rodrigo Torres-Quevedo, Juan Marcos Grajeda

Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La enucleación por vía laparoscópica de los insulinomas pancreáticos es una alternativa que está en creciente uso. Su indicación va a depender de la ubicación del tumor y su relación con el conducto pancreático.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica quirúrgica de una enucleación por vía laparoscópica de un insulinoma ubicado en el proceso uncinado del páncreas.

CONTENIDO DE VIDEO: Caso clínico: Mujer de 34 años, sin antecedentes, con historia de 1 año de evolución de síntomas neuroglucopénicos. Al ingreso se objetiva glicemia de 24 mg/dl. Estudio muestra péptido C elevado y test de ayuno positivo. Imagen con TAC, RM y Octreoscan muestra tumor neuroendocrino de aproximadamente 2 cm diámetro, en el proceso uncinado pancreático, de ubicación periférica y sin contactar el conducto pancreático principal. Se decide enucleación por vía laparoscópica. Técnica en posición francesa, 4 trocares. Se Realiza maniobra de Cattell-Braash y Kocher hasta el ligamento de Treitz para exponer la cara posterior del la cabeza y el proceso uncinado del páncreas. Se visualiza en la superficie del proceso uncinado el insulinoma. Se realiza disección del tumor del parénquima pancreático solo con pinza bipolar, sin utilizar otros medios de energía para no transectar el páncreas y evitar seccionar alguna rama del conducto pancreático. Se completa la enucleación con bipolar clipando una posible estructura vascular o rama del Wirsung. Se sutura con un punto en X de proveen 5/0 eventual sitio de filtración de jugo pancreático. Se resecan adenopatías de grupo 13, se instala dren Jackson-Pratt en posición retropancreática y se extrae pieza operatoria en bolsa. Duración cirugía 150 min, sangrado estimado 20 cc. Paciente evoluciona satisfactoriamente sin fístula pancreática y con normalización de glucemias, dándose de alta al 5 día postoperatorio. Informe histopatológico confirmó neoplasia neuroendocrina de bajo grado, con Ki 67 menor del 1%. Control ambulatorio a los 3,6,12, y 24 meses postop, asintomática, con glucemias normales y control imagenológico sin signos de recidiva.

HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA: ABORDAJE ANTERIOR

Dres. R. Humeres^{1,2}, K. Werner¹, A. Navarrete^{1,2}, L. Manriquez^{1,2}, Int. G. Diaz¹ Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago (1); Servicio de Cirugía Clínica Alemana de Santiago (2).

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoscópica ha ido demostrando su ventaja en relación a la cirugía tradicional, respecto a una recuperación más rápida, menor hospitalización, menor sangrado en general, y con los mismos resultados oncológicos. Existen diferentes técnicas para la hepatectomía derecha laparoscópica. El abordaje anterior realiza mínima, o ninguna liberación del hígado derecho.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica de abordaje anterior en una hepatectomía derecha laparoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: El video muestra una resección hepática derecha en una paciente de sexo femenino de 60 años con metástasis hepáticas de cáncer colorectal. Todas ellas ubicadas en el hígado derecho.

DUODENOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA PASO A PASO

Dres. R. Humeres^{1,2}, A. Navarrete^{1,2}, Int. G. Díaz³

Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago (1); Servicio de Cirugía Clínica Alemana de Santiago (2); Universidad de Los Andes (3).

INTRODUCCIÓN: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es la técnica habitual para la resección de los tumores periampulares. Su implementación por vía laparoscópica, en el mundo en general, ha sido tardía, debido a su complejidad, y esto especialmente en centros de bajo volumen.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica de la DPC laparoscópica paso a paso.

CONTENIDO DE VIDEO: El video muestra una DPC laparoscópica en un paciente de sexo masculino de 66 años portador de un tumor de ampolla de Vater. El video se enfoca en detallar los pasos de la parte resectiva y reconstructiva de esta compleja cirugía.



CIRUGIA RADICAL DE QUISTE HIDÁTIDICO GIGANTE TOTALMENTE LAPAROSCOPICO

Julio Benítez, Luis Puelma, Rodrigo Godoy, Nicolas Jarufe

Clinica Las Condes

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis producida por cestodos del género *Echinococcus*. Posee una distribución mundial, afectando principalmente regiones agrícolas y ganaderas. Se registran cuatro especies patógenas en el humano: *Echinococcus granulosus*, *E. multilocularis*, *E. oligarthus* y *E. vogeli*, siendo la primera la más frecuente. La infección incidental del humano se caracteriza por la presencia de uno o más quistes de ubicación principalmente hepática (70%), seguido por pulmonar y con menor frecuencia en otros tejidos. La resolución quirúrgica del quiste hidatídico hepático se consideró por mucho tiempo el mejor e incluso el único tratamiento. Sin embargo, en las últimas décadas este enfoque se ha ido reemplazando por tratamientos más conservadores, quedando reservada la cirugía para casos seleccionados, principalmente, quistes de gran tamaño, compresión de estructuras vecinas, quistes complicados (roturas, fistulas, infecciones, hemorragias). Presentamos técnica totalmente laparoscópica en un caso de quiste hidatídico gigante, en un paciente masculino de 61 años que consultó por dolor abdominal sin otros síntomas asociados y en estudio tomográfico se diagnosticó quiste hidatídico gigante

OBJETIVOS: Presentar técnica laparoscópica en quiste hidatídico gigante

CONTENIDO DE VIDEO: Cirugía radical de quiste hidatídico gigante totalmente laparoscópico

RECONSTRUCCIÓN VASCULAR CON PUENTE VENOSO PORTO-MESENTÉRICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO DONANTE CADAVERÍCO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UC

Sergio Riveros, Grecia Artigas, María Jesús Irrarrázaval, Gabriela Ochoa, Patricia Rebolledo, Pablo Achurra, Eduardo Viñuela, Nicolas Jarufe, Jorge Martinez, Martin Dib, Eduardo Briceño.

Hospital Clínico UC

INTRODUCCIÓN: La trombosis portal crónica y cavernomatosis portal representan un desafío complejo en el contexto de trasplante hepático.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en reconstrucciones porto-mesentéricas usando puente venoso con injerto de vena iliaca de donante cadáver en pacientes sometidos a trasplante hepático ortotópico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente entre 2009 y 2021. Se incluyeron todos los pacientes con reconstrucción de la vena porta con puente venoso mesentérico en contexto de trasplante hepático. Se evaluó morbilidad, complicaciones vasculares, sobrevida del paciente y del injerto.

RESULTADO: Se incluyeron 15 pacientes. Mediana de edad 59 años, 60% eran mujeres. Principales diagnósticos etiológicos fueron NASH (40%) y virales (20%). La mediana de MELD fue de 25 puntos (16-40). El diagnóstico de trombosis portal fue preoperatorio en 10 pacientes (66,7%), cuatro de ellos en tratamiento anticoagulante. Se tomó la decisión preoperatoria de realizar el puente en cinco pacientes (33,3%), en el resto la decisión se tomó en el intraoperatorio. Se utilizó la técnica de reemplazo de Cava en 9 pacientes (60%) y Piggyback en seis pacientes (40%). En todos los pacientes se utilizó un injerto de vena iliaca de donante cadavérico entre la vena mesentérica superior y la vena porta del donante. Se reportó mortalidad intraoperatoria en dos pacientes (13,3%). Sólo dos pacientes iniciaron anticoagulación en las primeras 24 horas posteriores al trasplante. Se reportaron complicaciones mayores en cinco pacientes (38,5%); cuatro de ellas sangrado (30,8%) y dos trombosis (15,4%). Dos pacientes fallecieron en los primeros 30 días (falla del injerto y accidente cerebrovascular). Como complicación tardía, cuatro pacientes (26,7%) desarrollaron estenosis de conducto biliar. La mediana de seguimiento fue de 20 meses (RIQ, 8-48). La sobrevida del injerto a 12 meses fue de 82%, a 24 meses de 52% y a 36 meses de 31%. Sin considerar los pacientes con mortalidad precoz, la mediana de tiempo con puente venoso permeable fue de 5,5 meses (RIQ, 0,75-18), identificando sólo dos puentes trombosados (2/11).

CONCLUSIÓN: La trombosis portal en los pacientes candidatos a trasplante hepático que requieren reconstrucción vascular con puente venoso porto-mesentérico conlleva altas tasas de morbilidad perioperatoria, pero con sobrevidas del injerto y del paciente mayores a 80%. Se requieren equipos multidisciplinarios y equipos quirúrgicos con vasta experiencia para lograr resultados adecuados posterior a la reconstrucción vascular con puentes venosos en este escenario.

HERNIAS



HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK, PRESENTACIÓN TARDÍA CON ASCENSO RENAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE VÍAS DE ABORDAJE Y TÉCNICA DE CIERRE DEL DEFECTO

Christophe Riquoir, Nicolás Muñoz, Cristóbal Azócar, Marco Ceroni, Enrique Norero

Pontificia Universidad Católica de Chile, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: La hernia de Bochdalek es un trastorno del desarrollo embrionario caracterizado por un defecto del cierre posterolateral del diafragma. Es la hernia diafragmática congénita más frecuente, siendo más común a izquierda (80-85%) y supone como principal riesgo el ascenso de estructuras abdominales a la cavidad torácica. Menos del 10% se diagnostica en la adultez, donde suele manifestarse como dolor abdominal o torácico inespecífico.

OBJETIVOS: El objetivo principal es reportar un caso clínico de hernia de bochdalek de presentación tardía con ascenso renal y discutir las vías de abordaje y técnicas de cierre del defecto.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información de la ficha clínica electrónica, estudio de imágenes y autorización para material audiovisual de la cirugía del paciente previo consentimiento informado. Se realiza una revisión de la literatura bajo los términos MeSH; "hernia diafragmática congénita" y "adulto". Análisis estadístico descriptivo con SPSS v25.0.

RESULTADO: Paciente de género masculino de 20 años con antecedente de neumonía por COVID-19. Se realiza tomografía computada (TC) por dolor torácico intermitente y disnea donde se evidencia hernia diafragmática izquierda posterior con anillo de 6 cm, con ascenso de asas de intestino, colon transversal y riñón ipsilateral. Se decide abordaje abdominal vía abierta donde se demuestra ausencia completa de diafragma posterior con ascenso del riñón y estructuras retroperitoneales izquierdas sin presencia de saco herniario. Se realiza reducción laboriosa del contenido e instalación de malla de polipropileno. Evoluciona satisfactoriamente con egreso tras 5 días. Un mes después se evidencia seroma de 3.8 cm, donde se decide manejo conservador con buena respuesta. La revisión de la literatura evidencia que el abordaje abdominal es el más frecuente en contexto electivo y de urgencia, por sobre la toracotomía. En aquellas de tamaño pequeño y con ascenso sólo de epiplón o intestino es considerable abordaje laparoscópico, pero sólo en casos electivos. En casos de hernias complejas con ascenso multiorgánico, sospecha de adherencias pleurales o pulmonares, o donde la hernia traumática es probable, se pudiera considerar un abordaje torácico o mixto.

CONCLUSIÓN: Las hernias de Bochdalek son infrecuentes y requieren una alta sospecha diagnóstica, siendo el cuadro incidental lo más frecuente. El abordaje de elección debe ser decidido en base a la urgencia, tamaño de la hernia y cronicidad o cantidad de órganos ascendidos, considerando abordajes toracoabdominales de ser necesario. La cirugía siempre debe planificarse con uso de malla de contacto visceral debido a la ausencia total de diafragma hacia la pared costal posterolateral.

HERNIA CON PÉRDIDA DE DOMICILIO Y DIVERTICULITIS AGUDA PERFORADA. REPORTE DE UN CASO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Edmundo Ziede Rojas, Alejandro Baeza Soto, Jaime Vázquez Yáñez, Edgar Devaud Jaureguiberry

Hospital Base San José de Osorno

INTRODUCCIÓN: La enfermedad diverticular en algunas ocasiones requiere resolución quirúrgica de urgencia pero su presentación con una hernia asociada esta poco documentada y la presencia de una hernia con pérdida de domicilio representa un desafío mayor para el cirujano que se desempeña en el servicio de urgencias.

OBJETIVOS: Demostrar que la resolución en una misma cirugía de la patología diverticular complicada y la patología herniaria compleja son una alternativa factible de realizar.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de los registros clínicos electrónicos del caso clínico mencionado.

RESULTADO: Paciente sexo femenino, 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad y portadora de una hernia supraumbilical sin derecho a domicilio, consulta al servicio de urgencia por cuadro de 1 día de evolución de dolor abdominal con mala respuesta a analgesia. En estudio de laboratorio destaca leucocitos normales 7900/uL, pero 92% de segmentados y una PCR 71,3 mg/L. Se solicita TC de abdomen y pelvis que evidencia: neumoperitoneo, diverticulitis de colon sigmoides y hernia supraumbilical gigante sin signos de complicación. Dado los hallazgos se decide laparotomía exploradora. Se realiza laparotomía media respetando el saco herniario, identificando hacia la pelvis líquido purulento y en colon sigmoides un divertículo perforado. Se resecta el segmento comprometido de colon, se realiza aseo de la cavidad y posteriormente la reparación de la hernia con técnica de separación de componentes anterior unilateral (derecha), cierre de aponeurosis con sutura de polidioxanona 1/0, infiltración de toxina botulínica en 5 puntos en ambos flancos y luego la instalación de una malla de polipropileno macroporosa que se fija con polidioxanona 3/0 sobre la aponeurosis, resección de colgajos cutáneos excedente y cierre, finalmente maduración de la colostomía en flanco izquierdo. La paciente evoluciona favorablemente con buena tolerancia oral, disminución de los parámetros inflamatorios, ostomía y herida operatoria sin complicaciones por lo que se indica el alta al 7mo día postoperatorio con tratamiento antibiótico oral hasta completar 14 días.

CONCLUSIÓN: La reparación de hernias con malla es segura en el paciente con perforación de víscera hueca y el uso de técnicas de separación de componentes más adyuvancia con toxina botulínica, incluso en el intraoperatorio, son medidas que permiten el cierre de pared abdominal de estos pacientes complejos en forma adecuada.

HERNIA DE GARENGEOT: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Valentina Castillo, Francisca Wuth, Vanessa Ahumada, Diego Marin

Hospital La Florida

INTRODUCCIÓN: La hernia de Garegeot es un tipo de hernia femoral en la cual protruye el apéndice cecal por el saco, que puede o no estar inflamado. Es poco frecuente de ver estimándose una incidencia entre un 0,15 al 5% del total de hernias femorales. En los últimos cien años, se encuentran en la literatura sólo alrededor de 200 casos, principalmente en Europa. En cuanto al manejo se sabe que es quirúrgico sin embargo no existe una técnica estandarizada dada la poca información disponible en cuanto a esta patología. Incluso, se describe que sólo en el 31% de los casos el diagnóstico se hace de forma pre operatoria lo cual no permite una planificación quirúrgica.

OBJETIVOS: Describir la presentación y manejo quirúrgico de un paciente con diagnóstico preoperatorio de una hernia de Garegeot.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico de un paciente atendido en el servicio de urgencias del Hospital La Florida.

RESULTADO: Paciente de 73 años, sexo femenino, que consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor en región inguinal derecho asociado a un aumento de volumen doloroso en la misma zona. Por sospecha de hernia inguinal atascada se realizan exámenes destacando un TAC compatible con hernia de Garegeot con apendicitis. Se realiza en el pabellón de urgencias una reparación anterior abierta a nivel de la región inguinal con disección del apéndice inflamado y cierre de anillo crural, sin incidentes. La paciente evoluciona en buenas condiciones recibiendo el alta al primer día postoperatorio.

CONCLUSIÓN: La hernia de Garegeot es una patología poco frecuente cuyo manejo aún no se encuentra estandarizado debido a la insuficiente cantidad de datos disponibles para estudiar y prever el comportamiento de la enfermedad. Por lo mismo, en distintas revisiones se recomienda que el cirujano a cargo maneje la patología según su propio nivel de experiencia y conocimientos. Se realiza este reporte de caso como contribución en la mejor comprensión y experiencia clínica de la hernia de Garegeot.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON HERNIAS VENTRALES CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO OPERADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R. Gallardo. B. Carreño. V. Pulla. J. Carrasco. C. Domínguez. J. Rappoport.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH)

INTRODUCCIÓN: Las hernias con pérdida de derecho a domicilio o gigantes representan un desafío terapéutico para el cirujano. Se han descrito múltiples enfoques técnicos quirúrgicos y terapias adyuvantes para el cierre del defecto, entre ellas separación de componentes, uso de toxina botulínica y neumoperitoneo preoperatorio. A pesar de los avances en el campo la cirugía no está exenta de complicaciones y mortalidad, por lo que pretendemos caracterizar a los pacientes y sus resultados precoces, así como las técnicas más utilizadas.

OBJETIVOS: Caracterización de pacientes con hernias gigantes operados en un centro universitario y evaluación de resultados postoperatorios precoces.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes operados en el HCUCH entre los años 2012-2019. Se incluyeron hernias con anillo mayor a 10 cm o saco mayor a 15 cm. Se excluyeron pacientes con información insuficiente en ficha clínica. Se evaluaron algunas características de los pacientes, estadía hospitalaria y morbilidad, así como el uso de toxina botulínica, neumoperitoneo preoperatorio y separación de componentes.

RESULTADO: La población fue de 63 pacientes, 36 masculinos y 27 femeninos, con promedio de edad de 67 años, con un seguimiento del 91% mayor a 3 años. Anillo herniario promedio de 17.8 x 14 cm, saco herniario de 26.6 x 20 cm, un índice de masa corporal (IMC) de 31kg/m². Un 92% fueron secundarias a hernias incisionales, mientras que 68% contaban con una hernioplastia previa. Se aplicó toxina botulínica preoperatoria en un 56% de los pacientes, con promedio de 46 días previos a la cirugía. La estadía hospitalaria fue de 13.3 ± 9 días. En un 73% se utilizó neumoperitoneo preoperatorio, con una media de 8 sesiones de insuflación y volumen de 6605 cc. De las cirugías, en un 42% se utilizó una separación anterior de componentes y 1.5% separación posterior. En solo un paciente se presentó una complicación intraoperatoria (lesión de colon). El 19% de los pacientes presentó alguna complicación relacionada con la cirugía, un 11% corresponden al tipo Clavien Dindo (CD) I, mientras que sólo 6% requirieron reintervención (CD III. 3 por aseo de herida quirúrgica, 1 por sangrado omental). No hubo mortalidad en esta serie.

CONCLUSIÓN: La mayoría de las hernias gigantes evaluadas son secundarias a cirugías previas y multi-recidivante de hernioplastias. La técnica más utilizada fue el neumoperitoneo, seguido de la separación anterior de componentes. La morbilidad postoperatoria se encuentra dentro de lo descrito en la literatura.

COMPARACIÓN DE REPARACIÓN DE HERNIAS GIGANTES CON NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO EXTENDIDO VS NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO ABREVIADO + TOXINA BOTULÍNICA, EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, PERÍODO 2012-2019.

Ricardo Gallardo G.1, Daniel Gonzaga A.1, Bárbara Carreño M.1, Jaime Carrasco T.2, Jaime Rappoport S.2, Diego Valenzuela S.2

Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN: En la reparación de hernias ventrales gigantes con pérdida de dominio, se han incursionado varias técnicas de adyuvancia para la preparación preoperatoria con el fin de obtener mejores resultados quirúrgicos y disminuir el riesgo de complicaciones mayores, como el síndrome compartamental. Entre ellas el neumoperitoneo preoperatorio, el cual ha presentado buenos resultados en la literatura reportada, lo que requiere hospitalizaciones prolongadas.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados quirúrgicos y complicaciones entre la administración de neumoperitoneo preoperatorio convencional (10-21 días) y administración de neumoperitoneo preoperatorio abreviado (5-7 días) + toxina botulínica (PnA+TB)

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes operados de hernias ventrales gigantes con pérdida de dominio, con administración preoperatoria de neumoperitoneo convencional extendido (10-21 días) vs PnA+TB, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, del año 2012 al 2019. Se incluyeron a todos los pacientes que cumplan con criterios de hernia inguinal gigantes con pérdida de dominio, se excluyeron los pacientes con otra adyuvancia preoperatoria.

RESULTADO: La población del estudio fue de 42 pacientes, de estos en el grupo de neumoperitoneo extendido fueron 9 masculinos y 9 femeninos, con una mediana de edad de 69 años, de anillo herniario de 18.1 x 14.4cm, de saco herniario de 29.6x 25.3 cm, el índice de masa corporal (IMC) de 31.1kg/m², la hospitalización en días de 16.5 días, volumen de 9.1litros de aire, y en solo 1 caso, existió seroma como complicación postquirúrgica. Mientras que el grupo de PnA+TB fue de 11 masculinos y 13 femeninos, con una mediana de edad de 66 años, de anillo herniario de 2.9 x 16.4cm, de saco herniario de 31.7x 22.4 cm, el IMC de 30.8kg/m², la hospitalización en días de 10.8 días, volumen de 6.7 litros de aire, y 3 casos de seromas.

CONCLUSIÓN: La administración de PnA+TB, demostró los mismos resultados intraoperatorios y complicaciones, que la administración de neumoperitoneo tradicional extendida, logrando disminuir el tiempo de hospitalización para preparación prequirúrgica.

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN Y MORBILIDAD DE PACIENTES OPERADOS DE HERNIAS GIGANTES EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

F. Castillo. E. Alamos. C. Lobiano. R. Gallardo. J. Carrasco. J. Rappoport

Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH)

INTRODUCCIÓN: Las hernias con pérdida de derecho a domicilio o hernias gigantes presentan severas alteraciones anatómicas de la pared abdominal. La reparación busca reconstituir la función de contención de la pared, sin embargo puede generar molestias permanentes en la zona operatoria. Existe evidencia limitada acerca del dolor, limitación de actividad física o disminución de la calidad de vida. Este estudio busca conocer la percepción de los pacientes acerca de los resultados de la cirugía.

OBJETIVOS: Evaluación de satisfacción y morbilidad de pacientes operados de hernias gigantes en un centro universitario

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes operados de hernias gigantes en el HCUCH, del año 2014 al 2019, realizando una encuesta telefónica estandarizada (durante 2021) de evaluación de satisfacción con la cirugía, recidiva, presencia de molestias y dolor. Se incluyeron hernias con anillo mayor a 10 cm o saco mayor a 15 cm. Se excluyeron pacientes con información insuficiente en ficha clínica. Se logra contactar a 31 de 63 pacientes, quienes responden la totalidad de la encuesta.

RESULTADO: La población del estudio fue de 63 pacientes, pudiendo contactar a 31 (49%). El 61% corresponden a mujeres y el 39% a hombres. El 90% (28 de 31) de los encuestados declararon conformidad con la cirugía, 10% no se mostraron conformes, solo uno señalando razón (recidiva). Un 13% de los pacientes declaran haber presentado infección post operatoria, ninguno evoluciona con supuración crónica. El 48% presenta alguna molestias en la actualidad en relación al sitio quirúrgico, entre los que destacan dolor, falta de sensibilidad, induración de cicatriz y sensación de cuerpo extraño, un 32% declarando que estas molestias son leves y el 16% restante moderadas. El 25% (8 de 32) de los pacientes señalan presentar en algún momento dolor en relación al sitio quirúrgico. De éstos el 16% con escala de dolor <5, un 3% de 5-7 y un 6% de 7-10. Asimismo, un 63% presenta en forma esporádica y el 37% restante en forma semanal.

CONCLUSIÓN: Los pacientes operados de hernias gigantes presentan un elevado grado de satisfacción con los resultados, de un 90%. A pesar de esto, una importante proporción presenta molestias en sitio operatorio, en su mayoría leves. El síntoma más prevalente es el dolor, la mayoría en forma esporádica y de intensidad leve. Es necesario relacionar en futuros trabajos la percepción de los pacientes de los resultados de la cirugía.

TÓRAX



HEMANGIOMAS PULMONARES MÚLTIPLES. REPORTE DE UN CASO

Francisco Jofre, Trinidad Gonzalez, Beattina Guijón, Raul Berrios, José Ortega y Reimundo Santolaya

Clínica Alemana de Santiago, Universidad del desarrollo

INTRODUCCIÓN: Hemangiomas pulmonares múltiples. Reporte de un caso

OBJETIVOS: El hemangioma pulmonar es una neoplasia pulmonar benigna poco frecuente, correspondiendo al 10 % de ellos.. En general, es de hallazgo incidental como un nódulo bien circunscrito único ya sea en radiografías de tórax solicitadas por otras causas, o en tomografía computada (TC) dado su mayor uso en la actualidad. El diagnóstico definitivo de estos nódulos se realiza con estudio anatomopatológico por lo que se requiere la biopsia de la lesión. Puede presentarse sintomático con tos, hemoptisis, dolor torácico y/o historia de neumonía previa. Suelen ser mayoritariamente únicos y unilaterales, siendo en el 4 - 5% múltiples bilaterales o múltiples unilaterales ; y presentan cierta predominancia a localizarse en el pulmón derecho y lóbulo inferior Para su diagnóstico es necesario un análisis anatomopatológico, por lo que es necesario una biopsia de la lesión, ya sea por resección quirúrgica o menos usado, mediante PAAF como una alternativa menos invasiva que la resección quirúrgica de la lesión, En cuanto a su pronóstico, tiene un comportamiento benigno en general manteniéndose estables por hasta 10 años sin recurrencias locales

MATERIAL Y MÉTODO: caso clínico

RESULTADO: Paciente de sexo masculino de 58 años, sin antecedentes médicos, no fumador. Consulta por hallazgo de múltiples nódulos pulmonares en radiografía de tórax solicitada por screening general laboral. No presentaba síntomas respiratorios, baja de peso, sudoración nocturna ni otros síntomas asociados. Se solicita TC de tórax para completar estudio que evidencia Numerosos nódulos pulmonares bilaterales redondos de distribución al azar, sugerentes de implantes secundarios. Ante sospecha de lesiones secundarias se realiza PET-CT. Se decide realizar una biopsia pulmonar mediante videotoracoscopia asistida evidenciándose múltiples nódulos violáceos en la superficie pulmonar, sin derrame, sin adherencias (IMAGEN 4). Se envían las muestras a anatomía patológica que informan finalmente nódulos en tejido pulmonar bien delimitados y constituidos por espacios ocupados por material hemático y paredes de tejido conectivo de grosor variable y revestidas por endotelio sin atipias ni mitosis y con disposición de tipo proliferación papilar endotelial, compatibles con hemangiomas/ hamartomas vasculares multifocales Posterior a la intervención quirúrgica paciente evoluciona favorablemente y asintomático

CONCLUSIÓN: Se presenta un caso clínico poco común con respecto a lo reportado en la literatura dado paciente de sexo masculino con hallazgo de múltiples hemangiomas bilaterales.

TRAUMATISMO TORÁCICO CON LESIÓN DE GRANDES VASOS DEL TÓRAX: CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTOS Y VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD

Roberto González L., Alejandra Riquelme U., Rodrigo Reyes M., Felipe Alarcón O., Aleck Stockins L., Enrique Seguel S., Sebastián Barra M., Diego Saldivia Z., Andrés Schaub C., Emilio Alarcón C.

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

INTRODUCCIÓN: Las lesiones de grandes vasos del tórax (LGV) son un grupo heterogéneo de lesiones que constituyen hasta un 4% de los hallazgos en el traumatismo torácico (TT) constituyendo un grupo con alta morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: Describir características, tratamientos y variables asociadas a mortalidad en pacientes hospitalizados con LGV.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional. Criterios de inclusión: pacientes hospitalizados con LGV extrapericárdicas entre enero-1981 y diciembre-2020. Revisión de protocolos de TT prospectivos y fichas clínicas previa aprobación por Comité Ético Científico. Se clasificaron las LGV según la clasificación del American Association for the Surgery of Trauma (AAST) y se calcularon los Índices de Gravedad del Traumatismo (IGT): Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score Triage (RTS-T) y Trauma Injury Severity Score (TRISS). Se realizó un análisis univariado y bivariado con cálculo de Odds Ratio (OR) para búsqueda de variables asociadas a mortalidad. El análisis se realizó en SPSS25?, se utilizó las pruebas U Mann Whitney, chi-cuadrado o exacta de Fisher según corresponda y considerando significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: En el período se hospitalizaron 4.577 TT, 97 (2,1%) con LGV. Edad promedio de $32,3 \pm 14,8$ años y fueron hombres 81 (91,8%) casos. Fue secundario a TT penetrante en 65 (67,0%) y contuso en 32 (33,0%) casos. Los vasos más frecuentemente lesionados fueron arterias axilosubclavias, en 39 (40,2%), aorta torácica 31 (32,0%) y venas axilosubclavias en 14 (14,3%) casos. Fueron clasificados como graves (grado AAST 5-6) 39 (40,2%) casos. El tratamiento fue invasivo en 87 (89,7%), de estos, en 20 (20,6%) se realizó reparación endovascular que constituyó una reparación endovascular torácica aórtica (TEVAR) en 14 (14,4% casos). En 67 (69,1%) se realizó cirugía torácica abierta con sutura, reparación y/o injerto. La mortalidad global fue de 13 (13,4%) casos y existió mortalidad en el 10,0%, 12,5% y 15,9% según grado AAST: 1-2, 3-4 y 5-6, respectivamente. Las variables independientemente asociadas a mortalidad fueron el shock al ingreso (OR 6,34; IC95% 1,6-26,0) e ISS > 25 (OR 6,0; IC95% 1,1-32,3).

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, las LGV fueron más frecuentemente lesiones de vasos axilosubclavios o de aorta torácica, secundarios a traumatismos penetrantes. El tratamiento fue invasivo, siendo la cirugía torácica abierta el tratamiento de elección. El grado de LGV según AAST se relacionó con la mortalidad observada y se identificaron variables asociadas a mortalidad.

CIRUGÍAS POR TRAUMATISMO TORÁCICO: CARACTERIZACIÓN, TEMPORALIDAD Y VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD

Roberto González L., Alejandra Riquelme U., Rodrigo Reyes M., Sebastián Barra M., Aleck Stockins L., Enrique Seguel S., Felipe Alarcón O., Andrés Schaub C., Diego Saldivia Z., Emilio Alarcón C.

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

INTRODUCCIÓN: El traumatismo torácico (TT) es la causa de aproximadamente un cuarto de las muertes por traumatismos. Los pacientes tratados con cirugía por traumatismo torácico (CTT) presentan un amplio espectro de características y pronósticos.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas, indicaciones, temporalidad, morbilidad, mortalidad y las variables asociadas a mortalidad en pacientes con CTT.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional. Criterios de inclusión: pacientes tratados con CTT entre el período enero 1981 a diciembre 2019. Se revisaron protocolos prospectivos de TT, base de datos y fichas clínicas previa aprobación por Comité Ético Científico. Se realizó un análisis univariado y bivariado con cálculo de Odds Ratio (OR) para búsqueda de variables asociadas a mortalidad. Para análisis estadístico se utilizó SPSS25® con prueba chi-cuadrado para comparar clasificación, tipo de TT y su distribución temporal, considerando significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Total 808 (18,2%) de 4.448 TT requirieron CTT. Fueron hombres 767 (94,9%) y la edad promedio fue $31,5 \pm 13,8$ años. El traumatismo fue penetrante y por arma blanca en la mayoría de los casos. Fueron politraumatizados 164 (20,3%). La cirugía fue urgente en 474 (58,7%), precoz en 41 (5,0%) y diferida en 293 (36,3%) casos. La mortalidad global fue de 6,7% y fue significativamente mayor en TT contusos, politraumatizados y en cirugía urgente. La mortalidad fue 9,7% en CTT urgente, 4,9% en precoz y 2,0% en diferida ($p < 0,001$). Las principales variables independientes asociadas a mortalidad en CTT fueron el TT contuso (OR 7,58; IC95% 2,6-22,0) y el neumotórax hipertensivo (OR 7,53; IC95% 1,3-43,9).

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, las CTT se realizaron principalmente en hombres jóvenes con TT penetrantes. Correspondieron a un grupo heterogéneo en cuanto a las indicaciones, hallazgos y lesiones intratorácicas y/o asociadas. Múltiples variables demostraron influir significativamente en la mortalidad de los pacientes tratados con CTT.

HIDATIDOSIS PULMONAR: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CON Y SIN CAPITONAJE MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING

Roberto González L., Alejandra Riquelme U., Rodrigo Reyes M., Diego Saldivia Z., Enrique Seguel S., Aleck Stockins L., Andrés Schaub C., Felipe Alarcón O., Sebastián Barra M., Emilio Alarcón C.

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

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis o echinococcosis quística es una zoonosis parasitaria de amplia distribución mundial y endémica en Sudamérica. El tratamiento de elección del Quiste Hidatídico Pulmonar (QHP) es la resección quirúrgica. Actualmente existe controversia sobre la superioridad de la cirugía con capitonaje (CC) versus la cirugía sin capitonaje (SC).

OBJETIVOS: Comparar los resultados de la cirugía conservadora CC y SC mediante Propensity Score Matching (PSM).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con QHP tratados quirúrgicamente en el Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile, entre enero de 1995 y diciembre de 2018. El estudio fue probado por Comité Ético Científico. Los pacientes tratados CC y SC fueron emparejados según los puntajes de propensión utilizando una relación de 1:1 y el algoritmo Nearest-Neighbour, con un calibrador de 0,2. Posterior al PSM se balancearon las características basales y el análisis se realizó en SPSS25?, utilizando las pruebas U Mann Whitney, chi-cuadrado o exacta de Fisher según corresponda, considerando significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Total 205 episodios de QHP en el período. Se realizó cirugía conservadora en 165 casos, 101 CC y 64 SC. Posterior al emparejamiento se obtuvieron 53 pacientes operados CC y 53 SC. No se observaron diferencias significativas en la presencia de fuga aérea persistente (CC = 9,4%; SC = 11,3%, $p = 0,75$), empiema (CC = 3,8%; SC = 0%, $p = 0,49$), días con pleurotomía (CC = $9,1 \pm 8,9$; SC $10,1 \pm 10,7$, $p = 0,39$, mediana 6 versus 6 días, respectivamente), ni días de estadía postoperatoria (CC = $10,4 \pm 9,0$; SC = $11,7 \pm 11,9$, $p = 0,22$, mediana 7 versus 7 días, respectivamente).

CONCLUSIÓN: La cirugía de QHP CC o SC no demostró diferencias significativas en cuanto a complicaciones post quirúrgicas, días de pleurotomía o estadía hospitalaria, resultando ser técnicas comparables en cuanto a sus resultados inmediatos.

LINGUECTOMÍA ANATÓMICA POR VATS GUIADA POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA

Diego Vergara Inostroza, José Barrientos Verdugo, Cesar Duran Faúndez, Franco Velásquez López, Javiera Salinas Pizarro, Tomás Barraza Gómez, Gonzalo Contreras Hasbún.

Hospital Dr. César Garavagno Burotto

INTRODUCCIÓN: En cáncer de pulmón, la segmentectomía pulmonar es mejor que la resección en cuña para asegurar un margen quirúrgico suficiente. Sin embargo, la segmentectomía anatómica, debido a la necesidad de identificar variaciones en los vasos pulmonares y la línea intersegmentaria durante la planificación de la segmentectomía, es un procedimiento quirúrgico técnicamente más complicado que la lobectomía estándar. Los métodos de formación de imágenes ópticas basados en fluorescencia desarrollados recientemente se están utilizando para la navegación en varios campos de la cirugía. Las imágenes ópticas basadas en verde de indocianina (ICG) pueden proporcionar imágenes mínimamente invasivas de vasos y conductos linfáticos en el interior de los órganos, e imágenes en tiempo real durante la cirugía. Las imágenes basadas en ICG se han utilizado recientemente en el campo de la cirugía torácica para la segmentectomía pulmonar. En nuestro medio esta tecnología aún no se ha masificado, probablemente será parte del arsenal habitual del cirujano en un futuro cercano.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico y video de una linguectomía por VATS guiado por fluorescencia con verde de indocianina en Hospital Regional de Talca.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 51 años en contexto de evaluación preocupacional se estudia con radiografía de tórax que muestra foco parenquimatoso en campo pulmonar izquierdo asociado a tos con secreción mucosa por lo que recibe tratamiento para neumonitis sin respuesta favorable. TAC de tórax: Lesión de consolidación espiculada en Lóbulo superior izquierdo de 4x3.5x2.5 cm bien definido con broncograma aéreo. Componente atelectásico con retracción de la cisura mayor con bandas finas pleuroparenquimatosas. PET CT: En segmento lingular de pulmón izquierdo con condensación hipermetabólica, broncograma aérea 42x31 mm. SUV max 5. DLCO 59%. Evaluada con resultados de estudio por cirugía de tórax HRT, se decide resolución quirúrgica, ingresando de forma electiva a segmentectomía debido a función pulmonar límite y no disponibilidad de biopsia rápida certera. Abordaje mediante VATS por 3 puertos. Disección de vena pulmonar para la llingula, de arteria lingular en la cisura y bronquio para la llingula. Se seccionan estas estructuras con cargas vasculares. Se evidencia tumor en llingula de aspecto neoplásico, no adherido a LII ni a la cisura, adenopatías hiliares grandes y pequeñas en ligamento pulmonar y ventana mediastínica que se resecan. Prueba de insuflación correcta. Se realiza instilación de verde de indocianina y se marca bajo visión límites de la llingula. Resección de llingula con límites en zona marcada con stapler. Linfadenectomía de G5-6-7-9-10 + Intersegmentarios. Instalación de pleurostomía

SEMINOMA CLÁSICO PRIMARIO DE MEDIASTINO MANIFESTADO COMO SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: REPORTE DE CASO.

Franco Velásquez López, Javiera Salinas Pizarro, Gonzalo Contreras Hasbun, Tomás Barraza Gómez, Diego Vergara Inostroza, José Barrientos Verdugo, Francisco Villagra Casanova Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células germinales ocurren sólo en un 5-7% de forma extragonadal y solo el 1-4% se encuentran primariamente en mediastino, de esta forma la presentación de seminomas primarios en mediastino posee baja frecuencia. El síndrome de vena cava superior (SVCS) es una entidad poco frecuente caracterizada por edema en esclavina y eritema debido a la obstrucción parcial o total de la vena cava superior.

OBJETIVOS: Presentar etiología infrecuente del SVCS y su forma de diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico por atención directa, laboratorio, imágenes e histología en Hospital Regional de Talca.

RESULTADO: Paciente masculino de 43 años, con antecedente de trombosis venosa profunda poplítea y gemelar de reciente diagnóstico sin tratamiento, consulta por aumento de volumen facial, disnea leve, sensación febril y baja de peso de 17 kilogramos. Se realiza ecografía cervical que informa trombosis venosa yugular interna derecha y subclavia izquierda, adenopatías cervicales anteriores de etiología indeterminada grupos 2- 3-4 bilaterales. Se descarta tromboembolismo pulmonar mediante AngioTC de tórax, pero se evidencia extensa masa en mediastino anterior de 14x10cm de aparente origen neoplásico. Marcadores tumorales LDH: 704U/L, Beta-HCG cuantitativa: 39.30mUI/mL, antígeno carcinoembrionario y alfafetoproteína en rangos normales. Biopsia percutánea de lesión mediastínica compatible con tumor de células germinales tipo seminoma clásico. Ecografía-Doppler testicular sin hallazgos patológicos. Hematología realiza biopsia de médula ósea. Biopsia rápida informa Tumor germinal maligno- seminoma asociado a células gigantes tipo sinciciotrofoblastos Beta-HCG+. Con diagnóstico etiológico se deriva a equipo de hematología-oncología. Actualmente esperando tratamiento.

CONCLUSIÓN: El SVCS es una entidad poco frecuente que tiene como principales causas las malignas, destacando el cáncer pulmonar (75-80%), linfoma (12%), metástasis (9%) y carcinoma de células germinales (3%). Realizar el diagnóstico diferencial es importante para el pronóstico. El rol de la cirugía en seminomas mediastínicos se limita al diagnóstico y tratamiento en casos de enfermedad residual, porque el tratamiento de primera línea es la quimioterapia. Se debe realizar adecuada anamnesis y examen físico, complementando con estudios de laboratorio e imagen. La ubicación de la masa ayuda a reducir las posibilidades diagnósticas y los marcadores tumorales ayudan a respaldar un diagnóstico específico. Si bien, en ciertas ocasiones, con estos estudios es suficiente para determinar una conducta, en otros casos se requiere estudio histológico para confirmar sospecha y establecer un tratamiento.

REPARACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA DE PECTUS EXCAVATUM CON TÉCNICA DE PARK

José Miguel Clavero, Eduardo Rivera, Juan Carlos Molina, Daniel Gonzaga, Gonzalo Fernández, Gonzalo Cardemil
Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El pectus excavatum es la malformación de la pared torácica más frecuente (1 en 1000), donde la cirugía ha demostrado buenos resultados en cuanto a funcionalidad y calidad de vida para los pacientes. Si bien la técnica de Nuss ha sido el estándar para su reparación, la técnica de Park ha demostrado tener menores complicaciones, principalmente por desplazamiento (3% vs 0,5%), principalmente porque se basa en una técnica a la medida específica de cada paciente

OBJETIVOS: Mostrar técnica quirúrgica y resultados en paciente masculino de 18 años con pectus excavatum tipo 2A1, según clasificación de Park

CONTENIDO DE VIDEO: Técnica de reparación mínimamente invasiva de pectus excavatum con técnica de Park, la cual se compone de modelamiento de barra según ubicación de deformidad, elevación del tórax con técnica de grúa, instalación de barras compuestas cruzadas y fijación de barras en multipuntos.

RESULTADOS INICIALES DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL INCLUYENDO CIRUGÍA AGRESIVA PARA MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO.

Gino Bizjak, Huascar Rodriguez, Rodrigo Cáceres, Valentina Valenzuela, Maria Paz Silva, Gonzalo Fernandez, Patrio Rodriguez

Instituto nacional del tórax

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma pleural (MP) es una neoplasia maligna infrecuente de la pleura. La cirugía es importante en el diagnóstico y etapificación, siendo controversial su rol en el tratamiento del MP. El tratamiento multimodal (Cx + QT + RT) incluyendo cirugía agresiva (citorreducción), podría aumentar la sobrevida en pacientes seleccionados. En Chile, no hay publicaciones que aborden el manejo quirúrgico agresivo

OBJETIVOS: Reportar los resultados quirúrgicos y sobrevida inicial de 6 casos consecutivos de MP manejados de manera multimodal incluyendo cirugía agresiva

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo observacional de 6 pacientes operados de MP entre los años 2018 y 2021 en el Instituto Nacional del Tórax. Criterios inclusión: Pacientes operados en las fechas designadas y que se plantee la intención de manejo multimodal incluyendo cirugía agresiva. Criterios exclusión: Pacientes no operados con intención de citorreducción

RESULTADO: Se reportaron 6 pacientes con tratamiento multimodal con edades entre 49 y 63 años. Todos fueron etapificados con tomografía de tórax y PET CT. Además, se realizó etapificación invasiva con mediastinoscopia, laparoscopia o videotoracoscopia contralateral. La confirmación histológica se realizó mediante biopsia por VTC y correspondió a mesotelioma epitelioide. La cirugía realizada en todos los casos fue neumonectomía extrapleural con resección de diafragma y pericardio (4 izquierdas y 2 derechas). El diafragma se reemplazó con malla de gorotex al igual que el pericardio (en este último caso sólo en 4 casos). El estudio linfonodal mediastínico fue en promedio es de 13 ganglios (6-20). El tiempo operatorio promedio fue de 251min(195-385min), 4hrs . 2 pacientes fueron reoperados: Hemotórax loculado y herniación de contenido abdominal por dehiscencia de sutura de malla. Los pacientes fueron dados de alta a los 8 días promedio (6-17). El esquema planteado fue radioterapia + quimioterapia secuencial, que se completó en 4 pacientes. De la serie han fallecido 2 pacientes, a los 27m y 5m, con progresión de la enfermedad a los 20 y 3 meses respectivamente. 4 pacientes permanecen vivos sin recidivas, cumpliendo 36-28-11 y 2 meses.

CONCLUSIÓN: La cirugía agresiva del MP es de alta complejidad y se realiza de manera excepcional (6 casos en 4 años en centro de referencia nacional). En la serie se encontraron 2 reoperaciones lo que reafirma lo anunciado. Se logró completar el esquema de tratamiento propuesto en la mayoría de los casos. La sobrevida de esta serie es difícil de interpretar. Sin embargo, pareciera encontrarse una sobrevida mayor al tratamiento paliativo habitual y similar a lo publicado en series internacionales con tratamiento multimodal agresivo

TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA. ESTUDIO DE 64 CASOS CASOS.

Huascar Rodriguez, Gino Bizjak, Rodrigo Caceres, Ana Valentina Valenzuela, Rafael Prats, Raimundo Santolaya, Patricio Rodriguez

Instituto Nacional del Tórax

INTRODUCCIÓN: Los tumores fibrosos solitarios de la pleura (TFSP) representan un grupo heterogéneo de neoplasias pleurales primarias con baja incidencia, tienen un comportamiento benigno, aunque existen características que los clasifican como malignos. La resección quirúrgica es el tratamiento estándar, pero no existen pautas basadas en la evidencia con respecto al manejo de estos tumores.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y resultados quirúrgicos de los pacientes con diagnóstico de TFSP resecados quirúrgicamente en el Instituto Nacional del Tórax.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, de corte transversal donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de TFSP que fueron sometidos a intervención quirúrgica en el periodo de Abril 2004 a Septiembre de 2020 en el Instituto Nacional del Tórax. Se excluyeron para el estudio, a los pacientes sin diagnóstico histológico de TFSP y los que por contraindicaciones quirúrgicas no se sometieron a resección. Se realizó una revisión fichas clínicas, protocolos operatorios y biopsias quirúrgica de cada paciente con lo que se confeccionó una base datos que incluye variables demográficas, características clínicas e histopatológicas, mortalidad postoperatoria.

RESULTADO: En el presente análisis se incluyeron 64 pacientes intervenidos quirúrgicamente, dos pacientes se excluyeron por considerarse irresecables. De total de pacientes estudiados, 45 fueron mujeres y 19 hombres, la mediana de edad fue de 61 años, con una edad mínima de 23 años y máxima de 80 años. El síntoma predominante de diagnóstico fue la disnea 29 (43,9%). La lateralidad derecha se presentó en un 56% y dos pacientes se diagnosticaron como tumores de mediastino. Se biopsiaron en el preoperatorio 23 pacientes obteniendo diagnóstico de TFSP en el 73,9% de estas. La resección quirúrgica se realizó por toracotomía en 51 pacientes, del resto de los pacientes, 6 fueron resecaron a través de Clamshell, otros 6 por videotoracoscopia y un pacientes por estereotomía. La media de estadía hospitalaria fue de 9 días y contamos con 2 pacientes fallecidos en el postoperatorio mediato. A pesar de contar con un 98,5% de resección completa, siete paciente presentaron recurrencias. Al analizar las características histopatológicas de las piezas quirúrgicas, los promedios para el tamaño y peso fueron 10,8 cm y 960 gr respectivamente. Se completaron retrospectivamente el estudio de las inclusiones histológicas de pacientes que no contaban con estudio inmunohistoquímico, logrando completar este en 36 pacientes, con un porcentaje de positividad al STAT6, BCL2 y CD34 de 75%, 36,1% y 52,7 respectivamente.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de elección en el TFSP es la resección quirúrgica; a pesar de el gran tamaño que pueden alcanzar estos tumores, la resección completa se logra en un alto porcentaje de pacientes, con bajos índices morbilidad y mortalidad. Existe un grupo de tumores que cumplen con criterios de malignidad que pueden recurrir en un tiempo variable, donde las conductas de tratamiento pueden ser heterogéneas.

REPARACIÓN TRANSTRAQUEAL ASISTIDO POR BRONCOSCOPÍA DE LESIÓN IATROGÉNICA DE TRÁQUEA

Juan Carlos Molina, Ricardo Gallardo, Eduardo Rivera, José Miguel Clavero, Gonzalo Fernández, Gonzalo Cardemil
Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Las laceraciones traqueales por intubación orotraqueal (IOT) son poco frecuente y de elevada mortalidad. Requieren un alto índice de sospecha, sobre todo ante la presencia de enfisema subcutáneo, neumomediastino o distrés respiratorio. Tradicionalmente el manejo inicial ha sido quirúrgico, especialmente cuando las lesiones comprometen el espesor completo de la tráquea, hay presencia de mediastinitis o es imposible ventilar al paciente

OBJETIVOS: Presentar la técnica y resultado de un paciente con lesión traqueal por IOT que fue manejado a través de una reparación transtraqueal asistido por broncoscopía

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica de paciente con diagnóstico de laceración traqueal por intubación

RESULTADO: Mujer de 75 años, con antecedentes de trastorno bipolar e hipotiroidismo, ingresada por insuficiencia respiratoria por rinovirus, con necesidad de ventilación mecánica invasiva al ingreso. Evoluciona precozmente con dificultad para ser ventilada debido a fuga aérea, manejada con insuflación del cuff del tubo orotraqueal (TOT) con presiones sobre 60 mmHg. Tomografía computada de cuello muestra dilatación traqueal en zona de cuff de 40x33 mms. En videobroncoscopía se observa laceración longitudinal de 6 cms en porción membranosa de tráquea, a 4 cms de cuerdas vocales. Debido a disfunción respiratoria y hemodinámica, se difiere reparación hasta estabilidad de la paciente, posicionando el cuff de TOT a nivel de la lesión, permitiendo mantener VMI a través de TQT. Se opera 16 días desde diagnóstico, realizando un abordaje a través de un cervicotomía transversa y traqueotomía en U invertida. Se realizó reparación primaria del defecto con puntos interrumpidos de material absorbible asistido por broncoscopía, dejando traqueostomía de protección para facilitar el destete. Evoluciona sin conflictos ventilatorios, sin fuga aérea, con presiones de cuff normales. Se decanula exitosamente 22 días después de la cirugía

CONCLUSIÓN: Los principales factores de riesgo de lesión traqueal demostrados en series retrospectivas son el sexo femenino, edad > 65 años e intubación de emergencia. La mortalidad es alta (22%), la cual está determinada por presencia de insuficiencia respiratoria, mediastinitis y diagnóstico tardío. Tradicionalmente situaciones clínicas como la planteada en este caso han sido manejadas quirúrgicamente, sin embargo, el desarrollo de técnicas menos invasivas ha permitido realizar reparaciones con métodos más seguros para el paciente. En este caso, un defecto complejo de reparar por su ubicación y extensión fue manejado exitosamente a través de una reparación transtraqueal asistida por broncoscopía, permitiendo realizar el proceso de destete de VMI y posterior decanulación de manera segura

SOBREVIDA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON CÁNCER PULMONAR ETAPA 0 Y IA

Raúl Berríos, Eduardo Rivera, Galo Cárdenas, Ítalo Tapia, Pablo Pérez, Francisco Jofré, José Ortega, Manfred Zink, Raimundo Santolaya

Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: En Chile, desde el 2020, el cáncer pulmonar se ha consolidado como la primera causa de muerte por cáncer. Estudios poblacionales han demostrado que la sobrevida a 5 años para pacientes en etapa I es sobre el 86% y para aquel sub-grupo de pacientes con lesiones mínimamente invasivas o in situ sobre el 95%.

OBJETIVOS: Describir los resultados a largo plazo de pacientes con cáncer pulmonar etapa 0 y IA en una institución

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectiva. Se revisan registros de pacientes con diagnóstico patológico de cáncer pulmonar, etapas 0 y I según 8° edición TNM que fueron operados entre los años 2010 al 2017. Se utilizan curvas Kaplan-Meier (KM) para determinar sobrevida global (SG) y sobrevida libre de enfermedad (SLE). Se realiza una comparación entre etapas 0, IA1, IA2y IA3 y según grado de invasión (mínimamente invasor o invasor). Se realiza análisis multivariado usando modelo proporcional de Cox para identificar factores pronósticos de sobrevida. Se describen además complicaciones, y mortalidad a 30 y 90 días en la cohorte

RESULTADO: En 127 pacientes, la SG y SLE a 5 años fueron de 89,8% y 88,4% incluyendo estadios 0 y I. La sobrevida SG varía ampliamente dependiendo de la etapa, entre 100% para etapa 0 hasta 47% en etapa IA3 (log rank=0,002). Lo mismo se aprecia en cuanto a SLE, con una tasa de recurrencia de 97,4% en etapa 0 vs 57,1% en etapa IA3 (log-rank=0,00004). En análisis univariado no hay diferencia de riesgo entre lobectomía vs resección sublobar (HR 1,2 IC 95% 0,3-4,4) y en análisis multivariado se identifican en como factores de riesgo adversos la edad (HR 1,2 IC 95% 1-1,2) y estadio IA3 (HR 63 IC 95%1 1,8-218). Las complicaciones según Clavien-Dindo ≥ 3 fueron de 2 (1,6%) y la mortalidad operatoria a 30 y 90 días fueron de 0 y 1 (1,3%), respectivamente

CONCLUSIÓN: Los resultados a largo plazo en cáncer pulmonar local son comparables a series internacionales, siendo particularmente importantes para el pronóstico la edad y el tamaño ≥ 2 cm. Se requieren mas estudios para determinar si lesiones ≤ 2 cm pueden ser manejadas con resecciones sublobares.

LESIÓN TRAQUEOESOFÁGICA SECUNDARIA A HERIDA DE BALA

Jose Miguel Campero, Francisco Jofre, marcelo Parra, Jose Ortega

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: Las lesiones cervicales penetrantes representan el 5-10% de todos los traumatismos en una unidad de urgencias

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente

MATERIAL Y MÉTODO: Un paciente de 22 años es llevado a urgencias del Hospital Padre Hurtado debido a una herida penetrante en el cuello por un disparo. Ingres a reanimador, consciente, taquicárdico, eupneico, afebril, en el examen físico una herida de bala de entrada es evidente en la parte posterior del cuello, sin una salida de bala clara, soplos pulmonares disminuidos bilateralmente y enfisema subcutáneo que parece expandirse en la región anterior del cuello. Debido a que se sospechó una lesión de la vía aérea, se toma la decisión de proteger la vía aérea y el paciente es intubado y reanimado con volumen. Se realiza una tomografía computarizada. Se analiza en conjunto con el servicio de imagenología y evidencia una lesión traqueoesofágica, con abundante enfisema circundante y neumotórax bilateral. Durante el montaje del quirófano se instalo una pleurostomía en cada hemitorax. Un Se realizó una fibrobroncoscopia inicial que mostró la lesión traqueal a 5 cm de la carina en su pared posterior. Se realiza toracotomía posterolateral derecha y se encuentra un lesión traqueoesofágica que compromete 2 anillos traqueales posterolateralmente a 5 cms de la carina y una lesión esofágica traspasante.

RESULTADO: La resección de los anillos comprometidos fue realizado con anastomosis primaria se realiza con una sutura continua reabsorbible. Primario La reparación de las lesiones esofágicas se realizó con una sutura continua reabsorbible y un se insertó una sonda nasogástrica bajo visión directa. Un colgajo de músculo esternocleidomastoideo es interpuesto entre la tráquea y el esófago. Se muestra la revisión final con fibrobroncoscopia Se realiza una anastomosis hermética y una prueba neumática que resulta negativa para el aire. filtración. Se inserta un tubo endotraqueal bajo visión fibrobroncoscópica y se coloca distal a la anastomosis. Paciente es manejado en UCI con una evolución favorable

CONCLUSIÓN: Las lesiones traqueoesofágicas secundarias a estas son una ocurrencia infrecuente, pero deben siempre será descartado cuando se presente con este tipo de trauma debido a su necesidad de protección inmediata de la vía aérea

DERRAME PERICÁRDICO COMO PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD EN CÁNCER GÁSTRICO, UN RARO SITIO DE LOCALIZACIÓN SECUNDARIA.

Alfonso Oropesa, Carlos Figueroa, Marliz Buck, Allan Vera, Lucía Currín.

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.

INTRODUCCIÓN: El derrame pericárdico de origen maligno es una complicación grave e infrecuente. Los orígenes más frecuentes son el pulmón y la mama. Raramente, se reporta la relación con un primario gástrico pudiendo ocurrir como primera manifestación de la enfermedad o durante el curso de la misma.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico infrecuente y revisión de la bibliografía al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico, previa revisión de ficha clínica y documentos digitales disponibles. Revisión de literatura en base de datos como Pubmed, Scielo, Elsevier.

RESULTADO: Paciente sexo masculino, 61 años. Sin antecedentes. Historia 4 meses de evolución de epigastralgia asociado a baja de peso. Endoscopia: Extensa neoplasia corporo-antral. Biopsia, adenocarcinoma, mal diferenciado, con células de anillo de sello. Tomografía tórax, abdomen y pelvis: Engrosamiento parietal del fundus gástrico, compromiso periaórtico y tronco celíaco. No se reconocen adenopatías. Sin signos de diseminación. Presentado en comité oncológico, se decide quimioterapia de conversión, eventual gastrectomía paliativa, según respuesta. 5 ciclos FLOT, tomografía control: Estabilidad de enfermedad. Adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Sin diseminación. Ingreso a Cuidados Paliativos y evaluación por Oncología para quimioterapia paliativa. 4 ciclos FOLFOX paliativo. Control oncología, refiere disnea de esfuerzo. Tomografía control: Cáncer gástrico localmente avanzado, infiltración circunferencial del tronco celíaco y arteria mesentérica superior. Acentuado derrame pericárdico nuevo y pleural bilateral. Pequeños nódulos pulmonares bilaterales, aspecto secundario. Evaluado por cirugía de tórax, se programa para resolución quirúrgica. Ventana pericárdica con pleurodesis por videotoracoscopia. Biopsia pericardio y pleura, hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos, favorecen infiltración pericárdica y pleural por adenocarcinoma tubular, moderadamente diferenciado origen gástrico. Paciente dado de alta en buenas condiciones al 3er día postoperatorio. Se mantiene en seguimiento por unidad cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN: La infiltración neoplásica del pericardio por un adenocarcinoma gástrico es extremadamente infrecuente. Según la presentación clínica, las alternativas de resolución son la pericardiocentesis o bien, ventana pericárdica, idealmente por una vía mínimamente invasiva como es la VATS.

MARCACIÓN INTRAOPERATORIA DE NÓDULOS PULMONARES NO PALPABLES MEDIANTE CONE BEAM CT

Patricio Salas, Francisco Vergara, María Solovera, Felipe Bannura

P. Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La identificación de nódulos pulmonares no palpables en el intraoperatorio representa un desafío para el cirujano torácico. Cada vez se diagnostican lesiones sólidas más pequeñas o con densidad en vidrio esmerilado que deben ser resecadas y son difíciles de localizar

OBJETIVOS: Describir la técnica y resultados de la resección de nódulos pulmonares no palpables o de difícil ubicación mediante la marcación intraoperatoria con Cone Beam CT.

MATERIAL Y MÉTODO: Trabajo prospectivo de pacientes operados a contar de julio de 2021 en el Hospital Clínico de la P. Universidad Católica de Chile. Se registraron datos demográficos y características del nódulo pulmonar a resecar.

RESULTADO: Entre julio y agosto de 2021 se operaron 4 pacientes. La edad promedio es 58,7 años. La técnica consiste en anestesia general y en posición de toracotomía se realiza marcación percutánea del nódulo bajo Cone Beam CT. Se usó lipiodol ultrafluido mezclado con azul patente. Esto permite la localización inicial por toracoscopía y certificación de la ubicación por fluoroscopia. El tamaño promedio de los nódulos es 5,1 mm (rango 4 a 8 mm) y la profundidad promedio desde la pleura es 8,5 mm (4 a 15 mm). Eran 5 nódulos sólidos y 1 sub-sólido y la histología mostró 5 metástasis y 1 cáncer pulmonar. El tiempo operatorio fue 120 minutos. La estadía hospitalaria fue 2 días sin morbilidad.

CONCLUSIÓN: Presentamos el primer reporte en Chile de serie de casos sobre marcación intra operatoria bajo Cone Beam Ct. En estos casos iniciales mostramos resultados similares a literatura mundial sobre alta efectividad para detectar nódulos pulmonares pequeños permitiendo una resección dirigida y segura.

“RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SOBREVIDA DE PACIENTES OPERADOS POR CARCINOMA PULMONAR ETAPA I EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX”

Rodrigo Caceres, Valentina Valenzuela, Gino Bizjak, Huascar Rodriguez, Virginia Linacre, Patricio Rodriguez
Instituto Nacional del Tórax

INTRODUCCIÓN: Introducción: El carcinoma pulmonar es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo, y el segundo en prevalencia. Su pronóstico es pobre en etapas avanzadas, con una sobrevida global (SVG) a 5 años cercana al 15 %. Sin embargo, mejora considerablemente si es diagnosticado en estadios más tempranos, siendo su SVG aproximadamente del 80 % en etapa I. En Chile no existen datos objetivos acerca de su prevalencia, sobrevida y mortalidad.

OBJETIVOS: Objetivos: Evaluar los resultados quirúrgicos y sobrevida a 3 años de pacientes diagnosticados de carcinoma pulmonar no células pequeñas (CPNCP) en etapa I en el Instituto Nacional del Tórax.

MATERIAL Y MÉTODO: Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de CPNCP en etapa I en el Instituto Nacional del Tórax entre diciembre de 2017 y diciembre de 2020. Se incluyeron todos los pacientes en quienes se realizó tratamiento quirúrgico con intención curativa y que fueron discutidos en el comité oncológico ejecutivo de la institución y se excluyeron los pacientes etapa I que no fueron sometidos a cirugía con intención curativa. Se registraron las variables edad, género, co-morbididades, diagnóstico histopatológico, tipo de cirugía, abordaje, linfadenectomía, complicaciones y sobrevida hasta 3 años. Los datos obtenidos fueron analizados con programa STATA 14.

RESULTADO: Resultados Se intervinieron 67 pacientes entre diciembre de 2017 y diciembre de 2020. La edad promedio fue de 68 años, siendo predominante el sexo femenino (65%). La etapificación IA se presentó en el 58% de los pacientes y el diagnóstico histopatológico más frecuente fue el adenocarcinoma. Se realizó lobectomía superior derecha en el 33% de los casos. La vía de abordaje fue la VATS en un 58%, con un tiempo operatorio promedio de 176 minutos, registrándose una tasa de conversión del 17%. Debieron ser re-operados 4 pacientes durante el periodo por complicaciones tempranas. 34 pacientes completaron un seguimiento de 36 meses, registrándose 5 fallecimientos en ese periodo y 5 pacientes presentaron recidiva tumoral. La sobrevida a 36 meses es de 85,2%.

CONCLUSIÓN: Conclusiones: El carcinoma pulmonar puede tener una sobrevida aceptable si es diagnosticado y tratado en estadios tempranos. Los resultados quirúrgicos presentados en nuestra revisión son similares a los publicados en otras series.

SÍNDROME DE ENDOMETRIOSIS TORÁCICA: SERIE DE CASOS Y MANEJO DESDE LA PERSPECTIVA QUIRÚRGICA

G.Echeverría, V.Abiuso, D.Herrera, R.Berrios, R.Santolaya, J.Ortega, C. Sandoval

Clínica Alemana Santiago

INTRODUCCIÓN: La endometriosis se define por el crecimiento de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Su localización intratorácica constituye un síndrome de endometriosis torácica (TES) que incluye un amplio espectro de manifestaciones clínicas según la afectación pleural, pulmonar, diafragmática o de vía aérea.

OBJETIVOS: Describir casos de 4 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de endometriosis intratorácica y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de 3 casos de endometriosis intratorácica tratada quirúrgicamente y 1 caso tratado medicamente de entre 26 y 40 años de edad en nuestra institución. El objetivo es presentar nuestra serie de casos así como una breve descripción de la literatura sobre manifestaciones clínicas, estudio diagnóstico y manejo de este grupo de pacientes.

RESULTADO: Se incluyeron un total de 4 pacientes con una edad media de 30 años (rango 26-40). Dentro de los síntomas al momento de consultar se encuentran hemoptisis en 1 caso, dismenorrea severa (2 pacientes), omalgia, dolor torácico y lesión esternal palpable. Todas las pacientes fueron estudiadas con estudio ginecológico completo que incluyó TAC TAP y RNM TAP. Se pesquisaron nódulos de foco endometriósico ectópico como nódulo pulmonar en LSD, Nódulos en cara torácica de hemi diafragma derecho (2) y Nódulo en cuerpo esternal. El manejo de las pacientes incluyó en el 100% manejo con Anticonceptivos orales con buena respuesta clínica en 1 caso por lo cual se difiere cirugía. En el resto de los casos (3) no hubo mejoría en síntomas por lo cual se decide resección quirúrgica. En un caso existió recidiva a los 8 meses en cicatriz esternal por lo cual se decide reintervenir quirúrgicamente.

CONCLUSIÓN: I TES puede ser subdiagnosticado en una gran proporción de pacientes. Su sospecha y diagnóstico son esenciales para un tratamiento adecuado. Manejo en conjunto con ginecología y adición de terapia médica podrían mejorar los resultados en estas pacientes.

ROTURA BRONQUIAL EN TRAUMA TORÁCICO CONTUSO: REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

B.Ortiz 1, D. Gutiérrez 1, P. Olivares 1, M. Parra 1

11.Servicio de Cirugía, Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: La rotura bronquial posterior a un trauma torácico contuso es infrecuente (1-3%) pero es potencialmente letal y está asociada a elevada mortalidad. Alrededor del 70-80% de los pacientes que presentan lesiones traqueobronquiales fallecen previo a su arribo al servicio de urgencia, sin embargo, la mayoría de los que son diagnosticados en el hospital son tratados con manejo conservador, este incluye medidas de soporte y pleurostomía, siendo un porcentaje muy bajo el que requiere toracotomía de urgencia.

OBJETIVOS: Presentar dos casos de rotura bronquial en contexto de trauma torácico contuso tratados en nuestra institución y realizar una revisión narrativa de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo en donde se exponen sus registros demográficos, presentación clínica, exámenes imagenológicos, hallazgos intraoperatorios y resultados clínicos. El manejo se ajustó a las características específicas del paciente y sus lesiones. Caso 1; masculino de 18 años, accidente de tránsito, hemotórax masivo izquierdo en recuperador, se realiza toracotomía y lobectomía inferior izquierda. Caso 2; femenino 20 años, accidente de tránsito, a su ingreso se realizó laparotomía exploradora por trauma hepático, evoluciona inestable en UCI, en tomografía computada de tórax se evidencia lesión de bronquio fuente derecho, se realiza toracotomía y reparación bronquial.

RESULTADO: La temporalidad y tipo de intervención quirúrgica varía según las condiciones del paciente y características de las lesiones, ambos casos evolucionaron satisfactoriamente durante su hospitalización y control post operatorio.

CONCLUSIÓN: La lesión bronquial es una patología infrecuente, pero puede tener una evolución letal, el cirujano de urgencia debe poseer alto índice de sospecha en traumatismos contusos de alta energía.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LOS TUMORES PRIMARIOS DE MEDIASTINO MANEJADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

V Valenzuela, H Rodríguez, R Cáceres, G Bizjak, B González, P Chamorro, T Correa, R Witto, V Burgess, R Mora, J Vega, P Rodríguez

Instituto Nacional del Tórax

INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios del mediastino corresponden a un grupo heterogéneo de entidades, que incluye neoplasias, condiciones inflamatorias y malformaciones congénitas. La mayoría requiere de un tratamiento quirúrgico y, a pesar de ser patologías prevalentes, no existen publicaciones nacionales recientes que describan sus características en nuestra población.

OBJETIVOS: El objetivo fue caracterizar los tumores primarios de mediastino y describir los resultados quirúrgicos en un centro de referencia nacional.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo. Se recolectaron desde los registros de pabellón los pacientes intervenidos por tumores de mediastino entre Abril/2018 y Marzo/2021. Se incluyeron los casos en que la cirugía tenía intención curativa y se excluyeron los casos con fines exclusivamente diagnósticos, además de los tumores de esófago y tráquea. Se consideraron las siguientes variables: características demográficas, ubicación, tamaño y extensión a estructuras vecinas de los tumores, histología, grado de resección, abordaje, complicaciones postoperatorias, mortalidad a 2 años y necesidad de adyuvancia. Los datos fueron tabulados y analizados en Excel.

RESULTADO: De un total de 156 pacientes intervenidos, 67 cumplían con los criterios de inclusión. Las edades fluctuaron entre 22 y 76 años (mediana de 56 años) y hubo predominio masculino (58%). Un 37% de los casos se presentaron de manera asintomática. Dentro de las manifestaciones más frecuentes se encontraron la miastenia gravis en 25% de los pacientes, el dolor y la disnea en 23% cada uno. La ubicación más prevalente fue mediastino anterior (77,6%). El tamaño varió entre 14 y 250 mm (promedio de 81.8 mm). Dentro de las etiologías, encontramos 49% de tumores tímicos, 18% neurogénicos, 11% de tiroides, 4.5% germinales y 15% misceláneos. La histología más frecuente fue el timoma (poner porcentaje) La intervención más frecuente fue la tumorectomía (56.7%), siendo necesario en un 17,9% de los casos ampliar la resección a estructuras vecinas. El abordaje más utilizado fue la esternotomía media (40%), seguido por la videotoracoscopia derecha (17.9%) y la toracotomía derecha (14.9%). Un 16.4% de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias (63% leves). La mediana de tiempo de hospitalización fue de 6 días, el nivel de resección fue R0 en 91% de los casos y 8.9% de los pacientes requirieron adyuvancia. A los 2 años de seguimiento un 4.4% ha fallecido.

CONCLUSIÓN: Los tumores más frecuentemente operados en nuestro centro fueron los tumores tímicos y la presentación clínica más frecuente el hallazgo imagenológico. Las técnicas quirúrgicas fueron variadas y con buenos resultados en términos de complicaciones y de resección completa. Estos hallazgos son comparables a lo reportado en series internacionales.

MANEJO DE NSCLC ETAPA III EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

V Valenzuela, R Cáceres, H Rodríguez, G Bizjak, B González, D Valenzuela, C Reyes, G Fernández, P Rodríguez
Instituto Nacional del Tórax

INTRODUCCIÓN: El NSCLC etapa III corresponde a un grupo heterogéneo de pacientes con mal pronóstico y que son manejados de maneras muy diversas de acuerdo a los recursos y la experiencia de los clínicos a cargo de ellos. No hay estudios de este tipo de pacientes en Chile que aborden la caracterización clínico-patológica, el manejo ni la sobrevida de ellos.

OBJETIVOS: El objetivo fue caracterizar una serie consecutiva de pacientes con cáncer pulmonar etapa III, describiendo sus características, tratamientos realizados y resultados de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo. Revisión de pacientes manejados en el INT durante 1 año (2018) evaluando características clínicas, patológicas, quirúrgicas y la sobrevida a 3 años. Se excluyeron los pacientes con tumores neuroendocrinos. A través de revisiones de registro clínico y comité oncológico se identificaron 35 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y se registraron características clínicas, patológicas, quirúrgicas, terapéuticas y sobrevida a corto plazo. Se analizaron los datos con Excel.

RESULTADO: Se identificaron 35 pacientes. Las edades fluctuaron entre 41 y 81 años, con una mediana de 68. Hubo predominio de sexo masculino con 62.8%. Sólo un paciente no tenía antecedente de tabaquismo y el IPA promedio correspondió a 35.8. Al momento del diagnóstico, 57% de los pacientes se encontraban en PS 0. Los síntomas más frecuentes fueron la tos, baja de peso y dolor torácico, presentes en 74.2%, 42.8% y 34.2% de los casos, respectivamente. En cuanto a histología, un 40% correspondió a escamoso y un 45% a adenocarcinoma. El tamaño varió entre 11 y 120 mm (mediana de 48 mm). La ubicación más frecuente fue el LSD (28.5%). Un 54% de los pacientes fueron catalogados etapa III por diseminación regional ($\geq N2$), 11% por características del tumor ($\geq T4$) y 31% por ambas (T + N). El mediastino se estudió clínicamente en 42.8% de los pacientes, con EBUS en 11.4% y quirúrgicamente (mediastinoscopia, VTC o TCT) en 37.1% de los pacientes. El número de pacientes operados con intención curativa fue de sólo 4 pacientes y en 25% de los casos no fue posible realizar tratamiento sistémico ni locoregional (por mal PS u otras circunstancias). A 3 años de seguimiento se encontró una mortalidad de 77.14%. De los 4 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, 3 sobreviven.

CONCLUSIÓN: En esta serie se encontró más de un 40% de pacientes que no tuvo estudio invasivo del mediastino. También destaca la escasa utilización de tratamiento quirúrgico y la práctica ausencia de estrategias con neoadyuvancia. Éstos y otros factores (como el mal performance status de los pacientes) podrían explicar la baja sobrevida a 3 años. Es necesario estudiar en mayor profundidad a los pacientes en este estadio para desarrollar estrategias de manejo que optimicen su sobrevida.

SEGMENTECTOMÍA S6 DERECHA POR VATS CON VERDE DE INDOCIANINA

Juan Carlos Molina, Eduardo Rivera, José Miguel Clavero, Gonzalo Fernández, Gonzalo Cardemil

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La segmentectomía para lesiones periféricas tipo GGO, metástasis y sólidas < 2 cms han demostrado ser seguras e incluso tener mejores resultados oncológicos a largo plazo, en comparación a la lobectomía y resección en cuña. Sin embargo, suelen ser más difíciles debido a la necesidad de identificar el plano intersegmentario. El uso de verde de indocianina con visión por toracoscopia infrarrojo permite visualizar de mejor manera de dicho plano

OBJETIVOS: Mostrar la técnica quirúrgica de segmentectomía S6 derecha con el uso de verde de indocianina con visión de toracoscopia infrarroja.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de sexo femenino, de 71 años de edad, con nódulo sólido de 10 mms en S6 derecho, con crecimiento seriado. Se realiza VATS triportal. Posterior a la disección de los elementos vasculares y bronquial del S6, se administra vía EV verde de indocianina, logrando visualizar el plano intersegmentario para su sección.



LESIÓN TRAQUEAL IATROGÉNICA EN PACIENTE CON COVID-19: REPORTE DE CASOS

Deycies Gaete, Gonzalo Fernandez, José Miguel Clavero, Juan Carlos Molina, Gonzalo Cardemil.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La función respiratoria de los pacientes con infección viral por SARS-COV-2, puede empeorar repentinamente alrededor del día 9 tras el inicio de los síntomas, lo que lleva al ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y a Intubación Orotraqueal (IOT) y Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) de urgencia. Las lesiones de tráquea son una complicación rara de la IOT, siendo potenciales causas la presión excesiva del cuff sobre la mucosa y debilidad de la pared traqueal preexistente.

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es caracterizar los pacientes con lesiones iatrogénicas de la tráquea en contexto del COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, de serie de casos de pacientes hospitalizados por COVID-19 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh), entre el 1/05/2020 y el 31/07/2021 que hayan presentado lesiones iatrogénicas de la tráqueas, asociadas a manejo avanzado de vía aérea. Se registran 3 casos de pacientes adultos, con PCR-COVID positiva, hospitalizados y con confirmación diagnóstica imagenológica y por fibrobroncoscopia de la lesión, describiendo sus principales características.

RESULTADO: En el periodo analizado hay 3 casos de lesión traqueal iatrogénica en contexto de paciente con COVID-19 grave que requiere VMI, siendo el 100% de sexo femenino, con una edad promedio de 59 años. Dos de ellos, ocurren en la IOT de urgencias al ingreso, y el otro, tras una re-intubación. En todos las lesiones afectaron la porción membranosa de la pared posterior de la tráquea, con una media de longitud céfalo-caudal de 39 mm. Hubo un caso fallecido, luego de 70 días de hospitalización, con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico en tratamiento inmunosupresor y obesidad mórbida severa (IMC de 62 kg/m²), y, una lesión de 23 mm. Los otros casos tenían antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo y obesidad (IMC promedio de 30 kg/m²). Clínicamente presentaron enfisema subcutáneo y neumomediastino en la Tomografía de Tórax. Los tres se manejaron de forma conservadora, con IOT asistida por fibrobroncoscopia para posicionar el cuff distal a la lesión, con resolución completa en los controles posteriores.

CONCLUSIÓN: El SARS-COV-2 conduce a insuficiencia respiratoria grave con mayor riesgo de IOT de urgencia, instrumentalización de la vía aérea y VMI prolongada, por lo que se podría asociar a mayor riesgo de lesiones traqueales iatrogénicas.

TRAUMA



NEUMONECTOMÍA POR TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

N. Campaña, N. Pinto, O. Fuentes

Hospital El Pino

INTRODUCCIÓN: El trauma constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Más del 50% de éstos corresponden a traumas torácicos severos, de los que un 10-15% requerirá una toracotomía de emergencia. Un 20-40% de estas lesiones penetrantes, necesitarán alguna forma de resección pulmonar. Por otro lado, las principales indicaciones de resección pulmonar son cáncer pulmonar, tuberculosis, bronquiectasias y abscesos pulmonares y por último el trauma torácico. En general, el tipo de resección más utilizado es la lobectomía (76%), en cambio la neumonectomía sólo corresponde a un 6% de éstas, asociándose además a un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: Ejemplificar a través de la presentación de un caso clínico, una de las indicaciones de neumonectomía.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico. Paciente masculino, 33 años, traslado a servicio de urgencias tras sufrir herida penetrante por arma blanca en zona precordial izquierda. Ingresó hipotenso, sin respuesta a reanimación inicial con 1 litro de solución fisiológica, por lo que es llevado a pabellón de emergencia, donde se realiza toracotomía anterolateral izquierda evidenciándose hemotórax masivo y lesión de 4 centímetros en parénquima pulmonar y hematoma disecante que compromete lóbulo y lóbulo inferior. Tras caer en paro cardiorrespiratorio en dos ocasiones durante cirugía y lograr control de sangrado al clampear hilio, se decide realizar neumonectomía izquierda. Se mantiene intubado y con requerimientos de vasoactivos por 15 días, retirándose posteriormente pleurostomía izquierda. Evoluciona con aumento de parámetros inflamatorios, en tomografía de tórax destaca imagen concordante con empiema pleural, se inicia cobertura antibiótica con Ertapenem completando 10 días. Evoluciona favorablemente, se descarta fístula traqueobronquial con fibrobroncoscopia, dándose de alta.

RESULTADO: La neumonectomía se asocia con un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad perioperatoria. La tasa de complicaciones puede llegar hasta 59% y se asocia con algunos factores de riesgo que es importante evaluar e identificar en los pacientes sometidos a esta intervención (edad avanzada, malnutrición, enfermedad cardiovascular, tiempo operatorio prolongado, pérdidas sanguíneas importantes y neumonectomía derecha). La tasa de mortalidad por neumonectomía es de 3-12% y asciende a más del 50% cuando se realiza en contexto de un trauma torácico. Además, más de un tercio de las muertes, ocurren dentro de los primeros 90 días luego del alta, por lo que es importante realizar controles precoces y regulares.

CONCLUSIÓN: La neumonectomía debe ser una estrategia a considerar ante hemorragias incontrolables en trauma torácico.

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE TRAUMA TORACOABDOMINAL PENE- TRANTE CON COMPROMISO DEL ÁREA PRECORIDAL

Daniel Segovia, Nelson Noriega, Roly Elias, Bárbara Silva

Universidad de Antofagasta, Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El manejo mínimamente invasivo en trauma ha cobrado valor con el paso del tiempo como una opción terapéutica factible. Se presenta en vídeo, el caso de un paciente masculino de 33 años que cursa con traumatismo por arma blanca en área precordial, llegando hemodinámicamente estable a la Unidad de Emergencias del Hospital Regional de Antofagasta, encontrando en estudios iniciales sospecha de lesión cardiaca. Ante incongruencia clínica y paraclínica, se decide un abordaje mínimamente invasivo del tórax como manejo terapéutico inicial. Ante los resultados obtenidos con el paciente, se demuestra que el abordaje mínimamente invasivo del trauma precordial es factible siempre que se cuente con estabilidad hemodinámica en el paciente, los medios para una conversión rápida y experticia en las técnicas quirúrgicas.

OBJETIVOS: Presentar la técnica quirúrgica realizada para el abordaje mínimamente invasivo del tórax en un trauma toracoabdominal penetrante por arma blanca con sospecha de lesión cardiaca. Demostrar la factibilidad y beneficio de la técnica quirúrgica en el paciente hemodinámicamente estable con duda diagnóstica posterior a la evaluación inicial y secundaria del trauma.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el vídeo del caso clínico, estudios de extensión, abordaje por toracoscopia, ventana pericárdica, laparoscopia, exploración de la cavidad abdominal y rafia diafragmática realizada. Así mismo, se concluye el caso con su evolución postoperatoria y seguimiento en el policlínico de cirugía digestiva y cirugía de tórax.



TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA MANEJO DE SANGRADO EN TRAUMA POR CAÍDA DE ALTURA.

David Campos N(1), Lorena Acuña P , Carlos Morales M, Jesus Lugo P, Analía Zinco A, , Juan Pablo Ramos P, Pablo Ottolino L.

Unidad de Trauma y Urgencias. Complejo Asistencial Sotero del Río. (CARS)

INTRODUCCIÓN: La terapia de heridas con presión negativa (VAC) es una alternativa de uso infrecuente en nuestro medio para el cierre temporal del abdomen. Esta alternativa provee una presión negativa uniforme sobre la cavidad peritoneal, previniendo la acumulación de fluidos intraabdominales, minimizando la retracción de la musculatura abdominal y mejorando las probabilidades de un cierre primario.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con hematoma retroperitoneal con sangrado activo y síndrome compartimental intraabdominal, el cual se manejó con Terapia de Presión Negativa.

MATERIAL Y MÉTODO: caso clínico

RESULTADO: Hombre 62 años, con antecedente de Hipertensión arterial y laparotomía previa. Sufre caída de altura, 3 metros. Consulta en extrasistema hemodinámicamente inestable. Se realiza TAC, el cual informa fractura L2-L3 y hematoma retroperitoneal expansivo derecho con signos de sangrado activo. Es derivado a CARS, se activa protocolo de transfusión masiva y se realiza angioembolización selectiva de arterias lumbares. Paciente evoluciona grave con aumento de requerimiento de drogas vasoactivas, desarrollando un síndrome compartimental abdominal que no responde a manejo médico. Se decide realizar laparotomía exploratoria de descompresión. Durante procedimiento se pesquiza gran hematoma del retroperitoneo en zonas 1, 2 y 3, no expansivo, con sangrado en napa cercano al Treitz y ángulo hepático del colon. Se dejan 3 compresas y se cierra en laparotomía contenida con AbThera. Paciente mejora condiciones, con requerimientos ventilatorios y de drogas vasoactivas a la baja. Se reexplora el día 3 post operatorio, evidenciándose cese del sangrado y disminución del hematoma en retroperitoneo, asas de intestino y órganos en buenas condiciones. Se decide cierre primario de la pared abdominal. Paciente evoluciona en buenas condiciones del punto de vista quirúrgico con cuidados post operatorios en UCI.

CONCLUSIÓN: El uso de terapia de presión negativa para manejo del trauma abdominal, en contexto de laparotomía contenida, es una buena alternativa a considerar.

CARACTERIZACIÓN DEL PATRON FIBRINOLITICO MEDIANTE TROMBOELAS-TOMETRIA AL INGRESO DE PACIENTES CON TRAUMA GRAVE.

Juan Pablo Ramos P, Analía Zinco A, Mario Villegas C, Jesús Lugo P, Pablo Achurra T, Pablo Ottolino L. Hospital Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con trauma grave presentan coagulopatía de forma temprana. La evidencia actual a encontrado distintos fenotipos de fibrinólisis en este tipo de paciente, caracterizados por un patron hiperfibrinolítico, hipofibrinolítico y otro con fibrinólisis normal. La identificación de estos grupos al ingreso, determina diferencias en la morbimortalidad.

OBJETIVOS: Identificar los distintos tipos de fibrinólisis al ingreso de pacientes con trauma grave, en donde se activa el protocolo de transfusión masiva y describir las características demográficas, gravedad, manejo y resultado por cada grupo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, en el que se incluyen pacientes mayores de 15 años ingresados al Hospital Dr. Sótero del Río (Chile) en donde se activo el protocolo de transfusión masiva. Estos pacientes se le realiza un ROTEM al ingreso del box de trauma y se utiliza el registro de trauma del servicio de salud metropolitano sur oriente para el análisis de distintas variables.

RESULTADO: Serie compuesta por 124 pacientes en los cuales se activa el protocolo de transfusión masiva mediante criterios ABC. El 58% de la población se presento con Shock Index $\geq 0,7$. A la totalidad de la muestra se realiza ROTEM en menos de 60 minutos del evento traumático. El ISS promedio de la muestra es de 19 (12 - 45). Destaca que al ingreso el 9,6% de los pacientes se presentan con hiperfibrinólisis, el 25% lo hace con hipofibrinólisis y el 65,3% con fibrinólisis normal. El grupo de pacientes con hiperfibrinólisis tiene una mortalidad del 66,6%, caracterizándose por altos ISS, mayor requerimientos de transfusiones, de cirugía de control de daños y shock hemorrágico como principal causa de mortalidad. El grupo hipofibrinolítico tiene una mortalidad del 32,2%, caracterizándose por requerir mayor días en unidad de paciente crítico, drogas vasoactivas. La principal mortalidad de este grupo es por falla multi-orgánica en contexto de morbilidad post operatoria.

CONCLUSIÓN: La coagulopatía por alteración de fibrinólisis al ingreso de un paciente con trauma grave se observa en el 34,6%. La hiperfibrinólisis es una entidad infrecuente en el paciente grave politraumatizado, sin embargo con una alta mortalidad temprana. La hipofibrinólisis caracteriza a los pacientes que evolucionaran con falla multiorganica durante la hospitalización. La mayoría de los pacientes con trauma grave ingresara con fibrinólisis normal.

MANEJO DE LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO TRANSPÉLVICAS EN TRAUMA CIVIL.

Analía Zinco A, Juan Pablo Ramos P, Jimmy Silva L, Jesus Lugo P, Pablo Ottolino L.

Hospital Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: Las heridas por arma de fuego transpélvicas requieren particular atención debido a la gran densidad de órganos contenidos dentro de la pelvis ósea, presentando alta tasa de morbi-mortalidad. Los pacientes con estas lesiones requieren tratamiento de múltiples sistemas como el digestivo, vascular, óseo y urinario. Existen escasa evidencia que analice este grupo de pacientes.

OBJETIVOS: Describir las características demográficas, así como el diagnóstico, manejo y complicaciones de los pacientes que ingresan con trauma penetrante por arma de fuego transpélvico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, en el que se incluyen pacientes mayores de 15 años ingresados al Hospital Dr. Sótero del Río (Chile) y Hospital Dr. Domingo Luciani (Venezuela) con el diagnóstico de trauma penetrante por arma de fuego transpélvico en un periodo de cuatro años. Se define el área pélvica, como el espacio que tiene como límite superior las crestas iliacas y límite inferior el periné, incluyendo pacientes con trauma penetrante solo en esta área

RESULTADO: Serie compuesta por 94 pacientes con trauma pélvico penetrante por arma de fuego. El 68% de la población se presentó con shock hipovolémico (Shock Index $\geq 0,7$). El tiempo de evolución del trauma fue menor a 12 horas en 91%. El FAST estuvo negativo en 91 casos (97%). Dentro de los estudios diagnósticos predominó: Tomografía (30%), radiografías (11%), Doppler (7%), rectosigmoidoscopia (5%), uretrocistografía (4%). Se hicieron 56 laparotomías terapéuticas (73,68%), 9 laparotomías no terapéuticas (11,84%) y una laparoscopia diagnóstica. Los órganos más frecuentemente lesionados fueron: Intestino delgado (36%), colon -(21,27%), recto (13,8%), vejiga (13,8%), genitales (7,44%). Se realizó cirugía control de daños en 8 pacientes (9%) y 10 pacientes (10,6%) requirieron transfusión masiva. La media de hospitalización fue de 6,74 días (Rango: 1 a 38 días), siendo las complicaciones más frecuentes: Infección de herida operatoria (8,5%), íleo (3,19%), filtración de anastomosis (2,12%) y hematoma de herida (2,12%). La Mortalidad fue de 3%.

CONCLUSIÓN: El trauma penetrante por arma de fuego transpélvico representa un desafío para el cirujano de urgencia. Pacientes en shock tienen alta incidencia de trauma vascular y requieren estrategias de control de daños combinadas a múltiples sistemas. Los pacientes estables se benefician de una adecuada evaluación diagnóstica inicial.

TRAUMA DUODENAL. EXPERIENCIA EN COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Lorena Acuña, Megan Neumann, Carlos Morales , David Campos, Juan Pablo Ramos, Analía Zinco, Pablo Ottolino, Jesús Lugo

Unidad de Trauma y Urgencia. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: El Trauma Duodenal representa un verdadero desafío para el Cirujano. Reportes de la literatura coinciden en una incidencia del 4,3%. Por su ubicación retroperitoneal promueve una identificación tardía y en consecuencia un aumento de las complicaciones y de la mortalidad.

OBJETIVOS: Describir a pacientes con diagnóstico de Trauma Duodenal que ingresan a nuestro Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se utilizó la base de datos del Equipo de Trauma y Urgencia, así como análisis de Protocolos Quirúrgicos de pacientes mayores de 15 años ingresados desde Servicio de Urgencia por Trauma Abdominal al Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río entre Julio 2018 a Julio 2021.

RESULTADO: Se encontraron 453 registros, de los cuales se seleccionaron 16 pacientes por Trauma Duodenal. 81,2% hombres (n=13). Edad media 29 años (IQR 17-55 años). Mecanismos de Trauma corresponden a Penetrante un 87,5% (n=14) de los cuales un 57,2% (n=8) fueron por Arma de Fuego y 42,8% (n=6) por Arma Blanca. Hemodinamia Estable al Ingreso en Servicio Urgencia en un 81,3% (n=13). Se realizó FAST en un 93,8% (n=15) de los pacientes, con control TAC con contraste al ingreso en un 87,5% (n=14). En todos los casos se realizó un Manejo Quirúrgico. Trauma Duodenal se produjo en la 2° porción del Duodeno en un 50% (n=8), 3° porción 37,5% (n=6). Se asociaron Lesiones en todos los pacientes, destacando 56,3% de Hígado, 43,8% Colon Transverso. Se requirió Transfusión Masiva en un 12,5% (n=2). Hospitalización media fue 26 días (IQR 6-217 días) en un 18,7% se requirió Ingreso a UCI, se registraron complicaciones en un 25% siendo los más frecuentes Fístula Enterocutánea y Tromboembolismo Pulmonar. No se registró Mortalidad.

CONCLUSIÓN: El Trauma Duodenal es una entidad poco frecuente en nuestros Servicios de Urgencias, pero no menos significativa desde el punto de vista Quirúrgico, es fundamental tener un alto índice de sospecha clínica asociado a un control imagenológico precoz para un manejo óptimo.

MANEJO ENDOVASCULAR EN TRAUMA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Drs. Carlos Morales M.(1), Javier Vela U., David Campos N., Lorena Acuña P., Juan Pablo Ramos, Analía Zinco A., Jesús Lugo P., Pablo Ottolino L.

(1)Unidad de Trauma y Urgencias Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: En Chile, el trauma es la cuarta causa de muerte, afectando mayoritariamente a varones jóvenes. En los últimos años, el manejo no operatorio del trauma ha demostrado ser una alternativa válida de tratamiento para un subgrupo de pacientes. Esta estrategia requiere de una adecuada protocolización, permitiendo así la sospecha y el tratamiento oportuno de sus complicaciones mediante procedimientos avanzados como el tratamiento endovascular.

OBJETIVOS: Describir la experiencia y resultados de un Hospital Público en el manejo endovascular como tratamiento no operatorio del trauma.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se utilizó el registro de trauma del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para extracción de variables. Se incluyeron pacientes ingresados a la unidad de Trauma y Urgencia desde el 2017 hasta el 2021 víctimas de trauma y que durante la hospitalización fueron sometidos a procedimientos endovasculares.

RESULTADO: Se encontraron 3821 registros de los que sólo 16 pacientes fueron incluidos. 14 pacientes son hombres. La media de edad fue de 37 años (IQR 17-81 años). Los mecanismos de trauma identificados fueron mayoritariamente penetrante (n=9) y cerrado (n=7). Órganos más frecuentemente afectados fueron: Lesión Arterial (n=7), Riñón (n=5), Hígado (n=2), Pulmón (n=1). La mayoría de los procedimientos fueron realizados en etapas alejadas del trauma inicial: entre las 48 horas- 14 días (n= 11), seguidos por los realizados <24 horas (n= 4); y tardíos >14 días (n= 1). Fallos en la intervención en 2 casos. La media de hospitalización fue de 10.06 días (IQR 4-25 días). Solo un paciente desarrolló una complicación: hematoma inguinal post-punción.

CONCLUSIÓN: El manejo no operatorio de pacientes con trauma, mediante un procedimiento endovascular, es una alternativa viable la cual puede ser implementada en el sector público de salud de una forma segura y protocolizada. La adecuada selección de pacientes y tratamiento multidisciplinario permiten a nuestro centro emplear estas herramientas de forma efectiva.

OPTIMIZACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE VÍCTIMA DE TRAUMA MEDIANTE IMPLEMENTACIÓN DE APLICACIÓN MÓVIL “CODIGOTRAUMA”. DESDE EL PRE-HOSPITALARIO HASTA EL EGRESO.

Jesús Lugo P, Juan Pablo Ramos P, Claudia Arenas P, Analía Zinco A, Nicolás Mena R, Pablo Ottolino L.

Hospital Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: En nuestro país no existe un sistema de trauma, que asegure una atención oportuna, precoz y multidisciplinaria del paciente víctima de trauma. La cadena de supervivencia de estos pacientes comienza desde el pre-hospitalario y se continúa de forma sistemática en el intrahospitalario mediante la activación de un equipo de trauma, que cumple un rol clave en la detección precoz de lesiones graves.

OBJETIVOS: Disminuir los tiempos de atención del paciente con trauma y optimizar el manejo de este mediante la implementación de una aplicación móvil para activar al equipo de trauma desde el prehospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional analítico entre Marzo y Agosto del 2021. Se implementa aplicación Móvil “CódigoTrauma” en donde se incluye en red el regulador de sistema prehospitalario comunal de Puente Alto, integrantes del equipo de trauma del Hospital Dr. Sótero del Río, banco de sangre, Tomografía y Quirófano. Se establecen criterios de activación para la inclusión de pacientes. Se analizan variables demográficas, de traslado y morbilidad de este grupo y se comparan con un grupo de pacientes sin activación prehospitalaria.

RESULTADO: Series compuesta por 75 pacientes víctima de trauma. Destaca un grupo sin activación del equipo de trauma de 40 pacientes (A) y un grupo con activación de este, desde el prehospitalario de 35 pacientes (B). No existen diferencias en la demografía de ambos grupos. En ambos grupos encontramos mayor incidencia de trauma penetrante. El tiempo promedio de traslado en el grupo A es de 56 minutos y en el grupo B de 19 min. (p 0,002). El tiempo de liberación de ambulancia en el grupo A es de 135 min y en el Grupo B de 5 min (p 0,001). El 19,5% y 22,8% del grupo A y B respectivamente requiere cirugía, no encontrando diferencias significativas en el tiempo de esta. El tiempo de hospitalización en los pacientes del grupo A es de 7 días en promedio siendo para el grupo B de 5 días (p 0,002). No se encuentran diferencias en mortalidad.

CONCLUSIÓN: La implementación de una activación desde el prehospitalario del equipo de trauma mediante la aplicación móvil “CódigoTrauma” disminuye los tiempos de traslado, liberación de ambulancia y hospitalización, además de asegurar una evaluación precoz y multidisciplinaria del paciente víctima de trauma. Es necesario implementar un sistema de trauma que asegure estos principios para cada paciente en su hospital de referencia.

VASCULAR



WAGNERNET: CLASIFICACIÓN DE ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO SEGÚN LA ESCALA WAGNER UTILIZANDO UNA ARQUITECTURA DE APRENDIZAJE PROFUNDO ENTRENADA CON IMÁGENES NO ESTANDARIZADAS.

Mauricio Valdivia Monzón, Andrés Neyem, Pedro Sfeir Vottero, Francisco Vargas Serrano, José I. Torrealba Fonck, Renato Mertens Martin, Francisco Valdes Echeñique, Leopoldo Marin Massa y Michel Bergoeing Reid

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Las úlceras de pie diabético (UDPD) son la principal causa de amputación y pérdida de extremidad a nivel mundial. El diagnóstico y tratamiento oportuno puede reducir las tasas de amputación. Se han desarrollado modelos de reconocimiento de imágenes utilizando arquitecturas de aprendizaje profundo (AAP) que permiten detectar y/o clasificar las UDPD. Sin embargo, estas requieren el uso de imágenes estandarizadas para su entrenamiento.

OBJETIVOS: Desarrollar un modelo de clasificación de UDPD utilizando una AAP, basado en la escala de Wagner y utilizando imágenes no estandarizadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se compiló un base de 1.214 imágenes no estandarizadas: 1027 UDPD y 187 pies sanos. Las imágenes se dividieron en tres grupos: entrenamiento (870), testeo (218) y validación (126). La arquitectura escogida fue EfficientNet. Se utilizaron técnicas estándar de aumentación de imágenes y análisis Grad-CAM para confirmar la detección de la úlcera. Se determinó la sensibilidad y especificidad utilizando curva de características de receptor operador (ROC) y área bajo la curva (AUROC).

RESULTADO: La exactitud fue de 72%, 65% y 91% para los grupos de testeo, validación y pies sanos, respectivamente. El grado 3 de la escala Wagner obtuvo los peores resultados (exactitud 25%). La mayoría de los errores de clasificación ocurrieron en categorías adyacentes. Al análisis AUROC arrojó un área de 0,89.

CONCLUSIÓN: Tomando en consideración la cantidad de imágenes analizadas el entrenamiento de una AAP utilizando imágenes de UDPD no estandarizadas es factible y con resultados aceptables. Se necesita aumentar el número de imágenes para mejorar la exactitud. Estos resultados son prometedores a la hora de implementar estrategias de telemedicina basada en móviles para mejorar la detección oportuna de UDPD.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TROMBO FLOTANTE DE AORTA TORÁCICA COMO FUENTE EMBÓLICA ARTERIAL: CASO CLÍNICO

Juan Marin Peralta, Beatriz Retamales Moreno, Claudia Marin Heise, Gian Paolo Zamboni Torres.

Hospital Urgencia Asistencia Publica

INTRODUCCIÓN: El tromboembolismo arterial a partir de un trombo flotante de aorta es un cuadro potencialmente grave, pudiendo ser causa de accidente vascular cerebral, isquemia de extremidades superiores o inferiores; o compromiso isquémico de renales, mesentérica superior y bazo. Además de tratar estos territorios embolizados, se debe manejar también la fuente embólica. En forma tradicional se utiliza la anticoagulación por largo tiempo y también existe la cirugía para extraer este trombo, que dependiendo de la localización del trombo puede ser muy compleja. Como nueva alternativa de tratamiento existe el implante de una endoprótesis aórtica para suprimir esta fuente embólica. En nuestro ambiente no hemos encontrado descripciones de esta última alternativa.

OBJETIVOS: Presentar un caso de trombo aórtico flotante tratado mediante implante de endoprótesis

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de sexo femenino 60 años, testigo de Jehová con antecedentes de DM no insulino requiriente, leucemia tratada hace 10 años, anemia ferropriva en asociación a metrorragia, que se maneja desde hace 10 años con estrógenos. Se presenta al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal de moderada intensidad de 24 horas de evolución, de intensidad progresiva acompañado de pletorismo, vómitos alimentarios, y ausencia de defecación. Tomografía de abdomen y pelvis objetiva infarto esplénico del 70%, y trombo mural flotante de 4 cm que ocupa 30% del lumen en aorta torácica distal y llega hasta 1 cm por sobre la emergencia del tronco celíaco. Destaca anemia con hematocrito de 26% y leucocitosis de 21.000. Se decide realizar procedimiento endovascular en pabellón híbrido bajo anestesia general para cobertura del trombo flotante con endoprótesis CTAG (Gore), de 26x100mm. Se asciende la prótesis por acceso femoral derecho abierto, quedando a 1 cm sobre la emergencia del tronco celíaco. Al quinto día se realiza AngioTAC de control que muestra resolución del trombo flotante.

RESULTADO: Operación sin incidentes y alta al quinto día. Control a los 30 y 90 días, asintomática y nuevo angiotac no revela nuevos trombos en aorta. Control 9 meses, sin nuevos cuadros embólicos.

CONCLUSIÓN: En nuestro caso se decidió efectuar TEVAR dado que la paciente presentaba un infarto esplénico extenso y pensamos que con la anticoagulación éste se podría transformar en un infarto hemorrágico representando una complicación potencialmente quirúrgica abdominal. Creemos que el TEVAR es una alternativa más para este catastrófico cuadro.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ESTENOSIS VENOSA CENTRAL EN PACIENTES CON FAV DISFUNCIONAL: RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO

Gregory Córdova A., Jorge Vergara C., Humberto Pizarro V., German Lobos G., Daniela Gonzalez H., Francisco Acuña D., Vicente Rodriguez T., Patricio Huerta B., Claudio Vallejos L.

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: La estenosis venosa central (EVC) en pacientes con ERC en hemodiálisis es una condición frecuente en la práctica clínica, siendo secundaria habitualmente al uso de catéteres venosos centrales, teniendo importantes consecuencias en la funcionalidad de fistulas-arteriovenosas ipsilaterales al sitio de estenosis, llevando progresivamente a síntomas de hipertensión-venosa, y comprometiendo la permeabilidad del acceso vascular. Aunque la angioplastia venosa c/s stent, ofrece tasas de éxito iniciales altas, se ha descrito una baja permeabilidad-primaria durante el seguimiento a corto y mediano plazo.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados a corto y mediano plazo de la angioplastia venosa de ejes centrales en pacientes con FAV-disfuncional

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, tipo cohorte-retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de fistula-arteriovenosa disfuncional con EVC tratados entre enero-2015 y julio-2021, registrando un total de 21 intervenciones. El outcome-primario fue permeabilidad y re-estenosis significativa (>50%) a los 3,6,12,24 y 48-meses de seguimiento. Las variables categóricas se describen en números de casos y porcentajes, mientras que las numéricas en mediana y rango intercuartil. Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, y Curvas Kaplan-Meier para el análisis de supervivencia; considerando un valor-p significativo < 0,05

RESULTADO: Se realizaron 20 procedimientos con una tasa de éxito del 95,2% (20/21). El rango de edad fue de 28 a 73 años, con una mediana de 45 años, siendo 11 (52,4%) de ellos de sexo femenino. La indicación de angioplastia fue en 18 casos por hipertensión de la FAV, en 2 casos por edema, y en 1 caso por retardo en la maduración. A la fistulografía diagnóstica el 85,7% de los pacientes presentaba estenosis y el 14,3% oclusión, siendo el confluente yugulo-subclavio-derecho el segmento mayormente comprometido (23,8%) seguido de la vena innominada (19,1%). En cuanto al tratamiento, se realizó angioplastia con stent-descubierto en el 60% de los casos, sólo angioplastia en el 25% y angioplastia con stent-graft en el 15%. La mediana de seguimiento fue de 17,7 meses, con un rango entre 0,6 y 53,7 meses. El eje-venoso-central se mantuvo permeable en el 100% de los casos entre los 3 y 36 meses, observando una oclusión a los 48 meses. La supervivencia libre de re-estenosis significativa a los 3, 6, 12, 24 y 48 meses fue de 100%, 100%, 90%, 70% y 31% respectivamente.

CONCLUSIÓN: El tratamiento endovascular de la EVC en pacientes con FAV-disfuncional permite prolongar la vida del acceso vascular, manteniendo el eje-venoso permeable, destacando cifras notablemente bajas de re-estenosis significativa durante el seguimiento.

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ATRECTOMÍA DIRECCIONAL DEL EJE FEMORO-POPLÍTEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMI-DADES INFERIORES: RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO

Gregory Córdova A., Patricio Huerta B., Jorge Vergara C., Daniela Gonzalez H., Francisco Acuña D., Vicente Rodríguez T., Claudio Vallejos L., Humberto Pizarro V.

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: La isquemia crítica de extremidades inferiores es una condición prevalente en nuestra sociedad. Durante su tratamiento endovascular, la presencia de patrones anatómicos complejos vuelven el procedimiento laborioso, aumentando el riesgo de complicaciones de la angioplastia estándar. La aterectomía tiene como principio disminuir el volumen de la lesión aterosclerótica, reduciendo teóricamente las complicaciones secundarias al barotrauma.

OBJETIVOS: Evaluar la seguridad y eficacia de la aterectomía direccional en pacientes con isquemia crítica. Comparar la sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor según estadio GLASS

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, tipo cohorte retrospectiva. Se incluyeron 40 pacientes, con diagnóstico de isquemia crítica intervenidos entre el año 2014 y 2021. El outcome primario fue determinar la ocurrencia de MACE y MALE a 30 días para evaluar seguridad, y sobrevida libre de mortalidad y amputación a 12 meses, para evaluar eficacia. El outcome secundario fue evaluar la sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor según estadio GLASS. Las variables categóricas se describen en porcentajes y números de casos, mientras que las numéricas en medias y desviación estándar. Para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, T-Student, Curvas Kaplan-Meier y Logrank test; considerando un valor de p significativo < 0,05.

RESULTADO: Se realizaron 38 aterectomías en 40 pacientes (tasa de éxito del 95%). La edad promedio de los pacientes fue de 69,7 años, siendo el 65% hombres. En cuanto a severidad de la isquemia, un 65% se encontraba en Rutherford 5, un 30% en Rutherford 4, y sólo un 5% en Rutherford 3, mientras que al clasificarlos de acuerdo a la severidad del patrón anatómico angiográfico, un 42% se encontraba en GLASS 1, un 25% en GLASS 2 y un 32,5% en GLASS 3. La necesidad de stent de rescate fue de un 16,6%, siendo en el 67% por recoil. En el 42,1% se requirió una amputación asociada siendo en el 94% amputaciones menores. En cuanto a los outcomes de seguridad, no se registraron eventos adversos tipo MACE o MALE dentro de los primeros 30 días, mientras que, en relación a los outcomes de eficacia, la sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor a 12 meses de seguimiento fue de 87,9% y 95,8% respectivamente. No hubo diferencias en la sobrevida libre de mortalidad y amputación según estadio GLASS.

CONCLUSIÓN: La aterectomía es un procedimiento seguro y eficaz en pacientes con isquemia crítica, con tasas de sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor favorables a corto y mediano plazo.

RESULTADOS DE ATERECTOMÍA DIRECCIONAL VS ANGIOPLASTÍA ESTÁNDAR DEL EJE FEMORO-POPLÍTEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES

Gregory Córdova A., Patricio Huerta B., Jorge Vergara C., Daniela Gonzalez H., Francisco Acuña D., Vicente Rodríguez T., Claudio Vallejos L., Humberto Pizarro V., Joaquin Vergara L., Alonso Bolbaran C.

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: La aterectomía tiene como principio disminuir el volumen de la lesión aterosclerótica, reduciendo teóricamente las complicaciones secundarias al barotrauma, siendo además una opción al tratar lesiones en zonas de flexión, donde el stent tiene un mayor riesgo de fractura. Sin embargo, la injuria mecánica ejercida por la aterectomía puede potenciar la hiperplasia neointimal, conduciendo a una re-estenosis precoz de la lesión tratada.

OBJETIVOS: Evaluar la seguridad y eficacia de la aterectomía direccional vs angioplastia estándar en pacientes con isquemia crítica. Comparar la sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor a corto y mediano plazo entre ambas técnicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, comparando 2 cohortes retrospectivas. El grupo 1 corresponde a 40 pacientes con isquemia crítica tratados con aterectomía entre el 2014 y 2021; el grupo 2, a una selección aleatoria de 51 pacientes tratados con angioplastia estándar durante el mismo periodo. El outcome primario fue la ocurrencia de MACE y MALE a 30 días, y la sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor a 12 meses. El outcome secundario fue evaluar la sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor a los 3 y 5 años de seguimiento. Para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas Chi cuadrado, T-Student, Curvas Kaplan-Meier y Logrank test; considerando un valor p significativo < 0,05.

RESULTADO: Se realizaron 38 aterectomías y 51 angioplastias, con una tasa de éxito del 95% (38/40) y 100% (51/51) respectivamente ($p = 0.32$). No hubo diferencias en la severidad de la isquemia entre ambos grupos al clasificarlos por estadio Rutherford y GLASS. La necesidad de stent de rescate fue significativamente mayor en el grupo de angioplastia estándar (35,2% vs 16,6%; valor $p = 0.049$). No hubo diferencias significativas en la tasa de ocurrencia de MACE y MALE a 30 días entre ambos grupos. La sobrevida libre de mortalidad a 12, 36 y 60 meses fue de un 87,9%, 84,2% y 68,6% para el grupo aterectomía vs un 81,7%, 63% y 42,3% para el grupo angioplastia (valor $p = 0.11$), mientras que la sobrevida libre de amputación mayor en el mismo periodo fue de un 95,8%, 88,4% y 88,4% para aterectomía vs un 91,1%, 86,7% y 86,6% para angioplastia (valor $p = 0.3$).

CONCLUSIÓN: Ambos procedimientos son seguros y eficaces en pacientes con isquemia crítica, con tasas de mortalidad y amputación mayor similares a corto y mediano plazo. La aterectomía se asoció significativamente a un menor uso de stent de rescate

RESULTADOS DE LA ATERECTOMÍA DIRECCIONAL VS BY-PASS FEMORO-POPLÍTEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES

Gregory Córdova A., Patricio Huerta B., Jorge Vergara C., Claudia Navarro V., Francisco Acuña D., Vicente Rodríguez T., Humberto Pizarro V., Claudio Vallejos L.,
Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: El compromiso del eje-femoropoplíteo es habitual en pacientes con isquemia crítica. Aunque tratamiento endovascular de este segmento se asocia a menor morbilidad perioperatoria en comparación con el bypass, este último ofrece mejores tasas de permeabilidad y menores de amputación-mayor durante el seguimiento, especialmente en pacientes con enfermedad severa. La aterectomía se ha sumado como herramienta en el arsenal endovascular, ofreciendo ventajas teóricas respecto a la angioplastia estándar al reducir el volumen de lesión, siendo escasa la literatura que compare sus resultados con la técnica abierta.

OBJETIVOS: Evaluar la seguridad y eficacia de la aterectomía-direccional vs bypass femoro-poplíteo en pacientes con isquemia crítica. Comparar sobrevida libre de mortalidad, amputación mayor y MALE a corto y mediano plazo entre ambas técnicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, comparando 2-cohortes retrospectivas. El grupo-1 corresponde a 40 pacientes con isquemia crítica tratados con aterectomía entre el 2014 y 2021; el grupo-2, a una selección aleatoria de 40 pacientes tratados con by-pass femoro-poplíteo durante el mismo periodo. El outcome-primario fue la ocurrencia de MACE y MALE a 30-días, y sobrevida libre de mortalidad, amputación-mayor y MALE a 12-meses. El outcome-secundario fue evaluar la sobrevida libre de mortalidad, amputación-mayor y MALE a los 3 y 5-años. Para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado, T-Student, Curvas Kaplan-Meier y Logrank-test; considerando un valor-p significativo $< 0,05$.

RESULTADO: Se realizaron 38 aterectomías y 40 bypass (21 con vena y 19 protésicos). No hubo diferencias en la severidad de isquemia al compararlos por estadio Rutherford, sin embargo, el grupo-bypass presentó significativamente mayor severidad del estadio GLASS, determinada por el grado de compromiso femoro-poplíteo (FP4: 67,5% vs 27,5%, $p < 0.001$). Aunque no hubo diferencias significativas en la tasa de ocurrencia de MACE y MALE a 30 días, ni de sobrevida libre de mortalidad y amputación-mayor a 12, 36 y 60-meses entre ambos grupos, destacó una incidencia significativamente mayor de MALE en el grupo-bypass, determinada por un elevado número eventos adversos en los pacientes con bypass-protésicos (47,3% vs 15%; $p = 0.02$). Para controlar el efecto de estos factores y comparar grupos homogéneos, se realizó un sub-análisis considerando en ambos grupos sólo pacientes GLASS-3, y sólo pacientes con bypass-venosos, anulándose las diferencias observadas (MALE a 12-meses: 85,7% en aterectomía vs 86,1% en bypass; 0.22). **CONCLUSIÓN:** La aterectomía demostró resultados comparables al bypass-femoropoplíteo en términos de seguridad y eficacia, con tasas de mortalidad, amputación mayor y MALE similares a corto y mediano plazo, incluso en pacientes con enfermedad femoropoplíteo severa.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE ATERECOMÍA DIRECCIONAL, BY-PASS Y ANGIOPLASTÍA ESTÁNDAR, PARA EL TRATAMIENTO DEL EJE FEMORO-POPLITEO EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA

Gregory Córdova A., Patricio Huerta B., Jorge Vergara C., Francisco Acuña D., Vicente Rodríguez T., Humberto Pizarro V., Claudio Vallejos L.,

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: El compromiso del eje-femoropoplíteo es habitual en pacientes con isquemia crítica. Aunque existen diferentes técnicas para tratar este segmento, el by-pass femoro-poplíteo es de elección en pacientes con lesiones largas y complejas. El tratamiento endovascular ofrece cada vez mejores resultados, incluso para tratar lesiones severas, sumándose a la angioplastia c/s stent tradicional, nuevos dispositivos como la aterectomía, con ventajas teóricas por sobre la angioplastia-estándar; no contando en la literatura nacional con reportes que comparen estas técnicas.

OBJETIVOS: Comparar la seguridad y eficacia de la aterectomía-direccional, bypass femoro-poplíteo y angioplastia-estándar en pacientes con isquemia crítica. Comparar sobrevida libre de mortalidad, amputación mayor y MALE a corto y mediano plazo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, comparando 3-cohortes retrospectivas tratadas entre el 2014 y 2021. El grupo-1 corresponde a 40 pacientes con isquemia crítica tratados con aterectomía; seleccionándose aleatoriamente otros dos grupos, correspondiente a 40 pacientes con by-pass femoro-poplíteo, y 51 pacientes con angioplastia estándar. El outcome-primario fue ocurrencia de MACE y MALE a 30-días, y sobrevida libre de mortalidad, amputación-mayor y MALE a 12-meses. El outcome-secundario fue evaluar la sobrevida libre de mortalidad, amputación-mayor y MALE a los 3 y 5-años. Para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado, ANOVA 1-factor, Curvas Kaplan-Meier y Logrank-test; considerando un valor-p significativo < 0,05.

RESULTADO: Se realizaron 38 aterectomías, 40 bypass (21 c/vena y 19 c/prótesis) y 51 angioplastias. No hubo diferencias en la severidad de isquemia según estadio-Rutherford, sin embargo, el grupo-bypass presentó significativamente mayor severidad de estadio-GLASS, determinada por un mayor grado del segmento femoro-poplíteo (FP4: 67,5% vs 27,5% aterectomía vs 17,6% PTA, $p < 0.001$). No hubo diferencias significativas en la tasa de ocurrencia de MACE y MALE a 30-días, ni de sobrevida libre de mortalidad y amputación-mayor a 12, 36 y 60-meses entre los grupos. El grupo-bypass presentó una incidencia mayor de MALE durante el seguimiento, debido a un elevado número eventos adversos en los pacientes con bypass-protésicos (47,3% vs 15%; $p = 0.02$). Para controlar el efecto de estos factores, se realizó un sub-análisis considerando sólo pacientes GLASS-3, y sólo bypass-venosos, anulándose las diferencias observadas (MALE a 12-meses: 85,7% aterectomía vs 86,1% bypass vs 85,2% angioplastia; $p = 0.80$).

CONCLUSIÓN: El tratamiento endovascular demostró resultados comparables al bypass-femoropoplíteo en términos de seguridad y eficacia, con tasas de mortalidad, amputación mayor y MALE similares a corto y mediano plazo. Aterectomía se asoció a menor uso de stent de rescate. By-pass-protésicos presentaron mayor incidencia MALE debido a un alto porcentaje de trombosis.

BY-PASS FEMORO-PERONEO CON RESECCIÓN ÓSEA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES: RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO

Gregory Córdova A., Daniela Gonzalez H., Jorge Vergara C., Francisco Acuña D., Patricio Huerta B., Humberto Pizarro V., Vicente Rodriguez T., Claudio Vallejos L.

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: Pacientes diabéticos e insuficientes renales con isquemia crítica presentan habitualmente enfermedad severa de vasos tibiales, siendo la arteria peronea frecuentemente su único vaso troncular. Generalmente, esta es considerada la última opción al momento de plantear una revascularización abierta, debido a la dificultad técnica que representa en comparación con los puentes tibiales, reportándose en la literatura tasas de permeabilidad y amputación dispares.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados del by-pass femoro-peroneo a corto y mediano plazo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, tipo cohorte-retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de isquemia crítica tratados entre julio-2015 y julio-2021, registrando un total de 12 intervenciones. El outcome primario fue permeabilidad del by-pass y sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor a los 12, 24 y 36 meses de seguimiento. Las variables categóricas se describen en números de casos y porcentajes, mientras que las numéricas en mediana y rango intercuartil. Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para asociación de variables, y Curvas Kaplan-Meier para el análisis de sobrevida; considerando un valor de p significativo < 0,05.

RESULTADO: Se realizaron 12 procedimientos con una tasa de éxito del 100%. El rango de edad fue de 28 a 86 años, con una mediana de 71,5 años, siendo 9 de ellos de sexo masculino. En cuanto a severidad de la isquemia, 9 casos (75%) estaban en Rutherford 5, y 3 (25%) en Rutherford 4, mientras que los 12 pacientes se encontraban en estadio GLASS 3. En 11 casos se utilizó VSI como conducto, y sólo 1 paciente requirió prótesis. 6 pacientes requirieron una amputación transmetatarsiana asociada a la intervención. La mediana de seguimiento fue de 14 meses, con un rango entre 0,6 a 50,7 meses. La permeabilidad del by-pass fue de un 71,5% a los 12, 24 y 36 meses de seguimiento, registrándose sólo 3 trombosis a los 6, 8.4 y 43,7 meses. La sobrevida libre de amputación mayor fue de un 74% a los 12, 24 y 36 meses, observándose 3 eventos a los 2.7, 5.8 y 43.7 meses. Sólo se registró 1 fallecimiento en esta serie, ocurrido dentro de los primeros 30 días, determinando una sobrevida libre de mortalidad de un 91,6% entre los 12 y 36 meses.

CONCLUSIÓN: El by-pass femoro-peroneo ofrece tasas de permeabilidad, sobrevida libre de mortalidad y amputación-mayor aceptables dentro de los 3 primeros años de seguimiento, siendo una buena alternativa de revascularización ante la ausencia de vasos tibiales y sin opción de tratamiento endovascular.

USO DE RIVAROXABÁN PARA EL TRATAMIENTO DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN PACIENTE POSTQUIRÚRGICO DE EVAR.

Sandra Osorio V.; Malao Raffo R.; Emilio Hernandez T.; María José Villarroel F.; Franklin Gonzalez L.; Juan Pablo Moreno P.

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: La trombocitopenia inducida por heparina (HIT) se presenta típicamente con una disminución del recuento plaquetario >50% del basal. El cuadro clásico se desencadena 5 a 10 días posterior al inicio de heparina. Se ha descrito mayor riesgo en pacientes postoperados de cirugía cardíaca y traumatológica. Tiene una incidencia de 1 a 5% para uso de Heparina no fraccionada y 0,1 a 1% para uso de Heparina de bajo peso molecular. Se han publicado series de casos de HIT manejados con rivaroxabán, sin nuevos eventos trombóticos ni sangrados.

OBJETIVOS: Presentación de caso clínico con trombocitopenia inducida por heparina post EVAR manejado con rivaroxabán

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica y literatura. Caso Clínico :Paciente de 78 años con antecedente de aneurisma de aorta abdominal, cáncer de próstata, adenocarcinoma de colon sigmoide T3N1M0 Estadio IIIB. Se decide primero cirugía vascular y posterior radioterapia neoadyuvante. Se realiza EVAR aorto-uniiliaco y bypass femoro-femoral. Post cirugía paciente presenta aumento de volumen de pierna izquierda, certificándose trombosis venosa profunda, iniciándose anticoagulación con heparina no fraccionada. A los 4 días post inicio de anticoagulación, presenta lesiones petequiales en tronco y extremidades inferiores, con caída del recuento plaquetario de 250 mil en el preoperatorio a 33 mil. Se decide suspender heparina y utilizar Rivaroxavan de 20 mg, logrando un aumento del recuento plaquetario desde las 48 hrs de su uso .

RESULTADO: Buena evolución con uso de rivaroxabán , con normalización de recuento plaquetario a los 7 días post uso , sin presentar nuevo evento trombótico ni hemorrágico

CONCLUSIÓN: Las principales medidas para el tratamiento del HIT son la suspensión de la heparina e inicio de otro anticoagulante. El uso de anticoagulantes orales de acción directa es una alternativa terapéutica, en nuestro caso no se presentaron nuevos eventos trombóticos ni sangrado, con recuperación del recuento plaquetario a los 7 días .

MANEJO DE ANEURISMA POPLÍTEO GIGANTE POST EXCLUSIÓN MEDIAL.

Sandra Osorio V.; Cristian Arriagada G.; María José Villarroel F.; Malao Raffo R.; Emilio Hernandez T.; Antonio Robert T.

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: Los aneurismas poplíteos representan alrededor del 70% de los aneurismas periféricos. Su indicación quirúrgica esta aceptada cuando el diámetro supera los 2 cm. La técnica quirúrgica es la exclusión y revascularización mediante bypass, que puede ser por abordaje medial o posterior. En el seguimiento postoperatorio, se ha pesquisado la expansión del saco aneurismático excluido, hasta en un 33% de los casos según diferentes series publicadas; siendo más frecuente en aquellos tratados por abordaje medial.

OBJETIVOS: Presentación de caso clínico de paciente con aneurisma popliteo gigante post exclusión medial con bypass femoro-popliteo.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica en forma retrospectiva y literatura Caso clínico : Paciente masculino de 82 años con antecedente de hipertensión arterial, arritmia completa por fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante oral y cirugía por aneurisma poplíteo en el año 2013 con bypass femoro-poplíteo distal por abordaje medial con vena safena interna. Consulta por dolor e impotencia funcional de la extremidad, con aumento de volumen en fosa poplíteo. AngioTAC evidencia aneurisma poplíteo de 11 cm de diámetro con bypass permeable. Se decide cirugía tradicional mediante abordaje posterior. Cirugía laboriosa realizando resección parcial de pared del aneurisma y ligadura de colaterales. En postoperatorio es manejado con curaciones, manteniendo trayecto fistuloso con salida de secreción serohemática antigua. A los 3 meses evoluciona con nuevo aumento de volumen en hueco poplíteo. Se decide nueva cirugía por abordaje posterior utilizando cianoacrilato, sin embargo, persiste en postoperatorio con aumento de volumen y fistula. Finalmente se decide un tercer procedimiento , realizando escleroris con polidocanol al 2% en sala de hemodinamia.

RESULTADO: Paciente con buena evolución , actualmente asintomático en control.

CONCLUSIÓN: La exclusión y revascularización es el tratamiento estándar del aneurisma poplíteo. El crecimiento post exclusión ha sido reportando teniendo más incidencia en el abordaje medial. También se ha reportado el riesgo de amputación mayor en la resección completa de aneurismas gigantes como el de nuestro caso. La combinación de técnicas de manejo puede ser una alternativa que disminuya la morbilidad.

MANEJO DEL TRAUMA DE LA AORTA TORÁCICA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ.

sandra Osorio V.; Cristian Arriagada G.; María José Villarroel F.; Malao Raffo R.; Juan Marín P.; Emilio Hernandez T.
Hospital San José

INTRODUCCIÓN: El trauma de aorta torácica tiene una mortalidad cercana al 90% en el lugar del accidente, afectando a pacientes jóvenes en mayor proporción. La causa más frecuente de lesión de grandes vasos es el trauma penetrante (alrededor de un 90%), debido a heridas de arma de fuego, arma blanca y iatrogénicas. En un 10% corresponden a trauma cerrado, donde el mecanismo involucrado son las fuerzas de cizallamiento por movilidad relativa del vaso respecto a su porción fija, y aumento de la presión intravascular por compresión de estructuras óseas adyacentes.

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia en trauma de aorta torácica en los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de los casos tratados de trauma aórtico desde 2017 al 2021. Revisión de fichas y análisis con previa tabulación de datos.

RESULTADO: Un total de 9 pacientes fueron tratados durante este periodo, todos de sexo masculino; siendo su mecanismo de trauma: 4 por accidente automovilístico, 4 lesiones por arma blanca y 1 por arma de fuego. El promedio de edad fue de 38 años (27 a 50 años). Siendo el tiempo medio entre el ingreso hospitalario y la cirugía de 7 hrs (2 a 16 hrs). Anatómicamente, el sitio de la lesión fue: 4 a nivel de ligamento arterial, 4 lesiones a nivel de aorta descendente y 1 entre arteria carótida izquierda y subclavia izquierda. Ocho pacientes fueron resueltos por técnica endovascular y uno mediante reparación por toracotomía. Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general y monitorización invasiva. El tiempo operatorio promedio fue de 90 min (70 a 120 min). 0% mortalidad. 40 % morbilidad dado por lesiones asociadas. 0% paraplejia. Tiempo de estadía hospitalaria fue de 7 días promedio (5 a 20 días).

CONCLUSIÓN: El manejo precoz del trauma de aorta torácica es fundamental para disminuir la morbilidad. Según la ubicación de la lesión se puede resolver en forma tradicional o endovascular, siendo esta última la que otorga una tasa de morbilidad menor. Es importante que el equipo tratante tenga el entrenamiento y cuente con los insumos para ofrecer la mejor alternativa de manejo.

ANÁLISIS DE VARIABLES ASOCIADAS A MAL RESULTADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN CHILE.

D. Ardiles, M. Alanís, R. Castro, J. Agouborde

Clínica Mayor Red Salud Temuco

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de isquemia aguda de extremidades inferiores (IAEI) es desconocida en población chilena y no hay claridad de los factores asociados a mal desenlace.

OBJETIVOS: Definir la prevalencia en pacientes hospitalizados por IAEI e identificar factores con asociación estadística para mal resultado clínico (Muerte intrahospitalaria).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de prevalencia con datos de los egresos hospitalarios en periodo enero 2016 a diciembre 2020 obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de Chile. Se incluyeron los registros con los siguientes diagnósticos CIE-10: Embolia y trombosis de arterias de los miembros, no especificadas; Embolia y trombosis de arteria iliaca; Embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores. Exclusión de IDs duplicadas conservándose el primer dato cronológico. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, tabla de frecuencias para variables categóricas. Para identificar los factores asociados a mal resultado clínico se procedió a análisis estadístico y cálculo de odds ratio por regresión logística univariada, posteriormente se agruparon las variables con significancia estadística en modelo multivariado. Para la regresión, la edad se consideró en una magnitud de aumento de 10 años para facilitar su interpretación. El análisis fue realizado en programa STATA v16.

RESULTADO: Se registraron 3860 pacientes. Mediana de edad 70 (IQR 18), 2405 (62.3%) hombres, 2845 (73.7%) se atendieron en un centro de salud público, 67 (1.7%) se identificaron con algún pueblo originario. Fallecieron 139 (3.6%). La prevalencia se estimó en 4.8 por cada 10000 pacientes hospitalizados. Odds Ratio para mortalidad intrahospitalaria según análisis univariado: sexo femenino OR 1.87 (1.33-2.63, p 0.0001), edad OR 1.89 (1.62-2.21, p 0.0001), pertenencia a pueblo originario OR 4.37 (2.01-10.84, p 0.0001), atención en servicio público OR 1.83 (1.17-2.88, p 0.009), previsión ISAPRE OR 0.84 (0.47-1.51, p 0.565), evento en periodo de pandemia OR 0.67 (0.39-1.16, p 0.151). Odds Ratio para mortalidad intrahospitalaria según modelo multivariado: Edad OR 1.83 (1.57-2.14, p 0.0001), sexo femenino OR 1.60 (1.13-2.26, p 0.009), pertenencia a pueblo originario OR 5.03 (2.34-10.80, p 0.0001), atención en servicio público OR 1.68 (1.06-2.66, p 0.027).

CONCLUSIÓN: Se estimó la prevalencia de IAEI en 4.8 por cada 10000 pacientes hospitalizados en el periodo enero 2016 a diciembre 2020. La edad, sexo femenino, pertenencia a pueblo originario, y atención en servicio público demostraron ser factores de riesgo para muerte intrahospitalaria por IAEI en población chilena.

EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 EN EL HCUCH ENTRE MAYO Y JUNIO DEL 2020

Deycies Gaete, Bárbara Carreño, Mauricio Turu, José Matías Robles, Juan Pablo Moreno, Alejandro Campos
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: En la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se han observado tasas superiores de eventos tromboembólicos venosos y arteriales (ETE) a las reportadas en pacientes hospitalizados, reportándose coagulopatía en hasta el 50% de los pacientes con COVID-19 grave.

OBJETIVOS: El objetivo general del artículo es analizar las características de los pacientes COVID-19 que desarrollan ETE, en una muestra de pacientes hospitalizados durante la primera ola de casos en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, de serie de casos de los pacientes hospitalizados por COVID-19 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh), entre el 1 de mayo y el 30 de junio del 2020. Se incluyeron pacientes; mayores de 18 años, con PCR-COVID positiva, hospitalizados y con ETE confirmado por examen imagenológico (Angio TC de tórax o ecografía Doppler). Como ETE se consideraron; tromboembolismo pulmonar (TEP), trombosis arterial o venosa de extremidades con o sin desarrollo de isquemia aguda, trombos aórticos, entre otros. Se utilizó una Base de Datos en Excel, analizada en IBM® SPSS®.

RESULTADO: Total de pacientes COVID (+) 637. La Incidencia Acumulada (IA) de pacientes con ETE fue 9,4% (60 casos). El 16% de los pacientes COVID asocia otro evento trombótico. La edad promedio fue de 60 ± 15 años, siendo un 73% hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron, diabetes (30%), hipertensión arterial (37%), obesidad mórbida ($IMC > 40$) 20% y, tabaquismo activo 17%. Los tipos de ETE desarrollados fueron: TEP 76,7% (el 56% se diagnosticó al ingreso, siendo el resto de los casos intrahospitalarios), TVP EEII 10%, Trombosis EESS 10%, Trombosis aórtica 1,7%, otros 1,7%. En cuanto al ETE y la evolución de la enfermedad, este evento se presentó en el día 15 ± 9.5 de evolución, en donde el 95% de los pacientes tenían síntomas. De los pacientes con evento intrahospitalario, el 50% estaba sin tratamiento anticoagulante o solo con profilaxis (35%).

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado que la enfermedad por SARS-COV-2 es un factor de riesgo para eventos trombóticos, y, en nuestra serie, aproximadamente 1/10 pacientes con COVID hospitalizados desarrolló un ETE, siendo lo más frecuente el TEP con su aparición desde la segunda semana de síntomas.

TUMOR DEL GLOMUS CAROTIDEO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Nicolás Drolett S, Jorge Cifuentes C, Benigno Valda C, Celeste Burgos C

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Los tumores del glomus carotideo pueden envolver la carótida común y su bifurcación, es por eso que representan un desafío para el cirujano vascular. Sin embargo, la experiencia de esta patología está dada por casos aislados y series pequeñas, siendo nulos los reportes en la macrozona norte.

OBJETIVOS: Teniendo en cuenta publicaciones que plantean una relación geográfica en ciudades con altura, nos propusimos describir la epidemiología de tumor del glomus carotideo en la región de Antofagasta y exponer la experiencia quirúrgica en el intra y post operatorio.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y observacional donde se incluyeron todos los casos con diagnóstico de tumor del glomus carotideo derivados de las provincias de la región de Antofagasta que fueron intervenidos en el Hospital Regional de Antofagasta en el periodo 2010 – 2021. Se analizaron variables epidemiológicas, quirúrgicas en el introoperatorio y postoperatorio. Se utiliza estadística descriptiva.

RESULTADO: De los casos con criterios de inclusión se detectaron 10 pacientes con tumor del glomus carotideos siendo equivalente la cantidad de hombres y mujeres. El rango de edad fue desde los 46 – 85 años. El 50% de los pacientes proviene de Calama, siendo el resto de Antofagasta, Tocopilla y Tal -Tal. 20% de los pacientes consulta por trastorno deglutorio. Todos se estudiaron con AngioTAC como examen para planificación quirúrgica. La lateralidad fue de 62% del lado derecho y 38% para lado izquierdo. El tamaño del tumor dio un promedio de 30 mm (3-65mm), el tiempo quirúrgico promedio fue de 213 min. A todos se les dejó drenaje y la histología fue paraganglioma en el 100% de los pacientes. En los pacientes con extracción ganglionar, el 100% fue negativo para infiltración. La media de días hospitalizados fue de 2,7 días (2-4 días). Las complicaciones hasta el alta fue trastorno deglutorio en solo 1 paciente que se recupera en los controles posteriores. No hubo mortalidad en la serie

CONCLUSIÓN: Los resultados de nuestra serie son comparables con otras experiencias nacionales e internacionales. Calama (2300 msnm) representa la mayoría de los casos de glomus carotideo de la región de Antofagasta.

ONCOLOGÍA



RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA SEGUIDA DE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO (TRATAMIENTO NEOADYUVANTE TOTAL): VALOR PRONÓSTICO DE LA RESPUESTA A TRATAMIENTO.

I. Perrot Rosenberg, G. Lazcano Álvarez, G. Veillon Contreras, J. Solis Campos

Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El estándar de tratamiento en cáncer rectal localmente avanzado es la radioterapia y quimioterapia neoadyuvante, siendo una estrategia el tratamiento neoadyuvante total (TNT).

OBJETIVOS: Este estudio busca evaluar los resultados oncológicos de sobrevida e impacto en respuesta patológica del TNT, utilizando el score de respuesta a neoadyuvancia (NAR). Estimamos que pacientes con un mayor grado de respuesta patológica tendrán mejores resultados en sobrevida.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo incluyendo pacientes con cáncer rectal localmente avanzado resecable tratados con TNT con intención curativa entre el 2017 y 2019, recibiendo Radioterapia 25 Gy en 5 sesiones seguido de 3 ciclos de quimioterapia FOLFOX y cirugía posterior. Se analizaron las biopsias de piezas operatorias de los centros quirúrgicos referentes y se calculó el NAR para cada pieza operatoria. El análisis de sobrevida se realizó con método de Kaplan-Meier. El estudio contó con la aprobación del comité de ética local.

RESULTADO: Se identificaron 49 pacientes etapificados con tomografía computada y 44 pacientes (89.8%) evaluados con RM. Clínicamente, 4 pacientes T2 (8.2%); 34 T3 (69.4%) y 11 T4 (22.4%). Todos los pacientes completaron el tratamiento de radioterapia; mediana de 7 días de duración (RIC 5-7). El 98% de los pacientes recibió al menos 1 ciclo de quimioterapia con una mediana de 3 ciclos (RIC 3-4). Mediana de intervalo entre inicio de radioterapia y cirugía 115 días (RIC 99-144). 6 pacientes (10%) operados dentro de las 12 semanas. Se obtuvieron 34 biopsias quirúrgicas. 10 pacientes ypT0 (29.4%); 3 ypT1 (8.8%); 7 ypT2 (20.6%); 11 ypT3 (32.4%) y 3 ypT4 (8.8%); 27 ypN0 (79.4%); 4 ypN1 (11.8%) y 3 ypN2 (8.8%). Se identificaron 9 pacientes con respuesta patológica completa (18.4%). Tras una mediana de seguimiento de 32 meses, la sobrevida global de la cohorte fue 75.5%. La mediana de NAR score fue 8.4. Considerando respuesta a TNT, pacientes con NAR bajo (<8.4) tuvieron 100% de sobrevida global mientras que NAR alto (>8.4) 60% de sobrevida global ($p=0.002$).

CONCLUSIÓN: En conclusión, nuestros resultados de TNT son comparables a los obtenidos en la literatura internacional. Validado inicialmente en tratamientos neoadyuvantes de radioquimioterapia concomitante prolongada, demostramos que el NAR score también posee valor pronóstico en contexto de TNT.

IMPACTO DE INFECCIÓN POR VPH EN PACIENTES CON CÁNCER ANAL TRATADOS CON RADIOQUIMIOTERAPIA

G. Veillon Contreras, I. Perrot Rosenberg, G. Lazcano Álvarez, J. Solís Campos

Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El cáncer anal es una neoplasia poco frecuente, con una incidencia de 0.54/100.000 pacientes. La infección por virus papiloma humano (VPH) es un factor etiológico importante, siendo identificado en el 90% de los casos. El estándar de tratamiento actual es la radioquimioterapia concomitante, con tasas de respuesta de hasta un 80%. Evidencia retrospectiva sugiere que la presencia de VPH podría ser un factor pronóstico. La presencia de VPH puede evaluarse por la determinación inmunohistoquímica (IHQ) de p16

OBJETIVOS: . El objetivo de este estudio fue determinar el valor pronóstico del p16 en pacientes con cáncer anal tratados con radioquimioterapia. Estimamos que pacientes con IHQ p16 positiva tendrán mejor pronóstico en comparación con pacientes p16 (-).

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva incluyendo a pacientes tratados entre los años 2008-2015 con radioquimioterapia o radioterapia exclusiva con intención curativa. Todos los pacientes fueron tratados con radioterapia 3D conformacional. Se realizó una evaluación centralizada de IHQ p16 y marcadores de infección por VPH. El análisis de sobrevida fue realizado con el método de Kaplan-Meier. El estudio fue aprobado por el comité de ética local.

RESULTADO: Se incluyeron 65 pacientes de 8 centros. La mayoría con enfermedad localmente avanzada; 29 pacientes con ganglios positivos (44.62%). 31 (47.69%) pacientes con etapa III. La radioterapia se realizó sin interrupciones; se permitió realizar sobreimpresión a las adenopatías secundarias. 78.4% de la muestra recibió quimioterapia concomitante, siendo cisplatino semanal el esquema más común (84.3%). La mediana de seguimiento fue de 41 meses (RIC 16-68). Sobrevida libre de progresión y global a 3 años fue 61.2% (IC 95% 47-72) y 67.5% (IC 95% 54-77) respectivamente. Se realizó determinación IHQ de p16 en 36 pacientes (55.4%) resultando positiva en 63.9%. Se identificó coilocitos en 47.2% de los pacientes y morfología condilomatosa en 41.6%. La sobrevida global a 5 años fue de 44.8% (IC 95% 17-69) para pacientes p16 (-) y 57.4% (IC 95% 30-77) para pacientes p16 (+) ($p = 0.65$).

CONCLUSIÓN: En conclusión, la radioquimioterapia concomitante basada en cisplatino ofrece excelentes resultados. Los hallazgos sugieren el valor pronóstico de la determinación de p16. Si bien no se demostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, se observó una tendencia a un mejor pronóstico, observación susceptible de ser evaluada en estudios futuros con mayor potencia estadística.

FISTULA COLÓNICA COMO DEBUT DE CARCINOMA RENAL SARCOMATOIDE METASTÁSICO. REPORTE DE UN CASO.

C. Astorga Larrondo; P. Brante Baez; G. Trepal Vidal; V. Maturana Molina; G. Bogani Amadori.

Hospital DIPRECA

INTRODUCCIÓN: EL carcinoma renal sarcomatoide (CRS) es una des diferenciación poco común y conlleva un pronóstico desfavorable. Los tratamientos para CRS han mostrado a lo largo de los años poca eficacia, siendo la mediana de supervivencia de 6 a 13 meses. Otra dificultad es la baja tasa de detección en imágenes y biopsias preoperatorias, obteniéndose la certeza del diagnostico después del tratamiento quirúrgico.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de un paciente con CRS, con debut de enfermedad poco habitual lo que dificulto el abordaje, detección y manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Hombre, de 68 años, consulta por compromiso del estado general y dolor abdominal en flanco izquierdo de 6 meses de evolución. Tomografía de abdomen y pelvis "Masa necrótica en cuadrante superior izquierdo, probable origen neoplásico pancreático, invasión esplénica y colónica, signos de fistula colónica". Biopsia percutánea: Carcinoma, inmunohistoquímica sugerente de origen renal. Se realiza cirugía resectiva en bloque que incluyo nefrectomía total izquierda, esplenectomía, pancreatectomía distal, hemicolectomía izquierda y disección ganglionar. Tamaño tumoral 13 x 11 cm y 1320 gramos.

RESULTADO: Histopatológicamente se informo: Carcinoma renal con diferenciación sarcomatoide, infiltra bazo, páncreas, colon, peritoneo y glándula suprarrenal, Ki67 60%. Post operatorio sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: DISCUSIÓN El carcinoma renal sarcomatoide (CRS) es una diferenciación tumoral rara, presente en el 4-5% de todos los carcinomas renales (CR) y en 20% de todos los CR metastásicos. Los factores de peor pronóstico son, tamaño tumoral grande, diferenciación sarcomatoide, y necrosis tumoral. Las metástasis se encuentran con mayor frecuencia en tumores mayores de 10 cm. La diferenciación sarcomatoide se observa entre los 54 y 63 años, con predominio hacia el sexo masculino (1.3:1 – 2:1), sin mecanismos de diferenciación entre géneros claros. La historia natural y pronóstico de CRS es malo, un 60-80% presenta enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, y a mayor porcentaje de diferenciación sarcomatoide peor pronóstico. Los estudios de CRS están limitados al bajo número de pacientes y su presentación tardía, existiendo datos limitados sobre la mejor terapia sistémica, logrando hasta ahora mejor respuesta con regímenes basados en inmunoterapia. **CONCLUSIÓN** Actualmente se aboga por la resección quirúrgica en cualquier etapa si el estado funcional del paciente lo permite, como el caso aquí reportado, sin embargo, al tratarse de un CRS de gran tamaño, debut metastásico y centro necrótico, todos factores de mal pronóstico que pueden marcar el curso de la evolución y la escasa sobrevida pese a los esfuerzos quirúrgicos y al uso de inmunoterapia adyuvante.

RESECCIÓN QUIRÚRGICA Y RECONSTRUCCIÓN VASCULAR VENOSA EN LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL CON COMPROMISO VASCULAR.

Javiera Ojeda Gallardo, Matías Cortés Zumelzo, Edmundo Ziede Rojas, Andrea Gómez

Schulz, Jaime Jans Báez

Universidad Austral de Chile sede Osorno. Hospital Base San José de Osorno

INTRODUCCIÓN: Hasta en un 15% de los sarcomas retroperitoneales (SRP) primarios, invade los vasos abdominales, como la vena cava inferior (VCI) y las venas ilíacas (VI). La resección completa del tumor en estos casos determina un desafío quirúrgico, más no una contraindicación; siendo crucial para el buen resultado clínico y oncológico del paciente.

OBJETIVOS: Dar a conocer el caso de un paciente con diagnóstico de Liposarcoma mixoide retroperitoneal con compromiso vascular tratado quirúrgicamente.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de los registros clínicos electrónicos del caso clínico mencionado.

RESULTADO: Paciente de 59 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial, amputación infracondílea derecha traumática y liposarcoma inguinal izquierdo operado el 2017 con posterior adyuvancia con quimio y radioterapia. Consulta en el servicio de urgencias por un cuadro de 8 días de evolución de aumento de volumen en la extremidad inferior izquierda, sin cambios inflamatorios.. Además refiere aumento de volumen abdominal que al examen físico se palpa como una masa abdominal pétreo que comprometía hemiabdomen inferior, indolora. Se realizó ecotomografía Doppler que descartó TVP, se amplió estudio con AngioTC de tórax, abdomen y pelvis que mostró una masa de 26 x 23 cm, hipovascular que comprometía uréter izquierdo determinando su dilatación a proximal y envolviendo "en manguito" la vena iliaca común izquierda. Se realizó una embolización de vena y arteria hipogástrica izquierda e instalación de catéter doble J a izquierda. Posteriormente se realizó resección tumoral oncológica, reconstrucción vascular venosa iliaca con puente de politetrafluoroetileno (PTFE) y nefrectomía izquierda por compromiso ureteral extenso. Cirugía R2 con enfermedad residual mínima a nivel sacro. Posterior a la cirugía el paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al decimoquinto día post operatorio. La biopsia informó: Liposarcoma mixoide de bajo grado, infiltrante, con tamaño tumoral de 23,5 x 22 x 13 cm. Con componente mixoide hasta en un 80 % y componente adiposo 20%. Sin permeación vascular linfática, venosa ni perineural. T4N0M0 estadio IB. Completó radioterapia adyuvante, en seguimiento ambulatorio con buena rehabilitación física, sin incontinencia fecal ni urinaria, sin recidiva clínica ni imagenológica a los 9 meses.

CONCLUSIÓN: El compromiso de vasos abdominales en SRP es una condición infrecuente, que no siempre determina una contraindicación para la resección quirúrgica. Si el paciente cumple con criterios para resecabilidad, la terapia ideal es la cirugía con un abordaje multidisciplinario para lograr un buen resultado.

SIMULACIÓN, EDUCACIÓN



IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA FORMACIÓN QUIRÚRGICA LATINOAMERICANA; Y POSIBLES ESTRATEGIAS PARA ADAPTARNOS A ELLA

E. Varela, I. Castelli, V. Szwarcfiter, L. Turner, M. Gaete, Á. Morales, F. Belmar, J. Varas

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Diversas publicaciones internacionales dan cuenta del efecto negativo de la pandemia por COVID-19 en distintos programas de especialidades quirúrgicas. Actualmente, no existen revisiones literarias que aborden el impacto de la pandemia en Latinoamérica ni de las estrategias para adaptar los programas a esta.

OBJETIVOS: Esta revisión busca entender el impacto del COVID-19 sobre el entrenamiento simulado y la práctica clínica supervisada de los programas de especialidades quirúrgicas en Latinoamérica e identificar estrategias para adaptarlos a la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión sistemática basada en la declaración PRISMA. Se realizaron 2 búsquedas entre abril-mayo del 2021 utilizando las bases de datos OVID MEDLINE, LILACS, Google Scholar y Trip Database. La primera abordó el impacto del COVID-19 sobre el entrenamiento simulado, la práctica clínica supervisada y las estrategias para adaptarse a la pandemia en Latinoamérica. La segunda búsqueda se realizó de complemento para entender las metodologías propuestas en el resto del mundo y así identificar más estrategias para la adaptación de estos 2 aspectos quirúrgicos durante la pandemia. Se incluyeron estudios prospectivos y retrospectivos con variables objetivas y cualitativas que trataran sobre los objetivos propuestos y se excluyeron artículos que sólo abordaban componente teórico. Se realizó análisis cualitativo según ejes temáticos.

RESULTADO: De un total de 715 registros se seleccionaron 32 artículos en la primera búsqueda y de 1637 registros se seleccionaron 56 artículos en la segunda. Respecto al entrenamiento simulado, no se encontraron registros objetivos sobre su disminución, no obstante en 5 artículos en que se encuestaron residentes, al menos 65% de ellos mencionaron percibir una disminución de este. En cuanto a la práctica clínica supervisada, 5 estudios reportaron disminución de entre un 60 a 90% del número de cirugías realizadas por residentes de cirugía general. Similares cifras se encontraron en programas de urología, neurocirugía, otorrinolaringología y cirugía plástica. Estrategias adaptativas propuestas en Latinoamérica y resto del mundo para el entrenamiento simulado incluyeron cursos online, uso de simuladores portátiles, aplicaciones móviles, análisis crítico remoto de cirugías grabadas y/o en vivo mediante videoconferencia. Para la práctica clínica supervisada se sugirió la tele-tutoría intraquirúrgica y la grabación de procedimientos con posterior retroalimentación.

CONCLUSIÓN: En Latinoamérica, el entrenamiento simulado y la práctica clínica supervisada fueron afectados negativamente. Las estrategias adaptativas planteadas en Latinoamérica se centran en el uso de videoconferencia, simulación y uso de herramientas de mentoría sincrónica y asincrónica. Se requieren más estudios prospectivos que evalúen efectividad de estas para generar recomendaciones.

USO DE "HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO" EN INTERNOS DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE SEDE OSORNO

Edmundo Ziede Rojas, Camila Catalán Concha

Universidad Austral de Chile sede Osorno

INTRODUCCIÓN: La pandemia COVID -19 ha mermado fuertemente en las prácticas clínicas de nuestros estudiantes. Una forma de contrarrestar esto es dando uso a herramientas de evaluación formativa y retroalimentación, las evaluaciones en el lugar de trabajo son herramientas de evaluación formativa auténticas, de fácil aplicación y con retroalimentación en su estructura por lo que su implementación debería impactar positivamente en el aprendizaje y la adquisición de competencias clínicas de los estudiantes.

OBJETIVOS: Diseñar e implementar un sistema de evaluación formativa y auténtica para el internado de cirugía de la Universidad Austral de Chile

MATERIAL Y MÉTODO: Se creó un proyecto de innovación docente para el diseño de una herramienta evaluativa del tipo "evaluación en el lugar de trabajo", la capacitación de los docentes para su uso mediante un taller online y finalmente su aplicación como sistema piloto en una cohorte de estudiantes del internado de cirugía de la Universidad Austral de Chile

RESULTADO: Mediante una lluvia de ideas de expertos y revisión de literatura se realizó la incorporación y definición de las destrezas requeridas para el desarrollo de un profesional competente, se incluyeron 6 destrezas (Historia clínica – Examen físico – Juicio Clínico – Interpretación de exámenes – Habilidades comunicativas – Profesionalismo). Luego se realizó un taller de capacitación a los docentes sobre la aplicación de esta evaluación y estrategias de retroalimentación. Finalmente se aplicó la evaluación en una cohorte de 8 estudiantes del internado de cirugía en donde se realizaron entre 2 y 3 evaluaciones en distintos momentos del internado obteniendo una evaluación inicial global de 6.4 puntos (escala de 1 a 9) y una evaluación final global de 8 puntos (escala de 1 a 9), además ha demostrado una alta satisfacción con 8.7 puntos (escala de 1 a 10) por parte de los estudiantes.

CONCLUSIÓN: El uso de evaluaciones formativas y el desarrollo de instancias de retroalimentación estructurada nos permite mejorar los resultados de aprendizaje y satisfacción de los estudiantes en cuanto a la adquisición de destrezas clínicas para el internado de cirugía.



COLECISTECTOMÍA ENFOCADA EN EL PROCEDIMIENTO

J.L. Quezada, P. León, F. Farfan.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: Si el tiempo en pabellón ya era demasiado valioso para permitir la adquisición de habilidades técnicas básicas, la situación actual de pandemia parece haber incrementado aún más este problema. ¿Será posible utilizar videograbaciones quirúrgicas y transformarlas en una experiencia aún más completa que recoja no solo el procedimiento efectuado?

OBJETIVOS: En el proceso de elaboración de un repositorio de videograbaciones enmarcado en un programa de técnica quirúrgica local, se elaboró un video de colecistectomía laparoscópica que se incluye aspectos técnicos e interpretativos llevados a cabo durante su ejecución, complementado con modelos anatómicos 3D que facilitan su comprensión.

CONTENIDO DE VIDEO: Colecistectomía laparoscópica paso a paso con un enfoque absolutamente docente complementando la imagen con audio, texto y sobre-escritura como facilitadores de la comprensión del procedimiento, además apoyada con animación 3D para optimizar su aprendizaje.