

**SE
CT**

SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA
TORÁCICA



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE CABEZA Y
CUELLO & PLÁSTICA MÁXILO-FACIAL



XCIV CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA
XXXIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA VASCULAR
Y ANGIOLOGÍA – ALCVA
XXVIII CONGRESO AIACT- SIMPOSIO AIACT – SECT- SCICH
XLIX JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
XIX JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA
IX JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE
AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE CIRUGÍA TORÁCICA
ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA VASCULAR
Y ANGIOLOGÍA – ALCVA

SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA DE CABEZA-CUELLO Y PLÁSTICA
MÁXILO-FACIAL

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y
ESTÉTICA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

SOCIEDAD DE PARED ABDOMINAL Y HERNIAS DE CHILE

PUCÓN - CHILE: 15 AL 18 DE NOVIEMBRE DE 2022

SEDE: GRAN HOTEL PUCÓN

CON EL PATROCINIO DE

- MINISTERIO DE SALUD
- UNIVERSIDAD DE CHILE
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
- UNIVERSIDAD AUSTRAL DEL CHILE
- UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
- UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE
- UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO
- UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
- UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
- UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

Presidente:

Dr. Marcelo Barra M.

Vice-Presidente:

Dr. Alejandro Campos G.

Secretaria General:

Dra. Lorena Pérez S.

Tesorero:

Dr. Rodrigo Torres-Quevedo Q.

Past-President:

Dr. Carlos García C.

Directores:

Dr. Mauricio Cáceres P.

Dr. Wilfredo Calderón O.

Dra. Verónica Fonseca S.

Dr. Enrique Lanzarini S.

Dr. Juan Pablo Moreno P.

Dr. Maher Musleh K.

Dr. Marco Antonio Rojas G.

Dr. Víctor Vera M.

Secretarias Sociedad de Cirujanos de Chile

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Yohana Velásquez A.

COMITE ORGANIZADOR CONGRESO

Presidente

Dr. Marcelo Barra M.

Director

Dr. Juan Pablo Moreno P.

Dr. Richard Wins Biraben, España

Presidente Asociación Iberoamericana De Cirugía De Tórax

Dr. Michel Bergoeing R.

**Presidente XXXIII Congreso Latinoamericano de Cirugía Vascular y Angiología –
ALCVA**

Dr. Maximiliano Figueroa S.

Presidente del Departamento de Cirugía Endoscópica

Dr. Maher Musleh K.

Presidente del Departamento de Cirugía Gastroesofágica

Dr. Jaime Castillo K.

Presidente Departamento de Cirugía Hepatobiliar

Dr. Nicolás Quezada S.

Presidente Departamento de Hernias y Pared Abdominal

Dr. Juan Manuel Donaire A.

Presidente Departamento de Mama

Dr. Raúl Berrios S.

Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

Dr. Cristián Salas del Campo

Presidente del Departamento de Cirugía Vascular

Dra. Claudia Albornoz G.

Presidenta del Departamento de Cirujanas

Dra. Ana Milena del Valle M.

**Presidenta del Departamento de Trauma, Cirugía de Urgencia y
Paciente Crítico**

Dra. Mónica Martínez M.

Presidenta del Departamento de Recuperación Acelerada en Cirugía

Dra. Deycies Gaete L.

Presidenta Seccional de Residentes

Dr. Carlos Rivera P.

Presidente del American College of Surgeons

Dra. Alejandra Gallego C,

**Presidenta de la Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza-Cuello y
Plástica Máxilo-Facial.**

Dra. María Elena Molina P.
Presidenta Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. Alejandro Conejero R.
Presidente Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

Dr. Francisco Pacheco B.
Presidente Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica

COMITE CIENTIFICO

Presidente

Dr. Carlos Manterola D.

Dr. Raúl Berrios S.

Dr. Luis Burgos de Cea

Dr. Nicolás Jarufe C.

Dr. Jorge Pierart P.

Dr. Mario Uribe M.

COMITÉ EDUCACIÓN MÉDICA

Dr. Alejandro Campos G.

Dr. Guillermo Martínez S.

Dra. Marcia Valenzuela D.

Dr. Víctor Vera M.

TOMO DE RESUMENES

CIRUGÍA BARIÁTRICA

POLINEUROPATÍA AXONAL MIXTA SEVERA Y ENCEFALOPATÍA DIFUSA POR DÉFICIT NUTRICIONAL POST CIRUGÍA BARIÁTRICA

Daniela Adjemian G, Karin Papapietro V, Camila Gajardo S, Catherina Cid Q

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía bariátrica es uno de los tratamientos para la obesidad. El déficit de varios micronutrientes, a pesar de suplementación, constituye una complicación frecuente. Bajos niveles de cobre se han relacionado con alteraciones neurológicas de diversa severidad.

OBJETIVOS: El objetivo de éste trabajo es conocer las alteraciones neurológicas secundarias al déficit de cobre posterior a cirugía bariátrica

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 37 años con antecedentes de bypass gástrico cinco meses previo a su ingreso. Consulta en servicio de urgencia del Hospital Clínico Universidad de Chile por cuadro de 3 semanas de evolución destacando paresia apendicular progresiva con compromiso de la marcha, compromiso de conciencia cualitativo, disartria, diplopía e hipoacusia. Ingresa en regulares condiciones generales, vigil, bradipsíquica, inatenta, desorientada en tiempo y espacio. Al examen neurológico presenta alteraciones en lenguaje, motoras, pruebas cerebelosas positivas y nistagmo patológico, sin signos meníngeos. Ingresa con diagnóstico de síndrome confusional, pancerebeloso y de tronco encefálico.

RESULTADO: Los exámenes de laboratorio y tomografía computarizada no muestran hallazgos destacables. En el estudio etiológico se descartó Guillain-Barré y el único déficit de micronutrientes detectado fue cobre, por lo que sus síntomas se interpretan como carenciales. Se estructura como unidad diagnóstica polineuropatía axonal mixta severa y encefalopatía difusa por déficit de cobre, iniciándose suplementación con sulfato de cobre oral y nutrición parenteral. Hubo leve mejoría de la sintomatología neurológica quedando con secuelas motoras y neurocognitivas estimadas como probablemente irreversibles.

CONCLUSIÓN: Las alteraciones neurológicas asociadas al déficit de cobre encontradas en una paciente con bypass gástrico se interpretaron como una complicación nutricional de la cirugía bariátrica, en concordancia con reportes similares en la literatura. Estos reportes han mostrado que los síntomas neurológicos secundario a déficit de cobre, a pesar de la suplementación, pueden ser irreversibles.

BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS VS BYPASS GÁSTRICO EN “Y” DE ROUX PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Rubén Alcazar C, Salvador Navarrete A, José Leyba Z
Clínica Santa Sofía, Caracas-Venezuela

INTRODUCCIÓN: La obesidad es una enfermedad crónica que ha aumentado su prevalencia en el mundo, convirtiéndose en un problema de salud pública. El tratamiento consiste en cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico y/o quirúrgico. La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo tanto para la obesidad, así como también algunos casos de diabetes. El bypass gástrico en “Y” de Roux (BGYR) es una de las técnicas más empleadas, siendo actualmente la gastrectomía vertical laparoscópica la técnica más utilizada. Tiene la desventaja de que requiere una curva de aprendizaje larga y presenta una morbilidad postoperatoria no despreciable. El bypass gástrico de una anastomosis (OAGB) es una técnica sencilla, menos demandante y con menor morbilidad que el BGYR. Por lo antes mencionado, surge la siguiente interrogante ¿Es el OAGB una técnica tan segura y efectiva, en cuanto a menor complicaciones, mantenimiento de la pérdida de peso y resolución de comorbilidades, que el BGYR?

OBJETIVOS: Comparar la eficacia del Bypass gástrico de una anastomosis (OAGB) con el Bypass

gástrico en "Y" de Roux (BGYR) para el tratamiento de la obesidad. Precisar el tiempo quirúrgico, días de hospitalización, complicaciones tempranas y tardías, el porcentaje de exceso de peso perdido, porcentaje de exceso IMC perdido y la resolución de comorbilidades a los 12 meses de seguimiento en los pacientes sometidos a OAGB y BGYR.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. La muestra estuvo constituida por pacientes operados de OAGB y BGYR entre enero del 2008 y enero del 2016. De los 100 pacientes operados de OAGB en este lapso, sólo 72 pacientes tenían un 1 año de seguimiento, los cuales fueron pareados 1:1 según edad, sexo e IMC con 72 pacientes intervenidos de BGYR en el mismo lapso de tiempo. Se evaluó tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, morbilidad, pérdida del exceso de peso y resolución de comorbilidades. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$, mayores de 18 años, seguimiento de 12 meses y los criterios de exclusión: Cirugías de revisión, enfermedad psiquiátrica grave, farmacodependencia. Se aplicó estadística descriptiva y analítica.

RESULTADO: El índice de masa corporal preoperatorio, la estancia hospitalaria y la tasa de complicaciones tempranas fueron similares en ambos grupos. El tiempo quirúrgico fue menor en el grupo de OAGB ($80,8 \pm 17,7$ Vs $89,5 \pm 17 \text{ min}$, $p=0,01$). El % exceso de peso perdido (%EPP) y el % de exceso del índice de masa corporal perdido (%EIMCP) a los 12 meses de seguimiento fue similar en ambos grupos. La tasa de resolución de comorbilidades fue mayor en el grupo de BGYR (OAGB 88,3% Vs BGYR 95,5%, $p=0,08$).

CONCLUSIÓN: El OAGB/BAGUA es una técnica segura y efectiva como procedimiento bariátrico, presenta una resolución de comorbilidades y complicaciones comparables a los del BGYR, pero con menor tiempo quirúrgico. El OAGB es una alternativa válida de tratamiento para los pacientes con obesidad mórbida, comparable al BGYR, en el corto plazo. Es necesario series prospectivas con mayor tiempo de seguimiento, y análisis de costos, para establecer conclusiones más sólidas.

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: REVISIÓN DE LITERATURA Y ASPECTOS CLAVE PARA EL CIRUJANO A PARTIR DE UN CASO DE INICIO PRECOZ

Christophe Riquoir, Cristián Ugalde, Iván Paul, Patricio Mellado, Nicolás Quezada

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía bariátrica (CB) es la mejor alternativa terapéutica para la obesidad y sus comorbilidades. La encefalopatía de Wernicke (EW) es una complicación neuropsiquiátrica de la CB por déficit de vitamina B1, cuya presentación precoz es muy infrecuente y subdiagnosticada.

OBJETIVOS: Presentar un caso de EW precoz posterior a bypass gástrico laparoscópico (BPGL) y discutir en base a la literatura disponible los aspectos clave de su diagnóstico, complicaciones y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 23 años obesa (IMC 48.7 kg/mt²) e insulino-resistente con intentos fallidos de baja de peso con manejo médico. Se decide realizar BPGL. Destaca del intraoperatorio enterotomía incidental por endograpadora en la confección de la entero-enteroanatomosis, por lo que se realiza una resección intestinal segmentaria y reconfección de la anastomosis. Egresas en buenas condiciones tras 48 horas. Al cuarto día evoluciona con náuseas, vómitos y disfagia. Una tomografía computada (TC) descarta complicaciones y egresa sin suplementación vitamínica. A 30 días de la cirugía, reconsulta por náuseas y tos con expulsión de saliva, discomfort abdominal e irritabilidad. Una TC con doble contraste y una endoscopia digestiva alta descartan complicaciones. Por impresión de compromiso cualitativo de conciencia es evaluada por neurología, que sospecha una EW. Una resonancia magnética cerebral resulta normal. Se inicia una carga de tiamina con resolución de los síntomas, apoyando la hipótesis. Tras cuatro días egresa con tiamina oral y a 5 meses de seguimiento, con IMC 36.3 kg/mt², no presenta nuevas complicaciones.

RESULTADO: La EW en CB ocurre habitualmente entre las 4 y 12 semanas. La tríada (ataxia, oftalmoplejía y encefalopatía) está presente en sólo el 16% de los casos, y los signos imagenológicos en el 58%. De no tratarse a tiempo, progresa al síndrome de Wernicke-Korsakoff, con confabulación y daño irreversible de la memoria. En este caso, el cuadro de vómitos desde cuatro días posterior al alta, la cirugía y la fisiológicamente limitada reserva de B1 determinan una aparición precoz de EW, de sintomatología atípica como se suele ver en CB. Inicialmente se sospecha una estenosis de la entero-enteroanastomosis y no se anticipan mayores déficit nutricionales por los vómitos, determinando la aparición del cuadro.

CONCLUSIÓN: La EW es una complicación infrecuente, pero grave en CB. Su volumen creciente podría significar un aumento de la incidencia. La clínica clásica y su correlato imagenológico se presenta en la minoría de los pacientes. Una adecuada suplementación y sospecha diagnóstica son fundamentales para su prevención y tratamiento precoz.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO DE MÁS DE 10 AÑOS DE PACIENTES SOMETIDOS A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Deycies Gaete Letelier, Tomás González Arestizábal, Attila Csendes Juhasz, Brenda Gómez Del Mauro

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La Cirugía Bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad mórbida, la mayor epidemia de la última década. El Bypass Gástrico en Y-de-Roux Laparoscópico (BGL) ha sido el gold estándar por varios años. A pesar de la gran cantidad de procedimientos practicados hasta la fecha, hay escasa literatura publicada acerca de los resultados a más de 10 años de seguimiento

OBJETIVOS: Determinar la pérdida de peso y los cambios bioquímicos después de 10 años de BGL.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo de 106 adultos con Obesidad por Índice de Masa corporal (IMC) $>29 \text{ kg/m}^2$ sometidos a BGL en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2004 y 2010. Se realizó estudio preoperatorio completo (laboratorio, electrocardiograma, endoscopia digestiva alta, ecografía abdominal y evaluación por psicóloga y nutricionista) y se excluyeron pacientes con cirugías digestivas anteriores, hernia hiatal $>4\text{cm}$, consumo abusivo de alcohol, y, patología psiquiátrica no tratada. El último control se realizó en 2019. Se compararon variables clínicas y de laboratorio. Las variables categóricas se describen como porcentajes y las continuas como medias o medianas. Se utilizan test de datos emparejados paramétricos y no paramétricos y ANOVA para muestras repetidas. Se considera significativo $p<0,05$

RESULTADO: Seguimiento de 100% con media de 133 ± 29 meses. La edad en la cirugía fue $43,5\pm 10,2$ años con predominio de mujeres (75%). El IMC y peso medios basales fue $38,9 \text{ kg/m}^2$ y $102,1 \text{ kg}$, demostrando descensos en las medidas registradas al año, entre los 4 y 5 años, y, a los 10 años de seguimiento, $26,9 \text{ kg/m}^2$ y 71 kg , $27,4 \text{ kg/m}^2$ y 72 kg , $29,7 \text{ kg/m}^2$ y 78 kg , respectivamente ($p=0,0000$). La mayor diferencia en peso respecto al basal se produce entre los 4 y 5 años, con $-31,3 \text{ kg}$ menos, disminuyendo a los 10 años a $-24,2 \text{ kg}$. Respecto al laboratorio inicial y el último se encuentra; glicemia de $107,8\pm 34$ y $89\pm 13 \text{ mg/dl}$, colesterol total de 212 ± 53 y $161\pm 36 \text{ mg/dl}$ y, triglicéridos de 180 ± 86 y $100\pm 38 \text{ mg/dl}$, respectivamente ($p<0,05$). El 17% era diabético, con mediana de Hemoglobina glicosilada basal de 7,7% y última de 5,4% ($p=0,0000$). Sólo 9 casos (8,5%) desarrollaron Hernia Interna, la mitad fue antes de 4 años de postoperado. Se pesquiza anemia en el 25%, con una mediana de tiempo de aparición de 51 meses.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte el BGL es una técnica efectiva para el tratamiento de la obesidad, con IMC postoperatorio <30 a más de 10 años de seguimiento.

COLECISTECTOMÍA Y GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA EN SITUS INVERSUS, EXPERIENCIA EN VIDEO A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío Vera, Octavio Cortés, Roberto Leiva, Katrina Lolas, Felipe Sepúlveda, Gustavo Czwiklitzer.

Universidad de Chile; Clínica Miguel Claro

INTRODUCCIÓN: El situs inversus totalis (SIT) es una condición hereditaria infrecuente, que consiste en la transposición de órganos torácicos y abdominales, se estima una incidencia entre 1:10.000 a 1:20.000. Generalmente es diagnosticada como un hallazgo, pues tiende a manifestarse de forma asintomática. A su vez, la patología biliar en Chile tiene una elevada incidencia y constituyen patologías con indicación quirúrgica muy frecuente en nuestra población; mientras que la realización de la cirugía bariátrica va en aumento en nuestro país. La coexistencia de SIT con las intervenciones mencionadas configura un desafío quirúrgico incluso para el cirujano experimentado.

OBJETIVOS: Presentar a través de video, el caso clínico de paciente con diagnóstico de situs inversus que requirió de colecistectomía más manga gástrica por vía laparoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente femenina de 37 años con antecedente de situs inversus diagnosticado en la infancia e HTA, sin otros antecedentes. Consulta con historia de obesidad de larga data (actualmente grado II), en busca de cirugía bariátrica, se estudió con endoscopia digestiva alta con test de ureasa positivo para helicobacter pylori, la cual fue tratada efectivamente, además de exámenes metabólicos de laboratorio y ecografía abdominal, donde destaca colelitiasis con vía biliar fina y dislipidemia, sin otras alteraciones; por lo cual se decide realizar colecistectomía más manga gástrica laparoscópica en un tiempo. Se consigue según protocolo pase por psicología y pase por nutrición, con dieta efectiva preoperatoria. Se realiza cirugía en posición francesa, con trócares ubicados; 3 de 12 mm supraumbilical y el hipocondrio derecho e hipocondrio izquierdo, y 2 de 5 mm en epigastrio y flanco derecho, sin incidentes, evoluciona favorable y se indica alta hospitalaria a las 24 horas, en buenas condiciones. Al control del mes postoperatorio, paciente con buena evolución, con buena tolerancia oral, pérdida de peso acorde y biopsia de vesícula biliar sin alteraciones asociadas a la colecistolitiasis. No hay evidencia descrita de mayor incidencia de litiasis de vía biliar en pacientes SIT versus población general, sin embargo, debido a su presentación inversa en el eje axial de órganos toracoabdominales, su diagnóstico y eventual manejo quirúrgico se vuelven más desafiantes; esto sumado a que la cirugía bariátrica es un procedimiento en aumento en nuestro país, secundario a la mayor prevalencia de obesidad mórbida y sus correspondientes complicaciones, convierte entonces el correcto diagnóstico y manejo quirúrgico de ambas patologías en pacientes SIT un desafío incluso en mano de cirujanos/as expertos. Existen escasos casos descritos en la literatura, de manga gástrica en este tipo de pacientes, dentro de ellos, se describe el uso de técnica americana y francesa en cantidades similares. La mayoría de los casos en la literatura describe la alteración de la instalación de los puertos, o puertos adicionales. La frecuencia de complicaciones postoperatorias no aumentó en pacientes con SIT.

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

NERVIO LARÍNGEO NO RECURRENTE DERECHO, REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Paz Cárdenas C, Paulina Leyton C, Guillermo Vasquez

Hospital Regional de Rancagua

INTRODUCCIÓN: Es de suma importancia conocer la variante anatomía de nervio laríngeo no recurrente (NLNR) la cual tiene una frecuencia que oscila entre el 0,25 y el 0,99% aproximadamente. Corresponde principalmente a una consecuencia de un desarrollo embriológico anómalo del tronco epiaórtico. La incidencia en el lado derecho varía desde 0,3 a 4%.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico en la literatura medica.

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

RESULTADO: Paciente de sexo femenino, 28 años con cuadro de 1 mes de evolución observa aumento de volumen en cuello, sin otros síntomas asociados. Se le solicitó ecografía tiroidea la que informa "Nódulo hipoecogénico con microcalcificaciones internas en lóbulo tiroideo derecho, TIRADS 4B. Paaf tiroides: Bethesda VI, maligno. (Cáncer Papilar de tiroides) Se le realiza tiroidectomía total en donde se encuentra de manera incidental la presencia de un nervio laríngeo no recurrente derecho (Figura 1) sin otros hallazgos anormales, ni complicaciones intraquirúrgicas ni postoperatorias. Evolucionan favorablemente en sala y se da de alta sin complicaciones. El estudio patológico definitivo reporta y confirma Cáncer papilar de tiroides T1b,N1b,M0

CONCLUSIÓN: La alteración anatómica del NLNR se da debido a una anomalía en la formación del cuarto arco aórtico derecho, no desplazando el nervio laríngeo recurrente hacia abajo. La lesión del nervio laríngeo recurrente genera una alteración en la innervación de la musculatura de la laringe, y en algunos casos parálisis de las cuerdas vocales, lo que un incidente quirúrgico puede generar una falla en la fonación de los pacientes. Conocer la existencia de variantes anatómicas como el NLNR previene que durante el acto quirúrgico se puedan generar lesiones accidentales, que puedan provocar complicaciones y/o secuelas a los pacientes. El cirujano debe estar preparado para reconocer las alteraciones anatómicas y poder así prever riesgos dentro de la cirugía.

QUISE DERMOIDE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Hubner, M. Jugo, J.Rebolledo, M. Echeverría, M. Minassian

Hospital Militar. Servicio de Cirugía. Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN: Introducción: Los quistes del conducto tirogloso constituyen la mayoría de las masas cervicales congénitas en la línea media. Por otro lado, el quiste dermoide, corresponde a un tumor benigno de origen ectodérmico, que puede encontrarse en cualquier parte del cuerpo, solo un 6,9% se ubican en la región de la cabeza y cuello. Se postula que son congénitos pero tienen manifestaciones clínicas en la segunda y tercera década de la vida.

OBJETIVOS: Objetivos: Reportar un caso de quiste dermoide de localización atípica y presentarlo como diagnostico diferencial de quiste de conducto tirogloso

MATERIAL Y MÉTODO: Materiales y métodos: Reporte de caso, observacional, descriptivo y transversal de paciente con diagnóstico de quiste dermoide en Hospital Militar, Santiago, año 2021.

RESULTADO: Resultados: Paciente masculino de 20 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por aumento de volumen cervical anterior, en línea media suprahiodea, de 8 años de evolución, asintomático. Al examen físico, se palpa aumento de volumen cervical en zona suprahiodea, de consistencia blanda, indoloro, no eritematoso, no adherido a planos profundos, de aproximadamente 6 cm. No se palpan adenopatías cervicales. Se realiza ecografía cervical, en donde se observa en línea media de espacio infrahiodeo una imagen hipoecogénica redondeada de 4.11 x 3.01 cm de diámetro, no vascularizada, de contenido moderadamente denso. Imagen descrita podría corresponder a quiste tirogloso de contenido denso, sin embargo no es posible descartar ectopias glandulares. Se complementa estudio con resonancia magnética de cuello que informa que en el piso de la boca, línea media, se aprecia lesión hiperintensa T2, moderadamente hiperintensa T1. No tiene tabiques ni calcificaciones. Delimitada por capsula fina, mide 4.6x4.9x3.8cm, en los sentidos longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente. Impresiona lesión quística unilocular en región sublingual, sin extensión evidente a planos profundos. Se decide resecar el quiste y mandar a biopsia. Se realiza cirugía Sistrunk sin incidentes. Se recibe biopsia, que informa quiste dermoide de 6 cm.

CONCLUSIÓN: Conclusión: la localización de los quistes dermoides en zonal cervical son poco frecuentes, más aun los que se encuentran en el piso de la boca, correspondiendo a un 1,6%. De estos, la mayoría se ubica en la línea media siendo sublingual un 52% y submental un 26%. Se presenta este caso, con el fin de mostrar esta entidad poco frecuente como diagnostico diferencial del quiste del conducto tirogloso, además de aportar a la literatura una ubicación poco habitual de este quiste.

FASCITIS NODULAR EN REGIÓN SUPRAESCAPULAR. REPORTE DE UN CASO.

M. Echeverría, M. Hubner, M. Jugo, J. Rebolledo.

Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La fascitis nodular es un tumor benigno de los tejidos blandos originado por la proliferación de fibroblastos y miofibroblastos, que puede confundirse con una lesión sarcomatosa debido a su rápido crecimiento. Generalmente se desarrolla entre el tejido subcutáneo y la capa muscular subyacente de extremidades superiores, tronco, cabeza y cuello. Tiene dimensiones inferiores a 3-4 centímetros.

OBJETIVOS: Reportar el caso de una paciente con fascitis nodular en región supraescapular, como diagnóstico diferencial de lesión de rápido crecimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADO: Paciente femenina 63 años sin antecedentes, fue derivada a policlínico cirugía oncológica por cuadro de 4 meses de evolución de lesión supraescapular derecha, indolora. Al examen físico impresiona lesión tumoral en cara lateral de escápula derecha de aproximadamente 9 x 6 cm, de consistencia pétreo, adherida a planos profundos con retracción central de la piel. Sin adenopatías palpables. Trae ecografía partes blandas donde impresiona nódulo sólido que se proyecta en plano muscular y se corresponde con los músculos infraespinoso, redondo mayor y menor. RNM hombro derecho: lesión voluminosa expansiva de 60 x 58 x 34 mm en región escapular derecha que compromete el plano muscular de redondo mayor, redondo menor y dorsal ancho con extensión a plano subcutáneo. Señal similar al músculo en secuencias potenciadas en T1, presentando moderada hiperintensidad de señal en secuencias sensibles al líquido y realce con el CIV. Características con alta probabilidad de sarcoma. Evaluado por equipo de cirugía, impresionan diagnóstico probable de sarcoma. Se decide realizar estudio de la lesión y diseminación. TAC TAP y PET cuerpo total: sin evidencias de diseminación intratorácica ni abdominopelviana. Biopsia core frustra, se obtiene cilindro de tejido de 1 cm. Estudio histopatológico: lesión fibrosa no concluyente. Durante el procedimiento se realiza PAAF dado imposibilidad de toma de muestra adecuada. Estudio histopatológico: células fusadas sin atipia. Se decide estudio mediante biopsia incisional. Estudio histopatológico: compatible con fascitis nodular, sin atipias. Dado exclusión de malignidad, se mantiene en tratamiento conservador. Actualmente evolución estacionaria.

CONCLUSIÓN: La fascitis nodular conlleva un diagnóstico difícil a la luz de sus características inespecíficas tanto clínicas como imagenológicas. Es importante considerarla como diagnóstico diferencial de lesión de rápido crecimiento de partes blandas, con el fin de evitar sobrediagnóstico de malignidad.

ENFRENTAMIENTO DEL TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO: REVISIÓN DE LITERATURA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.

Úrsula Figueroa, Francisca Henríquez, Álvaro Veloso, Cristóbal Moya, José Farías, Paz Henríquez

Hospital Clínico UC Christus

INTRODUCCIÓN: El cuerpo carotídeo (glomus) es una estructura ovoidea localizada en la bifurcación carotídea, donde se pueden originar tumores neuroendocrinos derivados de los paraganglios extraadrenales del sistema nervioso parasimpático. Corresponden a neoplasias infrecuentes, de crecimiento lento y generalmente benigno. La intervención quirúrgica de forma precoz está bien descrita y ha demostrado disminución de recurrencias y complicaciones.

OBJETIVOS: El presente trabajo tiene como objetivo abordar el diagnóstico y tratamiento de esta entidad a partir de un caso clínico y la revisión de la literatura disponible.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información a través de ficha clínica electrónica. Se realizó una búsqueda en PubMed, Epistemonikos y Google Scholar, utilizando los términos “glomus carotídeo”, “paraganglioma del cuerpo carotídeo” y “tumor cuerpo carotídeo”.

RESULTADO: Paciente de 57 años, consulta por hallazgo de lesión nodular sólida en bifurcación carotídea izquierda de 2.3 cm, bien delimitada y vascularizada, sugerente de tumor del cuerpo carotídeo en ecografía de control por hipotiroidismo, asintomática. Al estudio ampliado con angiografía por tomografía computada se observa imagen que determina separación de la arteria carótida interna de la externa con múltiples estructuras vasculares arteriales, sugerente de paraganglioma carotídeo izquierdo. Se realiza resección de tumor glómico de 2.5 cm vascularizado. Estudio anatomopatológico confirma sospecha de paraganglioma. Posteriormente evoluciona con leve disartria y paresia lingual por compromiso del nervio hipogloso izquierdo, que cede de manera espontánea. Actualmente, se encuentra en buenas condiciones generales en plan de continuar controles anuales.

CONCLUSIÓN: Los paragangliomas carotídeos son infrecuentes y generalmente asintomáticos. Tienen un patrón de crecimiento lento, pero pueden llegar a rodear estructuras anatómicas adyacentes, como la arteria carótida común, la bifurcación de la misma, o los nervios craneanos de la vecindad. Se recomienda estudiarlos inicialmente con ecografía cervical para luego realizar un estudio ampliado con angiografía carotídea mediante resonancia magnética o tomografía computarizada. La extirpación quirúrgica completa permite una supervivencia libre de enfermedad con baja morbilidad y la confirmación diagnóstica mediante estudio anatomopatológico. Se ha planteado la embolización preoperatoria de la lesión mediante cateterismo percutáneo con el objetivo de reducir la vascularización y optimizar la seguridad de la cirugía. La resección total de la lesión debe ser realizada por un cirujano que domine las técnicas de reconstrucción vascular del territorio carotídeo con la finalidad de minimizar complicaciones.

EXPOSICIÓN DE OSTEOSÍNTESIS EN CAVIDAD ORAL POR FRACTURA MANDIBULAR, VERSATILIDAD DEL COLGAJO SUBMENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Luis Arratía Torres, María Francisca Rozas Vásquez, Jean Pierre Droguett Gimpel, Cristian Gottschalk Saavedra.

Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena

INTRODUCCIÓN: Las fracturas mandibulares son lesiones frecuentes en el trauma maxilofacial. Los rasgos sinfisarios y parasinfisarios representan un 14% de la entidad. Existen múltiples abordajes para la reducción y osteosíntesis de las fracturas, como per oral. Se ha reportado 1% de exposición de material de osteosíntesis. Dentro de las alternativas de cobertura como primera línea se usan colgajos locales de mucosa. Sin embargo, a mayor defecto se requerirá mayor cantidad de tejido. Si bien el colgajo libre microquirúrgico es el gold standard, los colgajos regionales como el colgajo submental se presentan como una alternativa factible, rápida y con menor tiempo operatorio.

OBJETIVOS: Describir en un caso la versatilidad del colgajo submental en la cobertura de material de osteosíntesis expuesto en cavidad oral.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso de fractura de mandíbula con exposición de material de osteosíntesis en el cuál se logró cobertura con un colgajo submental.

RESULTADO: Paciente de 63 años, fumador, masculino, sufre accidente de tránsito con eyección del vehículo resultando con TEC y fractura mandibular parasinfisaria conminuta expuesta en mandíbula edéntula con gran compromiso mucoso. Se realizó reducción y osteosíntesis con doble placa de mandíbula 2.0 unilock con cierre primario de mucosa. Durante el cuarto mes postoperatorio sufre exposición de osteosíntesis que se resolvió con colgajo de mucosa. Al sexto mes postoperatorio se produce pérdida del colgajo resultando con nueva exposición de placas y segmento mandibular de aproximadamente 3x3 cms., sin evidencia de osteomielitis en imágenes. Considerando un lecho operatorio fibrótico e intervenido previamente, se decide reconstrucción con colgajo submental. Se planificó paleta cutánea de 4cms con marcación ecográfica de perforantes (2). Se realizó mandibulectomía marginal con piezoeléctrico. El colgajo se talló incluyendo el vientre anterior del músculo digástrico izquierdo. Tunelización a través del piso de la boca, buen asentamiento y cobertura mandibular. Evolución favorable. Alimentación postoperatoria con SNY hasta el día 10 y luego régimen progresivo hasta el alta. Durante el seguimiento, colgajo vital, fonación y deglución adecuada, con zona dadora sin morbilidad.

CONCLUSIÓN: La reconstrucción de defectos de la cavidad oral es una situación desafiante, en especial si existe exposición de osteosíntesis. El uso del colgajo submental es una alternativa regional que posee menor tiempo operatorio, menor necesidad de recursos y baja morbilidad de la zona dadora, otorgando suficiente cobertura para mantener la funcionalidad.

MELANOMA MUCOSO DE PALADAR DURO Y MANEJO LOCOREGIONAL, REPORTE DE UN CASO.

María Francisca Rozas Vásquez, Luis Arratia Torres, Andrés Torrealba Bustos, Jean Pierre Droguett Gimpel, Cristian Gottschalk Saavedra.

Universidad de La Frontera, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena

INTRODUCCIÓN: El melanoma mucoso (MM) es una neoplasia infrecuente y agresiva que se genera a partir de los melanocitos que se encuentran en el epitelio de la mucosa, siendo la cavidad oral el segundo sitio en frecuencia. Representa el 1,4% de todos los melanomas y el 1-2% de las neoplasias malignas de la cavidad oral. La mayoría de ellos se desarrollan en el paladar duro. Presenta un mal pronóstico, con una sobrevida general a 5 años de 23 a 53%. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, existiendo distintas alternativas con respecto al manejo del defecto. Se puede asociar a terapias complementarias como radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia. Existe discrepancia en la literatura respecto al manejo de los linfonodos.

OBJETIVOS: Describir el manejo locoregional en un caso de melanoma mucoso de paladar duro.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de un melanoma mucoso de paladar duro y manejo inicial del cuello con biopsia de ganglio centinela.

RESULTADO: Femenina de 57 años, asmática, diabética e hipertensa, con lesión pigmentada melanocítica derecha de paladar duro de larga data, de aproximadamente 5 cms. De diámetro, que traspasa la línea media. Evoluciona con áreas ulceradas centrales de 4 cms en paladar duro y blando. Sin adenopatías palpables. Biopsia incisional compatible con melanoma mucoso infiltrante, cT3N0M0. Se realiza resección oncológica en plano subperióstico y biopsia de dos ganglios centinela (Tc99 y azul patente). Biopsia quirúrgica informada como melanoma mucoso invasor, variedad nodular, infiltrante hasta lámina propia, con 9 mm de extensión y 2,5 mm de espesor máximo, componente in situ de 40mm, márgenes quirúrgicos negativos y 1/2 ganglios positivos (pT3N1M0). Se deja zona operatoria con cicatrización por segunda intención. Se completa disección ganglionar terapéutica posterior con 0/64 ganglios positivos. Evoluciona con granulación completa de la zona de resección y sin complicaciones relacionadas con la disección cervical. Recibió adyuvancia con pembrolizumab, sin recidiva locoregional ni a distancia.

CONCLUSIÓN: El MM de cavidad oral representa un desafío terapéutico, tanto en el manejo local de la lesión como en la determinación de una disección ganglionar profiláctica y sus terapias complementarias. Ninguna ha demostrado una mejoría significativa de la sobrevida. Al ser una entidad poco frecuente y altamente agresiva, no existen protocolos de tratamiento bien definidos.

HEMORRAGIA ESPONTÁNEA DE NÓDULO TIROIDEO: REPORTE DE UN CASO

M.J. Jugo, V. Pino, F. Wuth, J. Rebolledo, M.F. Echeverría, M.L. Hubner

Hospital La Florida

INTRODUCCIÓN: La hemorragia espontánea de un nódulo tiroideo es un evento poco frecuente y con epidemiología poco clara, ya que los estudios hasta ahora realizados consisten en series de casos y pequeños estudios retrospectivos. Sus manifestaciones clínicas varían desde dolor y malestar cervical en casos de sangrado leve, hasta escenarios que suponen gran riesgo vital como hematomas expansivos con obstrucción de la vía aérea.

OBJETIVOS: Reportar un caso con imágenes radiológicas de hemorragia espontánea de nódulo tiroideo, hallazgo poco común.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un caso clínico.

RESULTADO: Paciente de 54 años con antecedentes de anemia ferropriva en tratamiento. Consultó al servicio de urgencias por cuadro de 6 días de evolución de aumento de volumen cervical doloroso, palpable, blando, asociado a vómitos; sin disnea ni disfagia. Paciente ingresa hemodinámicamente estable, sin alteración de los signos vitales. Al examen físico se evidencia aumento de volumen palpable en relación a hemitiroides derecha. En ecotomografía de tiroides se evidenció nódulo sólido-quístico en unión de lóbulo derecho con istmo; bien delimitado, de 18 mm, con focos de coloide espeso en su porción dependiente y vascularización en su porción sólida al estudio con Doppler - color; con signos de complicación con sangrado. En angiotomografía de cuello se evidenció lesión focal hipodensa tiroidea derecha. Paciente fue hospitalizada para manejo sintomático, evolucionando favorablemente.

CONCLUSIÓN: La hemorragia espontánea de un nódulo tiroideo es un escenario poco común, sin embargo, se debe sospechar en casos de aumento de volumen cervical doloroso de inicio agudo. Para realizar un adecuado diagnóstico de la patología subyacente en estos casos, es fundamental solicitar una ecotomografía con estudio Doppler, pudiéndose complementar con una tomografía contrastada. Ante esta situación se requiere de una evaluación cautelosa debido a la posibilidad de que el sangrado evolucione a un hematoma expansivo con compromiso de la vía aérea, en cuyo caso se requiere de un manejo quirúrgico precoz. A pesar de esto, la mayoría de estos pacientes requerirá únicamente manejo sintomático.

CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE EAGLE

Gonzalo Rossel D., María José Yussem F., Yerko Leighhton F.

Hospital del Salvador, Clínica Vespucio

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Eagle es una entidad clínica que se caracteriza por dolor facial y/o orofaríngeo o cervical alto, asociado otros síntomas compresivos, en los que el estudio radiológico evidencia un alargamiento de las apófisis estiloides.

OBJETIVOS: Dar a conocer esta patología poco conocida, su cuadro clínico y método diagnóstico, como partes de los diagnósticos diferenciales de cervicalgias.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso clínico de una paciente de 35 años, con una historia de larga data de dolor cervical alto, submandibular y que se exacerba con movimientos de rotación, que se irradiaba a oído y ángulo mandibular, con síndrome vertiginoso asociado, cuyo estudio con tomografía axial computarizada, mostraron cambios artrósicos en columna, y un severo alargamiento de ambas apófisis estiloides.

RESULTADO: Se presenta el resultado quirúrgico, posterior a la extirpación de ambos procesos estiloides mastoideos, con desaparición inmediata de los dolores cervicales, con una rápida recuperación postquirúrgica.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Eagle se trata de un cuadro muy poco conocido, pero debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del estudio de cervicalgias y dolor oro-facial. Dada la estrecha relación anatómica con vasos del cuello es una cirugía de base cráneo, que requiere un acabado conocimiento del área a operar, pero que es la única solución ante la falla del tratamiento médico con corticoides y analgésicos.

CASO CLÍNICO: RABDOMIOSARCOMA ESPACIO MASTICATORIO EN MENOR DE 10 MESES

Gonzalo Rossel D., María José Yussem F., Yerko Leighhton F.

Hospital del Salvador, Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN: El rabdomiosarcoma (RMS) en niños, es un tumor maligno que se origina en tejido muscular esquelético. El RMS es una neoplasia muy infrecuente, y muy raro en niños menores de 1 año. Cuatro niños de entre 1 millón se diagnostican anualmente en USA. El 30 a 40% de los RMS se originan en estructuras de cabeza y cuello, mientras que el 25% se origina en tracto genitourinario y el 20% en extremidades.

OBJETIVOS: Dar a conocer caso clínico de tumor rabdomiosarcoma tratado con cirugía y luego quimioterapia, con diagnóstico tardío que dificultó en extremo el diagnóstico, con sobrevida exitosa del paciente a 4 años de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso clínico de un paciente de 10 meses, que a los 8 meses de edad, los padres notan un crecimiento progresivo a nivel malar derecho, de crecimiento rápidamente agresivo, que por imágenes se diagnostica como un tumor del espacio masticatorio. Al ser biopsiado, se diagnosticó una fascitis nodular, entidad que proliferación benigna del tejido fibroblástico, de etiología desconocida. Por lo mismo, no era candidato a RT ni QT, pero el crecimiento agresivo lo dejó fuera de alcance quirúrgico en el sistema público. Se evalúa el caso en instancia que ya ocupaba más de la mitad de la cavidad orofaríngea, con pérdida inminente de la vía aérea, y se decide cirugía de rescate.

RESULTADO: Se logra extirpar el tumor por abordaje temporal, y se logra la remoción completa del tumor incluyendo su porción orofaríngea, logrando recuperación inmediata de la vía aérea, desaparición del dolor, recuperación de la deglución, y fue dado de alto a las 48 horas PO. En biopsia diferida se hace el diagnóstico definitivo de rabdomiosarcoma, con lo cual se reevalúa, y se encuentra una recidiva al mes de la cirugía que alcanzaba 4 cm (equivalente al 5% del tumor original), por lo que previa evaluación en Hospital St Jude en USA, se comienza con quimioterapia en Hospital Luis Calvo Mackena, lográndose remisión completa del tumor, luego de una segunda cirugía de resección de tumor de 1 cm a mitad de la quimioterapia, según recomendación de tratantes. EN 4 años de seguimiento, no hay recidiva ni secuelas cosméticas.

CONCLUSIÓN: El RMS es un tumor infrecuente, sin embargo, pese a las dificultades que presenta su extirpación en cabeza y cuello en espacios tan complejos como el masticatorio, se puede extirpar y o lograr una reducción tumoral muy importante, con mínimas secuelas, para luego dar una quimioterapia y radioterapia que pueden tener resultados mucho más exitosas luego de la considerable reducción tumoral.

PILOMATRIXOMA GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicolás Hermosilla, Renzo Carpanetti, Omar Zambrano

Hospital Higuera de Talcahuano

INTRODUCCIÓN: El pilomatrixoma (PM) es un tumor benigno derivado de las células de la matriz pilosa, primera vez descrito en 1880. Tiene una incidencia de 0.001% y es más frecuente en niños y adultos jóvenes con predominio en el sexo femenino. Usualmente su presentación clínica corresponde a un nódulo azulado, firme, móvil, subcutáneo menor a 3 cms de extensión que pueden o no ulcerarse. Ocasionalmente pueden ser gigantes (> a 4 cms), habiéndose reportado casos en la literatura de hasta 34 cms lo que podría simular una neoplasia maligna. Los PM gigantes son más comunes en hombres de mediana edad y su localización principal es en extremidades superiores y la región parotídea. Se desconoce su patogenia pero se cree que existen factores genéticos en su origen.

OBJETIVOS: El objetivo del siguiente reporte es describir un caso de pilomatrixoma gigante en un adulto joven.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.

RESULTADO: Paciente masculino de 30 años, con antecedente de macroprolactinoma hipofisario operado en 2013 y en tratamiento médico, hipotiroidismo y obesidad. Historia de aumento de volumen paraesternal indoloro de 3 años de evolución. Al examen, presenta una masa de partes blandas de 11 x 7cms ulcerado. Estudio con tomografía computarizada de tórax con contraste evidencia una masa de partes blandas en plano epidérmico de la región paraesternal izquierda de aspecto neoplásico de 9.5 x 1.9cms en eje transversal y anteroposterior. Se decide realización de biopsia incisional que informa carcinoma basocelular ulcerado. Se realiza resección quirúrgica con márgenes libres y colgajo de avance. Biopsia de la pieza concluye pilomatrixoma gigante ulcerado, variante proliferativa con márgenes libres. Paciente actualmente en seguimiento clínico.

CONCLUSIÓN: Los PM son raros, pero uno de los tumores benignos cutáneos más prevalentes en la edad pediátrica. Su importancia radica en que muchas veces es confundido con cáncer, especialmente cuando son gigantes ya que son ulcerados en un 40% de los casos. Nuestro caso representa un ejemplo claro en que la sospecha clínica y biopsia incisional fueron categóricas de malignidad, lo que pudo descartarse sólo con la biopsia definitiva de la lesión. De esta manera, es importante reconocer esta patología puesto que puede simular una neoplasia maligna.

BOCIO CON EXTENSIÓN INTRATORÁCICA. EXPERENCIA DE UN CENTRO CON EL USO DE MINIESTERNOTOMÍA EN J.

J.P. Droguett; L. Arratia; C. Gottschalk; A. Torrealba; B. Bohn; M. Rozas; A. Salazar.

Universidad de La Frontera.

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente un 10% de los bocios con extensión al tórax se resuelven a través de un abordaje mixto cervicotorácico con ayuda de una esternotomía media. En cirugía cardiotorácica se utiliza ampliamente la miniesternotomía en patología valvular beneficiándose de menor estadía en UCI y recuperación acelerada. No se han reportado trabajos exclusivos de tiroidectomías con el uso de esta técnica.

OBJETIVOS: Describir variables demográficas, perioperatorias, complicaciones y tiempo de hospitalización en pacientes en quienes se realizó tiroidectomías totales con uso de miniesternotomía.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de casos retrospectivos de pacientes a quienes se les realizó tiroidectomía total con uso de miniesternotomía en J en el hospital regional de Temuco durante 2015 – 2022. Se excluyeron aquellos pacientes con ganglios positivos o datos incompletos en registros clínicos. Técnica quirúrgica: se realizó cervicotomía arciforme clásica con prolongación en T hacia la línea media esternal con una incisión en la piel de 10cms. aproximadamente (3er.- 4to. espacio intercostal). No se utilizó CEC. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADO: De un total de 8 pacientes, 100%(8/8) fueron del género femenino, edad 63 ± 13 años. El 38%(3/8) presentaron síntomas preoperatorios. El tiempo desde el diagnóstico hasta la intervención quirúrgica fue de 27 meses (min 2 – máx 60). Un 25% (2/8) correspondieron a bocios abandonados en tiroidectomías previas. El tiempo operatorio fue 201 ± 26 mins. El 88% (7/8) se extubaron de inmediato y 1 paciente se extubó al día 5 postoperatorio en UCI. La estadía en UCI fue 2 ± 1 días. El Tiempo de retiro de drenajes (hemosuc) fue 4 ± 2 días y el alta se produjo a los 8 ± 5 días (min 5 – máx 20). Respecto a la histología, un 88% (7/8) fueron hiperplasia nodulare benigna y un caso correspondió a un carcinoma anaplásico. Dentro de las complicaciones, no hubo hematomas que requirieran una segunda cirugía ni necesidad de transfusiones. Se presentó hipocalcemia por laboratorio en el 50% (4/8) de los pacientes, pero sólo el 25% (2/8) fueron sintomáticas. El 25% (2/8) se mantuvieron utilizando calcio al control de los 6 meses (Persistentes).

CONCLUSIÓN: La miniesternotomía en J es una técnica extrapolada que aporta gran exposición de estructuras mediastínicas y permite la resección de bocios que se extienden al tórax sin necesidad de abordar todo el esternón. La estadía en UCI y tiempo de hospitalización suelen ser más acortadas.

CIRUGÍA GENERAL

FIBROMATOSIS GÁSTRICA AGRESIVA PERFORADA CON COMPROMISO MULTIORGÁNICO EN MUJER DE 36 AÑOS

daniel cifuentes, victor riquelme, felipe alegria

hospital san juan de dios, los andes

INTRODUCCIÓN: los tumores fibromatosos agresivos son infrecuentes, no tienen características de malignidad a nivel citológico y no generan metástasis, sin embargo son invasivos localmente

OBJETIVOS: se presenta el caso de una mujer de 36 años con un tumor gástrico fibromatoso agresivo con compromiso multivisceral perforado

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente con consultas previas en servicio de urgencias por dolor abdominal y alza en parámetros inflamatorios manejado por pielonefritis, llega a urgencias grave con dolor abdominal y en shock séptico. Se realiza reanimación agresiva y estudio con TC de abdomen. Moderado neumoperitoneo se observa gran masa heterogénea con burbujas de gas que mide aproximadamente 12cm que pierde plano de clivaje con curva mayor gástrica se acompaña de escaso líquido libre intrabdominal dentro del diagnóstico considerar tumor gástrico GiST perforado.

RESULTADO: Sin diseminación hepática ni peritoneal. Gran masa tumoral dependiendo de la curvatura mayor gástrica sin plano de clivaje que compromete hilio esplénico, cola de páncreas, 4 porción de duodeno y colon transverso. Se realiza resección en bloque de la masa tumoral, gastrectomía parcial, esplenectomía, pancreatometomía distal, resección y anastomosis termino-terminal de la 4 porción duodenal, colectomía de colon transverso con colostomía terminal.

CONCLUSIÓN: paciente evoluciona de forma favorable de alta a los 15 días, control comité oncológico indica seguimiento.

TUMOR DEL ESTROMA EXTRA GASTROINTESTINAL , REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Paz Cárdenas C, Camila Jiménez B.

Hospital Regional de Rancagua

INTRODUCCIÓN: Los tumores de estroma gastrointestinal (GIST) corresponden a neoplasias que se encuentran exclusivamente tracto gastrointestinal, principalmente ubicados en estómago e intestino delgado. Estos nacen de las células intersticiales de Cajal que se encuentran en dichos tejidos. Tienen una incidencia entre el 1-2 % de las neoplasias, se da de igual forma en ambos sexos y su diagnóstico, en la mayoría de los casos, es incidental. Los tumores de estroma extra gastrointestinal (E-GIST) corresponden a neoplasias con las mismas características histopatológicas y moleculares de los GIST, pero en una ubicación inusual.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico poco común en la literatura médica.

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

RESULTADO: Paciente de 72 años, con antecedentes de HTA y obesidad. Consulta por aumento de volumen en zona inguinal derecha, de crecimiento progresivo, sin dolor. Al examen físico se palpa lesión de aproximadamente 16cm adherida a planos profundos. Se realiza ecografía de muslo derecho donde se identifica gran masa en que alcanza aproximadamente 16 x 7 x 4 cm. Se realiza TAC TAP donde se evidencia lesión 15 cm en curvatura mayor que aparenta de origen gástrico, no pudiendo descartar origen colónico Se realiza cirugía con resección de liposarcoma femoral y abdominal, siendo enviadas a biopsia. La biopsia de lesión en retroperitoneo informa: Tumor fusocelular de bajo grado (G1), sugerente de sarcoma fuso celular de bajo grado (GIST) con un tamaño de 9.5 x 8.5 x 6 cm, unifocal, con 40% de necrosis, una tasa mitótica de 3 en 5mm² y márgenes quirúrgicos delimitados por capsula de tejido fibroconectivo. En el estudio inmunohistoquímico CD117 (+), DOG-1 (+), Actina de musculo liso (-) y Desmina (-)

CONCLUSIÓN: Los tumores E-GIST fueron descritos por primera vez el año 2000, habiendo pocos casos conocidos en el mundo, con una incidencia baja. Presentan las mismas características de los GIST y activan mutaciones similares CD117 (c-kit) y CD34, lo cual se va a confirmar mediante el estudio histopatológico. Presenta una clínica similar a los GIST, por lo cual va a ser la cirugía y posterior biopsia el que confirma el diagnostico, no existen estudios que orienten al pronostico de supervivencia de los EGIST. El presente caso reporta un hecho inhabitual que no suele observarse comúnmente, el apoyo diagnostico con el estudio histopatológico y molecular es un pilar para el abordaje posterior del paciente y los requerimientos de terapia oncológica.

DUPLICACIÓN APENDICULAR, REPORTE DE CASO CLÍNICO

Paz Cárdenas C, Paulina Leyton C, Jorge Hernández A.

Hospital Regional de Rancagua

INTRODUCCIÓN: La duplicación apendicular corresponde principalmente a un hallazgo incidental de dos apéndices que pueden presentar distinta base y orientación en el ciego, existen pocos casos reportados en el mundo, en Chile solo se ha reportado un caso en la literatura. Se presenta principalmente como una re-consulta posterior a una apendicetomía con la misma clínica del cuadro inicial, dolor abdominal en fosa iliaca derecha, elevación de parámetros inflamatorios y signos de irritación peritoneal.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico en la literatura médica.

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

RESULTADO: Paciente de 18 años, con antecedentes quirúrgicos de Apendicectomía laparoscópica con reintervención por apendicitis del muñón apendicular, que consultó al servicio de urgencias en varias ocasiones por un cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha que no cedía a la analgesia, abdomen sensible y doloroso a la palpación, Mcburney +, asociado a náuseas y vómitos. Laboratorios compatibles con proceso inflamatorio agudo TAC AP CC informa Clips quirúrgicos en flanco y fosa ilíaca derecha. Se identifican cambios inflamatorios flegmones de tejido adiposo adyacente al polo cecal, con apendicolito de hasta 13 mm, escaso neumoperitoneo libre y engrosamiento del peritoneo adyacente. Hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Se ingresa a pabellón para apendicetomía video laparoscópica donde se encuentra apéndice subseroso retro cecal ascendente con ápice en contacto con borde hepático. Biopsia de la pieza anatómica informa "Apéndice cecal íntegro de 2,5 x 2 cm" con diagnóstico confirmatorio de apendicitis aguda úlcero - flegmonosa. En 2019, en protocolo de la intervención Apendicetomía video laparoscópica se encuentra: Apéndice ascendente por corredera parietocólica derecha. Biopsia informa apéndice cecal que mide 4,5 cm de longitud compatible.

CONCLUSIÓN: Los casos a nivel mundial de duplicación apendicular son escasos, y son diagnosticados principalmente de forma incidental en pabellón. Radiológicamente son poco diagnosticados debido al proceso inflamatorio de uno de ellos. Según la clasificación de Cave-Wallbridge corresponde a una duplicación tipo B, encontrándose dos apéndices con base independiente y en distintas ubicaciones, el primero en posición paracecal y el segundo retro cecal, formando aproximadamente un ángulo de 90 ° entre ellos. La subclasificación tipo B no incluye este tipo de alteración, sin embargo, el objetivo de este trabajo es poder demostrar las alteraciones anatómicas que se pueden encontrar en el cuadro. La detección imagenológica inicial es fundamental para determinar el manejo quirúrgico más adecuado y prevenir la intervención quirúrgica en estos casos.

SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR ASOCIADO A TORMENTA TIROIDEA, REPORTE DE CASO.

Paz Cárdenas C, Felipe Gálvez M.

Hospital Regional de Rancagua

INTRODUCCIÓN: El síndrome de la arteria mesentérica superior o de Wilkie es un cuadro de obstrucción intestinal alta de la tercera porción duodenal entre el ángulo de la aorta y arteria mesentérica superior, tiene una incidencia del 0.2-1 % de las obstrucciones intestinales. Se presenta con síntomas tales como náuseas, vómitos, saciedad precoz, regurgitación alimentaria.

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

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

RESULTADO: Paciente femenina de 18 años, consulta al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 meses de evolución de predominio en hipogastrio, asociado a disnea, emesis postprandial, además refiere baja de peso involuntaria de 12 kg en los últimos 9 meses. Al examen físico, abdomen doloroso en forma difusa, con predominio en epigastrio, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Hemodinamicamente se encontraba estable, con tendencia a la taquicardia. En los exámenes de laboratorio se encontraba con un perfil hematológico, renal, hepático y bioquímico sin alteraciones. Presentaba consultas previas en servicio de urgencias por clínica similar realizándose TAC AP CC que impresionaba marcada dilatación de la cámara gástrica y del duodeno proximal con transición del calibre a nivel del espacio aorta mesentérico”, haciendo sospecha de un Sd. de Wilkie. Se complemento con AngioTac sin hallazgos patológicos. Se hospitaliza para estudio, donde presenta tormenta tiroidea con niveles TSH > 50.5 μ UI/mL, T4L 0.27 ng/dL, manejándose por endocrinología de forma ambulatoria. Reingresa al servicio por persistencia de náuseas, vómitos y anorexia, solicitándose nuevo TAC AP C/C que impresiona “Sobre distensión del estómago y duodeno, con cambio de calibre abrupto localizado entre arteria mesentérica superior y aorta, compatible con obstrucción del duodeno asociado a Síndrome de Wilkie. Se ingresa a pabellón para realización de Gastro-yeyuno anastomosis retro gástrica, procedimiento sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Conocer el síndrome de la arteria mesentérica superior y su estudio imagenológico es fundamental ya que los síntomas en su mayoría son inespecíficos, es relevante poder reconocerla a tiempo para determinar un manejo adecuado. Evaluar la sintomatología de la paciente de forma detallada y complementarla con estudio imagenológico acorde a la clínica aporta información primordial para el diagnóstico. Exponer este tipo de casos en la literatura es fundamental para informar las distintas presentaciones que puede tener una obstrucción intestinal.

SÍNDROME DE BOUVERET COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Fatme Díaz Gasaly, Julián Figueroa Navarro, María Francisca Rozas, Luis Fonseca Riquelme

1. Servicio de Cirugía Hospital Regional de Temuco. Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía, Anestesiología y Traumatología. Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Bouveret (SB) es una enfermedad infrecuente, generando obstrucción de la salida gástrica por la impactación de un cálculo biliar que pasa a través de una fístula colecistoduodenal o colecisto-gástrica. Representa 1-3% de los casos de íleo biliar, el cuál es una complicación infrecuente (0,3-0,5%) en pacientes con colelitiasis. Su diagnóstico es clínico complementado por imágenes. El 90% requiere tratamiento quirúrgico, reportando morbilidad asociada del 19-24%. La cirugía en 2 tiempos es de elección para pacientes añosos con comorbilidades asociadas

OBJETIVOS: Realizar reporte de caso de SB como causa infrecuente de abdomen agudo y manejo quirúrgico de éste.

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

RESULTADO: Mujer, 70 años, hipertensa. Consulta en urgencias por cuadro de 1 semana de dolor en hipocondrio derecho que se irradia de forma difusa, asociado a náuseas y vómitos. Laboratorio destaca: GB 25.210, PCR 108, K 2,8 Scanner abdomen y pelvis informa: fistula colecisto-duodenal con gran litiasis duodenal, neumbilia intra y extrahepática. Cirugía: Laparotomía Kocher extendida, exploración demuestra vesícula de paredes fibrosas y levemente congestivas. Cuerpo vesicular presenta adherencias firmes a la segunda porción del duodeno. Se palpa cálculo de 9x4,5 cm impactado en tercera porción del duodeno la cual está muy dilatada. Enterotomía longitudinal extrayendo el cálculo por parcialidades. Exploración digital a proximal demuestra fístula colecisto-duodenal de unos 15 mm de diámetro de bordes firmes y fibrosos, la que no se invade. Sutura duodenal en forma longitudinal. Drenaje a la cavidad. Salida a UTI con requerimiento de drogas vaso activas, a las 48 hrs se traslada a sala en buenas condiciones, hemodinamicamente estable, buena tolerancia oral; se retira drenaje al quinto día post operatorio y se decide alta. Control ambulatorio al mes, en buenas condiciones, pendiente resolución de fístula colecisto duodenal.

CONCLUSIÓN: El SB es una entidad infrecuente que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, es más frecuente en mujeres de edad avanzada. El tratamiento puede ser endoscópico, sin embargo el 90% precisa tratamiento quirúrgico para su resolución el cual puede llevarse a cabo en una o dos etapas

TUBERCULOSIS ABDOMINAL COMO ABDOMEN AGUDO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fatme Díaz Gasaly, Mónica Jiménez Salinas, Bastían Arriagada Recabarren, José Tomás Undurraga Nadeau

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía, Anestesiología y Traumatología Servicio de cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco) / Complejo Asistencial Padre Las Casas

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad transmisible dentro de las diez principales causas de muerte a nivel mundial. La enfermedad extrapulmonar está en el 20-30% de pacientes con TBC, el compromiso gastrointestinal tiene una prevalencia entre 3 a 10% y se presenta con signos y síntomas inespecíficos, dificultando su diagnóstico. La tuberculosis apendicular es infrecuente reportando una incidencia del 1,5 a 3% entre los pacientes con TBC (0,03-0,1% de la enfermedad extrapulmonar), clínicamente es idéntica a otras apendicitis siendo el diagnóstico definitivo histológico. El tratamiento incluye terapia antituberculosa estándar y apendicectomía

OBJETIVOS: Realizar reporte de caso de tuberculosis abdominal como presentación inhabitual de abdomen agudo.

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

RESULTADO: Mujer de 20 años, sin antecedentes, nacionalidad boliviana; consulta en urgencia por 2 días de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, asociado a vómitos y diarrea; al examen físico taquicárdica (115x), afebril, abdomen con Blumberg positivo. Laboratorio: Glóbulos blancos 25.750, PCR 386. Scanner abdomen y pelvis: Múltiples colecciones intraabdominales de posible origen apendicular. Cirugía: Laparotomía exploradora que evidencia cavidad abdominal sellada con colón adherido a la pared, aspecto de siembra difusa y apéndice cecal dilatado con aspecto de mucocoele, peritoneo parietal engrosado, sin colecciones intraabdominales. Se realiza apendicectomía y aseo de la cavidad peritoneal. Se toman muestras para biopsia diferida. Evolución favorable, alta al quinto día post operatorio. Control ambulatorio a las dos semanas con resultado de biopsia (B22-676): Periapendicitis crónica granulomatosa de tipo tuberculoso; tejido conectivo y fibroadiposo con proceso inflamatorio crónico granulomatoso de tipo tuberculoso. Elementos sugerentes de bacilo alcohol-ácido resistente fragmentado (tinción Ziehl-Neelsen). En este contexto se amplía estudio solicitando: PCR Mycobacterium tuberculosis – RIF: negativo, VIH: negativo y TAC tórax con signos de tuberculosis con diseminación endobronquial. Se inicia tratamiento para tuberculosis. Por cambio de ciudad, paciente no asiste a más controles en nuestro centro.

CONCLUSIÓN: La tuberculosis apendicular es una entidad infrecuente, se presenta clínicamente como otras apendicitis; hallazgos del intraoperatorio pueden sugerir su diagnóstico pero la histología será confirmatoria. Se debe considerar como diagnóstico diferencial de abdomen agudo, sobre todo en países con mayor incidencia.

GIST DE INTESTINO DELGADO PERFORADO: REPORTE DE CASO INTERVENIDO POR LAPAROSCOPIA

Enrique Biel W, Alvaro Gallardo V, Michelle Engelshoven J, Werner Harnisch T.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias potencialmente malignas, originadas en precursores de las células de Cajal del plexo mientérico debido a una mutación que induce activación de un receptor tirosina quinasa (KIT). Su localización es: estómago (60%), intestino delgado (30%) y otras del tracto digestivo (recto, colon, esófago 5-10%). En el caso de los GIST de intestino delgado, son generalmente asintomáticos. Cuando presentan síntomas, los más frecuentes son el dolor abdominal, masa palpable y la obstrucción intestinal con un 74, 72 y 44 por ciento, respectivamente. La perforación tumoral es rara (del 0,8 al 3%).

OBJETIVOS: Presentar un caso de GIST de intestino delgado que debutó con perforación y fue intervenido de urgencia por vía laparoscópica, satisfactoriamente. Características clínicas y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso operado en 2022. Se describe el caso, los exámenes y el manejo quirúrgico. Revisión en base de datos Pubmed.

RESULTADO: Se presenta caso de mujer de 57 años, que consulta en el Servicio de Urgencias por cuadro de abdomen agudo, asociado a signos de irritación peritoneal. La tomografía computada de ingreso muestra una masa de 3 cm en ileon distal, no obstructiva, asociada a cambios inflamatorios, así como cambios inflamatorios apendiculares y pericecales. Se decide una laparoscopia exploradora, en la que se evidencia un proceso inflamatorio tumoral de intestino delgado adherido al apéndice cecal. Se realiza una resección intestinal del segmento comprometido por el tumor, anastomosis primaria y apendicectomía, por vía laparoscópica. Evolución favorable, realimentación al día 1 y alta hospitalaria al día 4 postoperatorio. Los hallazgos histológicos informan un tumor GIST de 3x2 cm, con 1 mitosis por campo y un Ki67 del 1%, grado I, con inmunohistoquímica: CD117, DOG 1 positivas, actina positiva débil. Por tratarse de un GIST perforado, en comité oncológico se indicó continuar con imatinib.

CONCLUSIÓN: Los factores pronósticos más importantes de estos tumores son: tasa mitótica, tamaño tumoral y localización del tumor. La perforación tumoral se considera como un factor de peor pronóstico, independientemente si se produjo previo o durante la cirugía, teniendo estos pacientes una menor sobrevida libre de enfermedad o de recurrencia. El pilar del tratamiento es la cirugía y en ocasiones asociada a inhibidores de la tirosinquinasa como el imatinib. En el caso presentado, concordante con la literatura, el factor pronóstico que marcó la decisión de terapia adyuvante fue la perforación tumoral.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HEMATOMA INTRAMURAL ESPONTÁNEO: ESTUDIO DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Christophe Riquoir, Nicolás Besser, Felipe Bellolio

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El 15% de las hospitalizaciones por dolor abdominal son por obstrucción intestinal, un 70% de intestino delgado. El 90% corresponde a bridas y hernias, pero existen otras causas infrecuentes que cobran importancia.

OBJETIVOS: Se presenta un caso de obstrucción intestinal (OI) por un hematoma intramural (HIM) espontáneo secundario a tratamiento anticoagulante irregular para discutir su diagnóstico y manejo en relación a la evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos el caso de una mujer de 73 años en anticoagulación oral por fibrilación auricular que consulta por 18 horas de dolor abdominal difuso, vómitos, constipación, distensión abdominal y signos de irritación peritoneal. El Eco-FAST muestra signos de hemoperitoneo. Refiere adherencia irregular a tratamiento, alcanzando INR >20 en dos controles en los últimos 6 días. Se había suspendido la terapia, pero no se administraron agentes de reversión. Una tomografía computarizada (TC) de abdomen evidencia un engrosamiento parietal segmentario del yeyuno distal con material intraparietal espontáneamente denso que oblitera el lumen, compatible con un hematoma intramural, asociado a dilatación del intestino proximal que configura una obstrucción intestinal mecánica. El manejo inicial incluyó reanimación estándar y terapia de reversión con Octaplex®, logrando INR <2.0 en 3 horas. Tras 48 horas se reinicia régimen oral y anticoagulación con heparina. Un control de TC al quinto día muestra regresión del hematoma y ausencia de dilatación del intestino. Tras 12 días la paciente egresa en buenas condiciones con anticoagulación oral reiniciada.

RESULTADO: El HIM es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, con una incidencia de 1 en 2.500 pacientes anticoagulados al año. Generalmente ocurre en trauma abdominal y es aún menos frecuente de forma espontánea. Se presenta típicamente en pacientes añosos con INR >10. El sitio más frecuente de HIM espontáneo es el yeyuno, a diferencia del traumático donde predomina el duodeno. El examen de elección es la TC contrastada, cuyo signo cardinal es un engrosamiento circunferencial hiperdenso del intestino, con estrechez de su lumen por el hematoma, espontáneamente denso. El manejo es esencialmente médico, reservando la cirugía para casos de sangrado activo. Es recomendable suspender y revertir la anticoagulación. La recurrencia de sangrado y complicaciones tardías como la estenosis son infrecuentes. Si bien la mortalidad es baja, está descrita secundaria a hemorragia digestiva.

CONCLUSIÓN: El HIM espontáneo de intestino es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Debe ser sospechada en pacientes anticoagulados con tiempos de coagulación supratrapéuticos. Su manejo es eminentemente médico, siendo de suma importancia su diagnóstico precoz para evitar cirugías innecesarias.

QUISTE HIDATÍDICO PANCREÁTICO: REPORTE DE CASO

C. Dictter, M Beltran, MF Haberle, C Robledo.

Hospital Regional de La Serena

INTRODUCCIÓN: El páncreas constituye una localización infrecuente del quiste hidatídico en el ser humano. Se ha reportado que la incidencia de quiste hidatídico pancreático (QHP) corresponde a 0,4 A 1% de todas las localizaciones. Se reporta el caso de una paciente de 65 años de edad que se presentó en nuestro servicio con una tumoración quística de la cola del páncreas.

OBJETIVOS: Presentar un caso de QHP resuelto en nuestra institución y discutir las características del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino de 65 años de edad con antecedentes de diabetes en tratamiento. Se presenta el caso clínico con imágenes relevantes y se discute la literatura.

RESULTADO: Paciente con sintomatología abdominal inespecífica, en la cual se diagnostica el año 2016 un tumor quístico de la cola del páncreas de 1.70 cm. Se realiza seguimiento imagenológico con resonancia magnética abdominal los años 2017, 2018 y 2021 constatándose el crecimiento del mismo hasta llegar a los 4,70 cm que por sus características y ubicación hacen considerar una lesión mucinosa quística. Por este motivo se hospitaliza en forma electiva y se opera mediante técnica laparoscópica. La cirugía consiste en la resección del tercio distal del páncreas junto con el tumor quístico. La paciente evoluciona en buenas condiciones y es dada de alta a las 48 horas. La biopsia reporta que la tumoración corresponde a un QHP viable con múltiples escólex. Posteriormente se tomó muestra de serología para hidatidosis y se trató con 3 ciclos de Albendazole.

CONCLUSIÓN: El QHP primario es inusual y debe ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales de tumores quísticos pancreáticos, principalmente en áreas endémicas.

HEMATOMA ESPONTÁNEO DE LA VAINA DE LOS RECTOS EN PACIENTE CON COVID-19 Y LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

J. Campero, B. Rivera, D. García, B. Belmar, L. Pérez

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: El hematoma espontáneo de la vaina de los rectos es poco frecuente. El diagnóstico y manejo oportuno es importante, ya que es una patología potencialmente mortal.

OBJETIVOS: Presentar el caso clínico de un paciente con neumonía por COVID-19 y leucemia mieloide crónica, sin tratamiento anticoagulante, que requirió intervención quirúrgica por un hematoma de la vaina de los rectos y discutir los factores etiopatogénicos, métodos diagnósticos y opciones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de sexo masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos, hospitalizado por neumonía por COVID-19 y debut de leucemia mieloide crónica en crisis blástica, presenta taquicardia, hipotensión y aumento de volumen abdominal asimétrico. En las pruebas de laboratorio, destaca deterioro de la función renal con anuria, caída de la hemoglobina en cinco puntos e INR espontáneo de 1,4. En la tomografía computarizada de abdomen se evidencia una colección hemática en el músculo recto abdominal derecho. Se decide manejo conservador con drogas vasoactivas, hemoderivados y ventilación mecánica invasiva. Cinco días después, presenta mayor aumento de volumen abdominal. Se realiza angiografía por tomografía computarizada de abdomen en la cual se observa aumento del tamaño del hematoma, con sangrado activo y burbujas de gas, compatible con un hematoma de la vaina de los rectos infectado. Ingresa a pabellón, se realiza una incisión media supra e infraumbilical, con apertura de la vaina de los rectos y salida de 2.000 cc de contenido hemopurulento. Se identifica punto de sangrado activo en arteria epigástrica inferior derecha, a 10 cm de su origen y se liga proximal y distal, con control del sangrado.

RESULTADO: Durante el postoperatorio inmediato evoluciona con descenso de las drogas vasoactivas y suspensión de la terapia de reemplazo renal, con diuresis escasa, pero presente de forma espontánea. Al octavo día postoperatorio, en la tomografía computarizada de control, se observa resolución del hematoma del recto abdominal, sin resangrado. El paciente evoluciona favorablemente y se da de alta quirúrgica al décimo día postoperatorio.

CONCLUSIÓN: Las complicaciones hemorrágicas en pacientes con COVID-19 están poco descritas. Por otro lado, el sangrado es una posible complicación en pacientes con leucemia mieloide crónica. Por ende, es relevante tener un alto índice de sospecha para diagnosticar de forma temprana el hematoma de la vaina de los rectos, en pacientes con riesgo de complicaciones hemorrágicas. En aquellos casos donde el hematoma es severo y no responde a hemoderivados, el manejo quirúrgico es ineludible, al ser la única forma de controlar la fuente de sangrado.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INTERNA PRODUCIDA POR MUÑÓN APENDICULAR LARGO. RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA.

I. Turu, C. Cavalla, G. Wiedmaier, J. León, B. Rivera

Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: El muñón apendicular largo como causa de obstrucción intestinal es infrecuente.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar, en video, un caso clínico de una causa poco habitual de obstrucción intestinal y su resolución vía laparoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: Se trata de un paciente varón de 40 años, con antecedente de apendicectomía abierta. Consulta en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, asociado a náuseas y vómitos, sin diarrea. Se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis que informa dilatación patológica de asas de intestino delgado, que alcanzan diámetros de hasta 33 mm con imágenes de pseudoheces y niveles líquidos en su interior, asociado a cambio de calibre abrupto a nivel de la fosa iliaca derecha, aproximadamente 25 mm proximal a la válvula ileocecal con colapso distal del íleon y en menor grado, del colon transverso, descendente y sigmoides. Hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, probablemente secundario a bridas. No se reconocen signos de isquemia ni perforación. Se decide exploración laparoscópica. Realizando neumoperitoneo abierto supraumbilical, trocar de 10 mm supraumbilical, 5 mm en fosa iliaca derecha y en flanco derecho. Encontrando líquido seroso en pelvis, liberando bridas laxas en fosa iliaca derecha, íleon terminal dilatado, con edema de su pared, edema y equimosis en mesenterio, obstruido en hernia interna compuesta por muñón apendicular de aproximadamente 1,5 cm que actúa como brida al fijar su extremo distal fijo en mesenterio, al seccionar extremo de apéndice adherido a mesenterio se libera completamente el asa de intestino obstruido, completando apendicectomía de muñón, ligando la base con endoloop de vicryl. Aspiración de líquido de pelvis y retiro de trócares bajo visión. Evolución postoperatoria satisfactoria, recupera tránsito intestinal efectivo con deposiciones líquidas biliosas en varias oportunidades, sin dolor, tolera alimentación oral. Alta a las 48 horas post operado. Biopsia de pieza operatoria informa muñón apendicular de 15 x 10 x 6 mm. Segmento de órgano canalicular de 15 x 10 x 6 mm, con inflamación leve inespecífica y focos de hiperplasia mesotelial. En la apendicectomía es importante dejar un muñón apendicular lo más corto posible para evitar complicaciones a futuro como apendicitis del muñón, o más infrecuente, obstrucción del intestino delgado.

INFARTO ESPLÉNICO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUE PUEDE SIMULAR UNA APENDICITIS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Carreño, S. Jara, P. Jameux, I. Alarcón

Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: El infarto esplénico es una causa poco frecuente de dolor abdominal. La presentación clínica puede ser oligosintomática o debutar como abdomen agudo en el servicio de Urgencia. El cuadro clínico puede asimilarse a otras causas más frecuentes de abdomen agudo, como la apendicitis. Resulta relevante caracterizar y diferenciar ambas entidades ya que el manejo adecuado y oportuno afecta los resultados.

OBJETIVOS: OBJETIVOS: Describir caso clínico en que un infarto esplénico se presenta de forma similar a una apendicitis aguda, oscureciendo el diagnóstico preciso, y realizar búsqueda bibliográfica en la literatura médica de reportes similares.

MATERIAL Y MÉTODO: MATERIAL Y MÉTODO: Se reporta caso clínico atendido en Hospital San Juan de Dios y se realiza búsqueda bibliográfica en PUBMED sobre reportes de casos y revisiones bibliográficas sobre infarto esplénico.

RESULTADO: RESULTADOS: Paciente masculino 31 años, de nacionalidad haitiana, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de dolor abdominal 7 días de evolución inicialmente epigástrico, que migra a cuadrante inferior derecho. Sin otros síntomas, sin fiebre. Al examen físico con resistencia muscular y signos de irritación peritoneal esbozados. En laboratorio inicial destacan leucocitos 19.360, hemoglobina 13,7. TC abdomen y pelvis informa apéndice de calibre aumentado de tamaño hasta 9 mm con engrosamiento y realce de su pared. Bazo de tamaño normal con infarto completo de su parénquima. Leve ascitis pélvica. Se realiza apendicectomía abierta sin incidentes; el paciente egresa a domicilio en buenas condiciones a las 48 horas con escasa sintomatología. Reconsulta a los 15 días por dolor abdominal recurrente en hipocondrio izquierdo. TC abdomen y pelvis informa Proceso expansivo quístico con cambios inflamatorios periféricos en la región subdiafragmática izquierda. Se decide realizar esplenectomía laparoscópica, evidenciándose un infarto esplénico abscedado, con evolución clínica satisfactoria. La etiología del infarto esplénico se confirma como rasgo falciforme mediante electroforesis de hemoglobina. En nuestra búsqueda no hay casos reportados en que el infarto esplénico se presente similar a una apendicitis aguda.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIONES: El infarto esplénico es una enfermedad poco frecuente. El índice de sospecha debe aumentar en pacientes que tengan condiciones que aumenten su posibilidad de ocurrencia como enfermedades mielo/linfoproliferativas o estados de hipercoagulabilidad, como el rasgo falciforme. Si bien la sintomatología es poco específica, el dolor con mayor frecuencia se reporta en hipocondrio o flanco izquierdo, al contrario del caso reportado. Sería importante dilucidar si la inflamación del apéndice puede ocurrir de forma concurrente como en el síndrome de Valentino, o si solo se trató de un error diagnóstico.

PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR EN RELACIÓN A UNA HERNIA INCISIONAL, REPORTE DE UN CASO.

Gabriela Bascur, Alejandro Baeza, Edmundo Ziede

Hospital Base San José de Osorno

INTRODUCCIÓN: Las prótesis biliares son parte del tratamiento de la obstrucción biliar benigna y maligna. La migración, se produce en aproximadamente un 10 % de los pacientes, y en general es asintomática, pero la perforación del intestino distal es una complicación muy rara.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico con perforación intestinal secundaria a la migración de prótesis biliar en un paciente con hernia incisional.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico: Paciente femenino, 78 años, con antecedentes de HTA, colecistectomizada, CPRE por coledocolitiasis y hernia incisional LMIU. Consulta por cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal difuso asociado a vómitos y ausencia de deposiciones. Al examen físico destaca hernia LMIU dolorosa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio con leucocitosis y PCR: 26.3 mg/dL. Se realizó TC de abdomen y pelvis con contraste, describe signos de obstrucción intestinal secundaria a hernia atascada e imagen de cuerpo extraño similar a un catéter a nivel pélvico, sin neumoperitoneo ni neumaturia. Se realiza laparotomía exploradora, encontrando en pelvis, asas de yeyuno adheridas a la cúpula vesical. Se liberan e identifica prótesis biliar antigua que atraviesa yeyuno hasta la cúpula vesical. Se realiza resección intestinal con anastomosis T-T, sutura vesical y hernioplastia con malla preperitoneal. Evolucionan en condiciones favorables, de alta al séptimo día postoperatorio. Al control a los 45 días, paciente en buenas condiciones, sin dolor y sin signos de recidiva herniaria.

RESULTADO: La instalación de prótesis biliar no está exenta de complicaciones. Las más frecuentes son la colangitis y la obstrucción, otras menos comunes incluyen hemorragia, pancreatitis y migración. La tasa de migración oscila entre el 5-14 %, los principales factores de riesgo son: causa de obstrucción biliar benigna, prótesis cortas, estenosis papilar, omisión de papilotomía y uso de prótesis plásticas. La perforación intestinal es una complicación reportada entre el 3 a 6% de los casos, que puede ocurrir por la migración, impactación y posterior necrosis por presión de la pared intestinal. Es más frecuente a nivel duodenal, íleon y colon, y en pacientes con enfermedades coexistentes como diverticulosis colónica, eventraciones encarceradas y bridas.

CONCLUSIÓN: En pacientes con clínica de obstrucción intestinal, antecedente de prótesis biliar e imagen de cuerpo extraño, es perentorio considerar la migración y/o perforación y según condiciones clínicas, decidir si requiere tratamiento médico o quirúrgico.

LA COLECISTECTOMÍA PARECE NO SER UN FACTOR DE RIESGO Y PODRÍA TENER UN ROL PROTECTOR EN EL DESARROLLO DE NAFLD/MAFLD: UN ESTUDIO DE COHORTE Y ANÁLISIS MULTIVARIADO

Constanza Jara¹, Antonia Pastore¹, Oscar Corsi², Diego Pérez², Isa Castillo², Álvaro Huete³, Eduardo Briceño⁴, Marco Arrese Jiménez², Roberto Candia^{2*}

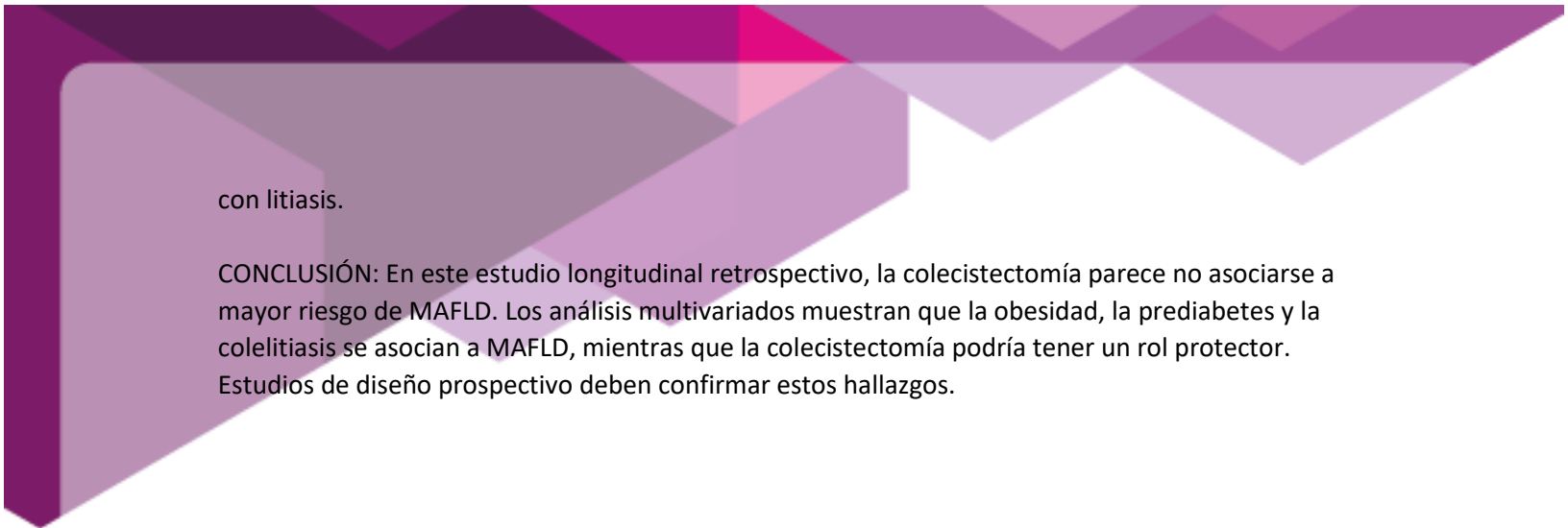
1Alumnas de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Ambas realizaron igual contribución. 2Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3Departamento de Radiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 4Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN: El hígado graso no alcohólico (NAFLD) o metabólico (MAFLD) es una causa frecuente de cirrosis. Estudios de diseño transversal muestran que la colecistectomía duplicaría el riesgo de NAFLD, sin embargo, metodológicamente estos estudios no permiten determinar si el NAFLD se desarrolló antes o después de la cirugía.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo fue evaluar en un estudio longitudinal si la colecistectomía es un factor de riesgo de NAFLD/MAFLD.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte retrospectiva comparando 2 grupos: pacientes colecistectomizados vs pacientes con vesícula in-situ. Se seleccionaron aleatoriamente pacientes adultos con al menos 3 años de seguimiento. Padecer esteatosis hepática en la imagen inicial, consumo excesivo de alcohol u otra hepatopatía crónica fueron considerados criterios de exclusión. El desenlace principal fue el desarrollo de MAFLD. Se calculó un tamaño muestral de 400 participantes, asumiendo un error alfa: 5%, poder: 95% y desarrollo de MAFLD de 30% en el grupo expuesto y 15% en el control. Se realizaron análisis univariados y multivariados (modelo proporcional de Cox).

RESULTADO: Se incluyeron 415 participantes, 173 (41,7%) colecistectomizados y 242 (58,5%) con vesícula in-situ, todos con hígado sano al inicio del seguimiento. La media de seguimiento fue 9,4 años, 298 fueron mujeres (71,8%), la edad media fue 47,7 ($\pm 14,9$) años, 207 (49,9%) tenían colelitiasis. La indicación de colecistectomía fue colelitiasis en el 87,3% de los casos (151/173). En los análisis univariados, la presencia de litiasis (87,3% vs 23,1%, $p < .0001$), sobrepeso/obesidad (64,2% vs 53,3%, $p 0,027$), hipertensión (42,8% vs 26%, $p 0,0003$) y diabetes/prediabetes (42,8% vs 33,5%, $p 0,05$) fueron más frecuentes en los pacientes colecistectomizados. En el análisis no ajustado, el desarrollo de MAFLD fue similar en ambos grupos (colecistectomizados 29,5% (51/173), vesícula in-situ 35,5% (86/242), $p 0,193$). En el análisis multivariado, ajustado por edad, sexo, presencia de pólipos vesiculares, dislipidemia e hipertensión, la litiasis biliar (Hazard ratio ajustado (HRA): 1,63, IC95% 1.03-2,58), padecer diabetes o prediabetes (HRA: 1,72, IC95% 1.19-2,5), sobrepeso u obesidad (HRA: 5,8, IC95% 3,2-10,6) se asociaron independientemente al desarrollo de MAFLD, mientras que la colecistectomía se comportó como un factor protector (HRA: 0,49, IC95% 0,32-0,76). En análisis de subgrupo, este efecto se concentra en los pacientes



con litiasis.

CONCLUSIÓN: En este estudio longitudinal retrospectivo, la colecistectomía parece no asociarse a mayor riesgo de MAFLD. Los análisis multivariados muestran que la obesidad, la prediabetes y la colelitiasis se asocian a MAFLD, mientras que la colecistectomía podría tener un rol protector. Estudios de diseño prospectivo deben confirmar estos hallazgos.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DESPLAZAMIENTO DE BALÓN GÁSTRICO Y ENDOMETRIOSIS ILEAL. REPORTE DE CASO

Constanza Narváez, Franz Krautz, Alejandro Altamirano, Victoria Vargas, Valentina Maluenda, Ivonne Zarate

Instituto Magallánico de la Obesidad

INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal corresponde al 2-4% de las consultas médicas en el servicio de urgencias y el 20% de las cirugías de emergencia por dolor abdominal. Dentro de las diversas etiologías pudiendo diferenciar entre causas extrínsecas, intrínsecas e intraluminales, correspondiendo esta última en un solo un 2%. En la última década, los avances en la cirugía bariátrica han logrado desarrollar nuevas tecnologías, como los balones gástricos, los cuales no requieren de procedimientos endoscópicos o quirúrgicos para su colocación, teniendo un listado de contraindicaciones absolutas y relativas definidas.

OBJETIVOS: A continuación, se presenta un caso de obstrucción intestinal en contexto de balón gástrico desplazado y endometriosis intestinal.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino de 33 años con antecedentes de miomectomía reciente y usuaria de balón “Elipse” hace 3 meses, consulta en el servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución, Se realiza TC de abdomen y pelvis con contraste informa cuerpo extraño en íleon distal asociado a leve dilatación de asas intestinales, sin signos de obstrucción intestinal, que corresponde con desplazamiento de balón gástrico. Se decide manejo médico, sin respuesta, por lo que se realiza laparoscopia exploradora, evidenciando estenosis en íleon distal, se realiza resección intestinal con entero-entero anastomosis y se envía pieza a biopsia, la cual informa presencia de endometriosis intestinal.

RESULTADO: El balón ELIPSE™, es un novel método de terapia para la inducción de pérdida de peso, que destaca por ser mínimamente invasivo y de uso temporal, siendo eliminado espontáneamente entre la semana 12 y 16. Existen contraindicaciones absolutas y relativas. Respecto a complicaciones que requieran intervención quirúrgica, con baja incidencia (1%). Un estudio retrospectivo de 1000 pacientes, evidencia que la necesidad de reintervención es de un 1,1%. La obstrucción intestinal es uno de los principales diagnósticos que requieren manejo quirúrgico en los servicios de urgencias, y dentro de sus causas, un cuerpo extraño intraluminal como un proceso estenótico secundario a patologías inflamatorias como la endometriosis son raros, alcanzando en conjunto un 2%. Respecto a la endometriosis, consiste en una patología ginecológica caracterizada por la presencia de tejido glandular y estromal endometrial fuera de la cavidad uterina, afectando más la pelvis. De las localizaciones extrapelvianas, la zona intestinal es la más frecuente (3-12%). En un estudio realizado en la universidad de Chile sobre resección intestinal secundaria a endometriosis severa, se evidenció que del total de 52 casos, en un periodo de 18 años, un 5,8% (3 casos) fueron cirugías de urgencias por cuadro de obstrucción intestinal.



CONCLUSIÓN: El balón Elipse corresponde a un método seguro para el tratamiento de sobrepeso y obesidad, teniendo muy baja incidencia de requerimientos de intervenciones quirúrgicas, que puede no ser consecuencia del tratamiento como tal, sino que las comorbilidades del paciente como en el caso descrito anteriormente, por lo que se hace indispensable realizar una anamnesis detallada sobre los antecedentes mórbidos y quirúrgicos de cada paciente, además de poder plantear nuevos exámenes a realizar para asegurar un tratamiento eficaz y con menores posibilidades de intervenciones.

APENDICITIS DEL MUÑÓN RECURRENTE, REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Constanza Narváez, Franz Krautz, Tomás Quezada, Valentina Maluenda, Ivonne Zarate

Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de consulta al servicio de urgencia con resolución quirúrgica a nivel mundial. Infrecuentemente, puede ocurrir la inflamación del remanente apendicular, con altas tasas de fallo diagnóstico y morbilidad al aumentar el riesgo de complicaciones.

OBJETIVOS: A continuación, se presenta el 2° caso clínico de recurrencia de apendicitis del muñón informado en la literatura actual, diagnosticado por clínica e imagenología, y manejado quirúrgicamente con resultados satisfactorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 30 años con antecedentes de apendicectomía abierta durante gestación, y antecedente de apendicitis del muñón tratada médicamente, es derivada desde la ciudad de Porvenir por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución en FID. Ecografía abdominal evidencia líquido libre a nivel pélvico, sin evidente causa ginecológica. Test embarazo negativo. Exámenes de laboratorio destacan leucocitosis y PCR elevada. Se deriva a la ciudad de Punta Arenas con el diagnóstico de abdomen agudo para estudio y manejo. TC de abdomen y pelvis informa apendicitis del muñón. Se decide manejo antibiótico para resolución quirúrgica al 10° día de hospitalización por vía laparoscópica, siendo dada de alta el día 14° con buena evolución.

RESULTADO: Las complicaciones de apendicectomía varían según su etiología y/o temporalidad, hallándose entre el 8 y 31% de todas ellas. La AM es una complicación rara, con una incidencia de 1:50000. Existen pocos estudios debido al bajo número de casos. Dikicier et al. reunió 3130 fichas de pacientes apendicectomizados entre 2008 y 2017, donde AM fue diagnosticado en 5 de ellos (0,15%). Puede ocurrir a cualquier edad (11-72 años), sin tiempo estimado postquirúrgico (2 meses-50 años). Se han postulado factores de riesgo al momento de ejecutar una apendicectomía para la aparición de AM, como una longitud de remanente apendicular mayor a 5 mm., posición apendicular (retrocecal, subseroso) y visión de área quirúrgica disminuida. Su presentación clínica más el antecedente quirúrgico dejan pocos diagnósticos diferenciales, como la enfermedad de Crohn, apendicitis epiploica, infarto omental o residuos de drenaje. Su manejo es generalmente quirúrgico. En cuanto a AM recurrente, solo se encontró 1 caso reportado en 2020, el cual fue manejado quirúrgicamente de forma exitosa.

CONCLUSIÓN: La apendicitis del muñón es una complicación tardía rara de una apendicectomía, la cual puede ser sospechada ante un cuadro clínico sugerente y examen físico adecuado. El TC abdomino-pélvico es útil al momento de realizar diagnósticos diferenciales. No hay consenso respecto a su manejo, aunque los casos reportados a nivel mundial apoyan la apendicectomía.

HIDATIDOSIS DE UBICACIÓN ATÍPICA, REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Edmundo Ziede, Bastián Barría, Camila Valenzuela, Alejandro López

Hospital Base San José de Osorno

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis endémica en Chile, con una tasa de reporte de 1,41 y 2,47 casos por cien mil habitantes, siendo más alta en las zonas rurales del sur del país. Las localizaciones más frecuentes son la hepática (60%) y pulmonar (30%), la localización fuera de estos órganos es inusual, reportada en cerca del 10%.

OBJETIVOS: La hidatidosis de presentación atípica esta poco descrita, por lo que se deben reportar estos casos considerando su dificultad diagnóstica y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo de una serie de casos de hidatidosis de localización atípica que se atendieron entre el año 2005 al 2022 en nuestro centro, para lo cual se consultaron los registros de ficha clínica y se ingresaron los datos mediante la plataforma Google form® a una planilla de Excel® para su análisis.

RESULTADO: Se presentan 12 casos de ubicación atípica (renal, ósea, muscular, peritoneal, retroperitoneal y visceral), 7 de los cuales tenían procedencia rural y con edades de 12 a 83 años. El síntoma principal fue dolor, la vía de ingreso fue por urgencia en 5 casos. Respecto al estudio de laboratorio la eosinofilia estuvo presente en 3 casos, serología positiva en 4 casos. La imagen diagnóstica fue tomografía computada en 8 casos y ecografía en 4. 10 fueron tratados con quistectomía y periquistectomía total, 2 con quistectomía y periquistectomía parcial, pero ambos requirieron una segunda intervención. Todos recibieron al menos 2 ciclos de albendazol en el postoperatorio y a 3 pacientes sobreinfectados se les agregó antibioticoterapia. Los días de postoperatorio variaron de 1 a 7 días. Solo 2 casos tuvieron recidiva. No hubo mortalidad ni tampoco afectación hepática ni pulmonar concomitante.

CONCLUSIÓN: La hidatidosis de ubicación atípica es un reto diagnóstico, ya que la eosinofilia puede no estar presente y la serología (ELISA) puede resultar falsamente negativa en quistes intactos, en estos casos el estudio de imágenes puede ayudar a identificar hallazgos sugerentes de hidatidosis. Antecedentes como, hidatidosis de ubicación típica, ruralidad o antecedentes familiares de hidatidosis también pueden ayudar al diagnóstico. No existen protocolos establecidos para el tratamiento, pero en nuestra serie el tratamiento quirúrgico radical tuvo un mejor resultado. Además, es importante el manejo multidisciplinario para abordar de mejor manera a estos pacientes.

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS COMPLICADA: REPORTE DE CASO.

C. Díaz de Valdés, J. Peña, S. Reyes, O. Maldonado.

Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue.

INTRODUCCIÓN: La hernia de Amyand se define como la presencia del apéndice cecal en el interior del saco de una hernia inguinal. Corresponde a una entidad poco frecuente, con una incidencia reportada del 1%; y aún más infrecuente es el hallazgo de apendicitis dentro del saco herniario, con un 0,13%. Fue descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1735. Generalmente el diagnóstico es intraoperatorio, dada su clínica inespecífica e indistinguible de una hernia inguinal complicada.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de una patología infrecuente que además se presenta con una complicación apendicular.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso, descriptivo y transversal de paciente con diagnóstico Apendicitis complicada. Información obtenida de ficha clínica previo consentimiento informado del paciente.

RESULTADO: Mujer de 56 años, antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Consulta el 20.04.2022 en CECOSF, por dolor en fosa iliaca derecha (FID) de un día de evolución, sin síntomas asociados, al examen destaca presencia de masa dolorosa en zona inguinal derecha que responde a analgesia. Se coordina ecografía abdominal para el día siguiente, la cual informa: hernia inguinal derecha de tipo indirecto que contiene el apéndice cecal, con signos de apendicitis aguda; sin embargo, paciente se fuga de Servicio de Urgencias previo a evaluación. Reconsulta el 03.05.2022 por dolor en FID, ingresa hipotensa, normocárdica y subfebril, se describe abdomen blando, depresible, sensible a la palpación en FID y región inguinal, con signos de celulitis en pared abdominal y a la valsava se palpa hernia inguinal que se reduce espontáneamente, sin signos de irritación peritoneal. Exámenes séricos muestran parámetros inflamatorios elevado. Se realiza TAC AP c/contraste: plastrón y extensa colección abscedada en FID a nivel pericecal, con extensión del absceso mediante defecto de pared abdominal, abundante enfisema en saco herniario y extensión superior externa del proceso inflamatorio adyacente al oblicuo externo derecho. En pabellón se realiza drenaje de absceso (500 cc de pus) por vía anterior, con lavado de cavidad. Posteriormente se realiza aseo quirúrgico (09.05.22) y finalmente el cierre del defecto inguinal (17.05.22), con buena evolución postoperatoria.

CONCLUSIÓN: La apendicitis aguda y la hernia inguinal son patologías de gran frecuencia, no obstante, su presentación conjunta tiene una baja incidencia. En el caso reportado el diagnóstico fue preoperatorio, lo cual es infrecuente. A pesar de esto, la resolución quirúrgica no fue oportuna, causando una de las complicaciones descritas en la literatura como es la formación de abscesos dentro del saco.

SINDROME DE RAPUNZEL EN UNA ADOLESCENTE: ABORDAJE QUIRÚRGICO

Rocío Bermúdez D, Cristian Gallegos C, Erick Magariños E.

Clinica Davila.

INTRODUCCIÓN: Los bezoares son acumulaciones de material no digerible dentro del estómago. Los tricobezoares están formados por cabello, esta rara afección generalmente se localiza en el estómago y rara vez pueden extenderse al intestino delgado, donde se denomina síndrome de Rapunzel. Se presentan con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos, hasta avanzar a una masa palpable. Las opciones terapéuticas incluyen tratamiento enzimático, desintegración endoscópica y extracción, así como extracción quirúrgica.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico, diagnóstico imagenológico y resolución quirúrgica.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 17 años de edad de sexo femenino, con antecedentes de tricotilomanía desde hace casi 2 años y bajo peso, consulta en varias ocasiones por dolor abdominal, náuseas, vómitos y deposiciones líquidas sin elementos patológicos, masa abdominal palpable, de consistencia firme, no móvil, que se realiza EDA evidenciando gran tricobezoar: estómago ocupado completamente por una enorme masa compuesta principalmente por cabello. No se logra distender ni avanzar, visualizándose solo la porción gástrica proximal. TC de abdomen que evidencia cuerpo extraño que ocupa y distiende la cámara gástrica y se extiende hasta la cuarta porción del duodeno compatible con tricobezoar según EDA. En base a estos antecedentes sin riesgo vital de momento, se programa videolaparoscopia exploradora, al ingreso permite ver estómago completamente distendido y ocupado por material sólido que se mueve levemente a la manipulación externa. se realiza gastrotomía amplia en cara anterior para intentar la extracción sin éxito por escasa movilidad, por lo que decide convertirse a laparotomía media supraumbilical logrando extraer con maniobras manuales el tricobezoar gigante, que tiene la forma de todo el estómago y duodeno, sin mayores incidentes. Durante post operatorio presentó infección de herida operatoria con respuesta adecuada a curaciones y antibioticoterapia. Egresó en buenas condiciones. Mantiene manejo de su patología de base con Psiquiatra. Controles ambulatorios satisfactorios.

TUMOR RETROPERITONEAL Y SUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES - A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sandoval, I. Belletti, R. Neveu, R. Fernández.

Clínica INDISA. Cirugía General. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN: Los tumores retroperitoneales (TRP) son extremadamente infrecuentes y se clasifican en TRP primarios y secundarios. Más del 80% son malignos, siendo el sarcoma el más común. Carecen de una sintomatología clínica específica y alcanzan un gran tamaño previo al diagnóstico, afectando preferentemente a pacientes después de la sexta década de la vida.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico infrecuente y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso, observacional, descriptivo y transversal de paciente con gran masa retroperitoneal en Clínica INDISA, año 2022.

RESULTADO: Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de HTA en tratamiento, consulta en Clínica INDISA por cuadro de dolor abdominal asociado a gran masa palpable en hipocondrio derecho. AngioTAC de Tórax, Abdomen y Pelvis: masa retroperitoneal derecha ovoidea de 20 x 23,4 x 27,5 cm, bien delimitada, con caracteres de sarcoma, hipodensa, realce periférico heterogéneo hipervascular, progresivo y componente quístico central. Desplazada al riñón hacia caudal y medial, confundándose con su polo proximal. Ejerce efecto de masa sobre el lóbulo hepático derecho, vesícula biliar, páncreas y vena cava inferior. Contacta ampliamente con la porta principal y su rama derecha las cuales se mantiene permeables. Diseminación negativa. Se realiza laparotomía media supra e infraumbilical, encontrando masa que ocupa completamente el hemiabdomen derecho. Se realiza resección en bloque junto con una nefrectomía radical derecha. Laboriosa liberación de borde medial (VCI) y de lóbulo hepático derecho. Paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al cuarto día postoperatorio. Biopsia compatible con carcinoma de células renales de variedad papilar del polo superior del riñón, sin infiltración de tejidos perirrenal, bordes quirúrgicos negativos. Se discute en comité oncológico, se efectúa PET-CT y seguimiento periódico, sin recidiva actual.

CONCLUSIÓN: Las masas retroperitoneales son un grupo heterogéneo de neoplasias. Si bien los TRP primarios (sarcoma, linfoma, tumor de células germinales) son los más frecuentes dentro de este grupo, no se deben olvidar otras neoplasias que se presentan en el mismo sitio anatómico y que constituyen los diagnósticos diferenciales: TRP secundarios (renal, suprarrenal, ureteral) y metástasis de otro cáncer extraperitoneal (colon, duodeno, testículo, pulmón, mama). El estudio imagenológico e intraoperatorio permiten una aproximación diagnóstica, sin embargo es indispensable correlacionar estos hallazgos con la histología para el diagnóstico definitivo, convirtiendo la cirugía en una herramienta necesaria, con fines diagnósticos y terapéuticos, ya que la resección completa del tumor es el único tratamiento potencialmente curativo y que determina el pronóstico.

PANICULITIS MESENTÉRICA EN HOMBRE DE 32 AÑOS - REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. Belletti, A. Sandoval, J. Meneses, R. Neveu.

Clínica INDISA. Cirugía General. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN: La paniculitis mesentérica (PM) es un proceso inflamatorio y fibrótico inespecífico, que afecta al tejido adiposo del mesenterio intestinal. Es una entidad rara, con una prevalencia de 0,16 a 3,4%, que se presenta principalmente entre la quinta y la séptima década de la vida. Su clínica es variable, pudiendo ser asintomática o incluir manifestaciones gastrointestinales y fiebre producto de la inflamación y el efecto de masa.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico infrecuente de PM y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso, observacional, descriptivo y transversal de paciente con diagnóstico de paniculitis mesentérica en Clínica INDISA, Santiago.

RESULTADO: Reporte del (los) Caso(s): Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos, consulta en Clínica INDISA por cuadro de dolor abdominal. TAC Abdomen y Pelvis con Contraste: Rotación de los vasos mesentéricos, con dilatación de estructuras venosas, asociado a aumento de la densidad del tejido adiposo adyacente y algunos linfonodos subcentimétricos de aspecto reactivo. Vía biliar, de desplazamiento de asas de intestino delgado hacia el flanco izquierdo donde se observan aglutinadas. Colon descendente desplazado hacia medial. Engrosamiento parietal vesicular. Se realiza intervención quirúrgica, encontrando masa tumoral en relación al mesenterio y vesícula edematosa. Se realiza colecistectomía y resección de masa tumoral para biopsia. Sin complicaciones postquirúrgicas, informe de biopsia tumoral compatible con PM. Paciente se deriva para manejo médico por gastroenterología. Evoluciona con nuevo episodio de dolor abdominal. Se realiza laparotomía exploratoria, con hallazgo de masa mesentérica en relación a yeyuno proximal, se reseca masa con segmento de 80 cm de intestino delgado, anastomosis laterolateral. Sin complicaciones postoperatorias. Biopsia informa PM y linfadenitis reactiva inespecífica.

CONCLUSIÓN: La PM es una patología rara de etiología desconocida, asociándose principalmente a trauma y cirugía abdominal, trombosis mesentérica y enfermedades autoinmunes. El diagnóstico suele ser imagenológico mediante hallazgos sugerentes en TAC. No obstante, la asociación entre neoplasia, síndrome paraneoplásico y MP va en aumento, razón por la que el estudio histológico es indispensable para un diagnóstico certero y tratamiento oportuno.

EXPERIENCIA EN EXPLORACIÓN LAPARO-ENDOSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR EN COLEDOCOLITIASIS GIGANTE

Maria Silva C., José Gamboa O., Jeimy Talero N., Virginia Mendoza U., Felipe Diaz U., Constanza Diaz V., Patricio Olivares P., Rodrigo Dominguez C., Manuel Lillo C., Luis Aguilera G.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: La coledocolitiasis gigante se define por aquellos cálculos de la vía biliar que miden más de 15 mm. La ERCP habitualmente falla en su resolución debido a la desproporción colédoco-papilar. El abordaje cooperativo laparo-endoscópico puede ser una alternativa a la exploración laparoscópica y abierta.

OBJETIVOS: Presentamos nuestra experiencia en la exploración biliar endoscópica por vía transabdominal.

MATERIAL Y MÉTODO: El diseño del trabajo es una serie de casos .Se revisaron todos los pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis gigante asociado a colecistitis, operados por vía laparoscópica con exploración endoscópica transabdominal entre el 2016 y 2021 en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Se registraron datos del diagnóstico clínicos de la hospitalización , técnica quirúrgica, evolución postoperatoria y control postoperatorio.

RESULTADO: Se registraron 3 casos durante el periodo estudiado. Todos los pacientes contaban con ecotomografía abdominal y TAC. Los pacientes fueron abordados por vía laparoscópica bajo la técnica americana. Se utilizó un trocar de 12mm para el epigastrio. Una vez realizada la colecistectomía se realiza una coledocotomía longitudinal. Se utiliza un panendoscopio frontal esterilizado de 9,9 mm de diámetro el cual se ingresa por el trocar epigástrico para la exploración y extracción de cálculos hasta el clearance de la vía biliar. En todos los pacientes se realiza papilotomía por técnica de Rendezvous. La coledocorrafia se realizó en un caso con vicryl 3-0 y en dos casos con sutura barbada 3/0 . En todos los pacientes se deja drenaje al lecho operatorio. Ningún paciente presentó filtración biliar por el drenaje. El alta fué a los 4 días. No se registraron complicaciones.

CONCLUSIÓN: El abordaje cooperativo laparo-endoscópico ofrece una alternativa de resolución en un solo paso de los cálculos gigantes asociados a colecistitis, en aquellos casos en que: la ERCP solamente puede intentar litotricia y prótesis progresivas, la exploración laparoscópica no permita tener un adecuado clearance biliar , o para evitar la cirugía abierta con o sin sonda T. La coordinación entre los equipos clínicos y la disponibilidad de equipamiento adecuado es fundamental en los resultados clínicos. La reproducibilidad de la técnica es adquirible mediante un protocolo estandarizado.

TUBERCULOSIS INTESTINAL COMO RARA CAUSA DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernanda Besa A, Esteban López I, Sofía López I, Allan Vera K

Hospital de Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis gastrointestinal es una manifestación poco frecuente de la tuberculosis extrapulmonar, aún menos frecuente es la tuberculosis apendicular, la cual se ve en 0,1-0,3% de los casos, con escasas publicaciones en la literatura.

OBJETIVOS: Realizar un reporte de caso clínico de apendicitis por tuberculosis y una revisión bibliográfica al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico, previa revisión de ficha clínica y documentos digitales disponibles. Revisión de literatura en bases de datos como Pubmed, Scielo, Elsevier.

RESULTADO: Paciente masculino de 27 años con historia de consumo de leche de vaca no pasteurizada y sin antecedentes médicos o quirúrgicos conocidos, es derivado al hospital de Puerto Montt por dolor de dos días de evolución que migra desde la zona periumbilical a la fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y anorexia. Laboratorios destacan: Leucocitos 9200, polimorfonucleares 77.2% y PCR 44 mg/dL. Se realiza TC de abdomen y pelvis que se informa como apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía laparoscópica, destaca íleon distal y válvula ileocecal inflamados; indurados; friables en zonas con áreas mucinosas e infiltradas por pequeñas tumoraciones blanquecinas, se toma biopsia de adenopatía pericecal que se envía a estudio histopatológico con el apéndice. Estos mostraban procesos inflamatorios granulomatosos no necrotizante con baja sensibilidad a la tinción Ziehl-Nielsen. Sin mejoría en controles postoperatorios, se realiza colonoscopia donde se visualiza una úlcera en colon transverso y un tumor en ciego. Su biopsia indica colitis crónica granulomatosa tuberculosa. Se realiza TC de tórax por sospecha de tuberculosis pulmonar que informa: condensaciones peribronquiales bilaterales de aspecto fibróticos compatibles con TBC secuelar. Se realiza broncofibroscopia y lavado broncoalveolar, con resultado de una PCR TBC de LBA positiva sin resistencia a la rifampicina. Se realiza laboratorios que destacan no reactivo a VIH. Se decide esquema antituberculoso de dosis fijas con cuatro comprimidos diarios.

CONCLUSIÓN: En vista de la prevalencia de la tuberculosis y la posibilidad de que la manifestación apendicular se presente con sintomatología exclusiva de un abdomen agudo, es que se debe realizar estudios histopatológicos a todo apéndice posterior a su resección con técnicas como la tinción Ziehl-Nielsen. De ser necesario, se debe extender el estudio para así disminuir la morbimortalidad, como fue realizado en este caso, y consultar factores de riesgo como el consumo de lácteos no pasteurizados, fuente de contagio de M. Bovis, sobre todo en la zona central donde hay mayor prevalencia de ganado con la patología.

APENDAGITIS, OTRA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO.

Constanza Quezada Sepúlveda (1) Marcos Quezada Sepúlveda (2) Francisco Caba Parra (1)
Rudyard Cataldo V (3)

Hospital Pitrufquén (1) Universidad San Sebastián (2) Universidad de Valparaíso (3)

INTRODUCCIÓN: La apendagitis es un proceso inflamatorio que afecta a los apéndices epiploicos, los cuales son pequeñas estructuras de tejido adiposo subseroso, pediculadas, evaginadas del peritoneo visceral. Esta patología es una causa poco frecuente, por lo que epidemiología como tal no hay reportada, sin embargo, el dolor referido puede imitar un abdomen agudo quirúrgico. El diagnóstico es principalmente mediante tomografía computada, pero en algunos casos puede ser un diagnóstico intraoperatorio. El objetivo del presente artículo es exponer un caso de "apendagitis aguda epiploica" como manifestación de dolor abdominal agudo.

OBJETIVOS: El objetivo del presente artículo es dar a conocer otra causa de dolor abdominal agudo, que dada su intensidad puede hacer sospechar una patología quirúrgica de resorte precoz.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de antecedentes en ficha clínica y revisión de literatura.

RESULTADO: Paciente femenina 28 años, sin antecedentes mórbidos, consulta al servicio de urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda de carácter constrictivo e inicio brusco que no responde a paracetamol automedicado; al interrogatorio dirigido no refiere sintomatología urinaria, ni alteración del tránsito intestinal, ni fiebre. Al examen físico destaca abdomen sensible a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca izquierda, con signo de blumberg dudoso frente a tres operadores; laboratorio sin elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis con contraste que informa cambios inflamatorios cercanos al segmento proximal del colon sigmoides, con imagen digitiforme de densidad grasa compatible con apéndice epiploico. Dado descarte de abdomen agudo quirúrgico se decide continuar con manejo analgésico

CONCLUSIÓN: La apendagitis es una causa de dolor abdominal agudo poco frecuente, pero dada su intensidad y localización, nos hace sospechar diferentes patologías quirúrgicas iniciales como diverticulitis aguda, apendicitis aguda, infarto omental, torsión ovárica. El diagnóstico oportuno de la apendagitis o apendicitis epiploica puede reducir el número de intervenciones quirúrgicas innecesarias, ya que se trata de una patología autolimitada que se manifiesta con dolor abdominal.

APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA ASOCIADA A MAL ROTACIÓN INTESTINAL, REPORTE DE UN CASO

Daniela Ruiz P; Francisca Daza V; Catalina Roa S; Diego Morales J; Mauricio Coronado C Alejandro Tallar N; Ricardo Tamayo M

Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de apendicitis aguda es del 7-12% en población adulta y un tercio de estos pacientes tendrá presentación atípica dentro de las cuales se encuentra de forma excepcional la apendicitis del lado izquierdo asociado a situs inversus o mal rotación intestinal, lo cual es un desafío diagnóstico.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de presentación atípica de apendicitis aguda en una paciente con situs inversus.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 57 años sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 4 días de dolor abdominal en fosa iliaca izquierda asociado a náuseas y vómitos, al examen físico con irritación peritoneal. Se controlan exámenes de sangre donde destacan parámetros inflamatorios elevados. Se solicita TC abdomen y pelvis con contraste que informa malrotación intestinal con ciego ubicado en fosa iliaca izquierda, asociado a signos de apendicitis aguda complicada que impresiona perforada y con pequeña colección adyacente. Se realiza laparoscopia exploradora con hallazgo de plastrón apendicular abscedado compuesto de asas y epiplón y malrotación intestinal, se realiza aseo y drenaje de plastrón apendicular dejando drenaje Jackson Pratt y antibióticos endovenosos, paciente con evolución tórpida con persistencia de dolor abdominal y parámetros inflamatorios elevados además contenido fecaloideo por drenaje por lo que se decide re exploración realizándose laparotomía exploradora donde se vuelven a evidenciar hallazgos descritos en primera cirugía más meso apéndice y remanente apendicular necrótico con base friable sin perforación macroscópica evidente asociado a importante inflamación de tejidos adyacentes, por lo que se decide realizar apendicectomía con puntos a la base apendicular.

RESULTADO: Paciente evoluciona de forma favorable con mejoría clínica, normalización de parámetros inflamatorios, completo 14 días de antibióticos luego de lo cual es dada de alta.

CONCLUSIÓN: La incidencia de apendicitis aguda asociada con malrotación intestinal es desconocida, haciéndose el diagnóstico en forma generalmente incidental por estudios imagenológicos en contexto de abdomen agudo como en el presente caso, el cual debe realizarse de manera oportuna para disminuir la morbimortalidad potencialmente asociada.

MORTALIDAD A 5 AÑOS DE PACIENTES AMPUTADOS POR PIE DIABÉTICO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL.

Daniel Moreno M., Herman Viveros G., Ana María Velásquez A., Colett Dube M.

Hospital de Melipilla / Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN: La encuesta nacional de salud del año 2017 cifró en 12.3% la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población chilena, en éstos, el 6.8% diagnóstico de pie diabético. En mayores de 65 años estas cifras aumentan dramáticamente a 30.6% y 12.6% respectivamente.

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es describir la mortalidad a 5 años de los pacientes con diagnóstico de pie diabético sometidos a amputaciones en un hospital provincial, además de evaluar la existencia de relación entre nivel de amputación y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se consideran dos diseños, inicialmente es un estudio descriptivo para el primer objetivo, además analítico observacional longitudinal retrospectivo respecto al segundo objetivo de evaluar relación de variables. Se realizó la búsqueda de pacientes sometidos a amputaciones y aseos quirúrgicos con diagnóstico de pie diabético en el Hospital de Melipilla entre el 1/1/2015 y 31/8/2017 en los registros de pabellón del hospital de Melipilla, se incluyeron todos los pacientes. Se registraron los resultados en Microsoft Excel (datos demográficos, antecedentes mórbidos, fecha de cirugía, nivel de amputación, mortalidad con fecha y causa). Se realizó la comparación entre variables categóricas utilizando la prueba de Chi² o test exacto de Fisher según correspondiera, variables categóricas y numéricas se compararon utilizando T de Student, o test de rangos de Wilcoxon según su supuesto de normalidad indicara, se utilizó RStudio para el análisis estadístico.

RESULTADO: Se obtuvo un total de 233 registros, correspondientes a 162 pacientes. La edad promedio fue de 68,27 años. El 76% correspondió a pacientes de sexo masculino. El 63.5% de las amputaciones que fueron realizadas fueron a nivel de orfejos, un 10.9% transmetatarsianas, un 17.6% infracondíleas y finalmente un 8.1% supracondíleas. La mortalidad por todas las causas a 5 años fue de 49.3%. En la comparación estadística, la mortalidad a 5 años por todas las causas se relaciona con el nivel de la amputación y edad ($p < 0.05$). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas asociadas a sexo.

CONCLUSIÓN: Las amputaciones se relacionan a altos niveles de mortalidad por todas las causas a 5 años, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados según nivel de amputación, lo que se correlaciona con la literatura internacional. No es posible atribuir causalidad de esta mortalidad a las amputaciones ni al nivel de estas, sin embargo, sugiere de forma indirecta el nivel de compromiso orgánico de los pacientes.

VÓLVULO INTESTINAL CAUSADO POR UN LINFANGIOMA MESENTÉRICO EN UN ADULTO

B. Rivera, A. Mercado, G. Wiedmaier, F. González.

Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: Los linfangiomas son tumores benignos poco frecuentes que se generan por malformaciones de vasos linfáticos, que suelen presentarse en la infancia. Aproximadamente 95% se localiza en el cuello y axila y menos del 1% afecta el mesenterio del intestino delgado. En el caso de los linfangiomas mesentéricos, la mayoría de los pacientes son asintomáticos y el diagnóstico es incidental. La obstrucción intestinal por vólvulo causado por un linfangioma mesentérico es poco frecuente.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de un vólvulo intestinal causado por un linfangioma mesentérico, una patología infrecuente en el adulto, con una presentación clínica poco reportada.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 24 años, apendicectomizada, consulta en el servicio de urgencia por dolor abdominal difuso de 10 horas de evolución, intensidad 7/10, asociado a vómitos, sin diarrea ni fiebre. Refiere episodios similares de dolor abdominal los últimos años, de menor intensidad, por lo que había sido diagnosticada con síndrome de intestino irritable. Ingresa afebril, normocárdica, normotensa y bien perfundida. Abdomen distendido con ruidos hidroaéreos presentes y sensible de forma difusa. Sin masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal. Leucocitosis 15.900 /mm³, Proteína C Reactiva normal. Tomografía computada con dilatación de asas de intestino delgado, con cambio de calibre a nivel del mesogastrio y torsión de vasos mesentéricos, compatible con un vólvulo de intestino delgado. Se realiza laparoscopia exploradora, en la que se observa una masa en la raíz del mesenterio del intestino delgado. Se convierte a cirugía abierta con resección completa de la lesión quística y del segmento de intestino delgado asociado, con anastomosis término-terminal.

RESULTADO: La paciente evoluciona favorablemente, al cuarto día postoperatorio es dada de alta. En controles postoperatorios alejados, asintomática, sin nuevos episodios de dolor abdominal ni otras complicaciones. El informe de anatomía patológica describe segmento de intestino delgado, en mesenterio lesión quística 7 x 5,2 x 4,5 cm y al corte, con contenido líquido cetrino, positiva para el estudio inmunohistoquímico D2-40, compatible con linfangioma mesentérico. El linfangioma mesentérico es poco frecuente. En general, es un hallazgo incidental en pacientes asintomáticos o puede ser causa de dolor abdominal inespecífico. Rara vez, se presenta como un abdomen agudo y requiere manejo de urgencias. A pesar de ser una lesión benigna, la resección quirúrgica completa es el estándar de oro para su tratamiento.

CONCLUSIÓN: Se presenta el caso de una patología poco frecuente, sobre todo en el adulto, pero que se debe tener en consideración como causa de dolor abdominal y que puede requerir cirugía de urgencia.

PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR. REPORTE DE UN CASO.

Matias Palma Torres, Bárbara Gómez Queupumil

Universidad de la Frontera, Hospital Hernán Henríquez Aravena

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: La colocación de prótesis biliares en patología biliar benigna y maligna es frecuente y de gran utilidad. La dislocación y/o migración de una prótesis biliar es un hecho raro y generalmente no causa complicaciones mayores.

OBJETIVOS: OBJETIVO: Reportar un caso de complicación poco frecuente del uso de prótesis biliar y su forma diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODO: MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso clínico de patología poco frecuente y revisión de la literatura.

RESULTADO: RESULTADO: Mujer de 92 años con antecedentes de colangitis aguda tratada con colecistectomía y colangiografía retrógrada endoscópica con instalación de prótesis biliar hace dos meses. Ingres a urgencia derivada desde un hospital de la red asistencial por cuadro de 3 días de dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda irradiado a dorso, manejado como pielonefritis aguda. Es derivada para evaluación quirúrgica por persistencia de dolor, alza en parámetros inflamatorios e injuria renal aguda. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis observando líquido libre abdominal y neumoperitoneo, con migración de prótesis biliar y sospecha de perforación intestinal secundaria. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando peritonitis difusa, prótesis biliar expuesta y perforación de íleon distal a 2 metros del ángulo de treitz. Se realiza aseo, resección de segmento de íleon distal y confección de ileostomía. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: El uso de prótesis biliares en patología biliar es frecuente y no exenta de complicaciones a corto y largo plazo; tales como pancreatitis, hemorragia digestiva, perforación intestinal y migración. Casi la totalidad de endoprótesis migradas suelen pasar a través del intestino sin mayores complicaciones. Las causas más frecuentes de impactación reportadas de las prótesis biliares son irregularidades en la pared tales como hernias abdominales, adherencias intestinales y divertículos colónicos. La perforación intestinal secundaria a una prótesis migrada es rara, debe ser sospechada en un paciente con un cuadro de abdomen agudo y antecedente de su instalación, asociado a imágenes radiológicas compatibles.

OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y ADHERENCIAS. MANEJO LAPAROSCOPICO.

Mejías José, Martin Norkis, Mutizabal Fernando, Tapia Alvaro, Coronado Gabriela

Hospital Dr Cesar Garavagno Burotto. Regional de Talca

INTRODUCCIÓN: OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y ADHERENCIAS. MANEJO LAPAROSCOPICO.

OBJETIVOS: OBJETIVO: Mostrar manejo vía laparoscópica de paciente con obstrucción intestinal por bridas y adherencias, señalando los pasos mas críticos para el manejo de estos casos

CONTENIDO DE VIDEO: OBJETIVO: Mostrar manejo vía laparoscópica de paciente con obstrucción intestinal por bridas y adherencias, señalando los pasos mas críticos para el manejo de estos casos

PREVALENCIA DE DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL FACH, REVISIÓN DE 8 AÑOS

Gina Squella B. Gerardo Montenegro U. Felipe Celedon P. Sebastián Uribe A.

Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, General Dr. Raúl Yazigi J.

INTRODUCCIÓN: La diverticulosis es una patología frecuente en el mundo industrializado alcanza hasta el 60% en adultos mayores de 60 años, de estos el 4% desarrollará una diverticulitis aguda(DA). El 15% de las D.A desarrolla una complicación (absceso, obstrucción intestinal, perforación, colecciones, fistulas, peritonitis). El diagnóstico es clínico con confirmación radiológica (TAC abdomen-pelvis), según los hallazgos se clasifica y decide su manejo; factores asociados al desarrollo de cuadros más graves son edad y comorbilidades que destacan en este estudio, ya que la estructura etaria de nuestra población es semejante a la proyectada para la población chilena en los próximos 15 años; Esto nos impulsó a revisar nuestra realidad en los últimos 8 años, esperando que los resultados sirvan de base para seguir ampliando el conocimiento científico

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

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo/observacional/retrospectivo C.INCLUSION Pctes atendidos en el Hospital FACH con D.A(Ene2013/Dic2021), más de 18 años, ficha clínica completa, tener TAC Abdomen-Pelvis. C.EXCLUSION Pctes tratados sólo en policlínico, no firmar consentimiento informado VARIABLES: Sexo(cualitativa/nominal/dicotómica), edad(cuantitativo/de razón/discreta), severidad(cualitativo/ordinal) análisis estadísticos de variables descriptivas en porcentajes con M. Excel

RESULTADO: Total 352casos, N° pctes 284, hombres 43%, mujeres 57%, DAC 44(12,5%) Clasificación Hassen-Stock II A: 12(27.2%) B:17(38.6%) C:9(20.4%) III: 6(13.6%)

CONCLUSIÓN: Nuestra población es semicautiva, estable, con fácil acceso, lo que hace posible y confiable nuestros resultados, estas mismas características podrían ser las responsables de encontrar una menor tasa de complicaciones 12,5%vs25% de D.A.C reportado en la literatura. En cambio, la diverticulitis crónica recurrente mostró 13.6% que es similar al reportado por los trabajos más recientes que hablan de 13%en 10 años de seguimiento. Se requieren otros estudios para poder determinar las diferencias encontradas

IMPACTO DE COVID 19 EN CIRUGÍAS DE URGENCIA EN CHILE ENTRE 2012-2021

V. Durán, C. Pérez, F. Arriagada, M. Gaete.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La cirugía de urgencia es el área en el servicio de salud que se encarga de la atención de pacientes que necesitan una evaluación y un tratamiento quirúrgico precoz. La realización de este procedimiento disminuye la mortalidad en múltiples escenarios. En nuestro país se realizan en promedio 64.000 al año. Sin embargo, desde el inicio de la pandemia las atenciones regulares de salud se vieron muy afectadas y la literatura internacional describe una disminución de las cirugías de urgencias desde su inicio.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar el impacto que tuvo la pandemia de COVID 19 en el número de cirugías de urgencias antes y durante la pandemia en los hospitales públicos de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño transversal. Se analizó la base de datos proporcionada por DEIS a través de la ley de transparencia entre los años 2012 y 2021, identificando todos los hospitales del servicio público de nuestro país con servicios de cirugía que realizaron al menos una cirugía en ese período de tiempo y que siguen activos a la fecha. Se excluyeron aquellos que no hubieran realizado cirugías de urgencia en ese periodo. Se identificó la variable números de cirugía de urgencia realizados en cada año. Se clasificaron los resultados según año y se agruparon en dos grupos según antes (años 2012-2019) o durante la pandemia (años 2020-2021). Luego se analizaron resultados usando la prueba de Wilcoxon rank sum exact test para evaluar diferencias estadísticamente significativas entre medias antes y durante la pandemia usando RStudio. Se fijó un valor $p < 0.05$.

RESULTADO: Se analizaron en total 10 años. Desde el 2012 hasta el 2019 se realizaron en promedio 64.180 cirugías de urgencia por año. Durante los años de pandemia se realizaron 67.533 cirugías en promedio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos antes y durante la pandemia (p -value 0.4).

CONCLUSIÓN: A pesar de que la cantidad total de atenciones en los servicios de urgencia se vio afectada por la pandemia, el número de cirugías de urgencias no se vio significativamente afectado. Se presume que este se mantuvo estable debido a que la naturaleza de los cuadros quirúrgicos no se verían influenciados por el Sars CoV-2. Por otro lado, corresponderían a patologías de riesgo vital cuya resolución no puede postergarse.

SÍNDROME DE VALENTINO: RARA CONDICIÓN QUE SIMULA UNA APENDICITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO

J. Brodsky, S. Olivares

Clínica Dávila (Región Metropolitana) – Departamento de Cirugía general

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Valentino es una de las raras presentaciones de la perforación intestinal, en la que el contenido filtrado se acumula en el cuadrante inferior derecho del abdomen y causa una peritonitis local que simula una apendicitis aguda.

OBJETIVOS: Presentar caso de paciente con úlcera péptica perforada con clínica sugerente de apendicitis aguda complicada que se logra manejar de forma satisfactoria con abordaje quirúrgico abierto.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte del caso: Hombre 52 años que acude a servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal de una semana de evolución, cuya historia clínica y examen físico son compatibles con apendicitis aguda complicada. Estudio de imagen con escáner de abdomen y pelvis con contraste informa estómago con presencia de área de solución de continuidad de la pared anterior por curvatura mayor del píloro. Apéndice se identifica en forma parcial la base y parte del tercio medio en relación con colección organizada. Neumoperitoneo subfrénico. Durante laparoscopia exploradora se evidencia Síndrome de Valentino, se decide convertir a técnica abierta debido a gran proceso adherencial y liquido purulento en cuatro cuadrantes. Se visualiza íleon distal y apéndice comprometido con gangrena y perforación. Se realiza hemicolectomía derecha, anastomosis laterolateral mecánica. Cierre primario de perforación gástrica en cara anterior del antro gástrico con suturas sintéticas absorbibles monofilares y parche de epiplón. Biopsia diferida: íleon y colon derecho con proceso inflamatorio agudo necrohemorrágico transmural con perforación secundaria. Pared apendicular con intenso edema de la submucosa.

RESULTADO: Recibe su epónimo debido a la muerte del famoso actor estadounidense Rudolph Valentino, quien, al ser inicialmente diagnosticado por una apendicitis aguda, se le realizó apendicetomía sin mejorar su pronóstico, desarrollando una peritonitis y falla orgánica múltiple revelándose en la autopsia una úlcera gástrica perforada. El síndrome de Valentino es la perforación de una úlcera péptica a nivel gástrico o duodenal, en donde el paciente se presenta con clínica atípica, sugerente de apendicitis aguda asociado a peritonitis localizada. Por esto, debe considerarse el uso de estudios imagenológicos en pacientes con signos de irritación peritoneal para descartar o abrir el espectro diagnóstico.

CONCLUSIÓN: Existen pocos reportes de esta patología en la literatura, por lo que se presenta el caso, con el fin de conocer una complicación poco frecuente con alta morbilidad que requiere de manejo quirúrgico urgente

DISTRIBUCIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS CON SERVICIOS DE CIRUGÍA DE URGENCIA EN CHILE ENTRE 2012-2021

C. Pérez, F. Arriagada, A. Carrasco, S. Labra, M. Gaete, V. Durán.

Universidad de Concepción, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: En Chile existen 223 hospitales públicos que cuentan con atención de urgencia, sin embargo, solo una parte de ellos tiene un servicio quirúrgico de urgencia asociado. Es común dentro de la literatura encontrar estadística sobre los servicios con resolución quirúrgica de urgencia, no obstante, se habla poco de su distribución, la cual debe ser estratégica a lo largo del país para satisfacer las necesidades según los requerimientos de la población.

OBJETIVOS: Describir la distribución de servicios de cirugía de urgencia en Chile en hospitales públicos en el periodo 2012-2021.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño descriptivo transversal. Se utilizó la base de datos proporcionada por DEIS a través de la ley de transparencia entre los años 2012 y 2021, identificando los hospitales con servicios de cirugía de urgencia (HSCU) que habían realizado al menos una cirugía en ese período de tiempo. Se incluyeron aquellos hospitales públicos establecidos asociados a algún servicio de salud. Se excluyeron aquellos hospitales temporales o de campaña. Se clasificaron los resultados según región. Se comparó con la población regional correspondiente.

RESULTADO: Se identificaron 119 centros en un periodo de 10 años. A nivel nacional hay en promedio 0.67 centros por cada 100.000 habitantes. Las regiones que se encuentran bajo el promedio nacional son Tarapacá, Antofagasta, O'higgins, Bío-Bío, Metropolitana, Arica y Parinacota y Ñuble. Por otro lado las que se encuentran sobre el promedio nacional son Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Maule, Araucanía, Los Lagos, Aysén, Magallanes y De Los Ríos. La región con la menor tasa es la región de Tarapacá con una tasa de 0.30 centros por cada 100.000 habitantes. Por otro lado, la región con la tasa más alta es la de Aysén con una tasa de 3.87 centros cada 100.000 habitantes.

CONCLUSIÓN: En Chile existe una diferencia considerable en la cantidad de centros que existen según región. Uno de los factores que podría influir en esto es la extensión territorial de dichas regiones y por consiguiente la distancia entre los centros, donde los traslados de pacientes podrían durar horas. Otro factor a considerar es la distribución poblacional dentro de la región. Se sugiere un estudio más exhaustivo de las causas que producen diferencias entre regiones, pues la optimización de esto podría resultar en un mejor acceso y distribución de los recursos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN CASO DE INFARTO ESPLÉNICO ABSCEDADO

Enrique Biel W, Oscar Gamarra Ch, Michelle Engelshoven J, Alvaro Gallardo V y Gabriel Silva S.

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: Los abscesos esplénicos son una entidad poco frecuente, con una incidencia del 0,2 a 0,7%. En general se asocian a infecciones sistémicas, dentro de ellas la más frecuente es la endocarditis infecciosa. El mecanismo puede ser embolía séptica o bien solo embolía y luego el infarto esplénico sobreinfectarse. El síntoma cardinal es la fiebre, presente hasta en el 95% de los casos. Los gérmenes que se aíslan con mayor frecuencia de los abscesos esplénicos son *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Salmonella* spp. y *Escherichia coli*; algunos pueden ser polimicrobianos, pero hasta en un 20% pueden ser estériles al momento del cultivo. Dentro de la poca evidencia que hay en esta materia, el tratamiento médico se ha asociado a una elevada mortalidad. Se ha planteado el drenaje percutáneo como una alternativa terapéutica, pero sigue siendo la cirugía el estándar de tratamiento, siendo la esplenectomía la técnica de elección.

OBJETIVOS: Presentar un caso de infarto esplénico abscedado, su diagnóstico, manejo y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado en un centro Universitario y su tratamiento quirúrgico. Revisión Pubmed con términos de búsqueda: "Splenic Abscess", "Splenectomy".

RESULTADO: Se presenta el caso de un hombre de 74 años con antecedentes de válvula aórtica protésica, que ingresa por un cuadro de fiebre sin foco, con aumento de los parámetros inflamatorios, ecocardiograma que descarta endocarditis infecciosa y tomografía computada que muestra infarto esplénico e infarto renal derecho. No se aíslan gérmenes en los hemocultivos. Por persistencia de la fiebre, nueva imagen (Resonancia Magnética) muestra una colección en el infarto esplénico, con extensión hacia el espacio subfrénico izquierdo. En vista de la tórpida evolución con el manejo médico, se decide la esplenectomía, durante la cual se evidencia un absceso esplénico y subfrénico, además de un gran proceso inflamatorio adyacente. Evolución favorable en el postoperatorio, afebril y con buena respuesta a la terapia antibiótica prolongada. La tinción de Gram de la pieza quirúrgica también negativa. El paciente recibe su esquema de vacunación para esplenectomizados. Alta hospitalaria al día 32 postoperatorio.

CONCLUSIÓN: El absceso esplénico es un cuadro poco frecuente y de elevada morbilidad. La esplenectomía es el tratamiento de elección y pese a una mortalidad de alrededor del 20%, ha demostrado ser segura y eficaz en tratar la sepsis y tener una mejoría clínica rápida del paciente, lo cual es congruente con el caso presentado.

CIRUGÍA DE LADD EN MALROTACIÓN INTESTINAL EN UN ADULTO.

Veronica Hamilton M, Felipe Ulloa O, Felipe Castillo H, Vicente Montes A.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: La malrotación intestinal es causada por una falla parcial o total de rotación de 270 grados en sentido contrario a las agujas del reloj del intestino medio alrededor de los vasos mesentéricos superiores en la vida fetal. Aproximadamente, el 90 % de los casos se presenta en la edad pediátrica y, rara vez, en la población adulta, con una incidencia estimada de 0.2% en dicha población. La cirugía de Ladd es el manejo de elección para pacientes con malrotación. Sus principales pasos en la técnica consisten en reducir el vólvulo, división de las bandas de Ladd, ensanchar el mesenterio, posicionar el intestino delgado en el abdomen derecho y el colon en el izquierdo. Se recomienda realizar apendicectomía de rutina en estos pacientes para prevenir futuras confusiones en diagnóstico y tratamiento. Existen pocos casos descritos de cirugía de Ladd laparoscópica en la población adulta, y no hay reportes de casos en latinoamérica, a conocimiento nuestro.

OBJETIVOS: Mostrar un video donde se visualiza cirugía de Ladd laparoscópica en un adulto con diagnóstico de malrotación intestinal.

CONTENIDO DE VIDEO: Neumoperitoneo hasta 15 mmHg, Inserción de T1 12 mm umbilical, instalación de T2 en hipogastrio 5mm, T3 en flanco izquierdo de 12mm y T4 en hipocondrio izquierdo de 5 mm todos bajo visión directa. Como hallazgo destaca malrotación intestinal completa con cambio de calibre en la unión duodenoyeyunal. Se realiza liberación de coalescencia de colon ascendente y ángulo hepático hasta identificar banda de Ladd que se secciona con ligasure. Se pasa intestino delgado hacia hemicuerpo derecho y se posiciona colon en hemicuerpo izquierdo. Se realiza apendicectomía profiláctica. Tiempo total de cirugía 80 minutos.

HERNIOPLASTIA BAJO ANESTESIA LOCAL: UNA EFICIENTE SOLUCIÓN PARA LA PATOLOGÍA HERNIARIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

A. Hudson Correa, D. Valenzuela Candia, C. Ayala Ramirez, J.C Justiniano Peralta

Hospital del Salvador de Santiago SSMO

INTRODUCCIÓN: La hernioplastia es la segunda cirugía electiva más frecuentemente realizada en Chile. Actualmente, la mayoría de los pacientes son intervenido bajo anestesia regional o general, en lugar de anestesia local (AL), lo cual expone al paciente a riesgos anestésicos, una estadía mayor en la sala de recuperaciones, e incluso, a invalidarlo como candidato quirúrgico. La literatura sugiere que la AL bloquea las aferencias del dolor y además actúa como inmunomodulador, reduciendo la respuesta inflamatoria a la injuria quirúrgica. Se ha demostrado que es una alternativa segura y bien tolerada, que permite la rápida deambulación del paciente, acortar los tiempos postoperatorios intrahospitalarios y costos. Durante la pandemia por SARS-COV2, la resolución de patología herniaria fue limitada. Con el fin de resolver a los pacientes en espera acumulados, se desarrolló un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en nuestro hospital, con hernioplastias bajo AL y alta precoz, agilizando el flujo hospitalario.

OBJETIVOS: Presentar la experiencia del equipo de CMA en hernioplastia bajo AL durante 7 meses, como solución al problema de salud pública que representa esta patología. El objetivo primario fue reingreso y/o reoperación a 30 días. Objetivos secundarios: recidiva a un año y tiempo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizó una base de datos de pacientes adultos, sometidos a una hernioplastia inguinal, umbilical o incisional bajo AL desde Junio de 2021 hasta diciembre de 2021. Se revisaron los protocolos operatorios y fichas clínicas, readmisiones a 30 días y reintervenciones a 1 año plazo. Criterios de inclusión: paciente adulto, sometido a una hernioplastia abdominal o inguinal abierta bajo AL, electiva, y alta a las 4 horas postoperatorias. Criterios de exclusión: hernioplastia laparoscópica, uso de anestesia general o regional, cirugía de urgencia, paciente con hospitalización programada, otra cirugía combinada con hernioplastia.

RESULTADO: Se analizaron 140 pacientes. El grupo estuvo conformado principalmente por hombres (61.4%), y el promedio de edad fue de 61 años (15.29). La hernioplastia inguinal fue la más frecuente (62.1%), seguida de hernioplastia umbilical (22%), femoral (6.4%) e incisional (2%). Un paciente (0.7%) presentó morbilidad: un hematoma precoz, que no requirió reintervención. Se registró una recidiva en el postoperatorio mediano, que requirió una nueva hernioplastia, fuera del periodo descrito. El tiempo operatorio medio fue 64 minutos (25.5).

CONCLUSIÓN: La hernioplastia bajo AL, inserta en un programa de CMA de rápido flujo, es una medida de salud pública segura y eficaz para resolver la patología herniaria en centros hospitalarios chilenos.

FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO HOSPITALARIO POSTERIOR A COLECISTECTOMÍA

Daniel García, Antonia Pastore, Javier Rodríguez, Fernando Crovari, Patricia Rebolledo, Pablo Achurra, Eduardo Viñuela, Jorge Martínez, Martín Dib, Eduardo Briceño

Pontificia Universidad Católica Chile

INTRODUCCIÓN: La reducción de los reingresos hospitalarios ha capturado cada vez más la atención en salud pública debido a que son frecuentes, costosos y un porcentaje importante de ellos serían prevenibles. En Chile la coledocolitiasis tiene una incidencia mayor que en otros países, afectando al 13,1% de los hombres y 36,7% de las mujeres mayores de 20 años. Por consiguiente, la colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en nuestro país: tan solo en el año 2016 se realizaron 59.420 procedimientos de este tipo. En el caso de la colecistectomía existen escasos estudios que hayan evaluado factores asociados a reingreso hospitalario posterior a una colecistectomía.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue evaluar los factores asociados a reingreso hospitalario dentro de un periodo posterior de 30 días luego de una colecistectomía, y detallar sus causas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de casos y controles. Se utilizó el registro de colecistectomías realizadas en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile entre los años 2015-2019. Se consideró casos aquellos pacientes que reingresaron en los 30 primeros días posteriores a una colecistectomía. Se seleccionó un control por cada caso de manera aleatoria entre aquellos pacientes que no presentaron reingreso. Se realizó análisis univariado y multivariado mediante regresión logística para identificar factores asociados a reingreso.

RESULTADO: De un total de 4.866 colecistectomías, 79 pacientes presentaron reingreso hospitalario en los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico (1,6%). Los resultados estadísticamente significativos en el análisis univariado fueron: tumor sólido al momento de la colecistectomía (OR 7,58), bilirrubina directa preoperatoria alterada (OR 2,52), fosfatasa alcalina preoperatoria alterada (OR 3,25), ingreso de urgencia (OR 2,04), coledocolitiasis al ingreso (OR 4,34), realización de otros procedimientos durante la cirugía (OR 4,12) y complicaciones postoperatorias. En el análisis multivariado solamente la realización de otro procedimiento durante la colecistectomía fue estadísticamente significativa (OR 4,24; IC95% 1,33-13,55).

CONCLUSIÓN: La realización de otros procedimientos durante la colecistectomía se identificó como un factor asociado a reingreso hospitalario en los 30 días posteriores a la colecistectomía.

VESÍCULA BILIAR DE IMPLANTACIÓN ANÓMALA COMO HALLAZGO INTRAOPERATORIO EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, REPORTE DE DOS CASOS

Paz Henríquez, Pablo Ebensperger, Luis Fonseca

Universidad de la Frontera

INTRODUCCIÓN: La vesícula de implantación anómala es aquella que se encuentra a la izquierda del ligamento falciforme en un paciente sin situs inversus. Se describe una incidencia de 0.1-0.7%. Habitualmente no detectada por la ecografía abdominal preoperatoria por lo que es un hallazgo intraoperatorio generalmente. La primera serie de casos fue descrita en 1886 por Hochstetter. Pese a que existe un mayor reporte actual, las cifras totales siguen siendo bajas por lo que es un hallazgo poco frecuente.

OBJETIVOS: Presentar el hallazgo intraoperatorio inusual de vesícula biliar de implantación anómala en dos casos clínicos y entregar recomendaciones descritas en la literatura.

CONTENIDO DE VIDEO: Casos clínicos y recomendaciones.

ABORDAJE LAPAROSCOPICO DE ESTENOSIS BENIGNA DE VIA BILIAR POST OPERATORIA: REPORTE DE CASO

Javiera Díaz Espinosa, Julio Zugbe Arroyo, Matias Polanco Moore

Hospital de San Carlos

INTRODUCCIÓN: Las estenosis benignas del conducto biliar pueden producirse por múltiples causas, las más comunes son de tipo iatrogénica. Su manifestación clínica va desde completamente asintomática hasta principalmente ictericia. Su diagnostico se confirma por imágenes. El abordaje terapéutico debe realizarse de forma multidisciplinaria, ya sea endoscópico o quirúrgico, si se decide tratamiento quirúrgico, el abordaje laparoscópico debiese estar indicado frente a cirugía abierta por sus múltiples beneficios. La derivación biliodigestiva de elección corresponde a la hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

OBJETIVOS: Reportar buenos resultados de abordaje laparoscópico en Hospital de menor complejidad. Revisión de literatura sobre patología benigna.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino 61 años, con antecedentes de colecistectomía convertida 2019, por lesión de vía biliar en origen de conducto cístico, Strasberg A. Evoluciona con fistula biliar, la cual se cierra de forma espontánea. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de epigastalgia y baja de peso, se solicita estudio. Endoscopia sin alteraciones, Tomografía Computada evidencia severa dilatación de vía biliar, con cambio de calibre a nivel del hilio hepático y CRMN describe cambio brusco en conducto hepático común en relación a clips de cirugía previa. Se decide laparoscopia.

RESULTADO: Se realiza laparoscopia exploradora, evidenciándose múltiples adherencias hacia hilio hepático de cirugía previa, vía biliar dilatada, se realiza Hepaticoyeyuno anastomosis en Y de Roux Laparoscópica sin incidentes. Paciente es dado de alta al 4º día post operatorio.

CONCLUSIÓN: Las estenosis de vía biliar iatrogénicas corresponden al 90% de la etiología benigna. Su pronta resolución ya sea endoscópica o quirúrgica define el pronóstico del paciente. La Hepaticoyeyuno anastomosis es un procedimiento seguro, está indicada su realización de forma laparoscópica en pacientes seleccionados, disminuyendo la morbilidad relacionada al diagnostico.

DIVERTÍCULO DE MECKEL VOLVULADO EN RELACIÓN A BRIDA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Camila Sotomayor Ledezma, Pedro Palza Contreras, Cristián Vargas Goldsmith.

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: El divertículo de meckel es la anomalía del tracto gastrointestinal más frecuente (2% a 3% de la población), ocurre producto de obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico y es un divertículo verdadero. Es clínicamente evidente cuando surgen complicaciones como ulceración y hemorragia, diverticulitis, obstrucción intestinal, entre otras.

OBJETIVOS: Reportar caso clínico de paciente con obstrucción intestinal secundaria a divertículo de Meckel volvulado en relación a Brida y realizar revisión de literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso en ficha clínica y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente de sexo masculino, 30 años, sin antecedentes mórbidos. Ingres a Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 24 hrs de evolución, difuso, de moderada intensidad, asociado a varios episodios de vómitos, con ausencia de gases/deposiciones, y compromiso del estado general. Signos vitales: FC 80 lpm, frecuencia respiratoria 15 rpm, PA 115/71 mmHg, Tº 36 °C y saturación 99% (O2 ambiental). Al examen: abdomen poco depresible, doloroso a palpación superficial, con signos de irritación peritoneal. En exámenes de laboratorio destaca: GB 17.400, PCR 78 mg/dl, ácido láctico 23,3 mg/dL. Se realiza TC AP que informa obstrucción intestinal en asa cerrada, diagnóstico con el que se decide ingresar a pabellón. Se realiza laparotomía exploradora (LMIU), encontrándose gran cantidad de líquido libre serohemático, divertículo de meckel a 50 cm de válvula ileocecal volvulado y necrótico asociado a brida hacia pared abdominal como causa de obstrucción intestinal de ileon distal en asa cerrada. Segmento volvulado de ileon contundido y eritematoso, pero con peristaltismo. Se realiza sección de brida, devolvulación de ileon en asa cerrada, resección de DM en cuña y rafia intestinal en doble plano con biosyn 3-0. Paciente evolucionó favorablemente en el posoperatorio, se mantuvo con tratamiento antibiótico asociado (ceftriaxona metronidazol) por nueve días y analgesia, presentando buena tolerancia a realimentación progresiva, con alta hospitalaria al noveno día. En control posterior con cirujano en policlínico, a un mes de la intervención, paciente en buen estado general, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los divertículos de Meckel se presentan como hallazgos de forma asintomática (33%) dentro de estudio por otra patología abdominal y 16% como alguna complicación de este: abdomen agudo, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal o peritonitis. En el caso presentado, se trataba de una obstrucción. El abordaje quirúrgico dependerá del diagnóstico del mismo, si se trató de un hallazgo o si el paciente presentó sintomatología. En este caso la laparotomía exploradora permitió llegar al diagnóstico y realizar el tratamiento sin complicaciones.

ESTUDIO COMPARATIVO DE VIDEOGRABADORES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

V. Durán, M. Migueles, F. Silva, B. Valencia, I. Montero, M. Gaete, J. Vela, C. Jarry, J. Varas, P. Achurra, M. Inzunza

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoscópica es el abordaje de elección para múltiples procedimientos. Asimismo, la videograbación de estas cirugías se ha masificado. Actualmente, el mercado ofrece dispositivos de grabación médicos (DGM) con un costo aproximado de 5.000 USD y dispositivos alternativos de grabación no médicos (DGNM) con un costo que varía entre 120-200 USD. A la fecha, no se han encontrado estudios comparativos entre los distintos dispositivos disponibles.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es comparar la percepción en la calidad de la videograbación obtenida por DGM y DGNM en un grupo de cirujanos y residentes de cirugía de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal. Se grabó una colecistectomía laparoscópica electiva con cuatro dispositivos de videograbación simultáneamente: tres DGNM (AverMedia 60fps, Elgato 30fps, Hauppauge 30fps) y un DGM (MediCapture 20fps). Se realizó una encuesta con preguntas tipo Likert y selección de videograbación comparativa usando las videograbaciones en alta definición. Se analizaron cuatro aspectos: definición de estructuras anatómicas(DE), fluidez y velocidad de movimientos(FV), similitud con la visión de pantalla en pabellón(SPP) y calidad global de la videograbación(CG). Se distribuyó vía online y se incluyeron cirujanos y residentes de cirugía que realicen de forma habitual cirugía laparoscópica. Se calculó un tamaño muestral de 45 participantes para lograr un poder de 80%, con alfa de 5% y un tamaño efecto moderado. Se aplicó estadística descriptiva y analítica no paramétrica. Se analizaron los resultados utilizando RStudio.

RESULTADO: Se recopilaron 48 encuestas, 72% fueron cirujanos y 28% residentes. Respecto a DE, los DGNM Elgato, AverMedia y Hauppauge obtuvieron puntajes respectivamente de 4.7[2-5], 4.4[2-5], 4.5[2-5] mientras que DGM obtuvo 4[3-5]. Al analizar FV, los mismos DGNM obtuvieron 4.0[3-5], 4[2-5], 4[2-5] DGM 3[1-5]. En SPP, los DGNM obtuvieron 3.8[3-5], 3.7[2-5], 3.8[2-5] y DGM 2.7[1-5]. Con respecto a CG, se obtuvo respectivamente 4.5[3-5], 4.4[3-5], 4.4[3-5]. En una pantalla comparativa, el 70% escogió al DGNM Hauppauge como el dispositivo de mayor calidad, y el 78% escogió a DGM Mediacapture como el peor dispositivo.

CONCLUSIÓN: Para grabar procedimientos laparoscópicos, los dispositivos DGNM obtuvieron una mejor calificación global y específica que el DGM Mediacapture, siendo el dispositivo Hauppauge el mejor evaluado. Los DGNM podrían ser considerados como una alternativa menos costosa y de mejor calidad para la videograbación de cirugías laparoscópicas en el pabellón quirúrgico.

QUISTE HIDATÍCO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, MUSLO DERECHO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Herman Viveros, Daniel Moreno, Ana Velásquez, Colett Dube, Eduardo Morales.

Hospital San José de Melipilla - Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis, enfermedad parasitaria, generada principalmente por *Echinococcus granulosus*, en la que su hospedador final son los cánidos, y los intermediarios son los ovinos, por lo tanto, el ser humano es un intermediario accidental. Se presenta frecuentemente en los países en vías de desarrollo y con predominio de áreas rurales, donde los cánidos se alimentan de los órganos de animales infectados. En Chile se considera endémica y tiene una tasa de incidencia de un 1,8 a 2,5 casos por cien mil habitantes, siendo de notificación obligatoria desde 1951. Clínicamente, los pacientes pueden permanecer asintomáticos por larga data, presentando síntomas una vez que el tamaño o ubicación de los quistes genere complicaciones. La localización más frecuente corresponde a hígado (60 – 70%) y pulmones (20 – 30%), siendo la ubicación de partes blandas, óseas y musculares una mínima proporción de esta.

OBJETIVOS: Reporte de un caso con presentación inusual de quiste hidatídico junto a su resolución quirúrgica con cistoperiquistectomía, describiendo su incidencia a nivel nacional.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza la identificación de un caso evaluado en el Servicio de Cirugía, revisión de ficha, video tras consentimiento informado de la paciente.

RESULTADO: Paciente femenina de 26 años con antecedente de ruralidad, consulta por aumento de volumen, de un año de evolución, en el tercio superior de la cara posterior del muslo derecho que se asocia a eritema y dolor a la deambulación. Se realiza resonancia magnética que evidencia un quiste hidatídico IIb, en el celular subcutáneo profundo y plano musculoaponeurotico superficial de los isquiotibiales del tercio proximal del muslo derecho. Iniciando tratamiento farmacológico con Albendazol. Se complementa estudio con tomografía de tórax, abdomen y pelvis que descarta implantaciones primarias o secundarias. Se realiza Cistoperiquistectomía, constatándose salida de abundante contenido purulento en conjunto a vesículas hijas. Se utiliza solución hipertónica, realizando exéresis completa. Se continua el tratamiento antihelmíntico por un mes, y se confirma el diagnóstico con informe anatómico patológico que indica Membranas germinales hidatídicas viables y una pseudocápsula fibrosa periquística con infiltrado inflamatorio crónico, agudo y necrosis.

CONCLUSIÓN: La hidatidosis es una enfermedad endémica en Chile, que se debe notificar obligatoriamente, y que gracias mejoras de salubridad en el país ha ido en disminución, siendo aún prevalente en zonas de rurales y en regiones de mayor pobreza. La sospecha de quiste hidatídico debe estar presente siempre en nuestro medio quirúrgico, aún en presentaciones atípicas, de manera tal que se pueda tener una pronta resolución y evitar así sus graves complicaciones.

LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR CUERPOS EXTRAÑOS GÁSTRICOS E INTESTINALES, SERIE DE CASOS DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Juan Carlos Aguayo, Felipe Ulloa, Benjamin Belmar, Bettina Guijón, Xabier Andonegui, Matias Salazar, Pablo Repullo, Fernando Leighton

Hospital Padre Hurtado-Universidad Del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: Los cuerpos extraños (CE) gástricos e intestinales ingeridos accidental o voluntariamente son infrecuentes en adultos, sus presentaciones clínicas pueden ser complejas dado lo grave de sus complicaciones, como obstrucción intestinal o perforación de víscera hueca, y pueden requerir exploración quirúrgica. En experiencias publicadas, la exploración quirúrgica se realiza por el cirujano de urgencia o el residente. Presentamos la experiencia del Hospital Padre Hurtado los últimos 3 años.

OBJETIVOS: Describir y analizar los resultados perioperatorios de aquellos casos de CE gástricos o intestinales que se presentan con complicación que requiere abordaje quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos retrospectivos de pacientes entre 30-57 años con CE gástricos o intestinales abordados quirúrgicamente, atendidos en la urgencia del Hospital Padre Hurtado, en el periodo entre Enero 2020 - Junio 2022. Análisis descriptivo y analítico de atención a urgencia, protocolos operatorios y epicrisis. Se excluyeron casos <18 años, abordados vía endoscópica o sin abordaje quirúrgico. Estadística descriptiva de variables demográficas, perioperatorias, días de hospitalización y mortalidad.

RESULTADO: Se exploraron quirúrgicamente 5 pacientes, 60% mujeres y 40% varones, edad promedio de 48 años y asociación a patologías psiquiátricas en un 40%. 80% se presentó con perforación intestinal y 20% como sepsis asociada a CE sin otro foco. Los CE fueron 40% mondadientes, 20% clavos, 20% piedras y 20% hueso. Hubo en un 60% perforación de íleon y un 40% de colon. Todas fueron abordadas vía laparotomía exploradora media, 1 requirió gastrotomía + resección intestinal + colectomía derecha, 1 cirugía de Hartmann, 1 solo resección intestinal, 1 solo enterorrafia primaria y 1 gastrotomía + enterotomía, tiempo quirúrgico promedio fue 120 min. Los 5 casos fueron operados por residente y cirujano general. Solo un caso requirió múltiples reintervenciones. La estancia hospitalaria promedio fue de 4 días, excluyendo 1 caso cuya estadía se prolongó por 4 meses, la mortalidad fue de un 20%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre tipo de CE y mortalidad (p valor 0.2).

CONCLUSIÓN: Los CE gástricos e intestinales en adultos se asocian a patologías psiquiátricas, son infrecuentes, pueden llegar a requerir intervención quirúrgica y tener una alta morbilidad y mortalidad. Nuestra experiencia muestra desde gastrotomías, enterotomías, resecciones intestinales hasta hemicolectomías, todos realizados por residente como 1er cirujano. Hubo 1 reintervención (20%) y 1 fallecimiento (20%). El CE más frecuente fue el mondadientes y la víscera más frecuentemente lesionada el íleon. No hay serie de casos en la literatura nacional sobre adultos con CE que requirieron intervención quirúrgica.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA MORBIMORTALIDAD DE PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS DE URGENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Francisco Navarro S., María Inés Gaete D, Sergio Riveros G., Valentina Durán E., Mauricio Gabrielli N.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo respecto al acceso oportuno a la atención de salud y en la atención de los servicios de urgencia de nuestro país, retrasando ésta principalmente debido a las medidas de confinamiento y al temor al contagio, lo que podría traducirse en un aumento de tasa de complicaciones en las patologías quirúrgicas.

OBJETIVOS: Analizar los efectos de la pandemia en la presentación las patologías quirúrgicas de urgencia y en la morbilidad en un hospital universitario

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron y compararon los ingresos y evolución de aquellos pacientes con patología quirúrgica aguda que acudieron al servicio de urgencia del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile durante enero 2019 y marzo 2020,, con aquellos pacientes atendidos entre abril 2020 y junio 2021, período en que existía restricción de movilidad en la Región Metropolitana. Se analizaron las variables: sexo, edad, comorbilidades preexistentes (hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmunosupresión y enfermedad renal crónica), número de días con síntomas, patología quirúrgica complicada y no complicada (apendicitis aguda, pancreatitis aguda, diverticulitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal y hernia atascada), parámetros de laboratorio, hallazgos en tomografía computada (TC), días de hospitalización, complicación postoperatoria, reingresos, reoperación y morbilidad postquirúrgico. Se realizó análisis de variables cualitativas mediante Chi2, para variables continuas con distribución paramétrica y no paramétrica se utilizó prueba T-student y test de rango de Wilcoxon.

RESULTADO: Se incluyeron 166 pacientes en el primer período y 197 pacientes en el segundo. Existió diferencia significativa en el número de días con síntomas previo a consultar [1 (0-2) vs 1 (0-4); $p=0,029$], el número de pacientes con hipertensión arterial atendidos [11% vs 23%, $p=0,004$] y las complicaciones detectadas en TC [26% vs 37%, $p=0,009$], siendo todas estas mayor en el periodo de restricción por pandemia. No existieron diferencias significativas en morbilidad, reingreso ni necesidad de reintervención.

CONCLUSIÓN: La pandemia de COVID-19 retrasó la consulta del paciente al servicio de urgencia, contribuyendo a una mayor incidencia de enfermedad complicada en los estudios imagenológicos realizados durante dicho período, sin que esto se tradujese en mayor una morbilidad en el período analizado.

ANGIOMA DE CÉLULAS LITORALES COMO CAUSA INFRECUENTE DE ESPLENOMEGALIA E HIPERESPLENISMO - REPORTE DE UN CASO

Caterina Contreras, Alfredo Alfaro, Pedro Soto, Iván Paul, Allan Sharp

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El angioma de células litorales (ACL) es un tumor vascular esplénico infrecuente, descrito por primera vez en 1991. Deriva de las células que rodean la pulpa roja del bazo, encargadas de la fagocitosis de eritrocitos senescentes. Su prevalencia es desconocida, encontrándose principalmente en reportes de casos. Suele ser un hallazgo imagenológico incidental, asociándose a síntomas inespecíficos como masa abdominal o dolor, evolucionando excepcionalmente con esplenomegalia e hiperesplenismo. No se han descrito hallazgos tomográficos característicos que permitan diferenciarlo de otras neoplasias esplénicas. La biopsia excisional constituye la principal herramienta diagnóstica. Algunas series describen asociación de ACL con patologías autoinmunes y/u otras neoplasias, por lo que se recomienda seguimiento. Se presenta el caso de una paciente adulta, previamente sana con hallazgo incidental de esplenomegalia, hiperesplenismo, con biopsia que informa este tipo de tumor infrecuente.

OBJETIVOS: Enriquecer la discusión de diagnóstico diferencial en pacientes similares en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo en base a reporte de caso, seleccionado con método no probabilístico deliberado. No se analizan variables ni estadística. Se complementa con información reportada en literatura respecto a epidemiología, estudio y manejo.

RESULTADO: Paciente mujer de 48 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. Durante examen físico de rutina se pesquiza bazo 4 cm bajo reborde costal, confirmando esplenomegalia de 17.5 cm en ecografía abdominal, con dos quistes homogéneos en su interior. Hemograma evidencia plaquetas en $120.000 \times 10^3/\mu\text{L}$, resto en rango. Citometría de flujo (CMF) negativa para síndrome linfoproliferativo (SLP). En seguimiento por hematología (9 meses) se observa plaquetas de $80.000 \times 10^3/\mu\text{L}$ y bazo de 19 cms. PET CT informa linfangiomas esplénicos, sin otros hallazgos. Endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin hallazgos relevantes. Biopsia de médula ósea y nueva CMF negativas para SLP. En tercer control (mes 18 de seguimiento) se pesquisan plaquetas en $21.000 \times 10^3/\mu\text{L}$. Se decide Esplenectomía abierta, previa preparación con desmopresina, ácido tranexámico, transfusión de plaquetas y vacunación contra gérmenes encapsulados. Procedimiento sin incidentes. Biopsia diferida informa células neoplásicas inmunorreactivas para CD31, CD68. Negativas para CD34, CD3 y CD20; compatible con angioma de células litorales del bazo. La paciente evoluciona de forma favorable en postoperatorio, con alza de plaquetas a $322.000 \times 10^3/\mu\text{L}$, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El ACL es un tumor benigno esplénico infrecuente, de diagnóstico usualmente incidental. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con lesión sólida esplénica dado su asociación a patologías autoinmunes y neoplasias malignas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL EN PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS, REPORTE DE UN CASO.

Jorge Arche P, Harold Romero F, Alejandro Readí V, Danny Oksenberg R, Stefania Traverso V

Clinica INDISA, Universidad Andres Bello

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel es la malformación congénita gastrointestinal más frecuente, con una prevalencia del 0.5-2% de la población general y con mayor incidencia en hombres. Se estima que únicamente el 4% de los afectados presentará algún síntoma ya sea hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, diverticulitis, úlcera o perforación. Es más sintomático en niños alrededor de los 2 años y muy raro en adultos mayores. Son diversos los métodos diagnósticos dependiendo del síntoma que presente el paciente, la cápsula endoscópica es un método útil si su manifestación es hemorragia digestiva sin un origen claro y el manejo, se enfoca siempre en la resolución quirúrgica.

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de un paciente adulto mayor con hemorragia digestiva baja, en el que varios métodos diagnósticos no detectaron el origen del sangrado

MATERIAL Y MÉTODO: Registro clínico e imagenológico del caso en estudio, en clínica INDISA, Santiago, Chile 2022.

RESULTADO: Paciente masculino de 70 años de edad, que ingresa por hemorragia digestiva baja asociado a lipotimia, recibe manejo médico quirúrgico posterior a varios estudios imagenológicos se evidencia un Divertículo de Meckel con sangrado reciente.

CONCLUSIÓN: El Divertículo de Meckel complicado, es un cuadro que se puede diagnosticar con varias opciones imagenológicas con alto grado de sensibilidad y especificidad, el tratamiento quirúrgico es exitoso si se maneja oportunamente, según lo descrito en la literatura internacional con significancia estadística.

IMPACTO DEL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA EN LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DE CHILE. ESTUDIO DE COHORTE NO CONCURRENTE.

Catalina San Martín , Bárbara Godoy, Katherine Ochoa, Eugenio Grasset

Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La coexistencia entre residentes de cirugía general (RCG) y subespecialidades en un mismo centro formador puede afectar al volumen y tipo de cirugías realizadas por RCG. Se desconoce si esto ocurre en centros formadores de nuestro país.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto en la experiencia quirúrgica de RCG la aparición de residentes subespecialidad de coloproctología (RSCP) en el Hospital del Salvador (HDS).

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una cohorte prospectiva no concurrente que incluyó el total de RCG del HDS egresados entre los años 2006-2015 sin exclusión y mediante un sistema de registro de la Escuela de Postgrado se obtuvo el total de sus cirugías realizadas en la rotación de Coloproctología. Se definieron 2 grupos: periodo pre y post-ingreso del primer RSCP, año corte el 2009. Se registraron las cirugías realizadas como primer cirujano (PC) y ayudante en ambos grupos, sin excluir cirugías según su complejidad. Se evaluó la tendencia en el tiempo de las cirugías promedio realizadas en total por cada año, tanto como PC y ayudante. Se realizó una comparación entre ambos grupos, media y mediana, considerando intercuartiles 25-75. $P < 0,05$ como significancia estadística. Análisis con el programa R.

RESULTADO: En total se incluyeron 48 RCG (11 mujeres) entre los años 2006-2015. De estos, 21 son del grupo pre-ingreso de RSCP. De un total de 2135 cirugías, 663 fueron realizadas como PC y 1472 como primer, segundo o tercer ayudante. La media de cirugías en que participó cada residente fue de 44,5, con 13,8 y 30,7 cirugías realizadas como PC y ayudante, respectivamente. En cuanto a las cirugías totales realizadas en el tiempo por RCG, hubo una correlación leve pero significativa (R^2 ajustado 0,25, $P=0,04$), al igual que en el caso de las realizadas como ayudantes (R^2 ajustado 0,26, $P=0,041$). Respecto a las cirugías realizadas como PC, no hubo diferencia significativa (R^2 ajustado 0,07; $P=0,18$). Al comparar el total de cirugías realizadas en la rotación de coloproctología por RCG entre el periodo pre ingreso de RSCP y el periodo posterior a ello, se observó una diferencia significativa (56,1 vs. 35,4, $P=0,0003$), igualmente al comparar los promedios como PC (20 vs. 8, $P=0,00006$) y como ayudante (36 vs. 26,5 respectivamente, $P=0,009$).

CONCLUSIÓN: La aparición de RSCP se asoció a disminución en la experiencia quirúrgica de los RCG en el periodo observado

ILEO BILIAR RECURRENTE: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL BASE VALDIVIA.

R. Briceño, I. Alvarado, E. Reichmann, R. Nuñez.

Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: Ileo biliar corresponde a la obstrucción mecánica de la luz intestinal producto de impactación de cálculo biliar de gran tamaño que ha pasado a través de una fístula colecisto entérica. Representa el 4% de las causas de obstrucción intestinal, afecta predominantemente a adultos mayores ya a mujeres. La recurrencia es rara, descrita hasta en un 5% de los casos. Por lo general, el cálculo debe medir al menos 2 cm para producir obstrucción intestinal, el sitio más común de impactación es ileon terminal. El diagnóstico es clínico - radiológico. El tratamiento es quirúrgico con cirugía en 1 o 2 tiempos.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de ileo biliar recurrente durante la misma hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y literatura.

RESULTADO: Femenino de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, obesidad y Párkinson de reciente diagnóstico. Sin antecedentes quirúrgicos. Consultó en junio de 2021 en Urgencias de Hospital Base Valdivia por 5 días de evolución de dolor abdominal difuso tipo cólico asociado a ausencia de deposiciones y gases por ano y vómitos. Laboratorio sin alteraciones. Ingresó estable, afebril. Al examen físicopaciente obesa, RHA apagados, sin bazuqueo, BDI sin signos de irritación peritoneal. TAC AP: aerobilia, engrosamiento parietal vesicular en relación a segunda porción duodenal que pudiese estar en contexto de fístula colecistoduodenal, contenido denso en yeyuno proximal. Se diagnosticó ileo biliar. Se realizó enterolitotomía asistida por laparoscopia, exploración abdominal sistemática hasta identificar molde de cálculo en yeyuno proximal a 20 cm del Treitz, enterolitotomía transversal sobre el cálculo extrayendo cálculo facetado de 4x3 cm, no se encuentran más cálculos endoluminales. Post operatorio tórpido, sin tolerar régimen por boca, vómitos biliosos, SNG con débito bilioso abundante. TAC AP control al día 4 post operatorio evidenció vesícula biliar litiasis cálcica presente en estudio anterior la cual se encuentra en yeyuno proximal sugere migración de cálculo vesicular por lo que se decide re explorar. Laparotomía exploradora, extracción de nuevo cálculo de 5x4 cm por enterotomía previa. Cursó nuevo post operatorio favorable, dada de alta al día 6 post operatorio.

CONCLUSIÓN: Ileo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, se debe sospechar en paciente adultos mayores, con antecedentes de patología biliar crónica y comorbilidades importantes. El factor pronóstico más importante es el tiempo entre diagnóstico y resolución quirúrgica. A pesar que la literatura es limitada, la enterolitotomía o cirugía en 2 tiempos sigue siendo la recomendación actual.

LINFADENITIS TUBERCULOSA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Jugo, L. González, M.F. Echeverría, J. Rebolledo, M.L. Hubner

Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública en diferentes países del mundo, incluyendo Chile. La linfadenitis tuberculosa o tuberculosis ganglionar es una de las formas más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar, sin embargo, el compromiso de ganglios abdominales es un hallazgo poco frecuente, constituyendo aproximadamente un 11% de las tuberculosis extrapulmonares. La importancia de esta entidad clínica radica en que debe tenerse como diagnóstico diferencial en contexto de dolor abdominal cuya etiología no ha sido precisada, y en estos casos la resección ganglionar laparoscópica juega un rol tanto de diagnóstico como de tratamiento.

OBJETIVOS: se presenta el caso de una paciente de 29 años con diagnóstico de tuberculosis ganglionar por biopsia a través de linfadenectomía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Paciente de 29 años con antecedentes de lupus, resistencia a la insulina, apendicectomía y gastrectomía en manga. Consulta al servicio de urgencias por cuadro de 2 días de evolución de fiebre no cuantificada asociada a dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior irradiado al dorso y mialgias. Sin síntomas respiratorios, urinarios ni diarrea. Ingresa taquicardica y febril. Al examen físico presenta dolor a la palpación en región periumbilical y en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal, con puño percusión negativa. Se realizaron exámenes de laboratorio donde destaca leucocitosis de 14.600 mg/dL y PCR de 16.79 mg/dl. Además se realizó TAC de abdomen y pelvis con contraste con hallazgo de múltiples adenopatías ileo meso cólicas con cambios inflamatorios adyacentes y un pequeño foco hipodenso en su centro que podría traducir la presencia de abscedación y discreto engrosamiento parietal; posible origen inflamatorio-infeccioso o granulomatoso. Paciente se hospitaliza para estudio y manejo de cuadro abdominal con sospecha de linfadenopatía abdominal abscedada. Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol. Se realizaron quantiferon TBC y baciloscopia, ambos con resultados negativos. Estudios para toxoplasma gondii, hongos, brucelosis y bartonella henselae descartaron otra etiología infecciosa. Debido a parámetros inflamatorios elevados estacionarios y persistencia de dolor abdominal a pesar de tratamiento, se decide realizar un nuevo TAC de abdomen y pelvis, donde se describe progresión de adenopatías mesentéricas e ileo cólicas, con mayor grado de cavitación que estudio previo; debiendo considerar como primera posibilidad una infección granulomatosa (TBC). Se decidió realizar laparoscopia exploradora para obtención de muestra ganglionar donde se resecó adenopatía mesentérica de íleon distal y se envió a biopsia. El resultado de Genxpert mycobacterium de la muestra fue negativo y ADA se mantuvo dentro de rangos normales (14,3 U/l). Sin embargo, el estudio histopatológico de la muestra evidenció un proceso granulomatoso compatible con TBC. Se realiza notificación para tuberculosis y se inicia



manejo antibiótico con triterapia.

CONCLUSIÓN: el dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de urgencias, y en la mayoría de los casos se puede llegar a un diagnóstico preciso mediante anamnesis, examen físico, laboratorio e imagenología. Sin embargo, existe un grupo de pacientes con dolor abdominal persistente en los que no es posible precisar un diagnóstico etiológico a pesar de un estudio minucioso. En estos casos es de gran importancia tener en consideración diagnósticos diferenciales poco frecuentes como la tuberculosis ganglionar abdominal, especialmente ante imagenología sugerente y a pesar de pruebas de laboratorio negativas. Ante esta sospecha, la laparoscopia exploradora para linfadenectomía y biopsia de la muestra juega un rol central tanto para el diagnóstico como el tratamiento.

CIRUGÍA DE MAMA

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE LA MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Danitza Escobar H, Mauricio Cuadra P, Camila Concha F, Heribando Landa S, Santiago Sanchez I, Maria José Gormaz P, Gonzalo Lucero H.

Clínica Dávila (Región Metropolitana) – Departamento de Cirugía Mamaria.

INTRODUCCIÓN: El tumor de células granulares (TCG) es una neoplasia de origen neural que se manifiesta como un nódulo solitario doloroso que puede surgir en cualquier parte del cuerpo pero más frecuentemente en la piel y tejido celular subcutáneo, siendo la mama un sitio muy infrecuente. Es muy similar a un carcinoma apocrino por lo tanto el diagnóstico definitivo lo realiza la biopsia.

OBJETIVOS: El objetivo es reportar un caso de TCG de la mama y describir sus características.

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

RESULTADO: Paciente de 75 años, tabáquica y sin antecedentes familiares de patología oncológica, consulta por exámenes de screening alterados con nódulo mamográfico y ecográfico espiculado BIRADS 5. Se realiza biopsia core que informa tumor de células granulares, considerar diagnóstico diferencial carcinoma apocrino. Se realiza biopsia quirúrgica que confirma que es un tumor de células granulares. Paciente actualmente se encuentra en seguimiento y sin recidiva de su patología.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico del TCG lo define la biopsia y las técnicas de inmunohistoquímica. En nuestro caso, el diagnóstico diferencial se planteó con un tumor apocrino que, al ser de origen epitelial, hubiera mostrado positividad para las queratinas y negatividad para la proteína S-100 y la enolasa.

INDICACIÓN DE BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA EN CDIS DE MAMA. ESTUDIO DE FACTORES PREDICTIVOS DE HALLAZGO DE CARCINOMA INVASOR POSTOPERATORIO.

Paz Guesalaga, Sebastián Fernández, Mauricio Camus, Augusto León, César Sánchez, Francisco Acevedo, Tomás Merino, Angélica Domínguez, Maritza Abud, Francisco Domínguez

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El carcinoma ductal in situ (CDIS) es un precursor del carcinoma invasor de la mama, que representa 20-25% del total de diagnósticos de cáncer de mama. En ocasiones la biopsia percutánea preoperatoria no es capaz de identificar focos de invasión y el análisis postoperatorio muestra un carcinoma invasor, lo que implica una nueva cirugía para realizar una biopsia de linfonodo centinela (BLC).

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es analizar factores clínico-patológicos de pacientes con diagnóstico preoperatorio de CDIS que ayuden a predecir el riesgo de encontrar un cáncer invasor en la biopsia definitiva postoperatoria y en quienes es necesario realizar BLC y evitar una segunda cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO: Se estudiaron retrospectivamente las características clínicas, radiológicas y patológicas de 304 pacientes en una institución entre los años 2007 a 2021 con diagnóstico preoperatorio de CDIS a través de biopsia percutánea. Se recopiló los datos de los pacientes y se determinó su relación con el hallazgo de carcinoma invasor en las biopsias postoperatorias.

RESULTADO: Se identificaron 304 pacientes con diagnóstico de CDIS sin invasión o microinvasión en la biopsia por punción, de los cuales 85 (28%) resultaron tener un carcinoma invasor en el análisis postoperatorio. El tamaño ($\geq 20\text{mm}$) 20% vs 56%, grado nuclear (GN), GN1 0% vs GN3 38% presencia de comedonecrosis, palpabilidad al examen físico, visibilidad de la lesión a la ecografía, receptores de estrógeno (RE) negativos, progesterona (RP) negativos y HER2 positivos resultaron ser factores con un aumento significativo de riesgo de presentar componente invasor en la biopsia postoperatoria. La relación entre la edad de las pacientes y la probabilidad de diagnóstico de carcinoma invasor no resultó ser significativa.

CONCLUSIÓN: En pacientes con CDIS de la mama, el tamaño, GN alto, presencia de comedonecrosis, masa palpable al examen físico, visibilidad de la lesión a la ecografía y receptores hormonales (RE y RP) negativos y HER2 positivo, son factores pronósticos para encontrar un componente invasor en el estudio postoperatorio. Por lo tanto, estos factores deben ser considerados al momento de decidir la realización de BLC en conjunto con la resección quirúrgica del CDIS.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN CENTRO REFERENCIA NACIONAL GRAN QUEMADO: TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE BURN SPECIFIC HEALTH SCALE BRIEF (BSHS-B)

Consuelo Valdes, Diana Michieli, Enrica Ramirez, Carolina Soto

Centro Referencia Nacional Gran Quemado Hospital Asistencia Publica

INTRODUCCIÓN: Las quemaduras son un problema de salud pública mundial y representan alrededor de 180 000 muertes al año. Los pacientes que sobreviven a una quemadura sufren trastornos en diferentes ámbitos de su vida, no solo físico. Con el objetivo de medir como esto impacta en su calidad de vida se han confeccionado diferentes escalas a nivel mundial. La escala Burn Specific Health Scale (BSHS) es una herramienta válida utilizada para medir la calidad de vida del paciente con quemaduras. Fue elaborada ante la falta de un instrumento específico para evaluar la salud de los pacientes quemados por Blades et al. en 1979 , quien registró la primera versión de 114 ítems del instrumento BSHS-A y luego de su construcción se originaron versiones modificadas de (BSHS-R) y una versión abreviada de (BSHS-B). La escala BSHS-B destaca por ser acotada y específica. A la fecha ha sido traducida a varios idiomas entre ellos italiano, chino, hindi, alemán.

OBJETIVOS: Dada la importancia de contar con una escala específica, breve y ampliamente utilizada a nivel mundial, el objetivo de este trabajo es realizar su traducción y adaptación transcultural al español chileno.

MATERIAL Y MÉTODO: e realizo un estudio descriptivo. El proceso se realizó siguiendo los pasos de acuerdo al algoritmo de las guías MAPI/TRUST de validación lingüística, esto incluye traducción, contra traducción , conciliación y aplicación de escala a 6 pacientes del Centro de Referencia <nacional de Gran Quemado, que sufrieron quemaduras en el periodo 2021-2022 atendidas en la Unidad de Quemados. El proceso de traducción y contratraducción conto con hablantes nativos de español chileno y de ingles. El proceso de aplicación de escala fue vía telefónica.

RESULTADO: Se realizó traducción y se adaptó la escala al español chileno tras ser aplicada en 6 pacientes encuestadas vía telefónica. No hubo dificultades en la comprensión ni sugerencias para cambios por lo que se obtuvo una versión final

CONCLUSIÓN: La escala BSHS-B adaptada al español chileno permite evaluar calidad de vida en pacientes que han sufrido quemaduras. Es factible iniciar periodo de aplicación de esta escala a pacientes para medir calidad de vida.

CICATRIZACIÓN PATOLÓGICA SECUNDARIA A QUEMADURAS Y LÁSER CO2 : EVIDENCIA PARA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO

Rocio Jara, Consuelo Valdes, Matias Nova, Ricardo Roa

Hospital del Trabajador Santiago

INTRODUCCIÓN: Una de las complicaciones más frecuentes en quemados es la cicatrización hipertrófica. De los tratamientos actualmente aplicados, ninguno esta exento de complicaciones ni es totalmente efectivo. El uso de láser CO2 en cicatrización patológica es cada vez más frecuente y ha cobrado relevancia en los últimos años con la publicación de diversos protocolos de aplicación mostrado su efectividad.

OBJETIVOS: Validar el uso de láser CO2 para elaborar un protocolo local para pacientes quemados con cicatrices hipertróficas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizo una revisión bibliográfica de artículos relevantes publicados en Pubmed , se utilizaron los términos de búsqueda MESH Laser Therapy and/or Burns or Scars seleccionando metaanálisis, series prospectivas, revisión sistemática y ensayos clínicos. Se excluyeron artículos con cicatrices por otras causas. Tras agrupar todos los artículos y eliminar duplicados, se realizó un análisis de 24 publicaciones.

RESULTADO: Se encontraron 4 artículos que agrupan 24 publicaciones desde 1998 a la fecha, 2 revisiones sistematicas y 2 metaanálisis , estos muestran evidencia que apoya el uso de laser CO2 en cicatrices post quemaduras, sin embargo los protocolos utilizados en los diversos articulos no son comparables dado que difieren en las variables analizadas (duracion, cantidad de sesiones, etc).

CONCLUSIÓN: El uso de laser CO2 en cicatrices post quemaduras parece ser prometedor y seguro, sin embargo, no todos los artículos son de buena calidad por lo que falta evidencia para concluir definitivamente respecto a los verdaderos alcances de esta terapia. Dada esta heterogeneidad no existe actualmente un protocolo estandarizado para replicar a nivel local.

ENTRENAMIENTO EN RINOMODELACIÓN DURANTE LA INFILTRACIÓN EN UNA RINOPLASTÍA

Andrea Ramírez; Álvaro Cuadra; Claudio Guerra; Susana Searle; Diego Marré; José Rodríguez; Alfonso Navia

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La rinoplastia no quirúrgica o rinomodelación es uno de los procedimientos estéticos más solicitados. Esta técnica es excelente para mejorar pequeños cambios en los contornos, no es doloroso, no incluye período recuperación y proporciona un efecto inmediato pero temporal después de la inyección. Sin embargo, tiene una curva de aprendizaje gradual y su mala práctica puede tener complicaciones severas e irreversibles. La modalidad de entrenamiento en rinomodelación de los residentes de Cirugía Plástica y Reconstructiva es en un rol de observador y guiado por un tutor.

OBJETIVOS: Describir un modelo de entrenamiento en rinoplastia no quirúrgica para residentes de Cirugía Plástica y Reconstructiva durante el período de infiltración previo a una rinoplastia quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de técnica de simulación. Se utilizaron pacientes con indicación de rinoplastia quirúrgica bajo anestesia general. El ejecutor fue un residente de Cirugía Plástica, quien usó la técnica de rinomodelación de tres puntos; base columelar, punta nasal y dorso. La solución empleada fue una dilución anestésica y vasoconstrictora utilizada en forma estándar previo a la rinoplastia quirúrgica. Se midió el desempeño del residente caso a caso y con una evaluación final por experto.

RESULTADO: El residente mejoró la técnica de rinomodelación en relación directa con el número de casos ejecutados y aplicó los cambios sugeridos por el experto. No existieron complicaciones en pacientes.

CONCLUSIÓN: La técnica de rinomodelación es fácil de aprender, se necesita de un médico con conocimiento anatómico y experiencia para lograr resultados satisfactorios y mínimas complicaciones. La metodología mediante simulación es una estrategia válida, costo-efectiva y segura.

NECROSIS CUTÁNEA POR GLUCONATO DE CALCIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Ramírez Burgos, Diego Marre Medina, Pablo Jiménez, Álvaro Cuadra Campos

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El gluconato de calcio es frecuentemente utilizado en pediatría, especialmente en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Sin embargo, su uso puede tener serias complicaciones, una de ellas es la extravasación, la que puede causar lesiones severas, desde calcificación de los tejidos blandos hasta necrosis de tejidos blandos. No se dispone de reportes de lesiones asociadas al uso de calcio endovenoso en los registros nacionales.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de necrosis cutánea por extravasación de gluconato de calcio en un paciente neonato y exponer sus principales aspectos clínicos y terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODO: Corresponde a un caso clínico de un paciente recién nacido, que fue manejado en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, por el equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva del mismo centro. Se describe la evolución cronológica y fotográfica del cuadro, manejo médico y quirúrgico.

RESULTADO: Recién nacido de dos días de vida, es derivado por lesión en el antebrazo izquierdo secundaria a la administración periférica de gluconato de calcio en contexto de hipocalcemia, ocurrido hace 48 horas. A su llegada destaca una placa violácea, edema periférico del 2% de su superficie. Se inician curaciones avanzadas. Tras dos semanas de curaciones, la lesión se torna necrótica y presenta calcificaciones periféricas. Se decide escarectomía evidenciando fondo fibrinoso. Posteriormente se decide cobertura con injerto de piel total. Evoluciona con prendimiento del 100% y buena evolución del antebrazo. En los controles evoluciona con resolución de las calcificaciones del subcutáneo y sin complicaciones locales.

CONCLUSIÓN: Las condiciones de un paciente neonato y pequeños para la edad gestacional son desafiantes; mínimos sitios donantes y un lecho quirúrgico vital pero con depósitos de calcio, complejizan las alternativas quirúrgicas. La escasa literatura reportada y la falta de consensos en el manejo de esta patología le suman complejidad. Nuestro caso demuestra que el manejo quirúrgico debe reservarse una vez establecida la necrosis. La cirugía debe ser cuidadosa y conservadora, demostrando además que los depósitos de calcio no influyeron en el prendimiento del injerto.

EXPRESIÓN MORFOLÓGICA DE LA FISURA LABIO – PALATINA Y SU RELACIÓN CON SEXO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: PERÍODO 2018 – 2022.

Claire Behrens, Carlos Corrales, Sebastián Icaza, Gina Gutiérrez, Michel Marín

Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: La fisura labio – palatina consiste en un desarrollo deficiente del paladar y labio durante la gestación que concluye al nacimiento con una unión incompleta de estos, situándose como una de las malformaciones congénitas más frecuentes.

OBJETIVOS: En Antofagasta no hay antecedentes estadísticos actuales respecto a este cuadro que afecta de manera significativa la calidad de vida de los infantes que lo padecen, por lo cual se estima necesario contribuir a disminuir esta brecha cognitiva a través del presente estudio, que aspira a describir la expresión morfológica de esta patología en la región de Antofagasta considerando el sexo del recién nacido afectado.

MATERIAL Y MÉTODO: Previa autorización del comité de ética de nuestra institución, se realizó una búsqueda retrospectiva de fichas clínicas físicas y digitales de pacientes nacidos entre el periodo 2018-2022 con antecedente diagnóstico de paladar y/o labio fisurado atendidos en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta. Se obtuvo un universo de 94 pacientes, se tabularon datos relacionados con el sexo, la clasificación morfológica de la fisura y las estructuras anatómicas comprometidas.

RESULTADO: De 94 pacientes con antecedente diagnóstico de paladar y/o labio fisurado estudiados, el 55% correspondió al sexo masculino, estableciendo una relación F:M de 1:1.2. Respecto a la morfología, los tipos de fisura más frecuentemente encontrados fueron la fisura labio – palatina con 48% de los casos, la fisura velo – palatina con un 31% y la fisura labio – alveolo con un 10%. Mientras que las fisuras aisladas de labio, paladar y alvéolo se presentan en un porcentaje menor al 5%. Respecto de la lateralidad de la malformación, las unilaterales se presentaron con mayor frecuencia (87%), de este porcentaje, las unilaterales del lado izquierdo son mayoría con 32 casos (14 femeninos y 18 masculinos). En ellas encontramos una relación de lateralidad izquierda:derecha de 2.8:1 en el sexo femenino, mientras que en varones encontramos un porcentaje más homogéneo con una relación 1.125:1.

CONCLUSIÓN: Los y las pacientes con paladar y/o labio fisurado en Antofagasta muestran un comportamiento morfológico similar al reportado en la literatura nacional e internacional, principalmente en términos de la relación porcentual entre los casos de hombres y mujeres afectadas. Por otra parte, y como ha sido reportado previamente, las fisuras unilaterales son mayoritarias. Sin embargo, cabe destacar que en el sexo femenino dos de cada tres pacientes presentan lateralidad izquierda, mientras que en los hombres la lateralidad estará distribuida de manera más homogénea.

PANEL DE EXPERTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE OBTENCIÓN Y USO DE MATERIAL AUDIOVISUAL CLÍNICO

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

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

INTRODUCCIÓN: El consentimiento informado es imprescindible para obtener cualquier material audiovisual clínico. Si bien existen algunos documentos creados para este fin, existen algunas barreras para su aplicación, como el contexto en el que fueron creados, el idioma y la dificultad para su descarga de internet.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es crear una propuesta de formulario consentimiento informado (FCI) para la captura y distintos usos del material audiovisual de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una búsqueda bibliográfica para obtener distintos FCI en el idioma español e inglés, los cuales fueron sometidos a un proceso de traducción, contratraducción y fragmentación. Posteriormente, se conformó un panel de expertos por miembros de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica con amplia experiencia en redes sociales y se aplicó metodología Delphi para llegar a un consenso respecto al contenido definitivo del FCI en base a los fragmentos previamente seleccionados.

RESULTADO: Se identificaron 14 FCI disponibles para su descarga en internet. El panel fue compuesto por 7 Cirujanos Plásticos y se realizaron 2 rondas Delphi mediante encuestas electrónicas. Terminado el proceso se obtuvo una propuesta de FCI para fines terapéuticos, académicos y/o científicos y otra para difusión y/o educación en medios de comunicación masiva.

CONCLUSIÓN: La metodología utilizada nos permitió obtener 2 propuestas de FCI para la obtención y uso de material audiovisual clínico. Ponemos el material a disposición de todo el personal de salud de Chile para que considere el uso de esta propuesta posterior a una adecuada evaluación por el comité de ética asistencial local.

EXAMEN CLÍNICO VERSUS ESTUDIO MICROBIOLÓGICO CUANTITATIVO PARA DETERMINAR EL ESTADO INFECCIOSO DE UNA HERIDA

Wilfredo Calderón, Juan Pablo Cisternas, Juan Pablo Camacho, Rodrigo Subiabre, Boris Marinhovic y Stefan Danilla.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: Para proporcionar cobertura adecuada de un tejido granulatorio es imprescindible evaluar el estado infeccioso de una herida. Para dicho efecto existen variadas alternativas tales como la evaluación clínica, cultivos por arrastre, cultivos de tejidos cualitativos, cultivos de tejidos cuantitativos y biopsias. La evaluación clínica es rápida, sencilla y económica pero es de elevada subjetividad. Actualmente no existe información, en la literatura, respecto a la correlación existente entre esta clínica y los cultivos cuantitativos de tejidos. El primer objetivo de este trabajo es desarrollar una pauta objetiva de una evaluación clínica del estado infeccioso de una herida. El segundo es determinar la correlación entre una evaluación clínica estandarizada y el estudio microbiológico cuantitativo para analizar el estado infeccioso de una herida sabiendo que una infección tiene más de 1×10^5 colonias de gérmenes por gramo de tejido. Hipótesis de trabajo: Frente a una herida clínicamente limpia el resultado microbiológico cuantitativo es negativo ó inferior a 1×10^5 .

OBJETIVOS: El primer objetivo de este trabajo es desarrollar una pauta objetiva de una evaluación clínica del estado infeccioso de una herida. El segundo es determinar la correlación entre una evaluación clínica estandarizada y el estudio microbiológico cuantitativo para analizar el estado infeccioso de una herida sabiendo que una infección tiene más de 1×10^5 colonias de gérmenes por gramo de . Hipótesis de trabajo: Frente a una herida clínicamente limpia el resultado microbiológico cuantitativo es negativo ó inferior a 1×10^5 .

MATERIAL Y MÉTODO: Primera etapa: herramienta de medición objetiva a través de revisión bibliográfica, cuestionario y consulta a panel de expertos respecto a la apreciación clínica de una herida. Segunda etapa: aplicación del cuestionario a panel de expertos que dio que el tejido limpio debería ser rojo (83%), sangrante (72%) y ausencia de pus (100%). Tercera etapa: estudio clínico prospectivo con 350 mediciones clínicas y cultivos cuantitativos en 213 pacientes con defectos cutáneos entre tres años de estudio. El análisis estadístico fue según Programa: IBM SPSS Statistics v21.

RESULTADO: En el análisis del resultado del estudio destacaron: Valor predictivo de ausencia de infección: 95.5%. Estimación de riesgo (OR): 0.042 (IC: 0.011-0.152). Prueba de McNemar (chi cuadrado corregido): 0.171 ($p > 0.05$). Por lo tanto la apreciación clínica se correlaciona en forma bastante cercana a un estudio de cultivo cuantitativo de tejido. Existe una correlación significativa entre evaluación clínica de una herida con el resultado de su respectivo cultivo cuantitativo de tejido. Una pauta de parámetros clínicos objetivos permite predecir adecuadamente el riesgo de infección. En herida clínicamente limpia se puede prescindir de los cultivos para la toma de decisiones.



CONCLUSIÓN: Existe una correlación significativa entre evaluación clínica de una herida con el resultado de su respectivo cultivo cuantitativo de tejido. Una pauta de parámetros clínicos objetivos permite predecir adecuadamente el riesgo de infección. En herida clínicamente limpia se puede prescindir de los cultivos para la toma de decisiones. Conclusión: Frente a una herida clínicamente limpia el resultado microbiológico cuantitativo es negativo ó inferior a 1×10^5

ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS EN HIPERTELORISMO

Roberto Macchiavello Macho, Alejandro Conejero Roos

Made esthetic

INTRODUCCIÓN: El hipertelorismo corresponde a una malformación del esqueleto craneofacial caracterizada por el aumento de la distancia interorbitaria. El primer informe de intento de reconstrucción data del año 1950. Tiempo después, Tessier y colegas sentarían los principios de las técnicas intracraneales actuales. Entre los desafíos de la cirugía del hipertelorismo se incluyen la medialización de las órbitas, la reconstrucción nasal y la corrección del tercio medio facial.

OBJETIVOS: Revisar la literatura existente acerca de las estrategias quirúrgicas en hipertelorismo, indicaciones, complicaciones y resultados, así como presentar una serie de casos propia.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos una búsqueda electrónica de la literatura publicada entre 1950 y 2022 en los motores Pubmed, Cochrane y Google Scholar sobre cirugía del hipertelorismo, su historia, abordaje actual, técnica quirúrgica, resultados y complicaciones, usando palabras claves (MeSH terms) hypertelorism; orbital hypertelorism; ocular hypertelorism; surgery; surgical procedure; reconstructive surgical procedures y sus combinaciones, y presentamos una serie de casos operados propia.

RESULTADO: A partir de la evidencia revisada, los procedimientos quirúrgicos descritos para el hipertelorismo pueden clasificarse como extracraneanos e intracraneanos. Las técnicas más utilizadas son las que incluyen medialización orbitaria (osteotomía en caja) y rotación de hemicaras (bipartición facial). Entre los factores que afectan la toma de decisiones quirúrgicas se incluyen: edad, tipo de hipertelorismo (interorbital versus orbitario), grado de hipertelorismo, etiología y anomalías del tercio medio facial. Los pacientes mayores (>8 años) lograrían mejores y más estables resultados. Las complicaciones más comunes son sangrado, fuga de líquido cefalorraquídeo e infección. La introducción de nuevas tecnologías ayuda a la planificación y a la toma de decisiones.

CONCLUSIÓN: Las técnicas quirúrgicas para el hipertelorismo no han variado significativamente en los últimos años, siendo la reducción de la distancia interorbitaria mediante osteotomía en caja y bipartición facial el gold standard para el hipertelorismo moderado a grave.

PROPUESTA DE ESTANDARIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE COLGAJO DIEP EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Roberto Macchiavello Macho, Alejandro Conejero Roos

Made esthetic

INTRODUCCIÓN: Desde su primera descripción por Koshima en 1989 y popularización en reconstrucción mamaria por Allen y Treece en 1994, el colgajo perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) se ha convertido en la opción ideal en cirugía reconstructiva mamaria. El uso de tejido autólogo proporciona una gran semejanza con la configuración original de la mama. Los colgajos DIEP permiten además la reconstrucción sin dañar el músculo recto abdominal o la fascia, limitando el daño quirúrgico del sitio donante.

OBJETIVOS: Presentar una propuesta de estandarización de la técnica quirúrgica del colgajo DIEP, incluyendo el estudio preoperatorio de perforantes y el control post operatorio, teniendo en cuenta la literatura y la experiencia y preferencias de nuestro equipo, que ayude a optimizar los outcomes quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática entre los años 1994 y 2022 en las bibliotecas Pubmed, Cochrane y Google Scholar. Todos los artículos que describían estudio preoperatorio de perforantes, técnica intraoperatoria, simetrización mamaria contralateral y monitorización postoperatoria fueron seleccionados y evaluados críticamente, para esquematizar los distintos pasos quirúrgicos.

RESULTADO: Entre los puntos relevantes en la realización del colgajo DIEP se encuentra la utilización rutinaria de angio-TAC pre operatoria para el estudio de perforantes, el bloqueo anestésico torácico y abdominal, incisiones de fascia limitada en la disección de la perforante, disección rutinaria de los vasos epigástricos superficiales, utilización del pedículo mamario interno como vasos receptores con remoción conservadora de cartílago costal, simetrización mamaria contralateral simultánea, manejo postoperatorio con protocolos de recuperación temprana y monitorización clínica.

CONCLUSIÓN: El colgajo perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) sigue siendo la opción ideal en cirugía reconstructiva mamaria. Para optimizar los outcomes es necesaria la estandarización y sistematización de la técnica quirúrgica, propuesta que hemos presentado basada en la literatura y la experiencia del equipo.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DESAFIANTE DE MICROCIRUGÍA EN QUEMADOS: COLGAJO RADIAL LIBRE CON PUENTE VENOSO EN QUEMADURA PROFUNDA DE SCALP

Roberto Macchiavello Macho, Christian Aguilar Maldonado, Carolina Soto Diez, Nicolas Flores Moltedo

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: Los primeros reportes del uso de colgajos microquirúrgicos en pacientes con quemaduras datan de la segunda mitad de la década de 1970, siendo sus principales indicaciones 1) la preservación o restauración de la función, 2) la cobertura de estructuras nobles expuestas (vasos, nervios, huesos, tendones y articulaciones), y 3) el salvataje de la extremidad ante amputación inminente (principalmente en quemaduras eléctricas). La escasa disponibilidad de tejidos sanos debido a las quemaduras adyacentes y de potenciales zonas dadoras, hacen de la microcirugía en el paciente quemado un verdadero desafío.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico complejo de microcirugía en el paciente quemado resuelto por nuestro equipo, a modo de ejemplificar los desafíos y particularidades que implica la microcirugía en el paciente quemado, así como realizar una revisión de la literatura sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODO: Se escogió un caso de clínico complejo de paciente gran quemado con necesidad de cobertura microquirúrgica operado por el Servicio de Quemados del Hospital de Urgencia Asistencia Pública durante marzo del año 2022 y se revisó la literatura existente sobre microcirugía en quemados en los motores de búsqueda Pubmed, Cochrane y Google scholar entre los años 1972 y 2022.

RESULTADO: Se presenta caso de paciente sexo masculino, 73 años, con quemadura por fuego del 15% de superficie corporal total, grado AB y B, con injuria inhalatoria, e índice de Garcés de 102. El paciente se somete a colgajo microquirúrgico para dar cobertura de quemadura profunda de SCALP en región occipital posterior con exposición de calota de 4x8 cm, con zona adyacente quemada e injertada. Se decide cobertura con colgajo radial libre izquierdo, debido a otras potenciales zonas dadoras (muslos) con quemaduras y toma de injertos previas. Se realiza una anastomosis venosa a vena temporal superficial derecha y anastomosis arterial termino terminal a arteria facial derecha mediante el uso de un puente venoso de vena safena, debido a la imposibilidad de utilizar la arteria temporal superficial por fibrosis severa. El paciente evoluciona de buena manera, con colgajo vital sin isquemia o congestión, sin necesidad de nuevos pabellones.

CONCLUSIÓN: Los primeros datos sobre colgajos libres en quemaduras fueron publicados por Sharzer y Harii en 1975 y, desde entonces, varios estudios han demostrado la seguridad de la reconstrucción microquirúrgica en quemados. Sin embargo, la microcirugía en quemados implica mayores desafíos que en otros escenarios, siendo el caso presentado particularmente difícil e ilustrativo debido a: la edad del paciente, la localización de la quemadura, la ausencia de tejidos locales sanos, la ausencia de otras zonas dadoras potenciales, la mala calidad de vasos receptores y la necesidad de la utilización de un puente venoso.

ENTRENAMIENTO MICROQUIRÚRGICO EN UN PAÍS EN DESARROLLO: EXPERIENCIA CON RESIDENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA EN HOSPITAL URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA

Consuelo Valdes, Carolina Soto, Adriana Alzate, Maria Elsa Calderon, Nicolas Flores

Hospital Urgencia Asistencia Publica, Equipo de Cirugia Plastica y Quemados

INTRODUCCIÓN: Desde 1980, Chile ha mantenido un sistema de salud dual : publico y privado. El sistema publico cubre al 70% de la población, incluyendo usuarios de bajos recursos, clase media y jubilados. Esta organizado en 29 servicios de salud con 198 hospitales. Actualmente solo 10 de ellos realizan Microcirugía, 3 de ellos lo hacen de forma regular. En nuestro país, Cirugía Plástica (CP) corresponde a una Subespecialidad de Cirugía General, dictada por dos Universidades con cinco cupos con una duración de 2-3 años. Como país en desarrollo, Chile posee múltiples limitaciones para acceder a cursos de entrenamiento Microquirurgico o Fellows. Dada la necesidad creciente de otorgar prestaciones de reconstrucción a usuarios en ambos sistemas de salud, es de suma relevancia que la formación en Microcirugia básica sea parte de la subespecialidad. En Hospital Urgencia Asistencia Publica (HUAP), el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados esta compuesto por seis Cirujanos Plásticos (dos Fellow en Microcirugía) y ocho Cirujanos Generales, cuyo foco esta centrado en Gran Quemado y Trauma, por lo cual se realiza Microcirugía de forma constante. Nuestro centro actualmente recibe residentes de CP de Universidad Católica de Chile y durante el 2022 se incorporaran residentes de Universidad de Chile. Dentro de la rotación se realiza entrenamiento en Microcirugia incluyendo la planificación y hands on durante todo el periodo. En este estudio se analiza el proceso formativo del periodo 2020-2022.

OBJETIVOS: Dar a conocer el programa de entrenamiento microquirúrgico desarrollado en nuestro centro para formación de residentes de CP.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de programa de entrenamiento microquirúrgico para residentes de CP en periodo 2020-2022. Este se encuentra organizado en paso preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, el proceso incluye encuesta de entrada (análisis de conocimiento y formación) y salida (análisis de habilidades adquiridas), aplicación de escalas (OSATS, UWOMSA, GRS) según evolución. Las diferentes herramientas de evaluación del proceso aplicadas buscan analizar progresos del residente para estandarizar y mejorar la formación.

RESULTADO: En el periodo evaluado de rotación de 3 meses de 5 residentes de CP, el promedio de participación en Microcirugias fue 5,2. De las Microcirugías ejecutadas por residentes el 80,7% fue en calidad de primer cirujano. En el periodo hubo progresión y avances en el proceso educativo en 100% de los residentes en relación a las escalas aplicadas.

CONCLUSIÓN: El programa de entrenamiento Microquirurgico aplicado a residentes de CP en HUAP permite evaluar el proceso formativo completo y avances medibles de acuerdo a las diferentes escalas aplicadas.

CIRUGÍA DE QUEMADOS EN PANDEMIA: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DURANTE EL SEGUNDO AÑO DE PANDEMIA SARS-COV-2

Roberto Macchiavello Macho, Andres Ayala Muñoz, Carolina Soto Diez

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: Como Centro de Referencia Nacional del Gran Quemado, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública no cesó de dar atención y resolver quirúrgicamente pacientes Grandes Quemados GES, desde el inicio de la pandemia SARS-CoV-2 hasta la actualidad. Esto implicó un enorme desafío para el servicio y el equipo quirúrgico en particular, siendo nuestra experiencia inicial del año 2020 previamente publicada en la revista Burns.

OBJETIVOS: Presentar la epidemiología de los pacientes Grandes Quemados atendidos y operados en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública durante el segundo año de pandemia SARS-CoV-2 (año 2021), enfocados en datos quirúrgicos de relevancia, como el número de intervenciones, el tipo de intervención, el tiempo desde el ingreso a intervención y el tiempo entre intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes Grandes Quemados GES ingresados y egresados del Servicio de Quemados del Hospital de Urgencia Asistencia Pública durante el año 2021, en base a la información de gestión hospitalaria, fichas clínicas y sistema de protocolos quirúrgicos.

RESULTADO: Durante el año 2021 cursaron su hospitalización en el Servicio de Quemados un total de 179 pacientes, 40.2% (72) mujeres, 59.8% (107) hombres, con edad media de 51.4 años y 30.2% (54) adultos mayores. 66.5% de los paciente requirieron estadía en UCI. La estadía hospitalaria media fue de 39.8 días. El Índice de Garcés medio fue de 94.2. Cuatro pacientes tuvieron un test SARS-CoV-2 positivo durante su hospitalización. En relación a datos de relevancia quirúrgica encontramos que se operaron un total de 156 pacientes, con una media de intervenciones quirúrgicas de 4.8 cirugías por paciente (con un mínimo de 1 cirugía y un máximo de 42 cirugías globales y 28 cirugías de quemados en un paciente). Media de días desde el ingreso a primera intervención de 3.4 días, y días medios entre cirugías de 6.5 días. El total de intervenciones de quemados durante el año 2021 se desglosan en 584 aseos quirúrgicos, 7 escarotomías/fasciotomías, 295 escarectomías, 364 injertos de piel y revisiones, 39 colgajos y 9 amputaciones.

CONCLUSIÓN: La pandemia de SARS-CoV-2 implicó un freno en la actividad quirúrgica mundial. Sin embargo, el Centro de Referencia Nacional del Gran Quemados se mantuvo realizando un alto volumen de intervenciones quirúrgicas en pacientes Grandes Quemados de manera ininterrumpida, manteniéndose una frecuencia de cirugías aceptable, cercano a los estándares descritos en la literatura.

REPARACIÓN DE DEFECTO DE ALA NASAL EN TRES TIEMPOS EN PACIENTE CON LIPODISTROFIA ADQUIRIDA GENERALIZADA Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR (SÍNDROME DE LAWRENCE). REPORTE DE CASO.

Ignacio Zamora (1), Angela Bautista (2), Patricio Andrades (3).

(1) Universidad de Los Andes, (2) Hospital Militar de Santiago, (3) Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Lawrence (SL) es una entidad muy poco frecuente que se caracteriza por lipodistrofia generalizada adquirida (LAG) causando pérdida de tejido adiposo en la niñez o adolescencia asociado a un nivel bajo de leptina en sangre, hipertrigliceridemia severa y diversos trastornos autoinmunes. Realizar procedimientos quirúrgicos en pacientes con SL implica un desafío mayor que se debe llevar a cabo en conjunto con otros profesionales para obtener óptimos resultados.

OBJETIVOS: OBJETIVOS: Se presenta un caso clínico de reconstrucción de ala y punta nasal en tres tiempos en una paciente joven con LAG usuaria de corticoterapia sistémica y tratamiento inmunosupresor, realizando énfasis en el manejo multidisciplinario y la preparación del equipo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica electrónica. Se realiza seguimiento fotográfico intraoperatorio y ambulatorio previo consentimiento de paciente.

RESULTADO: RESULTADO: Presentamos el caso de una paciente de 25 años con diagnóstico de SL, diabetes insulino requiriente, hipotiroidismo e insuficiencia suprarrenal, usuaria de azatioprina y corticoides orales. Sufre politraumatismo con fractura malar y orbitaria derecha sin indicación quirúrgica, herida nasal compleja con defecto de cobertura cutánea y cartilaginosa en más del 50% de ala nasal derecha comprometiendo parte de punta y columela. Se realiza preparación preoperatoria con especialistas en anestesiología, endocrinología, diabetes y nutrición logrando adecuado control metabólico. En primera instancia se realiza escarectomía y aseo quirúrgico con cultivos de partes blandas. Tras 72 horas y evaluación por infectología se realiza primer tiempo de reparación con avance de colgajo mucoso intranasal y colgajo frontal fijándolo a área de defecto. Cuatro semanas después, en segundo tiempo se levanta y adelgaza colgajo e injerta cartílago para armonización de subunidades nasales y soporte. Tras cuatro semanas, se secciona pedículo y se reparan excedentes. Entre tiempos quirúrgicos la paciente mantuvo estrictos controles ambulatorios donde se optimizó dieta, terapia farmacológica crónica y se modificaron dosis perioperatoria de insulina, corticoides e inmunosupresor. Actualmente mantiene adherencia a sus tratamientos. En control post operatorio presenta evolución favorable.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: La cirugía reconstructiva de ala nasal representa un desafío



quirúrgico. La reparación en tres tiempos evita el colapso de tejidos blandos y cicatrices inadecuadas. Obtener resultados funcionales y estéticos óptimos supone un desafío aún mayor en pacientes con LAG y múltiples comorbilidades, en los cuales el manejo multidisciplinario favorece el proceso y su seguridad.

DESCOMPRESIÓN EN PACIENTES QUEMADOS: IMPORTANCIA DE UNA TÉCNICA ADECUADA Y OPORTUNA

Fabián Alvarez, Roberto Macchiavello, Adriana Alzate, Carolina Soto

Hospital de Urgencia Asistencia Publica

INTRODUCCIÓN: El reconocimiento temprano de necesidad de cirugías descompresivas en pacientes quemados y la aplicación de una técnica quirúrgica correcta, son conocimientos obligatorios de cualquier cirujano. Las quemaduras circunferenciales de tercer grado producen escara no distensible, la que sumado al edema predecible secundario a reanimación con cristaloides, pueden derivar en un síndrome compartimental, con isquemia y necrosis tisular, y secuelas irreversibles. Existe heterogeneidad en el manejo de estos pacientes, debido a la falta de sospecha diagnóstica o de conocimientos de la técnica quirúrgica.

OBJETIVOS: Presentar la experiencia en técnicas descompresivas (escarotomías/fasciotomías) en el Centro de Referencia Nacional del Gran Quemado, presentar una revisión de la literatura actualizada sobre el tema, y generar indicaciones para la resolución quirúrgica oportuna y adecuada de este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Trabajo retrospectivo y descriptivo de los pacientes sometidos a técnicas descompresivas (escarotomías o fasciotomías) en el periodo de Abril 2021 a Junio 2022 ingresados al Servicio de Quemados del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, basado en los registros de fichas clínicas y protocolos quirúrgicos, y revisión de literatura.

RESULTADO: Entre Abril, 2021 y Junio, 2022, se identificaron 15 pacientes con indicación de descompresión (escarotomía o fasciotomía). La edad media fue 44.8 años, 9 (53%) hombres, 6 (47%) mujeres, todos los pacientes sufrieron quemaduras por fuego. Según índice de Severidad de Garcés, se identificó 1 paciente Grave, 2 Críticos y 11 con Sobrevida Excepcional. Según segmento corporal 2 pacientes requirieron descompresión torácica, 1 abdominal, 10 en extremidades superiores y 6 en extremidades inferiores. Solo se realizó fasciotomías en un caso. 4 pacientes tenían indicación previa de descompresión y no fueron realizadas en primera cirugía (3 extrasistema y 1 en turno de urgencias que requiere escarotomía en postoperatorio inmediato en UCI). 2 pacientes fueron sometidos a fasciotomía insuficiente y requirieron de escarectomía de la misma extremidad.

CONCLUSIÓN: La naturaleza no distensible de la escara circunferencial en pacientes con quemaduras profundas, generará un síndrome compartimental y puede progresar a isquemia de tejidos con la consiguiente necrosis y secuelas irreversibles. Una correcta identificación de este tipo de quemadura previa a la aparición de signos clínicos, un manejo oportuno y una adecuada técnica quirúrgica, puede prevenir la amputación de extremidades y disminuir la morbi-mortalidad de pacientes quemados. Es fundamental el rol del cirujano que brinda la primera atención, quien



debe estar con conocimientos actualizados y contar con las herramientas técnicas para enfrentar estos escenarios clínicos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES POR PRESIÓN SACRA DURANTE PANDEMIA COVID-19. SERIE DE CASOS.

S. Lemo, D. Gianetti, D. Guardia, D. Arauco, J. Moraga, F. Bencina, J. Cardenas.

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Las lesiones por presión (LPP) son una patología prevalente en algunos grupos de pacientes entre ellos para y tetrapléjicos, postrados y aquellos con larga estadía unidades de paciente crítico. La pandemia del COVID-19 cambió no solo el perfil de pacientes, sino también el pronóstico y por ende la necesidad de cobertura de estas lesiones como parte de su rehabilitación.

OBJETIVOS: Describir las características y manejo de una serie de pacientes con diagnóstico de LPP sacra del hospital San Juan de Dios (HSJD) que requirieron cobertura a través de colgajos durante pandemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LPP sacra tratados en el HSJD entre marzo 2020 y junio 2022, ambos incluidos. La variable resultado fue tipo de colgajo utilizado. Otras variables de interés fueron sexo, etiología, edad, comorbilidades, tipo de LPP, número y tipo de complicaciones. Los datos fueron obtenidos desde la ficha clínica electrónica de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADO: 71 pacientes fueron operados por LPP sacra (58 hombres). La principal causa de LPP sacra fue por COVID en 50 pacientes (70,4%) y no COVID en 21 pacientes (29,6%). La edad media fue 62,9 años en pacientes COVID y 58,6 años en pacientes no COVID. Las comorbilidades mas frecuentes fueron edad avanzada (67,6%), hipertensión (45%), diabetes (36,6%), obesidad (23,9%), cardiopatías (18,3%), neumopatías (19,7%), inmunosupresión (7%) y postración (5,6%). Ocho pacientes presentaron LPP sacra grado III (11,3%) y 63 grado IV (88,7%). Los colgajos utilizados fueron fasciocutáneos, 27 de rotación (38%), 43 VY de avance uni y bilateral (60,6%) y 1 mixto (1,4%). Las complicaciones quirúrgicas se presentaron en 8 pacientes (11,2%); 5 en colgajos VY y 3 en rotacional. Éstas fueron 4 dehiscencias, 3 infecciones de sitio quirúrgico y 1 pérdida de colgajo; 7 requirieron reintervención quirúrgica.

CONCLUSIÓN: La pandemia COVID-19 cambió la causa principal, características y comorbilidades de pacientes con LPP sacra que requirieron colgajos para su cobertura. La cobertura de LPP sacra con colgajos glúteos tanto de rotación como VY de avance presenta buenos resultados, con baja tasa de complicaciones quirúrgicas.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES PRECOCES EN PACIENTES CON LESIONES POR PRESIÓN SACRAS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL PREQUIRÚRGICO.

D. Gianetti, S. Lemo, A. Delgado, D. Guardia, D. Arauco, J. Moraga, F. Bencina, J. Cardenas.

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: - Las lesiones por presión (LPP) representan una patología de alta prevalencia y costos para la Salud, siendo más frecuentes en pacientes añosos, con daño neurológico, postrados y en pacientes con larga estadía hospitalaria, especialmente en unidades de paciente crítico. - Así también está demostrado que la resolución quirúrgica es parte importante del manejo de algunos pacientes y que asociado a las complicaciones tempranas se describe el estado nutricional previo a la cirugía.

OBJETIVOS: Describir las complicaciones precoces en pacientes con LPP sacra, en quienes se realizó cobertura con colgajos fasciocutáneos rotacionales y VY de avance. Comparar el porcentaje de complicaciones entre ambas técnicas utilizadas. Evaluar el riesgo de desarrollar una complicación quirúrgica precoz, según valores de prealbúmina preoperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Análisis de ficha clínica electrónica de 71 pacientes con LPP sacra de resolución quirúrgica con colgajos rotacional y VY de avance, durante el periodo comprendido entre marzo del 2020 y junio del 2022 en el Hospital San Juan de Dios. Se consideraron complicaciones precoces, las que ocurrieron dentro de los primeros 15 días posteriores a la cirugía. Se consideraron los valores de prealbúmina medidos hasta 5 días previo a la cirugía.

RESULTADO: Se realizaron 43 (60,56%) colgajos fasciocutáneos VY glúteo y 27 (38,03%), colgajos fasciocutáneos de glúteo rotacionales, 1 mixto (1,4%). La edad media fue de 60,5 años en el grupo de colgajo VY y de 62,3 en el grupo de colgajo rotacional. Hubo complicaciones precoces en 4 (11,63%) pacientes con colgajo glúteo VY y en 3 (11,1%) pacientes con colgajo rotacional. De los pacientes con complicaciones precoces, 5 presentaban valores de prealbúmina < 20.0 mg/dL, prequirúrgicos. El riesgo relativo (RR) de presentar una complicación quirúrgica con valores de prealbúmina menores a 20.0 mg/dL fue de 2,26 (IC 95%: 1,24 – 4,14).

CONCLUSIÓN: No hay diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de complicaciones precoces entre ambas técnicas quirúrgicas. Los pacientes con un estado nutricional alterado, previo a la cirugía, tienen alrededor de dos veces más riesgo de una complicación precoz si los valores de prealbúmina son menores a 20.0 mg/dL.

COLOPROCTOLOGÍA

RESULTADOS FUNCIONALES Y VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE TELEPREHABILITACION EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA ELECTIVA DE CÁNCER COLORRECTAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE UNIÓN ILEOCUTÁNEA POSTERIOR A 34 AÑOS DE PANPROCTOCOLECTOMÍA POR COLITIS ULCEROSA

A. Iglesias, X. Meneses, I. Valdés, A. Rodríguez, I. Arenas, M. Kolbach, Á. Zúñiga, F. Bellolio

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma de intestino delgado abarca aproximadamente el 3% de las neoplasias gastrointestinales. Menos frecuente aún es en contexto de una ileostomía, publicándose todos como reporte de casos; gran parte asociados a factores predisponentes como preexistencia de neoplasias, síndromes hereditarios como poliposis adenomatosa familiar, trauma abrasivo, inflamación crónica de la mucosa ileal, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. En esta última, las publicaciones informan su aparición desde 3 hasta 51 años después de la panproctocolectomía con confección de ileostomía, con media de 30 años. Esto, sumado a su clínica fácilmente confundible con otras complicaciones del estoma, hacen necesario un alto índice de sospecha.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es presentar un caso de adenocarcinoma de unión ileocutánea, aportar al conocimiento de esta infrecuente patología y así facilitar su detección y manejo precoz.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica de caso a reportar.

RESULTADO: Paciente de 70 años sexo masculino, con antecedente de panproctocolectomía con ileostomía terminal hace 34 años por colitis ulcerosa crónicamente activa. Consulta 3 años atrás por dermatitis periestomal que se maneja con medidas tópicas. Hace 2 años, por irritación de piel circundante y falta de adherencia de bolsa de ostomía, se diagnostica granulomas peri-ileostomía, pero por pandemia COVID 19, se mantiene alejado de controles y tratamiento, retomándose hace 3 meses. Destaca al examen físico granulomas de circunferencia completa y discreta estrechez estomal. Se maneja con curaciones avanzadas por enfermeras especialistas en estomoterapia con nitrato de plata y alginato de calcio con disminución significativa de su extensión en 40 días. Sin embargo, en borde inferior de tejido periestomal se hace evidente zona inflamada, solevantada e indurada. En evaluación por dermatología, biopsia incisional evidencia adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado sugerente de origen intestinal. TAC de tórax, abdomen y pelvis con

contraste muestra lesión nodular sólida hipovascular de 20 x 15mm adyacente a orificio de ostomía, sin lesiones secundarias, no evidenciado en TAC tomado 18 meses atrás por estudio de nefrolitiasis. En comité de oncología se decide manejo quirúrgico. Se realiza resección en block de lesión, junto a segmento intestinal de ileostomía y tejidos blandos circundantes, con reubicación de ileostomía en fosa iliaca izquierda y cobertura de defecto con colgajo fasciocutáneo de Limberg con apoyo de equipo de cirugía plástica. Evoluciona sin signos de complicación, siendo dado de alta a los 3 días. Biopsia de pieza operatoria confirma adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado en partes mucinoso, extensamente infiltrante en unión enterocutánea con márgenes quirúrgicos libres (mayores a 1cm). En comité oncológico se decide seguimiento clínico, el cuál recientemente inicia.

CONCLUSIÓN: Es de suma importancia ante lesiones periestomales granulomatosas o dermatitis que no responden rápidamente a un tratamiento bien llevado, se debe descartar neoplasia asociada sobre todo en ostomías de largo tiempo. Muchas de las biopsias pudieran informar solo inflamación o atipia, por tanto, si la sintomatología persiste, se debe insistir en nuevas muestras.

PRESENCIA DE LAS DISTINTAS ÁREAS QUIRÚRGICAS EN EL CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

Andrés Iglesias, Camila Olivares, Catalina San Martín, María Elena Molina, Rodrigo Migueles, Felipe Bellolio, José Tomás Larach, Gonzalo Urrejola

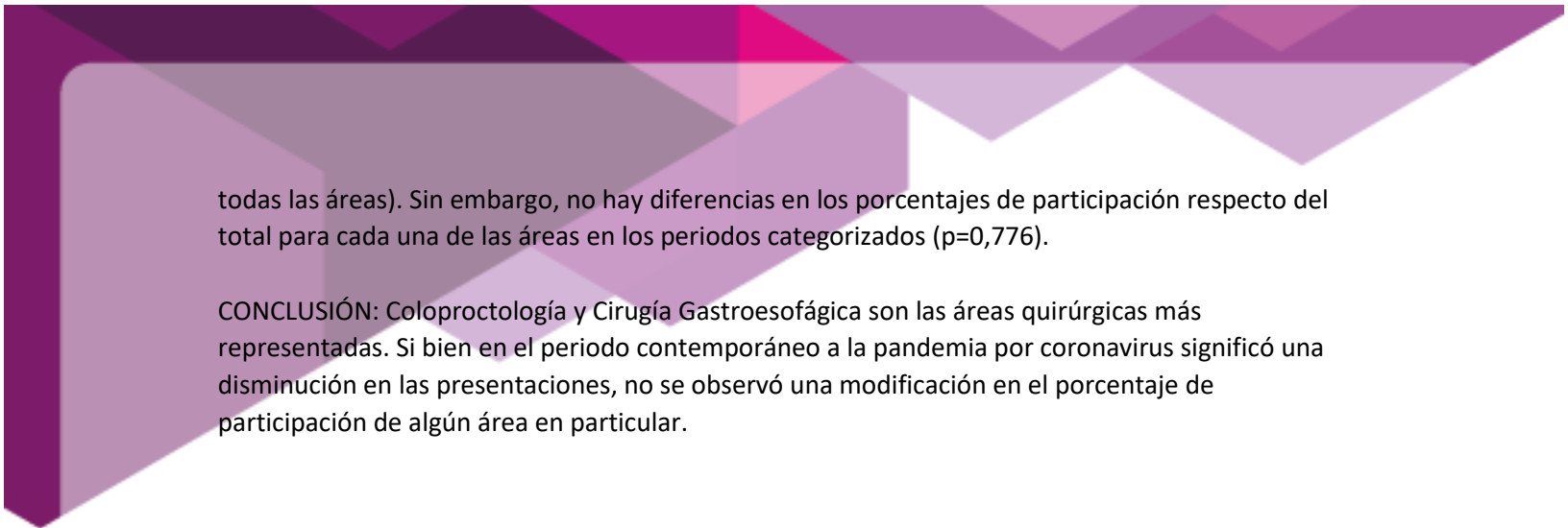
Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Los trabajos científicos permiten divulgar, compartir y contrastar resultados a terceros. Una de las formas de ver la actividad investigativa de cada especialidad es a través de las presentaciones que realizan en reuniones científicas.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es describir el número de presentaciones de las distintas especialidades o áreas quirúrgicas en Chile en el principal congreso realizado a nivel nacional. Se plantea como hipótesis que las áreas de la cirugía se comportaron de manera diferente en porcentaje de participación en las presentaciones en el congreso chileno de cirugía durante la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio bibliométrico que analiza las presentaciones del Congreso Chileno de Cirugía entre los años 2010 y 2021. Se realizó una búsqueda por parte de dos autores independientes contabilizando todos los trabajos presentes en los libros de resúmenes del congreso, incluyendo las seccionales de cada subespecialidad, jornada de residentes, videos y pósters. Se excluyen presentaciones que configuran parte del programa del congreso a través de invitados que desarrollan temas. Se categorizó por título de la seccional, título del trabajo, autores, afiliaciones y resumen del trabajo. Se tabula según la especialidad o área quirúrgica a la que pertenecen. Esto fue replicado por un segundo autor. Ante las diferencias se discute y llega a consenso. Como resultado primario se definió el número total de presentaciones por área quirúrgica. Se analizan las variables año de presentación y período categorizado en 2010 a 2019 y 2020 a 2021. La asociación entre medias de publicaciones por área y periodo comprendido se analiza mediante test de rangos signados de Wilcoxon. Se considera significativo un valor $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó con SPSS 25.

RESULTADO: Se identificaron 4.462 presentaciones. Coloproctología tuvo la mayor cantidad con un total de 616 (13,8%) y media de 51,3 ($\pm 15,4$) trabajos por año. En segundo lugar, Cirugía Gastroesofágica con 598 (13,4%) y media de 49,8 ($\pm 26,3$) presentaciones por año. Destaca la creación de nuevas seccionales como Cirugía Endoscópica el año 2014, con un total de 34 y un máximo de 8 presentaciones en el año 2018. Algo similar ocurre en simulación, educación e investigación, iniciando el año 2017 con un total de 50 y una media de 10 ($\pm 8,4$) presentaciones ajustadas por años activos (2017 a 2021). La media total fue 371,8 presentaciones anuales, con media de 414 trabajos al año entre 2010 y 2019, en contraste a 160 entre 2020 y 2021. Existe una disminución significativa de medias por área quirúrgica de 27,6 ($\pm 18,8$) a 10,7 ($\pm 8,69$) presentaciones en los respectivos periodos (valor $p < 0,001$) (diferencias negativas de medias en



todas las áreas). Sin embargo, no hay diferencias en los porcentajes de participación respecto del total para cada una de las áreas en los periodos categorizados ($p=0,776$).

CONCLUSIÓN: Coloproctología y Cirugía Gastroesofágica son las áreas quirúrgicas más representadas. Si bien en el periodo contemporáneo a la pandemia por coronavirus significó una disminución en las presentaciones, no se observó una modificación en el porcentaje de participación de algún área en particular.

IMPACTO EN LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA DE CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA CON NEUMOPERITONEO A BAJA PRESIÓN V/S PRESIÓN ESTÁNDAR- RESULTADOS PRELIMINARES.

M. Pruzzo, A. Read, M. Rodríguez, S. López, G. Campaña.

Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN: La cirugía colorrectal laparoscópica ofrece ventajas sobre la cirugía con abordaje abierto. La mayoría de las técnicas laparoscópicas utilizan neumoperitoneo estándar (NPE) con presiones de 15 mmHg, presiones que utilizadas de manera sostenida resultan antifisiológica y proinflamatorias. Diversos estudios señalan que las cirugías laparoscópicas con neumoperitoneo de baja presión (NBP) serían menos dañinos.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto del NBP (8mmHg) en el dolor postoperatorio y uso de analgesia en pacientes sometidos a resección segmentaria laparoscópica de colon

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, randomizado, ciego simple, relación 1:1. Se reclutaron pacientes con indicación de resección segmentaria laparoscópica de colon, aleatorizados en 2 grupos, NPE= 15mmhg y NBP= 8mmHg. Tamaño muestral estimado 110 casos. Se registró el dolor mediante escala visual análoga (EVA) en el postoperatorio a las horas 1, 2, 6, 12, 24 y diariamente. Uso de analgesia se cuantificó mediante la dosis de morfina utilizada de la bomba de analgesia controlada por paciente (PCA).

RESULTADO: Para este reporte preliminar, se han reclutado 29 de los 110 pacientes. Se excluyeron 3 casos. Once fueron asignados al grupo NBP y 15 NPE. En un caso fue necesario convertir el NBP a NPE. La edad promedio es de 52.7 años, IMC de 26.2 Kg/m², 53.9% son hombres. El 65.2% de las intervenciones fue por enfermedad diverticular y 34.8% por neoplasia. Las cirugías realizadas: sigmoidectomía 76%, colectomía derecha 20%, resección anterior de recto 4%. El mayor impacto en el dolor postoperatorio se observa dentro de las primeras 24 horas, donde el 60.4% de los controles de dolor del grupo NBP logra EVA ≤ 3 , mientras que 46.6% de los operados con NPE alcanza este umbral, y el EVA experimentado en el grupo NBP es menor ($p < 0.05$). Desde el segundo día postoperatorio no existe diferencia en el EVA de ambos grupos. La media de uso de PCA es de 1.6 días. El grupo de NBP tiende a requerir menor analgesia de rescate al utilizar menos dosis de morfina durante los primeros 2 días postoperatorios que el grupo NPE (4mg vs 10.3mg, $p = 0.02$).

CONCLUSIÓN: Los resultados preliminares apuntan a que las resecciones segmentarias de colon laparoscópicas con NBP podrían presentar menor dolor y menor requerimientos de analgesia postoperatoria durante las primeras 48 horas de la intervención que los pacientes operados con NPE. Es necesario incorporar más casos para asegurar esta diferencia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOXÍGEA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.

M. Pruzzo, J Vía Dorado, MJ. Sánchez, A. Readí, M Rodríguez. G. Campaña.

Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN: Enfermedad pilonidal sacrocoxígea (EPS) es una lesión en la fosita natal, por alteración del folículo piloso y sinus. El tratamiento varía según el estadio clínico y el objetivo común de las alternativas quirúrgicas es curar la enfermedad con baja morbilidad y recurrencia. Existe un abanico de técnicas quirúrgicas, con diferentes recurrencia y tiempo de curación de la herida.

OBJETIVOS: Comparar tasas de complicaciones, tiempo de cicatrización y recidiva de las técnicas cerradas y abiertas realizadas en Clínica Indisa.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal retrospectivo. Se revisaron las fichas de pacientes intervenidos por EPS entre enero 2017 hasta agosto 2021 en Clínica Indisa. Se compararon de manera independiente las intervenciones realizadas tanto en EPS aguda como crónica, para resultados según técnicas abiertas y cerradas. El seguimiento fue mediante controles en nuestro centro y llamadas telefónicas.

RESULTADO: Se intervinieron 309 pacientes por EPS. El 21.7% fue intervenido de urgencia por EPS aguda, realizando drenaje exclusivo en 61.2%, marsupialización en 25.4% y destechamiento + curetaje en 13.4%. En casos crónicos la más utilizada fue marsupialización en 60.4%, seguido por Karydakís en 35.1%. El seguimiento postoperatorio promedio fueron 15.6 meses con pérdida de 13.9%. Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 14.9%. Las técnicas cerradas presentaron mayor tasa de complicaciones (36.7% v/s 4.5%, $p < 0.001$). En intervenciones electivas, el tiempo de cicatrización promedio de la herida operatorias fue de 36.8 días en técnicas cerradas, y 53.7 días para las abiertas. La presencia de complicaciones en las técnicas cerradas prolongó 3.5 veces el tiempo de cicatrización ($p = 0.0003$, D de Cohen=1.09). La recurrencia en EPS intervenida en etapa aguda ocurrió en promedio a los 7.8 meses y fue 62.2% para drenaje exclusivo, 44.4% para destechamiento+curetaje y 23.5% para marsupialización. En EPS crónica la recurrencia fue en promedio a los 6.3 meses, 8.1 meses para técnicas cerradas y 6.5 meses para las abiertas. La recurrencia fue de 44.4% en destechamiento+curetaje, 8.9% en marsupialización y 2.4% en Karydakís. En modelo de regresión logística el riesgo de recurrencia en supuración crónica fue OR=0.38, presencia de abscesos previos OR=2.25 y presentación de urgencia OR=5.38. Según técnica para destechamiento+curetaje OR=3.6 y en drenaje exclusivo OR=5.73. La probabilidad de recurrencia en Karydakís OR=0.1.

CONCLUSIÓN: Karydakís logra la cicatrización en menor tiempo que marsupialización en EPS crónica. Las complicaciones en Karydakís la prolongan 3.5 veces, cicatrizando 19 días después que marsupialización. En EPS aguda, el drenaje pareciera insuficiente como tratamiento comparado con marsupialización.

PSEUDOOCCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO CON DUPLICACIÓN TOTAL DE COLON TIPO TUBULAR: REPORTE DE CASO

Felipe Barnert, Allan Vera, Cristopher Albornoz

(1) Hospital de Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder (2) Universidad San Sebastián, sede de La Patagonia

INTRODUCCIÓN: La duplicación intestinal es una rara malformación congénita. Mayoritariamente se presenta en la primera infancia. Se puede descubrir en cualquier lugar del tubo digestivo. Las localizaciones más frecuentes son esófago distal e íleon y más infrecuentemente el colon. El 18% de los casos se asocia a duplicación extraintestinal. Se reconocen dos tipos, quística (80%) y tubular (20%). Pese a los avances tecnológicos, resulta difícil hacer un diagnóstico preoperatorio. La cirugía generalmente se realiza para tratar las complicaciones y la duplicación se diagnostica intraoperatoriamente en la mayoría de los casos.

OBJETIVOS: Exponer el caso de una paciente adulta, que desarrollo una duplicación total de colon tipo tubular, con el fin de aportar en la casuística de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico, previa revisión de ficha clínica y documentos digitales disponibles. Revisión de literatura en bases de datos como Pubmed, Scielo, Elsevier.

RESULTADO: Paciente femenina, 49 años. Sin antecedentes. Consulta en servicio de urgencias del Hospital de Puerto Montt, por cuadro de 1 mes de evolución, caracterizado por distensión abdominal, asociado a escurrimiento, y vómitos. Al examen, destaca gran masa palpable en hemiabdomen inferior de aproximadamente 20 x 10 cm, de consistencia dura, indolora, no móvil. Tomografía abdomen y pelvis: informa fecaloma de aproximadamente 20 cm de diámetro mayor a nivel de íleon distal. Duplicación vesical. Se mantiene con manejo médico, con regular respuesta. Ante este escenario, se decide realizar laparotomía exploratoria evidenciando; situs inversus viscerum, duplicación intestinal. Además de megacolon en cual se observa duplicación de lumen intestinal a nivel del todo el trayecto colónico a excepción de recto. Se realiza sigmoidectomía, doble colostomía derecha en cañón de escopeta y doble apendicectomía. Durante postoperatorio, evoluciona favorablemente, mejoría sintomática, restaurando el tránsito intestinal, colostomía vital. Control postoperatorio, buenas condiciones en plan de estudio endoscópico para valorar reconstitución de tránsito intestinal.

CONCLUSIÓN: La duplicación intestinal, constituye una entidad rara, de presentación mayoritariamente en población pediátrica, pero que de igual manera no debe dejar de ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en relación a cuadros de constipación crónica o abdomen agudo. Los estudios preoperatorios, si bien prestan utilidad, no constituyen una certeza diagnóstica. Una adecuada exploración quirúrgica, nos permite obtener la mayor cantidad de información y de esta manera establecer un manejo adecuado.

ANÁLISIS DEL 2º PERÍODO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (PRENEC) EN OSORNO Y EN PANDEMIA.

Drs. Mauricio Cáceres ; Javier Cruz; Claudio Schulz; Carlos Marín*; Francisco López ** y Enf. Alejandra Ponce ***

* Hospital Base San José Osorno-UACH ** Clínica U. de los Andes *** Clínica Las Condes

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias malignas de mayor incidencia y cuya mortalidad ha seguido incrementándose siendo el Servicio de Salud de Osorno una de las zonas con peores índices. Este Programa, es una estrategia de prevención que fue mantenida en nuestra Provincia, a pesar de la pandemia.

OBJETIVOS: Comunicar los resultados de la aplicación del 2º Período del Programa de detección de Lesiones Precursoras y Neoplasias Malignas Colorrectales en Pandemia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de Cohorte prospectivo de 2304 nuevos casos enrolados, beneficiarios del Sistema Público de Salud, que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron las exigencias del programa a través del consentimiento informado.

RESULTADO: Entre Enero del 2020 y 30 de Mayo del 2022 se enrolaron 2304 personas asintomáticas con 122 (5%) que tenían antecedentes familiares de CaCR y de estos se les realizó colonoscopia a 18 (15%) de los cuales 9 (50%) tuvieron pólipos. Del total devolvieron las muestras un 80%, resultando Test Sangre Oculta Deposiciones Inmunitario + 191 (10%); Se realizaron 257 colonoscopias de las cuales 140 tuvieron pólipos (54%), con 43 (31%) Polipsectomias con asa electrotermica, 60 (43%) Polipsectomias con pinzas y 36 (26%) Polipsectomias con asa y con pinzas y 1 de resolución en segunda instancia, resultando Adenomas con displasia bajo grado: 62 (73,8%) Adenomas con displasia alto grado: 18 (21,4%) Adenoma aserrado tradicional y sésil: 4 (4,8%) 84 ± 60,4 % (adenomatosos) Pólipos no neoplásicos: 23 (69,7%) Inflamación: 10 (30,3%) 33 ± 23,7% (no adenomatosos) Adenocarcinomas: 6 ± 4,3% (cancerosos) Sin información: 16 ± 11,5% (no informados) De los Adenocarcinomas 1 fue tratado endoscópicamente, 1 por TAMIS, 1 por video laparoscopia (50% Mínima invasión) y 3 por cirugía laparotómica en el contexto de pandemia Covid, resultando 1 en etapa 0, 2 en etapas II y los otros 3 en etapas III, todos potencialmente curables. No se observó mortalidad relacionada a los procedimientos.

CONCLUSIÓN: El programa de cribado de Cáncer Colorrectal permite la detección y extirpación de los adenomas, evitando el desarrollo de carcinomas como también cáncer avanzado cuyo diagnóstico precoz deriva en terapias menos invasivas con resultados promisorios y comparables a lo publicado, aun en pandemia.

PROCALCITONINA Y PROTEÍNA C REACTIVA COMO PREDICTORES PRECOCES DE FUGA ANASTOMÓTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA RESECTIVA DE COLON CON ANASTOMOSIS PRIMARIA ELECTIVA

Fatme Díaz Gasaly, Monica Jiménez Salinas, Juan Andrés Mansilla Espinosa, Nelson Muñoz Pérez, Roberto Durán Fernández, Pablo Navarro Cáceres

1. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHHA), Temuco

INTRODUCCIÓN: La filtración anastomótica (FA) es una complicación quirúrgica compleja con incidencia variable entre 2-14% y tasa de mortalidad del 5-22%. El diagnóstico de FA se basa en criterios clínicos y radiológicos. Se manifiesta principalmente la primera semana postoperatoria; se asocia a re-intervenciones, mayor estadía hospitalaria y costos asociados. Su pesquisa precoz es trascendental para obtener mejores resultados. La proteína C reactiva (PCR) es un marcador inespecífico de inflamación, recientemente se ha descrito como predictor temprano de FA en cirugía oncológica, por su parte la procalcitonina (PCT) ha demostrado ser un marcador temprano de sepsis

OBJETIVOS: Evaluar uso PCR y PCT como predictores precoces FA en cirugía de colon electiva.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo. 107 pacientes sometidos a cirugía resectiva de colon con anastomosis primaria electiva, en el servicio de cirugía del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco desde abril 2019 hasta abril 2022. Se excluyó pacientes con cuadro infeccioso intercurrente y cirugías de urgencia. Se realizó medición de PCR y PCT en todos los pacientes los primeros 4 días postoperatorios. Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 23.0). Se utilizó el test exacto de Fisher para comparar variables cualitativas. Para comparar variables cuantitativas entre grupos se utilizaron los test de Kruskal-Wallis y de Mann-Whitney. Curvas de ROC para la determinación de la sensibilidad y especificidad de PCR y PCT con intervalos de confianza 95%. Un valor de $p < 0,05$ como umbral para significancia.

RESULTADO: De 107 pacientes, 7,4% presentó FA. Los valores de PCT y PCR se elevaron en todos los pacientes con tendencia a la normalización al cuarto día posoperatorio, excepto los que presentaron FA. La mejor combinación para predecir FA se obtuvo el tercer día postoperatorio, el análisis de la curva ROC mostró un área bajo la curva de 92% y 74% para PRC y PCT respectivamente. Se obtuvo como punto de corte de PCR 138,5mg/l resultando una sensibilidad 88%, especificidad 76% y valor predictivo negativo (VPN) 99%. El límite de PCT fue 0,15ng/mL con sensibilidad 88%, especificidad 35% y VPN 97%.

CONCLUSIÓN: Tanto la PCT como PCR son predictores útiles de FA, con un alto VPN al tercer día postoperatorio; éstos preceden a la clínica y obligan a un estudio de imágenes para confirmar el diagnóstico y actuar de manera inmediata, con el objetivo de disminuir la morbilidad asociada a esta complicación.

QUISTE PILONIDAL. PREFERENCIAS EN SU MANEJO DE LOS CIRUJANOS/AS COLORRECTALES DE LATINOAMÉRICA.

M. Pruzzo, A. Readí, M. Rodríguez, S. López, E. Mordojovich, G. Campaña.

Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pilonidal sacrocoxígea (EPS) es una patología no del todo comprendida, y su tratamiento es material de debate entre los cirujanos/as colorrectales. La elección de la técnica quirúrgica varía según su estadio clínico, e intentan curar la enfermedad con baja morbilidad, rápida reincorporación y mínima recurrencia. Existe una amplia distribución en las preferencias de las técnicas quirúrgicas, influenciado por las experiencias de los cirujanos/as, evaluando las ventajas y desventajas inherentes de cada técnica.

OBJETIVOS: Determinar las técnicas quirúrgicas más utilizadas por los cirujanos/as colorrectales de Latinoamérica en el manejo de la EPS.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal descriptivo y analítico, realizado mediante encuesta electrónica distribuida entre los cirujanos/as colorrectales de Latinoamérica, validado previamente por pares expertos.

RESULTADO: Se encuestaron 372 cirujanos/as subespecialistas en cirugía colorrectal, de 15 países de Latinoamérica, el 92,2% pertenecen a Brasil, Chile, Argentina, Colombia, República Dominicana y México, con una media de 18,9 años como subespecialistas. La mayoría (58,6%) opera más de 10 casos anuales. En EPS aguda la técnica más utilizada (51,1%) es el drenaje con anestesia formal asociado a curetaje y/o marsupialización. En EPS crónica el 66,4% de los cirujanos/as indican la cirugía después del primer episodio sintomático. La técnica más utilizada en esta fase es la marsupialización por el 31,5%, seguido por destechamiento 27,7%, técnica de Karydakís 17,7%, colgajo de Limberg 6,1%, Bascom 5,4%, plastias en Z o V-Y 4%, McFee 3,8% y Epsit 3,8%, siendo las técnicas abiertas las más utilizadas (66,6%). Los que prefieren este tipo de técnicas tienen más años de experiencia como subespecialistas que aquellos que prefieren las técnicas cerradas (20,3 versus 16,3 años; $p=0.0016$). El 45,3% ha cambiado de técnica durante su carrera y de éstos el 50,4% cambiaron a técnica cerrada. Se identificaron 2 variables relacionadas con la migración de técnica cerrada a abierta: tener más de 5 años de subespecialista OR de 2,7 y realizar más de 20 cirugías anuales OR 2,1.

CONCLUSIÓN: Los cirujanos/as colorrectales de Latinoamérica prefieren utilizar técnicas quirúrgicas abiertas en EPS crónica. La cirugía más realizada es marsupialización seguida por destechamiento y la técnica de Karydakís. En EPS aguda lo más utilizado es drenaje con anestesia formal acompañado de curetaje o marsupialización en el mismo tiempo. Siendo frecuente que subespecialistas cambien de técnica durante su carrera, hay una tendencia a preferir las técnicas abiertas para EPS crónica en la que a medida que se adquiere más experiencia.

ESCISIÓN TOTAL DEL MESORRECTO (ETM) LUEGO DE TERAPIA NEOADYUVANTE TOTAL (TNT) EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO (CRLA), RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS INICIALES EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.

Dr. Guillermo Reyes Reyes, Dr. Pablo Baeza, Dr. Eduardo Mordojovich, Dr. Gonzalo Rebolledo, Dr. Carlos Ayala, Dr Rodrigo Capona, Dra. Mónica Martínez Mardonez, Dr Ernesto Melkonian

Universidad de Chile, Departamento de Cirugía Oriente, Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: El manejo estándar del CRLA, es la quimiorradioterapia concomitante, cirugía con ETM y según el centro quimioterapia adyuvante. Actualmente se ha planteado como nuevo estándar la TNT, que mejoraría los resultados oncológicos a largo plazo. Es interesante ver los resultados quirúrgicos de este nuevo esquema terapéutico en nuestra realidad.

OBJETIVOS: Determinar los resultados quirúrgicos de una serie consecutiva de pacientes de nuestro centro, con CRLA (T3/T4, N+ o con invasión vascular extramural [IVE], M0), sometidos a ETM luego de TNT con esquema de radioterapia corta y 6 ciclos de quimioterapia sistémica, las complicaciones postoperatorias, su seguridad oncológica, pacientes R0 y tasa de pacientes con respuesta patológica completa (RPC).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de una base de datos prospectiva, incluye una serie consecutiva de pacientes sometidos a ETM con CRLA que fueron a TNT, neoadyuvancia utilizada desde fines del 2020 en nuestro centro. Se registraron y calcularon medidas de tendencia central respectivas, de variables epidemiológicas, etapificación con RNM, tolerancia a quimioterapia, RNM post neoadyuvancia, tipo de cirugía realizada, abordaje, características de la biopsia: RPC, ypT-N, número de ganglios resecados, márgenes quirúrgicos, días de hospitalización, complicaciones en la escala de Clavien-Dindo, filtraciones de anastomosis, reoperaciones y mortalidad.

RESULTADO: Se operaron 21 pacientes, 57% hombres, edad promedio 63,7 años (DS+-13,7), 80% completó quimioterapia, etapificación con RNM: mediana del borde inferior del tumor al MA 7,25 cm (RIC 3.375), 63% tumores cT3, 36,8% tumores cT4a, cN+ en 73,6%, IVE en 47,3%, compromiso de la fascia mesorrectal (FMR) en 21% (todos logrando FMR (-) luego de TNT), RNM postneoadyuvancia: 15% ymrT0, 30% ymrT2, 45% ymrT3 y 10% ymrT4, ymrN+ en 9.5%, IVE en 20%. Tipo de cirugía: 19% Op. de Miles, 71% RAUB, 9% RAUBIE, 80.9% laparoscópicas, 4.7% abiertas, 14,2% convertidas. Complicaciones mayores con un total de 4%, sin mortalidad, una reoperación por hemoperitoneo (Clavien-Dindo IV). Complicaciones menores con 2 pacientes Clavien-Dindo II (1 filtración de anastomosis (4%)) y 6 Clavien-Dindo I. Mediana de hospitalización: 4 días (RIC 2). De la pieza quirúrgica: 100% de los pacientes tuvo una resección R0, 15% de los pacientes tuvieron RPC, de la invasión tumoral 20% ypT0, 5% ypT1, 25% ypT2 y 50% ypT3, del compromiso linfático 80% ypN0, 15% ypN1a y 5% ypN1b.

CONCLUSIÓN: La TNT en CRLA, resulta segura en nuestro medio, tanto quirúrgicamente, logrando bajas tasas de complicaciones mayores y alta tasa de cirugías mínimamente invasivas; como oncológicamente, con 100% de resecciones R0 y 15% de RPC.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA COLORRECTAL EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA (HHHA) DE TEMUCO.

Fatme Díaz G, Bastián Arriagada R, Juan Mansilla E, Nelson Muñoz P, Armando Soto F, Mariano Flores M, Pablo Navarro C

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

INTRODUCCIÓN: Los programas de recuperación acelerada son multimodales, con equipos multidisciplinarios, representado un cambio en el paradigma de los cuidados perioperatorios. Su objetivo es la reducción del estrés quirúrgico minimizando la respuesta metabólica a la injuria, morbilidad y estadía hospitalaria.

OBJETIVOS: Analizar el impacto en la estadía hospitalaria y morbilidad tras la implementación de un programa de recuperación acelerada en cirugía colorrectal

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cuasi experimental con grupo de control. 166 pacientes operados de cirugía colorrectal electiva por patología maligna en el servicio de cirugía del HHA entre abril 2019 y abril 2022. En mayo 2021 inicia protocolo RAC, incluyendo 56 pacientes. Los criterios de exclusión del protocolo consideraban: cirugías de urgencia, tumor irresecable, resección multiorgánica, secuelas neurológicas sensoriomotoras, tumor sincrónico o metacrónico, enfermedad renal en hemodiálisis, insuficiencia hepática descompensada En el análisis de datos se usó el programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 23.0). Se realizó la prueba t para muestras independientes, prueba Chi-Cuadrado de Pearson, test exacto de Fisher para variables categóricas Para comparar estadía hospitalaria, se usó el análisis Kaplan-Meier y prueba de log-rank para comparar entre grupos. Regresión de Cox para analizar variables que afecten la estadía hospitalaria. Un valor $p < 0,05$ es considerado significativo.

RESULTADO: De 166 pacientes, 56 en grupo RAC y 110 grupo histórico. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características entre ambos grupos (edad, sexo, ASA, tipo cirugía, abordaje laparoscópico) En el análisis de Kaplan-meier, la mediana de estadía en grupo RAC fue 4 días comparado con 7 días en grupo histórico, demostrando una diferencia estadísticamente significativa $p=0,002$ (prueba de log-rank). En la regresión de Cox, haber experimentado cualquier complicación post operatoria se relacionó con estadía hospitalaria más prolongada (HR 0,342 ;IC 95% 0,208 – 0,561; $p = 0,001$). En relación a complicaciones postoperatorias, se observó un total de 29% en el grupo histórico versus 28% en RAC, sin embargo las complicaciones graduadas como Clavien I y II fueron 46% histórico vs 50% en grupo RAC. La reintervención fue necesaria en un 15,4% del grupo históricos versus 14% en RAC. No existe asociación entre las complicaciones post operatorias y el ASA del paciente ($p=0,62$) Se reporta un caso de mortalidad a 30 días en grupo histórico, por causa cardiovascular.

CONCLUSIÓN: Este trabajo presenta una reducción promedio de 3 días en la estadía hospitalaria sin aumentar la morbilidad tras la implementación del programa RAC en cirugía colorrectal electiva en un hospital público.

ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSIS MANUAL INTRACORPÓREA EN COLECTOMÍAS DERECHAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS. EXPERIENCIA INICIAL.

C. König, M. Ocares, M. Carvajal, J. Vivanco, C. Benavides, G. Caselli.

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción. Universidad de Concepción.

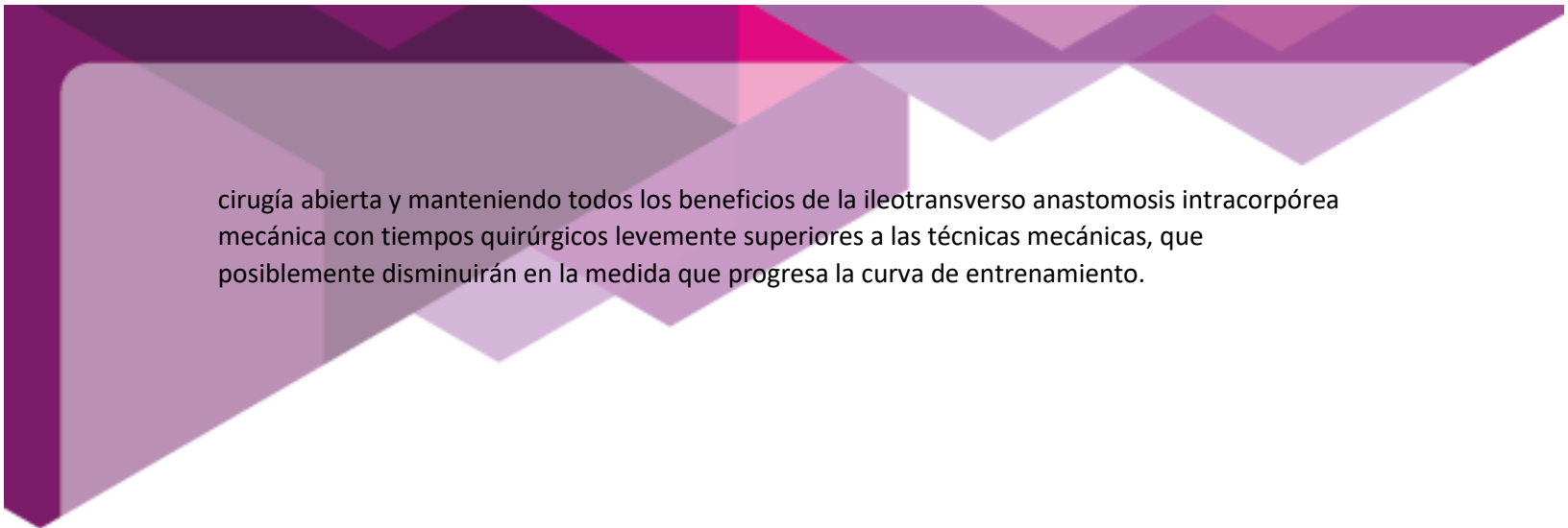
INTRODUCCIÓN: La colectomía videolaparoscópica (VL) es el gold estándar para el tratamiento del cáncer de colon, la anastomosis puede realizarse de forma intracorpórea como extracorpórea. Hay evidencia que muestra superioridad considerando menor estadía hospitalaria, incisión más pequeña para extracción de pieza operatoria, menor infección del sitio operatorio, tasa de hernias menores e incluso menor filtración anastomótica cuando la anastomosis es confeccionada intracorpórea. Actualmente la evidencia disponible en anastomosis intracorpóreas colorrectales videolaparoscópicas se limita a la técnica mecánica, este estudio busca analizar la tasa de filtración, tiempo quirúrgico y evolución postoperatoria en pacientes operados con anastomosis intracorpórea manual.

OBJETIVOS: Analizar la tasa de filtración, tiempo quirúrgico y evolución postoperatoria en pacientes intervenidos con colectomía derecha videolaparoscópica y anastomosis manual intracorpórea por cáncer de colon derecho.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Pacientes de 18 a 85 años sometidos a colectomía derecha VL y anastomosis manual intracorpórea por cáncer de colon derecho entre mayo de 2019 y agosto de 2020. Se evaluó filtración de anastomosis, conversión a técnica abierta, tasa de reoperación, tiempo de confección de anastomosis, tiempo operatorio, morbilidad postoperatoria, tiempo de estadía hospitalaria, mortalidad temprana (7 días) y mortalidad tardía (30 días). Se incluyeron en este estudio pacientes correlativos que cumplieran con: adecuado performance status (objetivado como ECOG 0, 1 o 2), con cáncer de colon derecho, sin contraindicación para cirugía VL en modalidad electiva. Fueron excluidos aquellos con carcinomatosis peritoneal durante laparoscopia diagnóstica, metástasis hepáticas operables en mismo acto quirúrgico con indicación de laparotomía, malnutrición por déficit determinada por evaluación antropométrica, albúmina menor de 3g/dl que contraindiquen anastomosis, cirugías abdominales previas múltiples, enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, ICC con FE menor 25%, cáncer de colon sincrónico en ubicación distinto a colon derecho, obstrucción intestinal aguda, hemorragia activa o tumor perforado con peritonitis difusa. Análisis estadístico: estadística descriptiva.

RESULTADO: De 10 pacientes, 7 fueron hombres, edad promedio 65,1 años (30-82). Tamaño tumoral promedio 5,92 cms (3-8,7). 90% de los pacientes presentaron comorbilidad, con índice de Charlson promedio de 3 (2-7). Tiempo promedio de la cirugía 194 minutos (150-270), promedio de anastomosis 54,3 minutos (28-70). Sin filtración, conversión ni mortalidad.

CONCLUSIÓN: La anastomosis manual intracorpórea en colectomías derechas es una técnica segura y reproducible, realizable bajo los mismos estándares que cuando es confeccionada en



cirugía abierta y manteniendo todos los beneficios de la ileotransverso anastomosis intracorpórea mecánica con tiempos quirúrgicos levemente superiores a las técnicas mecánicas, que posiblemente disminuirán en la medida que progresa la curva de entrenamiento.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN COLITIS ULCEROSA AGUDA SEVERA EN PACIENTE EMBARAZADA: REPORTE DE UN CASO.

Daniela Adjemian G, Karin Papapietro V, Marjorie Sandoval C, Camila Estay H, Mauricio Díaz B, Mauro Parra C, Mauricio Zambra R, Patricia Acosta V

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La evidencia del manejo de colitis ulcerosa (CU) durante la gestación es escasa y basada en reporte de casos. La gestación frecuentemente reportada es 37 semanas, con 90% de recién nacido (RN) vivo. El manejo de embarazadas con ileostomía es complejo e implica un equipo multidisciplinario.

OBJETIVOS: El objetivo es conocer el manejo multidisciplinario de un caso de colitis ulcerosa severa en embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 25 años con 17 semanas de embarazo y diagnóstico de CU usuaria de Prednisona y Mesalazina. Evoluciona como crisis severa refractaria a corticoides y requiere terapia de rescate con Infliximab. Buena respuesta inicial pero se reactiva clínicamente cursando con diarrea de alta frecuencia, baja de peso, dolor abdominal epigástrico y vómitos que limitan la ingesta. Se decide hospitalizar para manejo multidisciplinario de crisis y monitoreo fetal. En la evaluación nutricional la paciente tiene un IMC: 22.2 kg/m² con baja de 43% del peso el último año, últimos 11 kgs en 2 meses (16%). Muy baja ingesta de macro y micronutrientes. Se diagnostica desnutrición calórica y proteica severa y se indica nutrición parenteral (NP) complementaria a régimen líquido.

RESULTADO: Colonoscopia evidencia CU severa con scores endoscópicos (MAYO 3/ UCEIS 8). Niveles de Infliximab en rango terapéutico confirma falla primaria a terapia biológica. Se define única alternativa terapéutica, colectomía total más ileostomía a las 18+2 semanas de gestación. Evoluciona en buenas condiciones al igual que el feto, prealbúmina aumenta y es dada de alta sin NP. Baja 8 kgs en un mes con débitos de ileostomía cercanos a 1200 cc. A 25+6 semanas de embarazo, presenta una pseudobstrucción de íleon terminal. Al permeabilizar se produce una perforación que requirió laparotomía y reconfección de ileostomía evidenciándose peritonitis de cuatro cuadrantes. Evoluciona con shock séptico, necesidad de intubación y drogas vasoactivas. Se estabiliza y se mantiene con nutrición oral y NP. El feto evoluciona con restricción de crecimiento fetal secundario a desnutrición calórico-proteica. Se interrumpe el embarazo a las 36+5 semanas debido a desaceleraciones cardíofetales con aumento de 9 kgs. El RN pesa 2511 grs, feto pequeño para edad gestacional leve (percentil 9), talla 47 cm, APGAR 8-9. La paciente y RN son dados de alta en buenas condiciones generales a los tres días postoperatorios.

CONCLUSIÓN: La colitis ulcerosa con ileostomía en embarazadas plantea un desafío de manejo multidisciplinario para mantener el estado nutricional e hidratación que permita una gestación de término con RN vivo.

FÍSTULA COLO-PLEURAL COMO COMPLICACIÓN DE DIVERTICULTIS AGUDA

Julián Figueroa N, Fatme Díaz G, Bastián Arriagada R, María Rozas V, Juan Mansilla E

Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: El 5% de los pacientes con divertículos desarrollan diverticulitis aguda(DA) y de estos 25% evoluciona como DA complicada. La mayoría de las complicaciones son intra-abdominales. Las fístulas se presentan en un 2%, siendo las colopleurales <1% de ellas. Esta complicación presenta un desafío tanto diagnóstico-terapéutico, gran morbilidad asociada. Clínicamente se presenta como empiema pleural y fecaloneumotorax. El diagnóstico definitivo se basa en hallazgos imagenológicos y cultivo de líquido pleural positivo para microorganismos propios de flora colónica. El manejo es quirúrgico en todos los casos, requiriendo la resolución de la patología colónica por una parte y el manejo del tórax por otra. Las técnicas empleadas dependerán de la estabilidad del paciente y el tiempo de evolución. En cuanto a la reparación propiamente tal de la fístula colopleural, actualmente no hay consenso en la literatura sobre las formas de cierre.

OBJETIVOS: Realizar reporte de caso de una fístula colo-pleural como complicación poco frecuente de diverticulitis aguda

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen datos obtenidos de ficha clínica del paciente, desde primera consulta hasta el control ambulatorio.

RESULTADO: Hombre de 70 años, antecedentes de OH crónico, consulta por 2 días de disnea de reposo progresiva. Ingresos taquipnéico, taquicárdico y con requerimiento de oxígeno. Examen físico compatible con neumotórax izquierdo, radiografía de tórax: hemoneumotórax izquierdo. Se instala pleurostomía ipsilateral: salida 800cc contenido purulento. Presenta evolución tórpida, se realiza tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis: derrame y neumotórax bilateral leve, signos sugerentes de perforación colónica con trayecto hacia el plano subfrénico y cavidad pleural izquierda. Se decide exploración con toracotomía posterolateral izquierda: regular cantidad de líquido purulento de mal olor en cavidad pleural, gran peel cubriendo llingula y lóbulo inferior, se realiza aseo, decorticación e instalación de 2 pleurostomías. Laparotomía media: hemiabdomen izquierdo sellado, perforación de colon descendente de 2 cm en tercio superior generando trayecto extraperitoneal hacia cúpula diafragmática identificando defecto de 3cm por el que fluye pus. Frenorrafia, operación de Hartmann, aseo y drenaje babcock. Postoperatorio inmediato en UTI, evoluciona de forma favorable, logrando el alta a los 2 meses de la cirugía. Actualmente en buenas condiciones, con colostomía vital a la espera de reconstitución de tránsito, sin secuelas pulmonares.

CONCLUSIÓN: La DA complicada con extensión torácica asociado a fístula colo-pleural es infrecuente. Requiere alto índice de sospecha, su diagnóstico es con microbiología e imágenes El manejo es complejo, principalmente quirúrgico y multidisciplinario.

EVALUACIÓN ANGIOGRÁFICA DE LA DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA DE LA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEL ÁNGULO ESPLÉNICO DEL COLON EN POBLACIÓN CHILENA

M. Pruzzo, M. Acuña, S. López, A. Readí, M. Rodríguez, E. Mordojovich, J. Via Dorado, MJ. Sánchez, M. Castro, G. Campaña.

Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN: La resección del ángulo esplénico del colon (AEC) representa un desafío para el cirujano y su irrigación es crucial tanto en resultados oncológicos como en el éxito de la anastomosis. La irrigación vascular del AEC es compleja siendo una de las zonas de menor flujo y mayores variantes anatómicas. Mediante estudios imagenológicos contratados funcionales, se han determinado las variantes y clasificaciones anatómicas del origen de la irrigación del AEC, sin embargo, se basan en poblaciones orientales, no existiendo reportes nacionales que estudien esta distribución.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de distribución anatómica vascular arterial y venosa del AEC en una muestra de la población nacional utilizando la clasificación de Fukuoka.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal descriptivo y analítico, retrospectivo. Se clasificó la irrigación mediante el recorrido anatómico de la arteria cólica media (ACM) y de la arteria cólica izquierda (ACI) como también sus dimensiones en relación al AEC uroTAC realizados en Clínica Indisa, junto con determinar el sitio de drenaje de la vena mesentérica inferior (VMI).

RESULTADO: Se revisaron 127 Urotac, 53,9% hombres, con media de edad de 52,5 años. La distribución de la irrigación según la clasificación de Fukuoka encontrada fue: Tipo 1 34,7%, Tipo 2: 7,9%, Tipo 3: 29,9%, Tipo 4: 0%, Tipo 5: 1,6% y Tipo 6: 25,9% ($p < 0.001$). La ACI contribuye a la irrigación del ángulo esplénico en el 64,6% (tipo 1 + tipo 3). En los pacientes con irrigación tipo 3 (irrigación combinada de ACM y ACI), la ACM tendría dominancia por sobre ACI (diámetros: 2,95 vs 2,25 mm, $p < 0.001$). Se observó el mismo patrón en la irrigación tipo 6 (sin presencia de ACM ni ACI), siendo de mayor diámetro la ACM (diámetro 2,58 vs 2,16 mm, $p = 0.03$). Para el drenaje venoso de la VMI, en el 60.6% lo hace confluyendo directamente a la vena mesentérica superior, 32.3% en la vena esplénica, el 0.8% a ambas y 6.3% no lo hace a ninguna de estas venas.

CONCLUSIÓN: En nuestra población la distribución de la irrigación del AEC difiere de los reportes previos, la ACI tiene mayor participación en la irrigación del AEC que lo mostrado en estudios orientales (64,6% vs 49,6%). En los tipos de irrigación compartida entre ACM y ACI, pareciera existir una dominancia de la ACM representado por su diámetro mayor. El drenaje venoso del AEC, a través de la VMI, lo hace mayoritariamente confluyendo a la VMS.

TRATAMIENTO DE METÁSTASIS HEPÁTICA AISLADA DE CARCINOMA ESCAMOSO DEL CANAL ANAL TRATADO CON RADIOQUIMIOTERAPIA

B. Araya, C. Muñoz

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca. Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de anal es poco frecuente, pero su incidencia ha ido en aumento. El carcinoma escamoso del canal anal es el más común. Este tumor es conocido por ser agresivo locoregionalmente y de mal pronóstico, pero raramente da metástasis a distancia.

OBJETIVOS: El objetivo de este reporte es comunicar el caso de una paciente portadora de una carcinoma escamoso del canal anal tratado con radioterapia quien en el seguimiento presentó una metástasis hepática como única metástasis y fue resecada con una hepatectomía laparoscópica transtorácica.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de Caso. La información para realizar el reporte se obtuvo de los registros clínicos con detalle en las imágenes preoperatorias y la intervención quirúrgica realizada. Se realizó el reporte siguiendo las recomendaciones publicadas para este diseño. Se obtuvo el consentimiento informado para su presentación.

RESULTADO: Femenina de 73 años. En 2019 se diagnostica de carcinoma escamoso del canal anal (Estadio IIIC), recibiendo Radioquimioterapia con esquema Nigro (Radioterapia + Quimioterapia con 5-Fluorouracilo (5-FU) y Mitomicina C (MMC). Durante el seguimiento oncológico posterior (Septiembre 2020) se realizó una resonancia nuclear magnética (RNM) de abdomen con contraste que evidenció lesión focal hepática de aspecto sólido-quístico sospechosa de metástasis hepática. Se complementó el estudio con PET-CT que confirmó la metástasis única en segmento VII-VIII del hígado. Se decidió realizar una metastasectomía transtorácica laparoscópica. La ecografía intraoperatoria reveló una lesión sólido-quística del segmento VII-VIII de 2.5 cms. Se completó la cirugía sin incidencias y la evolución postoperatoria fue satisfactoria siendo dada de alta al 2º día de postoperatorio. La biopsia diferida de la resección fue compatible con metástasis hepática de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con extensa necrosis. La paciente actualmente tiene 18 meses de seguimiento sin evidencias de recurrencias hepáticas ni sistémicas.

CONCLUSIÓN: Las metástasis hepáticas como única diseminación sistémica del cáncer anal es una presentación infrecuente de esta enfermedad, que en la actualidad pueden ser tratadas mediante cirugía mínimamente invasiva del hígado con las ventajas de este tipo de abordajes complementando el tratamiento con Radioquimioterapia del primario.

SARCOMA FIBROMIXOIDE DE BAJO GRADO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE LYNCH: REPORTE DE CASO

C Benavides, J Alvarado, C Konig, JM Vivanco, G Caselli, M Ocares

Universidad de Concepcion

INTRODUCCIÓN: Los síndromes hereditarios asociados a cáncer colorrectal (CCR) son infrecuentes, el síndrome de Lynch se asocia al 2-4% de ellos. En los pacientes portadores de mutaciones, la probabilidad de desarrollar un CCR es de hasta un 80% a lo largo de su vida. Además, pueden desarrollar otras neoplasias siendo la más frecuente el cáncer de endometrio y menos frecuentes el cáncer gástrico, ovario, intestino delgado, urotelial, tracto biliar, entre otros. La asociación de síndrome de Lynch y sarcomas se encuentra en estudio.

OBJETIVOS: Analizar el caso clínico de un paciente síndrome de Lynch que desarrolló un sarcoma fibromixoide de bajo grado (Tumor de Evans) en el músculo psoas iliaco izquierdo durante su seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción y análisis de caso clínico según criterios CARE

RESULTADO: Hombre, 27 años, antecedente de apendicectomía por apendicitis aguda en 2014. En 2015 presenta dolor abdominal y masa palpable en fosa iliaca derecha. Tomografía axial computada identificó una masa tumoral en colon derecho. Colonoscopia confirmó adenocarcinoma de ciego. Se completó hemicolectomía derecha, identificando un tumor de 12cm adherido a la pared abdominal anterior, requiriendo resección en bloque. Biopsia informó adenocarcinoma G2 de 10cm, diferenciación mucinosa, y signos de inestabilidad microsatelital, etapa pT3N0M0. La inmunohistoquímica demostró ausencia de expresión de MSH2 y MSH6. Estudio molecular encontró una variante patogénica en MSH2 compatible con Síndrome de Lynch. Se decidió quimioterapia adyuvante. Sin embargo, evolucionó con recidiva precoz en pared abdominal, indicándose radioterapia neoadyuvante 36Gy y resección de pared abdominal, posterior a lo cual realizó quimioterapia con FOLFOX por 12 ciclos. En 2020, se identificó en tomografía una tumoración en el extremo superior del psoas izquierdo interpretándose como metástasis. Recibió nueva quimioterapia con FOLFOX por 6 ciclos. PET-CT informó masa sólido-quística hipermetabólica, esta se resecó mediante acceso por lumbotomía a mediados de 2021, biopsia informó sarcoma fibromixoide de bajo grado (Tumor de Evans) de 14x10.8x8.4 cm. Cumplió un año sin recurrencia tumoral ni secuelas neuromusculares.

CONCLUSIÓN: La asociación de síndrome de Lynch con sarcomas está en estudio; trabajos recientes demuestran un aumento de riesgo de hasta 40 veces en portadores de mutaciones en genes MMR, especialmente MSH2, tal como en el caso presentado. Motivado por la creciente evidencia en reportes de casos similares, eventualmente se incorporaría este sarcoma dentro del Síndrome de Lynch.

EXPERIENCIA INICIAL EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN LAS COLONOSCOPIAS DE UN NUEVO CENTRO ASISTENCIAL.

X. Concha, V. Ortiz, R. Palmisano, D. Calixto, V. Cambindo.

Complejo Asistencial Padre Las Casas

INTRODUCCIÓN: La apertura del Complejo Asistencial Padre Las Casas (CAPLC) genera mayor disponibilidad de exámenes imagenológicos, endoscópicos, entre otros, por lo que se esperaría un aumento en el diagnóstico de patología tumoral colorrectal.

OBJETIVOS: Describir el perfil de pacientes del CAPLC con diagnóstico de cáncer colorrectal (CCR) confirmado por anatomía patológica a través de las primeras colonoscopias efectuadas en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de protocolos endoscópicos, sistema de anatomía patológica y ficha clínica electrónica de pacientes que se realizaron colonoscopias en el CAPLC, seleccionando los exámenes con CCR confirmado por biopsia, entre enero a junio de 2022.

RESULTADO: En el periodo entre enero 2022 a junio 2022 se efectuaron 162 colonoscopias, en 75 exámenes se realizó biopsia, de las cuales, 14 (8.6%) resultaron positivas para carcinoma. De este último grupo, 79% son mujeres, edad promedio de 66 años (desviación estándar 13,4), 57% de los exámenes fueron en pacientes ambulatorios. Dentro de las indicaciones para realizar el examen destaca en 8 pacientes (57%) el diagnóstico previo de tumor por tomografía computarizada. 35.7% de las colonoscopias positivas para CCR resultaron incompletas por la presencia de un tumor infranqueable. 14% de las muestras a la macroscopia fueron consideradas como pólipos. La ubicación tumoral más frecuente fue el ciego (36%), seguida del recto inferior (14%), recto superior (14%) y colon derecho (14%). En el estudio anatomopatológico un 43% de las muestras confirmaron un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, 21% intramucoso, 7 % bien diferenciado, 7 % poco diferenciado, 14% adenocarcinoma sin especificar diferenciación y 7% carcinoma mucinoso.

CONCLUSIÓN: A pesar del incremento en la disponibilidad de colonoscopias, el diagnóstico continúa siendo tardío, ya que la principal indicación es por una masa tumoral evidente en algún examen previo, siendo más frecuente el CCR en mujeres, de la tercera edad, con diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado e incluso con tumores infranqueables al colonoscopia. Destaca el alto porcentaje de colonoscopias positivas para CCR, aunque cabe señalar que las solicitudes de exámenes con elevada sospecha de patología neoplásica se priorizaron al iniciar el funcionamiento del servicio de endoscopia de CAPLC. Además, se requiere aumentar el número de exámenes endoscópicos para lograr una pesquisa precoz de CCR, así también la extirpación de lesiones preinvasoras.

PÓLIPOS DE COLON DETECTADOS EN LAS PRIMERAS COLONOSCOPIAS REALIZADAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS.

X. Concha, V. Ortiz, R. Palmisano, D. Calixto, V. Cambindo.

Complejo Asistencial Padre Las Casas

INTRODUCCIÓN: El Complejo Asistencial Padre Las Casas (CAPLC) inició su funcionamiento de forma progresiva y desde enero 2022 se efectúan colonoscopias a la población beneficiaria y con esto la extirpación de múltiples lesiones polipoideas.

OBJETIVOS: Caracterizar los pólipos extirpados en colonoscopias del CAPLC confirmados por anatomía patológica. Determinar los indicadores de calidad de la colonoscopia: tasa de detección de adenomas e intubación cecal.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de protocolos endoscópicos y sistema de anatomía patológica de pacientes que se realizaron colonoscopias en el CAPLC, seleccionando los pólipos estudiados con biopsia, entre enero a junio de 2022.

RESULTADO: Entre enero 2022 – junio 2022 se efectuaron 162 colonoscopias en el CAPLC, en 75 exámenes se realizó biopsia, de estas, 55 fueron por pólipos (34% del total de colonoscopias), tasa de detección de adenomas es de 30% y la tasa de intubación cecal en las colonoscopias con pólipos estudiados: 96%. El promedio de edad de los pacientes con lesiones polipoideas biopsiadas es de 62 años (desviación estándar 11,7); 55% son mujeres, en 35 (64%) pacientes los pólipos fueron únicos, 20 pacientes presentaron múltiples pólipos extirpados, (54 pólipos), lo que da un total de 89 pólipos. Del total de pólipos, 69 (78%) son adenomatosos, la mayoría tubulares (62 pólipos, 70%), seguido de aserrado sésiles (4 pólipos, 4%). Dentro de los pólipos adenomatosos tubulares, 56 pólipos (63% del total de pólipos) se presentan con displasia de bajo grado, destacan 3 (3%) pólipos con displasia de alto grado con focos sugerentes de adenocarcinoma intramucoso. De los pólipos no adenomatosos, 19 (22%) son hiperplásicos y 1 (1%) inflamatorio.

CONCLUSIÓN: El conocer los indicadores de calidad local permitir asegurar la realización de una colonoscopia que cumpla con los estándares establecidos por las sociedades de endoscopia. Además, este estudio revela que la gran mayoría de los pólipos extirpados son adenomatosos, tubulares, con displasia de bajo grado, sin embargo, 3 pólipos resultaron con displasia de alto grado con focos sugerentes de adenocarcinoma intramucoso; por lo que se esperaría que al aumentar la oferta de colonoscopia en la región con el paso de los años se produzca una disminución de la incidencia de cáncer colorrectal al detectarlos en etapas tempranas o al detener la secuencia adenoma-carcinoma.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO POBREMENTE DIFERENCIADO ANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

B. Israel N., C. Ruiz L., H. Ureta D., I. Ruiz F., R. Aedo O., M. García C..

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) corresponden al 1-2% de las neoplasias anorrectales. A pesar de que en los últimos años se ha reportado un aumento en su incidencia, esta entidad aún es poco reconocida por endoscopistas y cirujanos, siendo su sospecha un factor determinante en el pronóstico. Los TNE conforman un conjunto heterogéneo de neoplasias, dentro de las cuales los pobremente diferenciados se caracterizan por tener mayor agresividad.

OBJETIVOS: Con el objetivo de actualizar sobre el estudio y manejo de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se propone una revisión a propósito de un caso tratado en el Servicio de Cirugía de nuestra institución.

RESULTADO: Se presenta el caso de una mujer de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad y enfermedad renal crónica, que consulta por cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por aumento de volumen doloroso en zona anorectal asociado a rectorragia el último mes. Se realiza biopsia de lesión indurada en canal anal que compromete esfínter y se prolonga hacia margen anal. La histología fue compatible con carcinoma neuroendocrino anal de células pequeñas de alto grado con inmunohistoquímica positiva para Cromogranina A y Sinaptofisina. En estudio imagenológico con tomografía computada de abdomen y pelvis y resonancia magnética de pelvis se evidencia neoplasia localmente avanzada con compromiso de pared izquierda del canal anal extendiéndose al espacio interesfinteriano y esfínter externo; además, con hipercaptación en adenopatías inguinales izquierdas en PET-CT. Dado persistencia de rectorragia y dolor intratable, se realiza resección abdomino-perineal. La biopsia definitiva informa carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado de células pequeñas de 7x4 cm, márgenes libres, 27 mitosis por campo de alta potencia. Sin compromiso ganglionar local. Se ofreció quimioterapia en contexto de estadio de enfermedad, sin embargo, la paciente decide continuar sólo con cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN: Los TNE son poco frecuentes pero han aumentado en incidencia dado la mayor oportunidad de estudio de lesiones incipientes con colonoscopia. Tal como el caso expuesto, este tipo de TNE aún se diagnostica en etapas tardías de enfermedad dado su rápida progresión, ante lo cual es importante tener bajo umbral clínico de sospecha para poder realizar estudio diagnóstico apropiado y oportuno con el fin de ofrecer un tratamiento que pueda cambiar el pronóstico y sobrevida de los pacientes. En el caso propuesto se realizó la resección abdominoperineal dado el compromiso esfinteriano y los síntomas persistentes, sin embargo, la cirugía no significó mayor beneficio oncológico por sí sola.

RESECCIÓN TRANSANAL, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN HOSPITAL DEL SALVADOR

Barbara Ortiz Jara, Carlos Ayala, Gonzalo Rebolledo, Rodrigo Capona, Rodrigo Fernández, Patricio Opazo, David Contreras, Ernesto Melkonian T.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: Entre los métodos resectivos para el manejo de adenomas o tumores rectales en estadios iniciales se encuentra la resección transanal, cada vez más utilizada en pacientes seleccionados como alternativa a técnicas radicales por beneficios en relación con la preservación de la función esfinteriana, urológica y sexual, así como la disminución de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: Describir nuestra experiencia en manejo de adenomas y/o tumores rectales en estadios iniciales con cirugía local, como alternativa a cirugía radical.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, donde se realizó una revisión de la ficha clínica desde enero del 2002 hasta la fecha, se incluyeron pacientes a los cuales se les realizó una resección local (RL) o TAMIS (Trans Anal Minimally Invasive Surgery).

RESULTADO: Se incluyeron un total de 21 pacientes, cuya edad promedio fue 63,5 años. 4 (19%) pacientes tenían poliposis adenomatosa familiar (PAF). En el 100% de los pacientes se palpó el tumor a través del tacto rectal, 12 (57%) pacientes se realizaron resonancia nuclear magnética, de estos ninguno tenía N positivo al momento del diagnóstico. 20 (95%) pacientes se realizaron colonoscopia, 76% describen lesiones polipoideas biopsadas, de las cuales 1 (6,6%) resultado fue positivo para adenocarcinoma por colonoscopia versus 8 (38%) positivas para adenocarcinoma/carcinoma en biopsia definitiva. Se realizaron un total de 15 (72%) RL y 6 (28%) TAMIS. La distancia promedio del tumor al margen anal en pacientes a los que se les realizó RL fue 2,2 cm (1-4cm) y para TAMIS 5,2 cm (4-7cm). En 9 (42,8%) pacientes se realizó cierre del defecto, 3 TAMIS y 6 RL. En cuanto a los resultados anatomopatológicos, 7 (33%) biopsias mostraron adenocarcinoma y 1 carcinoma espinocelular, una biopsia con adenocarcinoma presentó margen profundo positivo, clasificando como SM3, este paciente tenía antecedente de PAF, por lo que se realizó una proctocolectomía. Un paciente con margen circunferencial no evaluable se clasificó como SM1, por lo que no requirió otro procedimiento, ambos se habían realizado RL. 1 (4,7%) paciente tuvo una complicación por sangrado post TAMIS que se manejó en forma endoscópica sin incidentes. El 100% de los pacientes tuvo supervivencia a 5 años, de los cuales 1 (4,7%) paciente con antecedente de proctocolectomía por PAF requirió una RL de un pólipo en el Cuff 10 años post resección local, cuya biopsia mostró adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia y de acuerdo a la literatura, se puede realizar resección local de pólipos o tumores rectales en pacientes seleccionados con buenos resultados quirúrgicos y oncológicos.

COLECTOMÍA DERECHA EXTENDIDA CON RESECCIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON (RCM): ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN CÁNCER DE COLON TRANSVERSO

J Alvarado, N Besser, JT Larach

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La Resección Completa del Mesocolon (RCM) ha demostrado mejores resultados oncológicos en el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon. La RCM es especialmente compleja en el tratamiento del cáncer de colon transverso, donde la disección ganglionar implica la disección de los vasos mesentéricos superiores y linfonodos infrapancreáticos.

OBJETIVOS: Presentar el tratamiento quirúrgico laparoscópico de un paciente con cáncer de colon transverso, mediante colectomía derecha extendida con resección completa del mesocolon (RCM) y anastomosis intracorpórea.

CONTENIDO DE VIDEO: Caso Clínico: Hombre, 69 años. Antecedente de Dislipidemia. ECOG 0. En estudio por anemia, se realizó colonoscopia que identificó tumor en colon transverso cuya biopsia informó adenocarcinoma. Completó etapificación por tomografía axial computada y resonancia magnética de hígado. Tumor en colon transverso distal. Sin metástasis a distancia. Durante planificación preoperatoria por imagenología se identificó que la arteria mesentérica superior (AMS) rota anterior a la vena mesentérica superior (VMS) e impide un abordaje “vena primero” (abordaje más habitual). Se realizó colectomía derecha extendida con resección completa del mesocolon por vía laparoscópica. Sin incidentes. Evolucionó con Ileo post operatorio y Síndrome de Retención Gástrica. Requirió tratamiento con sonda nasogástrica y nutrición parenteral complementaria. Alta al 10mo día post operatorio. Biopsia definitiva informó Adenocarcinoma tubular, moderadamente diferenciado, infiltrante hasta tejido adiposo pericolónico. Ganglios positivos 1 de 62. pT3 N1a Mx. Conclusión: Realizar una colectomía derecha extendida laparoscópica con RCM es seguro en equipos quirúrgicos con experiencia en cirugía laparoscópica colorectal avanzada, incluso cuando hay variaciones anatómicas vasculares. El estudio imagenológico debe ser acabado para una adecuada planificación preoperatoria.

DIVERTICULITIS YEYUNAL: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA.

Gerardo Montenegro U , Felipe Celedon P, David Paz, Sebastián Uribe, Carolina Zegers

Hospital Fuerza Aérea de Chile

INTRODUCCIÓN: La diverticulosis yeyunal es una entidad poco común, con una prevalencia de 0,2 - 1,3% en autopsias. Representando menos del 5% de los divertículos del intestino delgado. La forma más frecuente de presentación es la asintomática, aproximadamente un 10% se presentará de forma aguda con diverticulitis, sangrado u obstrucción intestinal y un 29% se presentará de forma crónica caracterizado por síntomas inespecíficos. La tomografía solo describe la diverticulosis yeyunal en un 7%. Esto dificulta el diagnóstico oportuno, traduciéndose en una alta mortalidad de hasta un 40%.

OBJETIVOS: Realizar una revisión bibliográfica del tratamiento de esta entidad, en base a la presentación de 2 casos clínicos de diverticulitis yeyunal en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de la literatura. Revisión de fichas clínicas.

RESULTADO: Se presentan 2 casos de diverticulitis yeyunal, un hombre de 76 años, inicialmente hospitalizado por prostatitis, con mala evolución clínica, se solicitan imágenes, diagnosticándose diverticulitis yeyunal complicada, decidiéndose tratamiento quirúrgico con resección y anastomosis primaria. El segundo caso una mujer de 59 años, quien consulta por dolor tipo cólico de 48h de evolución en hipogastrio, las imágenes muestran diverticulitis yeyunal no complicada, tratándose conservadoramente con antibióticos y reposo digestivo.

CONCLUSIÓN: La presencia de un divertículo yeyunal único como en el primer caso es de 0,02 -1%, ya que estos divertículos son más comunes hacia caudal y acompañado de otros divertículos. No existe consenso en el tratamiento de esta enfermedad, debido a su rareza, sin embargo, la mayoría de los estudios están de acuerdo con el tratamiento quirúrgico en casos que se presenten con complicaciones y el tratamiento conservador en ausencia de complicaciones con observación quirúrgica durante 72 horas, ya que en este tiempo ocurren el peak de perforaciones. Algunos estudios sugieren el tratamiento no quirúrgico en pacientes complicados que cumplen ciertas características, pero existen poca evidencia que lo respalde.

PREVALENCIA DE TUMORES APENDICULARES EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA Y APENDICECTOMÍAS PROFILÁCTICAS EN EL HOSPITAL DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE ENTRE EL 2017 Y 2021

Gerardo Montenegro U , Gina Squella B, Felipe Celedon P, Sebastián Uribe,

Hospital Fuerza Aérea de Chile

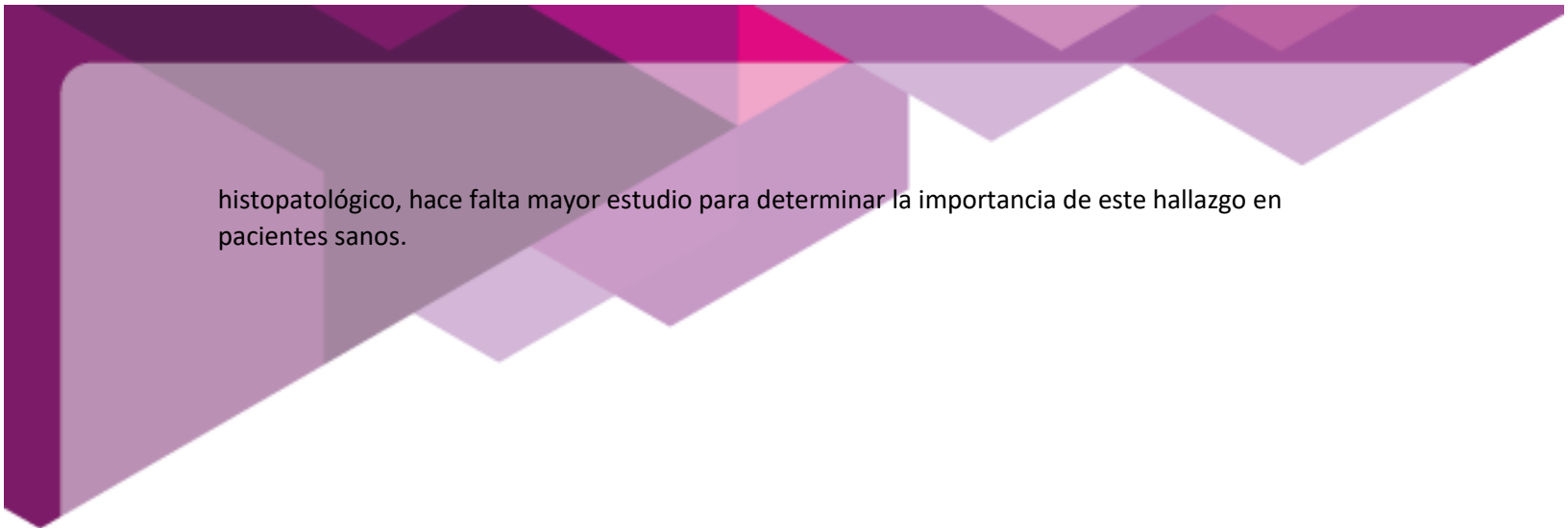
INTRODUCCIÓN: La apendicitis es una patología común en los centros de urgencia alrededor del mundo, con un riesgo de presentarla durante la vida de 7 – 8%. La incidencia en Chile es de 202 por cada 100.000 habitantes. Solo un 10-29% de las neoplasias son identificadas en estudios por tomografía computarizada en los pacientes con apendicitis aguda. Los tumores apendiculares son una patología rara, con una incidencia 1,2 casos cada 100.000 habitantes. Sin embargo, a pesar de ser una entidad de baja frecuencia, la incidencia ha ido en aumento en estos últimos años, observándose un aumento de esta hasta un 54%. La mayoría de los estudios en este tema se realizan a partir de pacientes que presentan apendicitis aguda, no encontrándose estudios nacionales o internacionales que hablen de la población sana. Esto es principalmente por la baja realización de apendicetomías profilácticas en el mundo. El Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile esta encargado de realizar apendicetomías profilácticas. Pudiendo evaluar los tumores apendiculares en pacientes que no han desarrollado apendicitis.

OBJETIVOS: El objetivo principal es determinar la prevalencia en nuestro medio de los tumores apendiculares, tanto en paciente con apendicitis aguda como en pacientes sin esta patología. Pudiendo determinar las principales características de los pacientes que presenten tumores apendiculares y compararlas con la literatura internacional.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisarán las fichas clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

RESULTADO: Se evaluaron un total de 381 apendicetomías, divididas en 212 por apendicitis agudas, 147 por apendicetomías profilácticas y 22 por otras causas. Obteniéndose un total de 4 tumores apendiculares, 2 malignos en apendicitis aguda, 2 benignos en apendicetomías realizadas por otras causas y 0 en apendicetomías profilácticas. Obteniéndose una prevalencia de 1,04%. El promedio de edad de las apendicitis agudas corresponde a 42,2 años y en las profilácticas 36,6 años. Presentan una diferencia en el porcentaje de comorbilidades y distribución por sexo.

CONCLUSIÓN: Existe una prevalencia similar a la reportada en la literatura internacional, presentando además una baja tasa de apendicetomías en blanco, debido al uso de la Tomografía Computarizada. Se presenta una baja tasa de complicaciones en pacientes operados por apendicitis aguda y profilácticas. El número de apendicetomías se han mantenido estables a diferencia de lo reportado en la literatura. Existe una baja sensibilidad tanto intraoperatorio como imagenológico para el diagnóstico de los tumores apendiculares. En las apendicetomías profilácticas algunos pacientes presentan una dilatación luminal y apendicolitos en el análisis



histopatológico, hace falta mayor estudio para determinar la importancia de este hallazgo en pacientes sanos.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN EL MANEJO DEL DOLOR POST- HEMORROIDECTOMÍA CON EL USO DE TRES ESTRATEGIAS ANALGÉSICAS: TRAMADOL/PARACETAMOL ORAL, NIFEDIPINO TÓPICO Y BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO.

S. Olivares, A. Readí, M. Rodríguez, G. Campaña.

Clínica Indisa

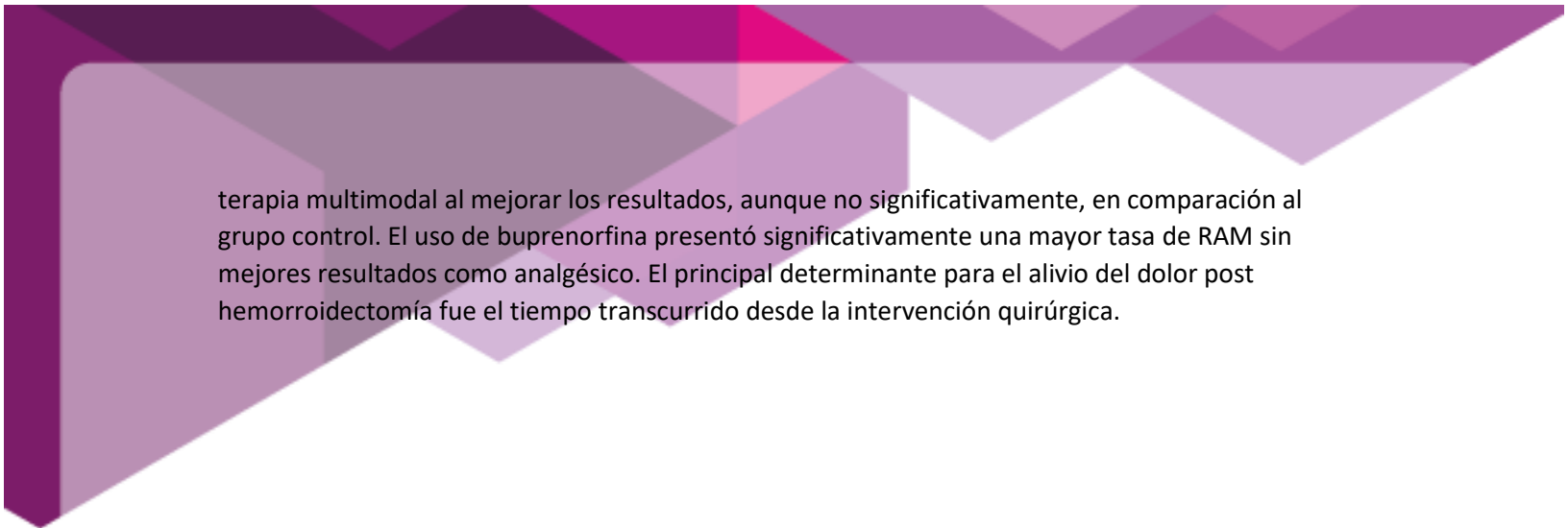
INTRODUCCIÓN: La hemorroidectomía se asocia a intenso dolor postoperatorio recomendando analgesia multimodal para un mejor control, sin embargo, sigue siendo un problema no resuelto. Se han propuesto varias teorías en el origen intenso y prolongado de este dolor, tales como la hipertonia esfinteriana, hipersensibilidad anorrectal, sobrecrecimiento bacteriano, entre otras. El manejo multimodal recomienda el uso de AINE's, opiáceos, nitritos y bloqueadores de los canales de calcio tópico etc. El uso de buprenorfina de aplicación transdérmica (parche) ha demostrado alta potencia analgésica en el manejo posterior a cirugía de trauma y neurocirugía, no existiendo información posthemorroidectomía.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad analgésica de tres combinaciones farmacológicas para el dolor defecatorio durante el período post-hemorroidectomía

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio clínico prospectivo, aleatorizado, realizado en Clínica INDISA, entre diciembre 2019 y diciembre 2021, incluyendo pacientes con indicación de hemorroidectomía electiva (grado III - IV). Se excluyeron hemorroidectomías asociadas a otro procedimiento quirúrgico (esfinteromías, extracción de condilomas), embarazadas/lactancia, reacciones adversas a medicamentos (RAM) a los fármacos en estudio, enfermedades hepáticas, renales o alteraciones/discapacidades mentales. Grupo I (control): Ketorolaco + Tramadol + paracetamol. Grupo II: agrega Nifedipino 0,2% tópico. Grupo III: agrega Buprenorfina en parche 10 mcg/hora. A todos los pacientes se les recomendó régimen rico en fibra, lactulosa o polietilenglicol, baños de asiento e inhibidor de la bomba de protones. Se utilizó estadística descriptiva y analítica usando Chi- cuadrado, ANOVA-Bonferroni, Test de Kruskal Wallis, Wilcoxon y Fisher. Software R, utilizando un alfa del 5%.

RESULTADO: De 117 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se enrolaron 39 pacientes en el Grupo I (control), 41 en el Grupo II y 37 en el Grupo III. No se evidenciaron diferencias significativas en la efectividad analgésica de las tres estrategias durante los 14 días de seguimiento ($p=0,45$). Al evaluar las RAM se evidencia que los pacientes que utilizaron Buprenorfina tuvieron significativamente más náuseas ($p=0,08$), vómitos ($p=0,04$), dermatitis ($p<0,001$) y picazón ($p=0,006$).

CONCLUSIÓN: No hubo diferencias significativas para la efectividad analgésica post-hemorroidectomía al comparar tramadol/paracetamol, nifedipino tópico y buprenorfina transdérmica. El uso de nifedipino tópico se recomienda por su seguridad y complemento a la



terapia multimodal al mejorar los resultados, aunque no significativamente, en comparación al grupo control. El uso de buprenorfina presentó significativamente una mayor tasa de RAM sin mejores resultados como analgésico. El principal determinante para el alivio del dolor post hemorroidectomía fue el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES OPERADOS POR QUISTE PILONIDAL CON TÉCNICAS ABIERTAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 2013 – 2019

Mauricio Zambra R, Alessandra Cassana A, Rodrigo Azolas M, Mario Abedrapo M, Mauricio Diaz B, Antonella Sanguinetti M, Jose Luis Llanos B, Gunter Bocic A.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El quiste pilonidal es una condición crónica inflamatoria de la piel y el tejido celular subcutáneo en región sacrocoxígea. Tiene una alta incidencia en pacientes jóvenes, predominante en sexo masculino. El manejo quirúrgico incluye técnicas abiertas como el destechamiento y la marsupialización y técnicas cerradas que utilizan colgajos; ambos con ventajas y desventajas.

OBJETIVOS: El objetivo es describir las características clínicas y quirúrgicas de pacientes operados de quiste pilonidal con técnica abiertas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio tipo cohorte, retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyeron a todos los pacientes operados por quiste pilonidal utilizando técnicas abiertas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2013 y 2019. Se recolectaron características clínicas como la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC), antecedente de absceso y recidiva, tiempo de enfermedad, tamaño ecográfico; y quirúrgicas como tipo de técnica abierta (marsupialización, destechamiento o McFee), tiempo operatorio, tiempo de curaciones y cierre definitivo y recidivas. Se aplicó estadística descriptiva.

RESULTADO: Se registraron 250 pacientes diagnosticados de quiste pilonidal desde el 2013, de los cuales se incluyeron 212 (84,8%) pacientes manejados con técnicas abiertas. 129 (60,8%) fueron de sexo masculino y la edad promedio al momento de la cirugía fue de 22,4 años (DS 6,7). El IMC promedio fue de 26,8 (DS 4,7), con un 24,5% de pacientes con obesidad ($IMC \geq 30$). De ellos, 131 (55,3%) habían sido drenados en urgencias por absceso previo a la cirugía y 24 (9,6%) eran recidivas. La mediana del tiempo de enfermedad fue de 12 meses (percentil 25-75: 3-24 meses). El tamaño promedio fue de 3,6 cm (DS 2,6). Las técnicas abiertas empleadas fueron: marsupialización (58,8%), destechamiento (24,4%) y McFee (1,6%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 31,6 minutos (DS 13,7); el tiempo promedio de curaciones fue de 5,9 semanas (DS 3,7) y el cierre definitivo ocurre en promedio a las 10,4 semanas (DS 5). De las cirugías abiertas realizadas, 10 pacientes (4,7%) recidivaron (8 marsupializaciones, 2 destechamientos) en promedio a los 15,6 meses.

CONCLUSIÓN: La cirugía del quiste pilonidal en nuestra serie corresponde en su mayoría a técnicas abiertas (marsupialización y destechamiento). El tiempo de curaciones, de cierre de la herida y del porcentaje de recidivas de los pacientes operados de quiste pilonidal es similar a lo reportado internacionalmente.

VALORACIÓN DE LA CICATRIZ POSTQUIRÚRGICA DE PACIENTES OPERADOS POR QUISTE PILONIDAL SEGÚN TÉCNICAS ABIERTAS VERSUS CERRADAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 2013 – 2019

Mauricio Zambra R, Alessandra Cassana A, Rodrigo Azolas M, Mario Abedrapo M, Antonella Sanguinetti M, Mauricio Díaz B, Jose Luis Llanos B, Gunter Bocic A.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El manejo del quiste pilonidal puede ser abordado según técnicas quirúrgicas abiertas y cerradas, con distintos resultados estéticos. La cicatriz es un factor postquirúrgico importante y representa un indicador de satisfacción de la cirugía. Una de las herramientas para valorar cicatrices es el cuestionario POSAS 2.0 (Patient and Observer Scar Assessment), adaptado transculturalmente para Chile en el 2019.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es conocer la valoración subjetiva de los pacientes operados de quiste pilonidal respecto a su cicatriz, según la técnica quirúrgica utilizada.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte retrospectiva, analítica y transversal. Se realizó el cuestionario POSAS 2.0 vía telefónica a todos los pacientes operados de quiste pilonidal en el hospital entre 2013 y 2019, se excluyeron aquellos con datos incompletos. La escala de evaluación por el paciente consiste en 6 ítems (vascularidad, pigmentación, elevación, rugosidad, flexibilidad y área de superficie) con una calificación desde 1 (similar a piel normal) a 10 (muy diferente a piel normal) por cada ítem y un puntaje total mínimo de 7 y máximo de 70. Se recolectaron variables como edad, sexo, IMC, absceso previo, recidivas y tiempo de enfermedad. Se aplicó estadística analítica, se compararon los resultados obtenidos entre técnicas abiertas y cerradas.

RESULTADO: Se encuestaron con datos completos 101 pacientes postoperados de quiste pilonidal desde el 2013 hasta el 2019, de los cuales 59 (59,4%) fueron de sexo masculino. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 23 años (DS 7,2). El IMC promedio fue de 26,6 (DS 4,8). De ellos, 56 (56,6%) habían sido drenados en urgencias por absceso previo a la cirugía y 7 (6,7%) eran recidivas. La mediana del tiempo de enfermedad fue de 9,5 meses (percentil 25-75: 3 - 24). Del total, 22 (21,8%) de los pacientes fueron manejados con técnicas cerradas y 79 con técnicas abiertas (78,2%). El promedio del puntaje total de la escala fue 20 (DS 11,4): 22 en técnicas cerradas y 19,6 en técnicas abiertas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los ítems evaluados entre ambos grupos.

CONCLUSIÓN: La cicatriz postoperatoria del quiste pilonidal es valorada positivamente en nuestra serie, con un puntaje que denota características similares a la piel normal. No existen diferencias significativas de la percepción de los pacientes respecto a su cicatriz en técnicas abiertas ni cerradas. Este es la primera comunicación chilena que evalúa la valoración subjetiva de pacientes sobre la cicatriz postoperatoria de quiste pilonidal.

RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE RECTO: RELEVANCIA CLÍNICA DEL DOWNSTAGING Y LA RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 2004-2019

Mauricio Zambra R, Andrés Vargas M, Alessandra Cassana A, Rodrigo Azolas M, Mario Abedrapo M, Mauricio Diaz B, Antonella Sanguineti M, Jose Luis Llanos B, Gunter Bocic A, Solange Cortés L.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La radioquimioterapia (RQT) neoadyuvante es uno de los pilares del tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado. La neoadyuvancia ha demostrado disminuir la recidiva local, generando también un downstaging tumoral, llegando incluso a una respuesta patológica completa (RPC), esta última relacionada con una mejor sobrevida global (SG) y sobrevida libre de enfermedad (SLE).

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es reportar los resultados anatomopatológicos del tratamiento con RQT en cáncer de recto, analizando su relación con la SG y la SLE. Nuestra hipótesis es que los pacientes con RPC tendrían mejor SG y SLE que aquellos que no tuvieron RPC.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo y analítico. Se analizó la base de datos de cirugías coloproctológicas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2004-2019, incluyendo pacientes con cáncer de recto medio y bajo localmente avanzados, los cuales recibieron neoadyuvancia y posteriormente cirugía. Se excluyeron pacientes con lesiones a más de 10cm del margen anal y con estudio de etapificación incompleto. Se registraron variables como sexo, edad, estadio clínico, neoadyuvancia y RPC. Se aplicó estadística analítica y se realizó el análisis de sobrevida con el método de Kaplan-Meier y el test Log-rank para su comparación. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADO: 411 pacientes fueron operados por cáncer de recto, el 61,8% fue de sexo masculino, con una edad promedio de 58 años (DS 13,9). El 78,7% tenía estadio clínico T3, 143 pacientes recibieron neoadyuvancia, el 19% registró RPC. La SG del grupo con RPC fue 94% (IC 95%; 59,8-79,4%) mientras que la del grupo sin RPC fue 71% (IC 95%; 66,6-99,2%) ($p=0,018$). La SLE en aquellos pacientes con RPC alcanzó un 100%, mientras que en aquellos sin RPC fue 74% (IC 95%; 64,1-81,3) ($p=0,008$).

CONCLUSIÓN: Los pacientes con RPC mostraron mejores resultados a largo plazo que aquellos sin RPC. La RPC podría indicar un perfil tumoral biológico favorable, con menos tendencia a la recurrencia y mejor sobrevida.

¿HA IMPACTADO LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LOS ESTADÍOS DE PRESENTACIÓN DE LOS CÁNCERES COLORRECTALES?

Gonzalo Rebolledo D., Catalina Vargas P., Carlos Ayala R. , Ernesto Melkonian T., Patricio Opazo ,David Contreras F., Rodrigo Fernandez M., Monica Martinez M.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal es una patología prevalente y ha tenido un aumento de su incidencia en los últimos años. La pandemia de Covid 19 por su parte ha redundado en una disminución de la disponibilidad de pabellones y consultas electivas y en el confinamiento de la población.

OBJETIVOS: Analizar si han aumentado los estadíos de presentación de los cánceres colorrectales en nuestro medio producto de la pandemia de covid 19

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo. Se realiza análisis de base de datos Sistema digital de Hospital del Salvador de pacientes operados de cáncer colorrectal entre año 2018 y 2021, cruzando datos con etapificación de pieza operatoria. Se genera grupo prepandemia años 2018 y 2019 y grupo pandemia 2020 y 2021. Se considera estadios III y superior como avanzados, generándose así grupo de pacientes con presentación avanzada y no avanzada. Se realiza análisis de significancia estadística con formula de Chi Cuadrado.

RESULTADO: Análisis de un periodo de tiempo de 48 meses entre enero del 2018 y diciembre 2021, un total de 391 pacientes, 166 son hombres (42,4%) 225 mujeres (57,5%). Durante el periodo prepandemia evaluado se operaron un total de 154(39,4%) pacientes y durante la pandemia 237(60,6%), de este último grupo 156 durante el año 2021 (39,9%) y 82 durante el 2020 (20,9%). El número de pacientes operados en estadios avanzados (III o superior) durante el periodo de prepandemia fue de 76 (19,4%) mientras que durante el periodo de pandemia 144 (36,8%) , siendo estos valores de significancia estadística con un $p=0.026$.

CONCLUSIÓN: en este estudio se evidencia un incremento en la presentación de estadios avanzados al momento de la cirugía de los pacientes durante el periodo de pandemia. Se observa además que existe un aumento en las cirugías en el segundo año de pandemia evaluado respecto del primer año de la misma. Estos resultados debieran de alertar a los servicios de salud para rescatar y tratar oportunamente a los pacientes rezagados con esta patología, de tal manera de no impactar en su esperanza de vida.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE CISTOADENOMA RETROPERITONEAL PRIMARIO

Francisco Báez, Christian König, Juan Alvarado, Roberto Durán, José Vivanco, Claudio Benavides, Gino Caselli, Misael Ocares

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: Los Cistoadenomas retroperitoneales primarios corresponden a una neoplasia quística intraepitelial compuesta por células que contienen mucina intracitoplasmática. Esta neoplasia comparte características histológicas con otras presentaciones similares a nivel ovárico, pancreático y apendicular. Se estima que entre un 0.01% - 0.2% de estas neoplasias pueden ubicarse a nivel retroperitoneal. Los síntomas de esta enfermedad son inespecíficos o ausentes y dependen de su localización anatómica. El diagnóstico diferencial de estas neoplasias incluyen a las lesiones quísticas retroperitoneales benignas/malignas (Ej: Linfangioma, Mesotelioma y teratoma quístico, entre otros), cuyo diagnóstico definitivo estará determinado por el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

OBJETIVOS: Exponer, mediante apoyo audiovisual, el abordaje quirúrgico empleado para el tratamiento de un Cistoadenoma Retroperitoneal Primario. Describir las principales características anatómicas e histopatológicas de este tipo de tumores

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso clínico de una paciente de 23 años, sin antecedentes mórbidos, quien consulta en servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de intensidad creciente a nivel de flanco derecho de abdomen. En estudio mediante tomografía computada se objetiva la presencia de un tumor quístico retroperitoneal - infrarrenal derecho de 6x7 cms, sin signos de complicación. Ante hallazgos de determina su resolución quirúrgica. Mediante el apoyo audiovisual, se detalla la vía y forma de abordaje quirúrgico de esta neoplasia quística retroperitoneal y los resultados tanto histopatológicos como funcionales de la paciente.

NEUROMODULACIÓN SACRA COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN INCONTINENCIA REFRACTARIA A TERAPIA CONSERVADORA Y ESFINTEROPLASTÍA. REPORTE DE UN CASO.

Francisco Báez, Roberto Durán, José Vivanco, König, Gino Caselli, Claudio Benavides, Misael Ocares

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La incontinencia fecal es un problema de salud que afecta entre 1 al 19% de la población. Su etiopatogenia es multifactorial, coexistiendo factores etarios, hormonales, anatómicos y neurológicos en su desarrollo, considerándose entre sus principales factores de riesgo el trauma perineal y esfinteriano. Su estudio parte desde una historia clínica y examen físico minucioso, incorporando tablas de calidad de vida y sistemas de puntuación de gravedad. A su vez, es imprescindible un estudio anatómico orientado a la búsqueda de alteraciones a nivel esfinteriano y de piso pélvico. El tratamiento de la incontinencia fecal es multidisciplinario, sustentado en apoyo psicológico, de rehabilitación y médico. La resolución quirúrgica mediante esfinteroplastía ha demostrado resultados poco satisfactorios, dando paso a técnicas menos invasivas y con buenos resultados al largo plazo como la neuromodulación sacra.

OBJETIVOS: Describir el tratamiento mediante neuromodulación sacra efectuado en un paciente con incontinencia fecal refractaria al tratamiento conservador y quirúrgico con esfinteroplastía.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADO: Se presenta el caso de una paciente de 68 años, con antecedentes de diabetes mellitus, depresión y obesidad. Adicionalmente, con 2 partos vaginales (uno de ellos con fórceps y episiotomía), histerectomía y un prolapso vaginal operado. Se inicia estudio por cuadro de 4 años de evolución de urgencia defecatoria, con expulsión inadvertida episódica de deposiciones sólidas, líquidas y gases. Al examen físico destaca hipotonía esfinteriana. Score de Wexner pre tratamiento de 17. Tras diagnóstico se inicia tratamiento con kinesioterapia de piso pélvico (Biofeedback), con cambio poco significativo en calidad de vida. Se complementa estudio con endosonografía endoscópica, demostrándose una disrupción de ambos esfínteres anales a nivel de cara anterior con angulación de 80°. Se realiza esfinteroplastía, con cierre de defecto con técnica tipo "Overlapping". Durante el seguimiento presenta leve mejoría en síntomas, sin embargo sin mejoría en calidad de vida. Se propone tratamiento con neuroestimulación sacra. Se realiza instalación de neuromodulador en dos etapas. La primera de ellas incluye la instalación de electrodos a nivel de foramen sacro, con estimulación de raíz sacra S3, con mejoría de síntomas >50% respecto a su condición basal, procediéndose a la instalación del dispositivo definitivo. Tras seguimiento, paciente presenta mejoría de síntomas, con disminución de >50% del SCORE de Wexner, mejoría en los episodios de incontinencia y notoria mejoría en calidad de vida.

CONCLUSIÓN: La neuromodulación sacra (NMS) es una innovación en el tratamiento de la incontinencia fecal. Mediante su uso, se ha comprobado una mejoría sostenida de los síntomas a largo plazo en los pacientes con IF, posicionándose como un nuevo pilar de tratamiento.

DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA TARDÍA SECUNDARIA A USO DE BEVACIZUMAB: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Mauricio Zambra R, Alessandra Cassana A, Rodrigo Azolas M, Jose Luis Llanos B, Mauricio Diaz B, Mario Abedrapo M, Antonella Sanguinetti M, Gunter Bocic A.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El bevacizumab es el primer anticuerpo monoclonal inhibidor del crecimiento angiogénico aprobado para el uso en lesiones metastásicas en cáncer colorrectal. No obstante, se ha asociado a múltiples complicaciones que deben ser diagnosticadas a tiempo, entre ellas la perforación gastrointestinal, reportándose en este contexto filtraciones anastomóticas tardías con una prevalencia de 0,9 a 4%.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es reportar dos casos clínicos de pacientes tratados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile que cursaron con dehiscencia anastomótica tardía secundaria a Bevacizumab.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de dos casos clínicos. Se recolectaron características clínicas, patológicas y quirúrgicas de ambos pacientes, incluyendo sexo, edad, localización del tumor (colonoscopia), etapificación (tomografía computada), tipo de neoadyuvancia y adyuvancia, y tipo de cirugía.

RESULTADO: Se presentan dos casos clínicos de pacientes tratados en esta institución, de 54 y 59 años, ambos con lesiones en recto medio, etapificados como cT3dN+M0 y cT3N1M1 respectivamente. Ambos fueron subsidiarios de tratamiento adyuvante con Bevacizumab acompañado de un segundo tratamiento quimioterápico (FOLFOX/FOLFIRI). Fueron sometidos a resección anterior ultrajaba con ileostomía de protección; cierre de ileostomía posterior y presentaron dehiscencias anastomóticas tardías entre los 6 y 8 meses post tratamiento, respectivamente. Ambos presentaron progresión de la enfermedad a distancia, a nivel pulmonar.

CONCLUSIÓN: Es importante considerar la presentación tardía de filtraciones anastomóticas tanto en anastomosis colónicas como rectales en pacientes tratados con agentes biológicos inhibidores de factores de crecimiento vascular como lo es el bevacizumab. Parece ser prudente tomar en cuenta y sospechar en forma oportuna esta complicación poco frecuente, especialmente en pacientes con factores de riesgo como malnutrición, irradiación o sexo masculino. Debería realizarse estudio dirigido con colonoscopia, tomografía computada o enemas contrastados previo al inicio de dicho tratamiento, dado el riesgo de filtración descrito en este documento.

LIGADURA INTERESFINTERIANA DEL TRAYECTO FISTULOSO (LIFT). VIDEO CON TÉCNICA PASO A PASO

Francisco Báez, José Vivanco, Roberto Durán, Christian König, Gino Caselli, Claudio Benavides, Misael Ocares

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La fístula anal de origen criptoglandular es una enfermedad frecuente. Su clasificación anatómica está determinada en relación al compromiso esfinteriano, presentándose a nivel transesfinteriano en un 30 – 60% de los casos. La ligadura del tracto fistuloso interesfintérico (LIFT), propuesto por Rojanasakul et al (2007), es una técnica que implica la disección del espacio interesfinteriano y la posterior división y ligadura del trayecto fistuloso como parte de resolución de la fístula. Mediante esta técnica se han reportado bajas tasas de incontinencia (cercas al 1-2%) y reportes de curación de hasta un 87%.

OBJETIVOS: Exponer, mediante apoyo audiovisual, la técnica quirúrgica empleada para el tratamiento de una fístula ano-rectal transesfinteriana mediante ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT).

CONTENIDO DE VIDEO: Descripción de la técnica quirúrgica paso a paso empleada para la resolución de fístula transesfinteriana compleja anterior de origen criptoglandular en paciente de sexo masculino de 52 años, mediante técnica de LIFT.

CÁNCER DE RECTO EN FÍSTULA ANO RECTAL: REPORTE DE CASO

Roberto Duran, Francisco Baéz, Juan Alvarado, Christian König, Claudio Benavides, Misael Ocares

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La tasa de malignización de las fístulas anorrectales oscila entre 0.6% a 0.8% siendo el adenocarcinoma la forma más frecuente. En la literatura sólo se han descrito reportes de casos clínicos y no existe una conducta quirúrgica estandarizada. A continuación se reporta un caso de un paciente con una fístula anorrectal de 2 años de evolución con posterior malignización en su evolución.

OBJETIVOS: Analizar el caso clínico de un paciente con diagnóstico histológico de adenocarcinoma en una fístula anorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción y análisis del caso clínico malignización en fístula anorrectal

RESULTADO: Hombre, 62 años, cardiopatía coronaria en tratamiento. Cuadro clínico de dolor perianal asociado a supuración de 2 años de evolución sin intervención quirúrgica perianal. En evaluación ambulatoria, se identificó una masa perianal derecha de 1 cm de diámetro macroscópicamente granuloma asociado a un orificio fistuloso externo, a 4cm del margen anal, en la región isquiática derecha. Al tacto rectal presenta induración del canal anal de línea media posterior. Dado la sospecha de fístula anorrectal compleja, se solicitó estudio con resonancia magnética que informó fístula crónica versus malignización mucinosa, identificando una lesión de aspecto tumoral en el trayecto fistuloso, con indemnidad del complejo esfinteriano. En colonoscopia se identificó en retroversión rectal un granuloma versus una fístula con orificio fistuloso interno con tumor sospechoso de neoplasia. Además, pólipo de sigmoides resecado por piecemeal. Biopsias informaron adenocarcinoma moderadamente diferenciado en el orificio fistuloso interno y en el pólipo de sigmoides resecado. Estudio con tomografía informado sin diseminación a distancia, linfonodos inguinales de 13mm. Resonancia de pelvis informó linfonodos pararectales. Discutido caso en equipo multidisciplinario decidiéndose resección quirúrgica oncológica. Se realiza resección abdomino-perineal extraelevador videolaparoscópica. Intervención quirúrgica sin incidentes. Completó post operatorio sin incidentes. Biopsia: adenocarcinoma de colon sigmoides de 5,5 x 4,2cm (pT2N0M0). Adenocarcinoma anal avanzado en una fístula anorrectal, bordes libres, sin factores patológicos de mal pronóstico (pT2N0M0). Paciente actualmente en control oncológico cada 6 meses.

CONCLUSIÓN: Se ha postulado que el adenocarcinoma anal es una entidad infrecuente que podría desarrollarse en contexto de enfermedad de Crohn o fístulas anorrectales crónicas, sin embargo, son una entidad rara. Casos publicados corresponden a adenocarcinoma mucinoso. En nuestro caso hemos descrito un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Si bien el tratamiento no está estandarizado, creemos que en el contexto de un paciente con 2 cánceres, con un grado de profundidad no mayor a T2, se considero los factores patológicos para definir una resección radical de este tumor.

ESTENOSIS ISQUÉMICAS DEL INTESTINO DELGADO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

V. Vargas, V. Sepúlveda, A. Reyes, M. Godoy, C. Narváez, J. Maurer

Hospital Clínico Magallanes

INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal puede producirse debido a múltiples patologías, ya sea, extra o intraluminales. Las causas más frecuentes corresponden a bridas y hernias, siendo las estenosis intrínsecas muy infrecuentes, ocurriendo de manera secundaria a diversas entidades patológicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal, gastroenteritis eosinofílica, consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos, etc. Las estenosis de origen isquémico son extremadamente raras, encontrándose pocos casos descritos en la literatura y su diagnóstico definitivo sólo se puede establecer tras el examen histopatológico de la pieza operatoria.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de obstrucción intestinal de causa poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADO: Se describe el caso de una paciente de 88 años con antecedentes de hipotiroidismo, con cuadro de un año de evolución de diarrea crónica y distensión abdominal. Se solicitan estudios que la paciente rechaza. Tras múltiples consultas en servicio de urgencia del HCM por dolor abdominal, náuseas y vómitos, ingresa el día 19 de octubre de 2020 con diagnóstico de obstrucción intestinal. TAC informa dilatación segmentaria de asas de intestino delgado y colon, determinado por aparente mal rotación intestinal, sin un claro cambio de calibre ni engrosamientos de aspecto neoplásico. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose gran dilatación de asas de intestino delgado, con zonas de estenosis fibrosas (4), paredes intestinales edematosas y un segmento con placas necróticas sin evidencia de perforación. Se realiza resección de toda la zona comprometida desde 160 cm del treitz hasta 20 cm de válvula ileocecal y anastomosis latero-lateral manual doble plano. Buena evolución postoperatoria, con alta al día sexto postoperatorio. La biopsia informa segmento de intestino delgado con inflamación crónica con signos intensos de reagudización compatibles con úlceras y necrosis de la mucosa y submucosa. Presenta fibrosis parietal multifocal y vasos arteriales con fibrosis de la íntima y túnica muscular, hallazgos sugerentes de enteritis isquémica.

CONCLUSIÓN: Las estenosis múltiples de intestino delgado son cuadros de difícil diagnóstico, por su baja frecuencia y síntomas crónicos que pueden confundirse con otros cuadros más comunes. Su diagnóstico se basa en imágenes y hallazgos intraoperatorios. La etiología isquémica se confirma con la anatomía patológica y ante la presencia de factores de riesgo.

TUMOR DE BUSCHKE LOWENSTEIN. ANÁLISIS DE CASOS DURANTE LOS AÑOS 2011 AL 2021 EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

I. Ruiz, H. Ureta, B. Israel, M. García, R. Aedo

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) es una rara enfermedad que se asocia a infección por virus del papiloma humano (VPH). Se caracteriza por la presencia de lesiones verrucosas gigantes con localización típica perineal. Es causado por el virus del papiloma humano (VPH), se destacan los serotipos 6, 11, 16, 18 y 54. Es una entidad rara, de una incidencia de un 0,1% en la población general. Afecta predominantemente a los hombres, con escasos reportes en mujeres. Presenta tasas de hasta un 56% de malignización a carcinoma escamoso, 66% de recurrencia y 20% de mortalidad. Los factores de riesgo para desarrollar TBL son: la falta de higiene, la promiscuidad, los estados de inmunosupresión, entre ellos la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la presencia de irritación crónica, la condilomatosis recidivante y el uso de corticoides o inmunomoduladores.

OBJETIVOS: Analizar serie de casos de TBL detectados en biopsias por resección quirúrgica entre el año 2011-2021, basadas en base de datos del servicio de anatomía patológica de Hospital Barros Luco Trudeau y compararlas con la evidencia actual internacional.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza búsqueda en base de datos de anatomía patológica de las biopsias compatibles con el diagnóstico de TBL. Se realiza revisión de ficha médica de pacientes, definiendo variables del estudio tales como género, síntomas, comorbilidades más frecuentes, tratamiento y evolución de los pacientes.

RESULTADO: Se encontraron 7 pacientes, 6 de sexo masculino y 1 de sexo femenino. Rango de edad entre 22 a 57 años. La edad promedio fue 40 años. El motivo de consulta más frecuente fue por masa en región anal. Los factores de riesgo más frecuente fueron VIH en 5 pacientes, inmunosupresión por medicamentos por trasplante renal en 1 paciente. Las lesiones evolucionaron a carcinoma escamoso en 3 pacientes y lesión intraepitelial escamosa de alto grado en 1 paciente. Con respecto al tratamiento, 3 pacientes requirieron quimio-radioterapia adicional y en 1 paciente amputación abdomino perineal. Fallecieron 2 pacientes.

CONCLUSIÓN: El TBL es una rara enfermedad que posee gran agresividad local. La escisión quirúrgica amplia del tumor es el tratamiento de elección. En nuestra serie se evidencia principalmente en pacientes de sexo masculino, el factor de riesgo principal fue la inmunosupresión, presenta una alta tasa de transformación maligna y mortalidad. Dichos datos se ajustan a las series internacionales.

GANGRENA DE FOURNIER EN TUMOR DE BUSCKE-LOWENSTEIN: REPORTE DE UN CASO.

Roberto Duran, Francisco Baez, Jose Vivanco, Christian König, Claudio Benavides, Misael Ocares

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: El condiloma acuminado gigante o tumor de Buscke-Lowenstein es una presentación rara de la infección por Virus Papiloma Humano (VPH) a nivel anorrectal, con mayor afectación en hombres. Pese a ser considerado una enfermedad benigna, presenta altas tasa de recurrencia y malignización a carcinoma escamoso, razón por la que se recomienda su tratamiento mediante resección quirúrgica. Este tipo de lesiones rara vez están asociadas a procesos de sobre infección y no existen reportes de fascitis perineal en estos pacientes, considerándose una situación de alta morbilidad, asociado a un abordaje quirúrgico agresivo.

OBJETIVOS: Analizar el caso clínico de un paciente con Gangrena de Fournier en un tumor de Buschke Löwenstein

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción y análisis del caso clínico Gangrena de Fournier en un tumor de Buschke Löwenstein

RESULTADO: Reporte de un paciente masculino de 59 años sin antecedentes mórbidos, que presenta cuadro de dolor perineal de siete días de evolución asociado a compromiso del estado general y fiebre. Al examen físico se observó gran tumoración perianal de aspecto condilomatoso que se extiende desde margen anal a región glúteo izquierda, con un área de extensión de 15 × 7 cm por cara superior y 5 × 7 cm por cara inferior hasta glúteo derecho, adicionalmente presenta múltiples condilomas en canal en disposición circunferencial y superficie irregular con mal olor y áreas fluctuantes. Es ingresado a pabellón, realizándose desbridamiento y drenaje de lesión logrando controlar el proceso séptico. El informe histopatológico de las lesiones resecadas es concordante con proceso inflamatorio agudo supurado necrotizante, abscedado que comprende piel, tejido fibroconectivo y adiposo, asociado a condilomatosis extensa multifocal y confluyente. Tras control del foco infeccioso, se realizan múltiples intervenciones orientadas a la cobertura de defecto a nivel perianal mediante afrontamiento y colgajos de avance en glúteo izquierdo. En forma electiva, se realiza la resección de las lesiones restantes en glúteo derecho, con cobertura mediante colgajo de avance subcutáneo, permitiendo cierre sin tensión. La biopsia señala hallazgos compatibles con condilomas gigantes. Post operatorio sin inconvenientes y adecuada cicatrización. Estudio de VIH negativo.

CONCLUSIÓN: El tratamiento del condiloma gigante es eminentemente quirúrgico. Si bien se han descrito tratamientos locales estos incluyen lesiones pequeñas, por lo que su manejo habitual es la resección de la lesión, incluso requiriendo márgenes amplios según la malignización del tumor. En el caso del paciente a pesar de presentar una extensa lesión y una evolución superior a 10 años no se encontraron focos de malignización a carcinoma escamoso.

HIDROADENOMA PAPILÍFERO COMO HALLAZGO DE UNA LESIÓN PERIANAL SOSPECHOSA DE MALIGNIDAD.

Roberto Duran, Francisco Baez, Jose Vivanco, Christian König, Claudio Benavides, Misael Ocares

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: El hidroadenoma papilífero o hidradenoma papilar es una neoplasia benigna que se origina a nivel de las glándulas apocrinas o mamarias anogenitales. Su presentación es principalmente en mujeres de edad media como úlcera solitaria, nodular y bien circunscrita de 1 cm de diámetro a nivel de vulva o región perianal. Sus síntomas son vagos e inespecíficos, pudiendo mimetizarse con otras patologías anorectales frecuentes (principalmente hemorroides). Su diagnóstico habitualmente es histopatológico mediante la presencia de proliferación papilar rodeado por células epiteliales; e inmonohistoquímica positiva para receptores de estrógeno/progesterona.

OBJETIVOS: Analizar el caso clínico de un paciente con hidroadenoma papilífero

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción y análisis del caso clínico hidroadenoma papilífero

RESULTADO: Mujer de 40 años con diagnóstico clínico de tumor perianal de 1 año de evolución, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta por aumento de volumen en unión de cuadrantes izquierdos. Lesión solevantada, no dolorosa, bien delimitada y circunferencial de color rosado pálido. Se somete a cirugía resecando lesión con 3 mm de borde de sección, además de resección de hemorroide externo. Informe de Biopsia: Hidradenoma papilífero. Bordes de sección libres (dista 1.5 mm del margen medial y 2 mm del margen lateral). Tejido muscular adyacente sin lesiones. No se ven atipias.

CONCLUSIÓN: Hidradenoma papilífero es una lesión infrecuente que se asocia a marcadores de estrógenos y progesterona, representa una lesión infrecuente, que rara vez se sospecha y que según los reportes en la literatura tiende a confundirse con un hemorroide debido a su tamaño, localización y color rojizo. Se han descrito algunos casos en los que se han asociado a carcinomas ductales in situ o infiltrante, incluso pudiese confundirse con una metástasis de un carcinoma papilar por lo que al igual que otras lesiones perineales y cutáneas requieren biopsia para su estudio.

IMPACTO DEL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA EN LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DE CHILE. ESTUDIO DE COHORTE NO CONCURRENTE.

Catalina San Martín, Bárbara Godoy, Katherine Ochoa, Eugenio Grasset*

Departamento Cirugía Oriente, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La coexistencia entre residentes de cirugía general (RCG) y subespecialidades en un mismo centro formador puede afectar al volumen y tipo de cirugías realizadas por RCG. Se desconoce si esto ocurre en centros formadores de nuestro país.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto en la experiencia quirúrgica de RCG la aparición de residentes subespecialidad de coloproctología (RSCP) en el Hospital del Salvador (HDS).

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una cohorte prospectiva no concurrente que incluyó el total de RCG del HDS egresados entre los años 2006-2015 sin exclusión y mediante un sistema de registro de la Escuela de Postgrado se obtuvo el total de sus cirugías realizadas en la rotación de Coloproctología. Se definieron 2 grupos: periodo pre y post-ingreso del primer RSCP, año corte el 2009. Se registraron las cirugías realizadas como primer cirujano (PC) y ayudante en ambos grupos, sin excluir cirugías según su complejidad. Se evaluó la tendencia en el tiempo de las cirugías promedio realizadas en total por cada año, tanto como PC y ayudante. Se realizó una comparación entre ambos grupos, media y mediana, considerando intercuartiles 25-75. $P < 0,05$ como significancia estadística. Análisis con el programa R.

RESULTADO: En total se incluyeron 48 RCG (11 mujeres) entre los años 2006-2015. De estos, 21 son del grupo pre-ingreso de RSCP. De un total de 2135 cirugías, 663 fueron realizadas como PC y 1472 como primer, segundo o tercer ayudante. La media de cirugías en que participó cada residente fue de 44,5, con 13,8 y 30,7 cirugías realizadas como PC y ayudante, respectivamente. En cuanto a las cirugías totales realizadas en el tiempo por RCG, hubo una correlación leve pero significativa (R^2 ajustado 0,25, $P=0,04$), al igual que en el caso de las realizadas como ayudantes (R^2 ajustado 0,26, $P=0,041$). Respecto a las cirugías realizadas como PC, no hubo diferencia significativa (R^2 ajustado 0,07; $P=0,18$). Al comparar el total de cirugías realizadas en la rotación de coloproctología por RCG entre el periodo pre ingreso de RSCP y el periodo posterior a ello, se observó una diferencia significativa (56,1 vs. 35,4, $P=0,0003$), igualmente al comparar los promedios como PC (20 vs. 8, $P=0,00006$) y como ayudante (36 vs. 26,5, $P=0,009$).

CONCLUSIÓN: La aparición de RSCP se asoció a disminución en la experiencia quirúrgica de los RCG en el periodo observado

CONCORDANCIA ENTRE EL POLARS SCORE Y LARS SCORE RESPECTO A LA INCIDENCIA DE LARS EN POBLACIÓN CHILENA SOMETIDA A CIRUGÍA RECTAL SECUNDARIO A CÁNCER EN UN HOSPITAL DE ALTO VOLUMEN

María Inés Gaete D., Daniel Moreno M., Andrés Iglesias B., Francisco Navarro S., Jorge Dreyse D., Jaime Cerda L., Valentina Durán E., María Elena Molina P., Rodrigo Migueles C., Gonzalo Urrejola S., José Tomás Larach K., Álvaro Zúñiga D., Julio Reyes R., Felipe Bellolio R.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Resección Anterior Baja (LARS) es el conjunto de síntomas secundarios a una cirugía de resección rectal con preservación esfinteriana asociado a tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia. El Gold-Estándar de diagnóstico es el LARS-Score, cuestionario validado en Chile basado en la existencia de síntomas. En 2017 se creó el POLARS-Score, que predice la presencia y gravedad de LARS según factores perioperatorios.

OBJETIVOS: Evaluar la concordancia entre LARS-Score y POLARS-Score respecto a la incidencia de LARS en población chilena sometida a cirugía rectal por cáncer en un Hospital de alto volumen.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente. Criterios de inclusión: pacientes >18 años sometidos a resección anterior por cáncer de recto entre los años 2012-2021 sin otra intervención quirúrgica pélvica previa, tumor ubicado hasta 15 cm del margen anal, con posibilidad de ser contactados telefónicamente y acepten participar. Criterio de exclusión: procedimiento quirúrgico sin anastomosis, desconocimiento de al menos una variable estudiada o patología que comprometa memoria y/o comunicación verbal. Se determinó presencia y severidad de LARS mediante aplicación telefónica de LARS-Score. Se calculó POLARS-Score basándose en las variables: edad, género, resección mesorrectal completa (TME), ubicación tumoral, presencia de estoma y radioterapia neoadyuvante. Se determinó la sensibilidad (S), especificidad (E) y Likelihood-Ratio (LR) de POLARS-Score como test diagnóstico de LARS en población chilena. Se evaluó la correlación, concordancia cualitativa y cuantitativa utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, el coeficiente de Kappa y el coeficiente de correlación de concordancia de Lin, respectivamente. Estudio autorizado por comité de ética institucional (ID-protocolo: 220106001).

RESULTADO: Ciento veinte pacientes cumplieron los criterios, siendo el 53,3% mujeres con edad media de 60 años. Ubicación tumoral con media de 10 cm respecto al margen-anal. El 37,5% fue sometido a radioterapia neoadyuvante, el 61% a TME, realizándose ostomía en el 51,6% de los casos. En promedio, se determinó la presencia de LARS 4 años post-cirugía. El 49% no presentó LARS (puntaje <21), mientras que el 28% presentó un LARS Mayor (puntaje >29). El POLARS-Score demostró una S:95%, E:25%, LR(+):1,3; LR(-):0,2. La correlación entre escalas es moderada (Spearman:0,394; $p < 0,001$), con concordancia cualitativa escasa (Kappa:0,21) y cuantitativamente pobre (Lin:0,24).

CONCLUSIÓN: En población chilena, la concordancia entre LARS-Score y POLARS-Score es cualitativamente escasa y cuantitativamente pobre, siendo contradictorio respecto a la literatura.



Según estos resultados, por ahora no es recomendable utilizar el POLARS-Score en el perioperatorio para predecir la presencia de LARS. Sin embargo, es necesario realizar evaluaciones complementarias para determinar los factores que alteran esta pobre concordancia entre escalas.

ENDOSCOPIA

SUBMUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA EN ADENOMA DUODENAL NO AMPULAR ESPORÁDICO

C. Pineda, C. Banse, C. Novakovic.

Universidad Austral de Chile - Clínica Alemana de Valdivia

INTRODUCCIÓN: Los adenomas duodenales no ampulares esporádicos son poco comunes y se diagnostican de manera incidental en pacientes mayores (60 a 80 años). Ubicados principalmente en la segunda porción del duodeno, poseen riesgo de malignización. Como tratamiento existen diversas técnicas de resección endoscópica: polipectomía en asa, caliente o fría, mucosectomía y disección submucosa endoscópica. Esta última posee una tasa de resección completa superior sin recurrencia, a expensas de un mayor riesgo de complicaciones.

OBJETIVOS: Presentar la técnica de resección endoscópica y manejo de perforación duodenal a raíz de un caso.

CONTENIDO DE VIDEO: Hombre de 72 años, con antecedentes de reflujo gastroesofágico, se realizó EDA en julio de 2021: Presentando como hallazgo lesión plana 0-IIa de 15 mm de diámetro en segunda porción duodenal, frente a papila duodenal, compatible con un adenoma plano duodenal. Se tomó biopsia que informó adenoma tubular con displasia de alto grado. Derivado a cirujano endoscopista, solicitando exámenes preoperatorios, incluyendo TC abdomen-pelvis, todos sin alteraciones, y EDA actualizada (4/2/22) confirmando lesión adenomatosa plana, levemente sollevantada, de bordes irregulares pero bien definidos, de 15 mm y ubicada en cara anterolateral de D2, alejado de papila mayor. D3 y D4 sin lesiones. EL 02/04/22 Se realizó Submucosectomía endoscópica de forma clásica: demarcación de bordes de lesión, inyección submucosa de Voluvent, sección de borde mucoso y disección submucosa mediante IT-Knife e Hidrodisector de punta. Destaca pobre sollevamiento submucoso de la lesión. Se completa resección evidenciando una pequeña zona de perforación duodenal contenida, en lecho lateral de submucosectomía, de aprox. 4 mm. con defecto de plano muscular y fondo con tejido graso retroperitoneal. Se completa procedimiento coaptando bordes de lecho de submucosectomía mediante clips montados (10 clips). Evoluciona favorablemente, sin molestias, con antibióticos (ceftriaxona + metronidazol) por 3 días. Control de TAC abdomen con contraste oral al tercer día post operatorio evidenciando pequeña burbuja de aire retroperitoneal en contacto con duodeno en segunda porción. Sin extravasación del medio de contraste duodenal ni colecciones retroperitoneales. Se inició realimentación dando de alta al paciente al quinto día post resección. Control a las dos semanas, paciente continúa asintomático. Biopsia: Adenoma Tubular con displasia leve y moderada, de 15 mm que contacta focalmente un margen con artefacto de tipo térmico. Se planificó EDA de control para 3 meses y colonoscopia preventiva, que se encuentran pendientes.

DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES RETROPERITONEALES POR PANCREATITIS NECROHEMORRÁGICA. EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS

Rodrigo Domínguez C, Gian Paolo Zamboni T., Maria Silva C., José Gamboa O., Jeimy Talero N., Virginia Mendoza U., Felipe Díaz U., Constanza Díaz V., Patricio Olivares P, Manuel Lillo C., Luis Aguilera G.

Unidad de Endoscopia y Unidad de Radiología Intervencional. Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: El drenaje endoscópico de las colecciones retroperitoneales derivadas de la pancreatitis ha demostrado superiores resultados clínicos que la vía abierta o laparoscópica. Presentamos la experiencia y resultados clínicos de la técnica mínimamente invasiva en una serie de casos de drenaje endoscópico de colecciones retroperitoneales.

OBJETIVOS: Experiencia y resultados clínicos de drenaje endoscópico de colecciones retroperitoneales.

MATERIAL Y MÉTODO: El diseño del trabajo es una serie de casos. Se analizaron todos los pacientes con colecciones retroperitoneales derivados de una pancreatitis aguda grave ingresados entre el enero 2019 y julio 2022. Todos los pacientes fueron manejados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Se registraron datos clínicos, técnica endoscópica, evolución post-procedimiento y control postoperatorio. Los resultados son expresados en promedios y números absolutos.

RESULTADO: Se registraron 10 casos de pancreatitis aguda grave durante el periodo estudiado. Todos los pacientes contaban con un TAC con contraste endovenoso en el cual se describen colecciones retroperitoneales infectadas. Se realizó la inserción percutánea de un stent metálico autoexpandible totalmente cubierto para comunicar la colección con el exterior por vía extraperitoneal. Posteriormente se realizaron aseos endoscópicos seriados y acomodación del stent. Para cada aseo se utilizó un endoscopio frontal, canastillo de Dormia e irrigación. Se registraron un total de 10 pacientes (2 femeninos). La edad promedio fue de 45 años (34-80 años). El promedio de días de hospitalización fue 121 (30-240 días). El promedio de aseos endoscópicos fue 4 (1-6). Dos pacientes requirieron cirugía abierta. Dos pacientes requirieron más de una prótesis. El diámetro y longitud de los stents utilizados varió entre 10-12 mm y 8-12 cm respectivamente. No se registraron complicaciones derivadas del procedimiento. 3 pacientes fallecieron por otras complicaciones derivadas del cuadro de base.

CONCLUSIÓN: La pancreatitis necrohemorrágica tiene alta morbi-mortalidad constituyendo un desafío para los equipos quirúrgicos. El abordaje mínimamente invasivo en el tratamiento de las colecciones derivadas de la pancreatitis necrohemorrágica favorece el pronóstico del paciente reduciendo las comorbilidades propias de un abdomen abierto o lumbotomía. La técnica endoscópica y el trabajo colaborativo de los equipos permite mejorar los resultados clínicos.

ESOFAGOGÁSTRICO

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE UN SCHWANNOMA GÁSTRICO: REPORTE DE CASO

Enrique Biel W, Oscar Gamarra Ch, Francisco Pacheco B, Michelle Engelshoven J.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Universidad de Concepción.

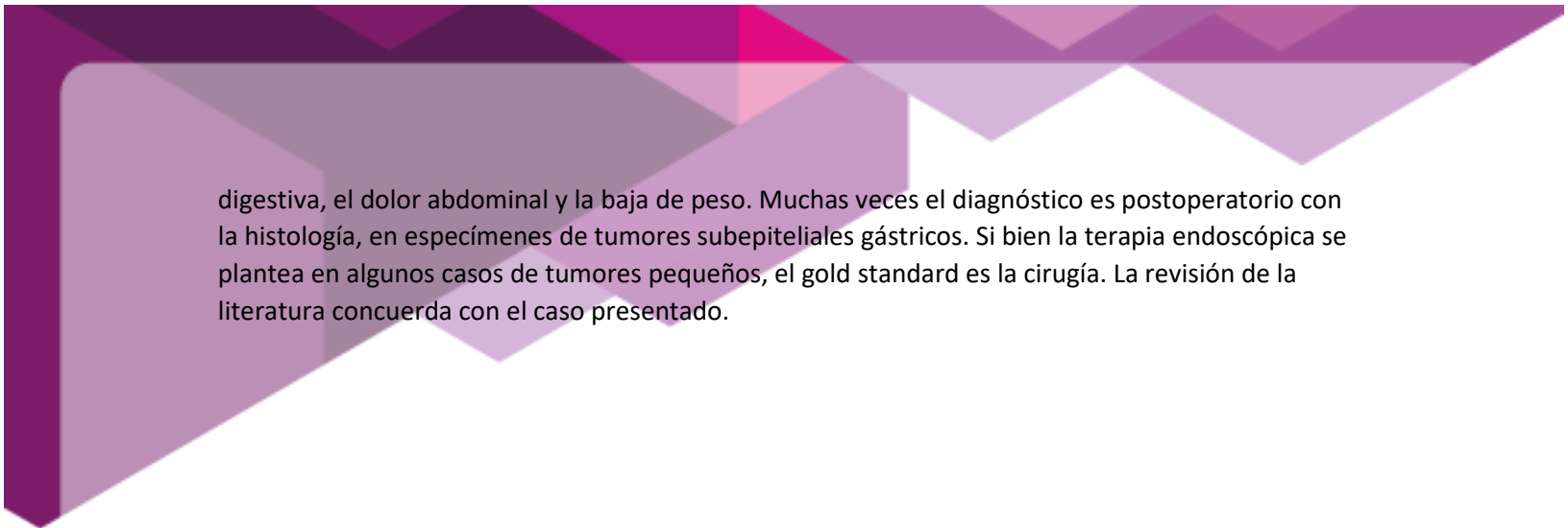
INTRODUCCIÓN: Los schwannomas son tumores mesenquimáticos benignos originados en la vaina nerviosa periférica, provenientes de las células de Schwann. Se presentan muy raramente en el tubo digestivo, siendo la localización más frecuente el estómago. Corresponden al 0,2% de las neoplasias gástricas. Sólo algunas veces son sintomáticos y el diagnóstico diferencial más importante son los otros tumores subepiteliales gástricos, como los GIST, sarcomas no-GIST, lipomas, leiomiomas, entre otros.

OBJETIVOS: Presentar un caso de schwannoma gástrico, su diagnóstico, manejo y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado en el Hospital Las Higueras de Talcahuano el año 2022. Revisión en base de datos Pubmed con terminos de búsqueda: "Gastric Schwannoma", "Gastrointestinal tumor".

RESULTADO: Se presenta el caso de una mujer de 40 años, con historia de hemorragia digestiva y epigastralgia, con estudio endoscópico que evidenció un tumor gástrico subepitelial del cuerpo y fondo gástrico por curvatura mayor, ulcerado, de 4 centímetros. La tomografía computada mostró un engrosamiento parietal focal nodular sólido en curvatura mayor del cuerpo gástrico con ulceración central, sugerente de GIST. Con estos antecedentes, la paciente fue intervenida de una gastrectomía subtotal vertical en manga laparoscópica, procedimiento durante el cual se identifica claramente el tumor y se secciona el estómago con una endograpadora dejando margen de seguridad de 2 cm y calibrando la gastrectomía con un sondón de 38 Fr. Se realizó además una colecistectomía laparoscópica por el antecedente de coleditiasis. El tiempo operatorio fue de 135 minutos y fue dada de alta al segundo día postoperatorio, con evolución posterior favorable. La histología informó un Schwannoma gástrico de 4,1 x 3,1 cm, sin mitosis ni necrosis, con una inmunohistoquímica: S100 positiva, CD117, DOG1 y desmina negativos y 0+/8 ganglios cosechados. En comité oncológico se consideró tratada.

CONCLUSIÓN: Más de la mitad de los casos de Schwannoma gástrico son hallazgos en estudios endoscópicos o imagenológicos por otras causas, lo que representa un desafío para su diagnóstico debido a sus escasas manifestaciones clínicas y hallazgos inespecíficos en los estudios preoperatorios. En los casos sintomáticos, las manifestaciones más frecuentes son la hemorragia



digestiva, el dolor abdominal y la baja de peso. Muchas veces el diagnóstico es postoperatorio con la histología, en especímenes de tumores subepiteliales gástricos. Si bien la terapia endoscópica se plantea en algunos casos de tumores pequeños, el gold standard es la cirugía. La revisión de la literatura concuerda con el caso presentado.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIAS HIATALES TIPO III Y IV CON Y SIN REFUERZO PROTÉSICO

Tomás González, Deycies Gaete, Brenda Gámez, Atila Csendes

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Las Hernias Hiatales tipo III y IV tienen mayor riesgo de complicaciones, por lo que su tratamiento es quirúrgico por vía laparoscópica. Hay controversia sobre la necesidad del refuerzo con malla. Nuestro objetivo es comparar los resultados a largo plazo entre el uso o no de refuerzos protésicos.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es comparar los resultados a largo plazo entre el uso o no de refuerzos protésicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectiva de 95 pacientes operados de hernia hiatal tipo III y IV entre los años 1997 y 2015 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se estudian las características preoperatorias, radiológicas, endoscópicas y funcionales (manometría y pH-metría); los resultados clínicos y endoscópicos post operatorios. Recidiva definida como recurrencia mayor a 3 cm en el estudio endoscópico y/o radiológico (Visick III o IV). El estudio endoscópico postoperatorios se realizó en los últimos 2 años. Las variables categóricas en porcentajes y se comparan con Test de χ^2 . Las variables continuas como mediana. Se utilizó Test U-Mann-Whitney para comparar y se calcula coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADO: Seguimiento completo del 83% (78/95), con una media de 117 meses. La edad promedio fue 64 años. Síntomas más frecuentes fueron; pirosis (83%), regurgitación (54%) y disfagia (46%). En el 63% de los casos el tamaño herniario fue <10 cm, con una mediana total de 9 cms. El 25% presentó un vólvulo gástrico asociado a la HH, con un tamaño mediano del defecto de 10 cm siendo mayor que los que no presentaron vólvulo ($p < 0,0001$). El porcentaje mediano de tiempo con $\text{pH} < 4$ fue 7,9%, sin encontrarse correlación con el tamaño del defecto herniario ($R = 0,009$). La mediana de la presión del esfínter esofágico inferior fue 7,5 mmHg, sin encontrarse correlación con el tamaño de la hernia ($R = 0,0004$). Se utiliza malla en el 41% de los casos. Recidiva en el 30% del grupo con prótesis y en el 28,5% del sin malla, sin diferencias significativas ($p = 0,84$), evaluados el 100% con endoscópica y 45% con radiología. En el grupo con malla hay metaplasia intestinal (MI) en 3, y, persistencia de Esófago de Barret (EB) extenso en uno. En el grupo sin malla hay dos casos de EB, uno preexistente y otro de novo, y, dos casos de regresión de la MI.

CONCLUSIÓN: En el seguimiento a largo plazo (> 10 años) de HH tipo III y IV reparadas quirúrgicamente, no hay diferencias en la recidiva clínica con o sin el uso de mallas en la reparación del hiato.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO PATOLÓGICO Y ACALASIA: DOS ENFERMEDADES, UN ESFÍNTER

Owen Korn, Tomás González, Ítalo Braghetto, Héctor Valladares.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El RGE y la acalasia son enfermedades del esfínter gastroesofágico y son antagónicas en su manifestación clínica. El reflujo es la consecuencia de la incompetencia del esfínter y la acalasia es la expresión de la hiper-competencia del esfínter.

OBJETIVOS: La manifestación consecutiva de ambas enfermedades en el mismo paciente es de ocurrencia excepcional, de ahí el interés de presentar el caso y discutir su fisiopatología.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 45 años, se queja de pirosis y regurgitación durante varios años. La endoscopia muestra esofagitis y el estudio radiológico evidenció un cardia dilatado y reflujo espontáneo. Fue diagnosticada como RGE y tratada satisfactoriamente con IBP. A los 52 años presenta disfagia leve y disminuye la pirosis. El estudio radiológico muestra estrechamiento del cardia, ondas terciarias en el cuerpo esofágico y se sospecha acalasia. Un año más tarde la disfagia progresa, la radiología mostró estrechamiento del cardia y la dilatación del esófago proximal. El estudio manométrico confirma la acalasia. La paciente es sometida a una cardiomiectomía anterior laparoscópica de Zaaier más parche de Dor. Después de este procedimiento, la disfagia cesa pero reaparece la pirosis que requiere tratamiento con IBP.

RESULTADO: Este caso es de interés porque confirma que el RGE y la acalasia son enfermedades primarias del esfínter gastroesofágico y por otra parte, es una demostración empírica de que la competencia del esfínter esofágico inferior es función de una estructura muscular anatómica (Fibras Clasp y Oblicuas). Por lo tanto, su función esfinteriana es independiente de factores externos, tales como: crura diafragmática, membrana frenoesofágica, presión intraabdominal, ángulo de His, roseta mucosa, como sostienen otros autores. Un cambio en su regulación miogénica o en la arquitectura de las fibras musculares del esfínter determina que un cardia incompetente y dilatado se convierta en un esfínter cerrado e hipercompetente.

CONCLUSIÓN: La función esfinteriana es independiente de los factores externos. Por ello la cardiomiectomía corta las fibras del esfínter y como consecuencia, reaparece el reflujo ácido.

TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO EN CANCER GASTRICO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DE REGIONES.

Enrique Biel W, Oscar Gamarra Ch, Francisco Parada D, Francisco Pacheco B, Michelle Engelshoven J.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: La cirugía mínimamente invasiva es una alternativa de tratamiento curativo del cáncer gástrico, especialmente avalada por evidencia científica es la gastrectomía subtotal laparoscópica en cáncer incipiente y se propone también para el tratamiento de cánceres más avanzados y gastrectomías totales.

OBJETIVOS: Caracterizar la experiencia inicial de nuestro centro, en una serie de pacientes con cáncer gástrico intervenidos por laparoscopia y sus resultados peroperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos, retrospectiva, de pacientes intervenidos entre 2020 y 2022 en el Hospital Las Higueras de Talcahuano. Se excluyeron pacientes con tumores no adenocarcinoma. Estadística descriptiva: porcentaje para variables categóricas y, para continuas, media y mediana como medidas de tendencia central y rango como medida de dispersión.

RESULTADO: Desde que se inició el tratamiento laparoscópico del cáncer gástrico en nuestro centro, se han operado 8 pacientes, con una media de edad de 67 años y 4 pacientes de sexo femenino (50%). Todos los pacientes completaron su estudio preoperatorio con endoscopia digestiva alta y biopsia y etapificación con tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis. Se seleccionaron para ser intervenidos por laparoscopia únicamente tumores incipientes e intermedios (T1 y T2) y sin compromiso ganglionar en el estudio preoperatorio. En 6 pacientes se realizó una gastrectomía subtotal laparoscópica y en 1 paciente una gastrectomía total, todos estos casos con disección ganglionar y reconstrucción en Y de Roux. En el último paciente se realizó una gastrectomía parcial laparoscópica sin disección ganglionar por un carcinoma incipiente en un paciente con cirrosis hepática. El tiempo operatorio promedio fue de 272 minutos (rango 209 – 360) y la estada hospitalaria media fue de 11 días, con una mediana y moda de 5 días y un rango de 3 a 48 días. La morbilidad global fue de 25% (1 paciente morbilidad Clavien II y 1 paciente Clavien IV, siendo reintervenido y requiriendo UCI, con una estadía total de 48 días y recuperado al seguimiento). No hubo mortalidad operatoria en nuestra serie. Respecto de la histología, 3 pacientes T1 y 5 pacientes T2; cinco, uno y dos tumores bien, moderadamente y poco diferenciados, respectivamente. La cosecha ganglionar media fue de 24 ganglios.

CONCLUSIÓN: La gastrectomía laparoscópica en cáncer gástrico es una alternativa segura y reproducible, especialmente en tumores incipientes o intermedios. La selección de los casos es muy importante, fundamentalmente en centros de experiencia inicial.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ESÓFAGO: UNA RARA NEOPLASIA GASTROINTESTINAL. REPORTE DE CASO.

Bárbara Merino Aguilar, Antonia Quintana Pardo, Héctor Molina Zapata, Joselynn Pedreros Lobos

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: El cáncer neuroendocrino de esófago constituye una de las neoplasias con peor sobrevida al año del diagnóstico, además de ser extremadamente rara. Se han reportado menos de 300 casos en la literatura, desde su primera descripción en 1952, y se estima que representan del 1 al 2.8% de todos los cánceres de esófago (CE). La clínica es común a otros CE: disfagia, baja de peso, anemia, y malestar abdominal, y es más frecuente en hombres con un promedio de edad de 66 años. El diagnóstico definitivo es histológico con inmunohistoquímica (IHQ).

OBJETIVOS: Presentar un caso de carcinoma neuroendocrino de esófago, un tipo de cáncer de muy baja prevalencia y mal pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 62 años, ingresa al servicio de Cirugía derivada desde Coronel por cuadro de disfagia lógica progresiva de 2 meses de evolución; al momento de consulta cursa con afagia, dolor retroesternal, pirosis y baja de peso cuantificada de 11 kg, por lo cual se hospitaliza para estudio. Se realiza endoscopia digestiva alta, que evidencia lesión neoplásica anular, friable, no franqueable a los 32 cm del esófago, que impide el paso, a la cual se le toma biopsia e IHQ. TAC-TAP informa extensa neoplasia esofágica del tercio inferior en el mediastino posterior, con compromiso ganglionar del compartimento medio, cérico-mediastínico bilateral y supraclavicular. La biopsia de la lesión mucosa con extensas áreas de necrosis e infiltrado subepitelial neoplásico; se plantea el diagnóstico posible de linfoma o carcinoma neuroendocrino.

RESULTADO: Con los resultados de IHQ se concluye diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, invasor en mucosa esofágica, positivo para sinaptofisina, cromogranina A y Ki67. Se decide manejo paliativo, evaluando la posibilidad de dilatación esofágica vs prótesis. Sin embargo, antes de definir una conducta, la paciente fallece por síndrome de disfunción orgánica múltiple tras la perforación del tumor esofágico y derrame pleural derecho extenso concomitante.

CONCLUSIÓN: El carcinoma neuroendocrino de esófago es una neoplasia infrecuente, agresiva y de mal pronóstico. Más del 50% de los casos se originan en el tercio inferior del esófago. Su diagnóstico requiere de estudios histológicos con inmunohistoquímica, destacando cromogranina A, CK8, sinaptofisina, NSE y CD56, así como la presencia de EMA y PANCK positivos, como marcadores neuroendocrinos de utilidad diagnóstica. Su tratamiento es controversial debido a la falta de estudios por la baja frecuencia y rápida progresión: en general, es quirúrgico en estadios tempranos, pudiendo acompañarse de quimio o radioterapia, mientras que en estadios avanzados se opta por tratamiento paliativo.

SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR AGUDO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Carreño, S. Jara, P. Jameux, G. Masia

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: El síndrome de arteria mesentérica superior (SAMS) o síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta dada principalmente en jóvenes. Se produce por la compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior generalmente por pérdida de grasa entre ellas, provocando disminución de su distancia y del ángulo aortomesentérico (AOM). La clínica puede darse en forma aguda como obstrucción intestinal alta, o crónica con dolor abdominal postprandial inespecífico más baja de peso, y el diagnóstico se confirma con TC de abdomen y pelvis. El tratamiento inicial es médico reservándose para su falla la cirugía. Es relevante considerar este síndrome como diagnóstico diferencial de una obstrucción intestinal alta pues el retraso diagnóstico genera elevada morbilidad.

OBJETIVOS: Describir caso clínico en que el SAMS se presenta como obstrucción intestinal sin etiología clara, que compromete la vida del paciente y buscar en bases de datos de literatura médica sobre este síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO: Se reporta caso clínico atendido en Hospital San Juan de Dios y se realiza búsqueda bibliográfica en PUBMED de reportes de casos y revisiones bibliográficas sobre el SAMS.

RESULTADO: Paciente de 45 años sin antecedentes mórbidos. Consulta urgencias por 4 días de evolución de dolor epigástrico asociado a emesis y hematemesis. Ingresó normotenso, taquicárdico, afebril, sin apremio respiratorio, con falla renal aguda, elevación de parámetros inflamatorios, lactatemia y creatinina kinasa. Se realiza angioTAC AP que describe severa dilatación gástrica y esofágica, signos de enfisema parietal sin factor obstructivo, sin signos de perforación de víscera hueca y ángulo AOM de 21° lo que confirmó el SAMS como causa. Dada evolución con shock refractario, se realizó laparotomía de urgencia evidenciando gangrena gástrica a nivel del fondo con esfacelo y neumatosis palpable. Se realiza gastrectomía vertical quedando laparotomizado, egresa a UTI y dada estabilidad clínica se realiza reintervención con gastroyeyunoanastomosis sin complicaciones, con buena evolución clínica actual.

CONCLUSIÓN: El SAMS es una causa de dolor abdominal y obstrucción intestinal alta poco frecuente. Los síntomas son vagos e inespecíficos por lo que es el estudio imagenológico lo que permite el diagnóstico. El manejo en general es conservador, reservando para su falla principalmente la duodenoyeyunostomía laparoscópica o gastroyeyunoanastomosis. Si bien su frecuencia es baja, por la significativa morbilidad del retraso diagnóstico, debe considerarse como diagnóstico diferencial sobre todo en pacientes jóvenes que se presentan tanto ambulatoriamente por dolor epigástrico crónico como en el servicio de urgencia por obstrucción intestinal alta.

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) COMO UNA RARA ASOCIACIÓN CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 (NF1). REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .

Camila Sotomayor Ledezma, Felipe Alegría Graham, Pedro Palza Contreras, Ricardo Bahamondes Asencio

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: La NF1 es una condición autosómica dominante que afecta al SNC. Existe defecto de un gen que compromete múltiples órganos y sistemas, entre ellos sistema gastrointestinal, predisponiendo a la formación de tumores. Los tumores cutáneos característicos son neurofibromas pequeños y benignos en la dermis (95%) y neurofibromas plexiformes que afectan nervios periféricos e infiltran los tejidos circundantes y tienen potencial maligno (2-16% de los casos). Otros tumores que pueden producirse en pacientes con NF1 son los gliomas, astrocitomas, feocromocitomas y GIST. Los GIST en pacientes con NF1 se desarrollan principalmente en intestino delgado, son múltiples y pueden asociarse a otros tumores digestivos.

OBJETIVOS: Reportar caso clínico de paciente con NF1 y tumor intestinal complicado, con biopsia que informa GIST. Revisión de literatura para establecer su asociación y contribuir a la sospecha del cirujano.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso en ficha clínica y revisión de la literatura

RESULTADO: Paciente femenina, 59 años, con antecedente de NF1, se presenta en urgencias con 2 días de evolución de dolor abdominal, asociado a vómitos y sensación febril. Laboratorio: PCR 9.7 mg/L, GB 16100. Hb 7,5 g/dl. TC: Lesión de aspecto neoplásico sólido quística 11.8 x 8 cm que impresiona de origen anexial derecha y vólvulo mesentérico con obstrucción en intestinal secundaria y engrosamiento parietal de asas de yeyuno distal compatible con sufrimiento de asas. Se realizó laparotomía exploradora, con resección de tumor intestinal de 15 x 15 cm y segmento de intestino comprometido, con anastomosis T-T manual. A.Patológica informó neoplasia fusocelular GIST de 273 gr , 11x 9 x 5 cm, con resección local completa. Ki67 (+) en 5% de las células fusadas. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al séptimo día postoperatorio. Actualmente en seguimiento por equipo multidisciplinario, se decidió adyuvancia con Imatinib, sin signos de recidiva ni lesiones secundarias en TC.

CONCLUSIÓN: El riesgo de los pacientes con NF1 de desarrollar un GIST es elevado (3,9-25%). El mecanismo molecular por el cual se producen estos tumores en pacientes con NF1 no es completamente claro, pero es diferente al de los GIST esporádicos sin NF1- Implica no sólo mutaciones del gen KIT (c-kit) y del PDGFRA, sino también la inactivación de la neurofibromina y la recombinación mitótica que resulta en la reducción de la homocigosis y pérdida de la heterocigosis de una línea celular germinal, lo que constituye un mecanismo alternativo para la formación de los GISTs.

SÍNDROME DE WILKIE, UNA ENTIDAD POCO SOSPECHADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Sotomayor L, Pedro Palza C, Lorenzo González P, Cristián Vargas G, Diana Claros G.
Hospital San José

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Wilkie corresponde a una causa poco frecuente de obstrucción del intestino delgado (incidencia: 0,013 al 0,3%). Resulta de la compresión duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior (AMS). Es más frecuente en mujeres, adultos jóvenes y adolescentes; la mayoría luego de pérdida de peso importante. Los síntomas pueden incluir: intolerancia a la alimentación, náuseas y vómitos, pérdida de peso, saciedad temprana, distensión abdominal y dolor epigástrico. Se requieren estudios de imagen específicos, como tránsito con bario y angioTC. El tratamiento es conservador inicialmente, con dieta fraccionada o alimentación enteral y descompresión nasogástrica. Frente a mala respuesta, se recomienda tratamiento quirúrgico.

OBJETIVOS: Reportar caso clínico de paciente con diagnóstico de Sd. Wilkie y realizar revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso en ficha clínica y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente masculino de 18 años, sin cirugías previas, acude a urgencias por 48 hrs de dolor abdominal difuso en aumento, náuseas y vómitos de retención y ausencia de eliminación de gases y deposiciones. Ingresa levemente taquicárdico, normotenso y afebril. Laboratorio: GB 15500, resto sin alteraciones. TC informa signos de obstrucción intestinal mecánica con cambio de calibre abrupto en la unión de 3ª y 4ª porción duodenal, de origen indeterminado. Frente a etiología no precisada se solicita EDA, sin embargo, resulta limitado por estómago sucio, probable compresión extrínseca en D2. Se continúa estudio con angioTC abdomen y pelvis que informa signos de obstrucción intestinal, con mayor dilatación gastroduodenal respecto a estudio previo, con punto de transición abrupto en la 3ª porción duodenal en relación al paso duodenal entre la aorta y la arteria mesentérica superior, sugerente de síndrome de la AMS. Se solicita Radiografía EED doble contraste para descartar otras etiologías, que muestra en la 3ª porción ausencia del paso del medio de contraste a través de la línea media, identificándose ondas no propulsivas. Tras al menos 10 minutos, se observa dilatación de la 3era porción del duodeno en línea media, dando paso abrupto del medio de contraste a distal contrastando la 4ª porción y asas de yeyuno proximal. Se identifica defecto de llene lineal en sentido craneocaudal en línea media que impresiona corresponder a la indentación extrínseca de la AMS. Se realiza manejo médico en unidad de cirugía, con régimen cero, apoyo nutricional, SNG y prokinéticos con respuesta favorable luego de 25 días de hospitalización, por lo que es dado de alta, manteniendo control por especialidad.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Wilkie es una entidad poco frecuente, que implica un reto diagnóstico. El estudio imagenológico resulta fundamental. Shin y Kim recomiendan tratamiento conservador al menos durante 6 semanas antes de considerar cirugía, siendo la duodenoyeyunostomía la técnica quirúrgica más utilizada

SCHWANNOMA GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cristian Gallegos C, Mauricio Coronado C, Lorenzo González P, Erick Magariños E.

Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: El Schwannoma gástrico es un tumor gástrico de comportamiento generalmente benigno, infrecuente y de diagnóstico prequirúrgico difícil que representa aproximadamente el 0,2% de los tumores gástrico, siendo el GIST su principal diagnóstico diferencial.

OBJETIVOS: Reportar el caso clínico de una paciente con Schwannoma gástrico operado y una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 46 años con antecedentes de depresión y sobrepeso en tratamiento. Presenta cuadro clínico de 3 meses de evolución de dolor tipo cólico epigástrico e hipocondrio derecho inespecífico donde como hallazgo en una ecografía se evidencia nódulo sólido hipoecoico de 17 mm que se localiza en el espesor de la pared gástrica y que protruye al lumen, se completa estudio con endoscopia digestiva alta que informa tumor Submucoso corporal, sésil, de tercio inferior por pared anterior de 15 x 20 mm. Se realiza posteriormente endosonografía que informa una lesión subepitelial del cuerpo gástrico originada de la muscular propia de aproximadamente 43 mm de diámetro transversal, sugerente de GIST. Ante hallazgos en los estudios se decide resolución quirúrgica.

RESULTADO: Se realiza resección en cuña de la lesión evidenciando tumor gástrico corporal por cara anterior en tercio medio. La biopsia diferida informa lesión gástrico de 2.7 x 2 cm de ejes mayores con bordes quirúrgicos negativos, la lesión se encuentra a menos de 1mm de la serosa con 1 x 50 mitosis por campo, siendo su inmunohistoquímica altamente positiva para proteína ácida fibrilar glial (GFAP), lo que apoyan la presencia de un Schwannoma.

CONCLUSIÓN: El Schwannoma gástrico representa una causa rara de tumores gástrico, y dentro de los tumores de origen neurogénico corresponden al 90% , la ubican más frecuente es el estómago 60 % – 70 %. Las herramientas actuales de estudio prequirúrgico corresponden al TC y la endoscopia la cual permite diferenciar tumores epiteliales v/s no epiteliales sin mayor precisión, siendo la biopsia de la pieza quirúrgica junto a la inmunohistoquímica quienes logran el diagnóstico definitivo.

RESULTADOS POSTOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO PERFORADO O CON SANGRADO TRATADOS CON GASTRECTOMÍA DE URGENCIA

Marco Ceroni, Nicolás Muñoz, Enrique Norero, Cristian Martinez, Rodrigo Muñoz, Ricardo Mejia, Ignacio Obaid, Emilio Morales, Paulina Gonzalez, Alfonso Diaz

Hospital Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía de urgencia para el tratamiento de un paciente con un cáncer gástrico(CG) perforado o con sangrado tiene alta morbi-mortalidad, con resultados oncológicos malos a largo plazo en la literatura internacional, sin embargo, hay escasa información nacional.

OBJETIVOS: Describir los resultados quirúrgicos y oncológicos de los pacientes con CG perforado o con sangrado a los que se les realizó una gastrectomía de urgencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyen pacientes con CG perforado o con sangrado entre los años 1996 y 2022: 1) Con gastrectomía de urgencia; 2) Con seguimiento mínimo de 12 meses. Se registró las siguientes variables de interés: Sexo, edad, tipo de gastrectomía, abordaje, días de hospitalización, complicaciones según clasificación Clavien-Dindo, complicaciones graves (Clavien>2), etapificación por TNM 8ªedición, supervivencia por curvas Kaplan-meier y test de log-Rank. Se realizó estadística descriptiva y analítica. Se consideró significativo un $p<0,05$

RESULTADO: De un total de 24 pacientes(1,5% del total de gastrectomías del periodo), 12 fueron operados de urgencia por sangrado y 12 por perforación. La edad promedio fue de 62,8 años(DE 13,4). Un 66,7% fueron hombres. A un 66,7% se les realizó una gastrectomía total(GT). Un 41,6% tuvo una cirugía con intención curativa. Los días postoperatorios fueron 20(DE 13,7). Un 50% presentó complicaciones, de los cuales un 41,6% fue grave. Un 12,5% tuvo mortalidad postoperatoria. Un 35,7% de las GT tuvieron una filtración de la anastomosis esófago-yeyunal(E-Y). Un 41,6% tuvieron etapa IV y 58,4% etapa III. La supervivencia a 5 años fue de 5%, sin diferencias si el motivo de la cirugía fue por perforación o sangrado. La media de supervivencia fue de 11 meses para la cirugía con intención curativa y 7 meses para la paliativa.

CONCLUSIÓN: Los pacientes CG perforado o con sangrado tratados con una gastrectomía de urgencia tienen elevada morbimortalidad operatoria y presentan una baja supervivencia. Se deben buscar alternativas para disminuir la filtración de la anastomosis E-Y en pacientes con GT de urgencia.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES

Paloma Pozo, Isabel Klein, Matías Salazar, Benjamín Belmar, Felipe Castillo

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: Paciente sexo masculino de 48 años, consulta por cuadro de dolor abdominal asociado a melena en 5 oportunidades. Endoscopia digestiva alta visualiza dos lesiones exofíticas en el lumen del yeyuno proximal, de aspecto neoplásico. Se realiza Enterorresonancia, que evidencia engrosamiento de yeyuno proximal en flanco izquierdo, de 70 mm de extensión y 16 mm de espesor, asociado a adenopatías en mesenterio yeyunal, sin otras alteraciones en intestino delgado. Se decide resolución quirúrgica dada alta sospecha de linfoma. Biopsia: Segmento intestinal comprometido por síndrome linfoproliferativo de estirpe T, sugerente de Linfoma de Células grandes anaplásico, ALK negativo. Luego de la resección quirúrgica, el paciente ha completado cuatro ciclos de quimioterapia según esquema CHOP-E con buena respuesta, en plan de completar seis. PET-CT sin focos de metástasis.

OBJETIVOS: Presentar el manejo quirúrgico de un linfoma intestinal de células grandes mediante laparoscopia asistida por endoscopia digestiva alta.

CONTENIDO DE VIDEO: Laparoscopia exploradora que evidencia masa a 80 cm del ángulo de Treitz con importantes adherencias locales. Se secciona intestino delgado a 15 cm distal de la masa. Cierre del cabo distal. Se procede a realizar una endoscopia retrógrada del cabo proximal que visualiza dos lesiones ulcerosas que deforman los pliegues, con base de fibrina y bordes irregulares. Próximo a estas lesiones, una masa exofítica, irregular, friable y parcialmente ulcerada. Se realiza el cierre del cabo proximal y se secciona yeyuno a 35 cm del ángulo de Treitz. Resección en cuña junto a mesenterio correspondiente y linfonodos locales. Se realiza una anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral, con cierre de enterotomía en dos planos. Se envían muestras a biopsia.

GASTRECTOMÍA TOTAL MÁS LINFADENECTOMÍA D2 LAPAROSCÓPICA EN UN PACIENTE CON GASTROENTERO ANASTOMOSIS PREVIA

Nasser Eluzen Gallardo, Lorenzo Ramirez Durini, Daniel Segovia Marcano, Constanza Silva Paredes, Carlos Corrales Zamora

Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: En este video educativo presentaremos el caso clínico de un paciente masculino de 59 años con antecedente quirúrgico de una Gastro-entero anastomosis a causa de una úlcera péptica hace varios años y que además tiene diagnóstico reciente de Adenocarcinoma gástrico, neoplasia que fue abordada con cirugía mínimamente invasiva.

OBJETIVOS: Mostrar una gastrectomía total más linfadenectomía D2 laparoscópica paso a paso y exhibir de manera educativa la anatomía del paciente, la disección quirúrgica que se llevo a cabo y su reconstrucción.

CONTENIDO DE VIDEO: Los autores describen paso a paso una gastrectomía total laparoscópica en un paciente con anatomía alterada, mostrando las referencias anatómicas que deben considerarse de una manera clara y educativa, además de hacer énfasis en los puntos críticos de la cirugía.

ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN ESÓFAGO SIGMOIDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodrigo Abularach, Diego González, Cristian Pinto, Rodrigo Vela, Francisca Díaz, Scarlett Jara, Felipe Muñoz

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: La acalasia es un trastorno crónico de la motilidad esofágica, caracterizado por una degeneración del plexo ganglionar produciendo una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior asociado a contracciones inefectivas. Tenemos diferentes subtipos, ya sea por clasificaciones funcionales basadas en manometría de alta resolución, y morfológicas, según la anatomía esofágica en una radiografía de esófago -estómago - duodeno. En esta última, es donde encontramos el esófago sigmoideo, el cual se caracteriza por un diámetro mayor a 10 cm y de un trayecto tortuoso intratorácico. Esta entidad ocurre en el 5% de los pacientes con acalasia, con una historia de enfermedad mayor a 20 años. Hoy en día, el manejo del esófago sigmoideo sigue siendo controversial, con autores que apoyan un manejo por medio de miotomía, tanto endoscópica como laparoscópica y otro grupo que se inclina por esofagectomía, basados por una alta tasa de fracasos con cardiomiectomías, principalmente en esófagos con diámetro mayor a 6 cm, pacientes menores de 55 años, infecciones recurrentes asociadas a la estasis esofágica y en presencia de displasia.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es reportar el caso de un paciente con diagnóstico de esófago sigmoideo y su tratamiento mediante esofagectomía mínimamente invasiva. El caso corresponde a un hombre de 63 años, con antecedente de acalasia diagnosticada hace más de 20 años y sin otras comorbilidades. ECOG 0. Refiere disfagia severa, regurgitación, dolor torácico y un deterioro importante de su calidad de vida. Estudio evidencia un esófago sigmoideo de 12 cm de diámetro. Dada las características del paciente y de su enfermedad, se decide esofagectomía por videotoracoscopia en prono más gastrolisis laparoscópica con gastroplastía extracorpórea y ascenso gástrico por mediastino posterior con anastomosis esofagogástrica cervical manual. Paciente es dado de alta al octavo día postoperatorio sin incidentes.

CONTENIDO DE VIDEO: Comenzamos con las imágenes de escáner y Rx esófago-estómago-duodeno. Continuamos con el tiempo torácico realizando esofagectomía en prono por VTC, describiendo los hitos anatómicos relevantes. Luego con el tiempo abdominal laparoscópico, describiendo hitos anatómicos relevantes y el tiempo cervical. Concluyendo con fotografías del paciente ambulatorias.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTAL

Verónica Hamilton, Felipe Castillo

Clinica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: El situs inversus total es una anomalía anatómica rara. En ésta, los órganos toracoabdominales se sitúan al lado contralateral respecto al plano sagital, produciéndose una imagen “en espejo”. Para el cirujano, enfrentarse a pacientes con este diagnóstico supone un desafío, en especial patologías que se resuelvan por vía laparoscópica. Esto porque se debe alterar el lugar de inserción de los trócares, posición del cirujano y la anatomía para asegurar un procedimiento exitoso.

OBJETIVOS: Presentar un caso de una gastrectomía subtotal laparoscópica por adenocarcinoma antral en una paciente con situs inversus total.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso, descriptivo.

RESULTADO: Paciente femenino, 79 años con antecedentes de situs inversus conocido y colecistectomía abierta. Consulta por 6 meses de distensión abdominal y baja de peso. En laboratorio, sin alteraciones. Se inicia estudio con endoscopia digestiva alta, la cual informa úlcera antral activa. En biopsia se informa adenocarcinoma tubular bien diferenciado en mucosa antral, con hiperplasia foveolar y zonas de displasia epitelial de alto grado en todas las muestras. Tipo Intestinal de Lauren. Se realiza gastrectomía subtotal laparoscópica, en posición de Grassi. Neumoperitoneo bajo técnica Hasson. Trócares se instalaron según la técnica clásica, pero en espejo. Se logra identificar correctamente los vasos, con disección D2 y reconstrucción gastroyeyuno anastomosis latero-lateral en Y de Roux. Tiempo total de cirugía 300 minutos y pérdida estimada de sangre 100 cc. Sin complicaciones y con buena evolución, alta al cuarto día. Biopsia informó un adenocarcinoma de tipo intestinal en antro. Invasión hasta la submucosa. 37 linfonodos, sin signos de metástasis. Etapificación pT1bN0M0 (AJCC 8th edition, 2017). Discusión – El situs inversus predispone un desafío al cirujano por lo que es esencial contar con el estudio preoperatorio adecuado. Existen pocos casos reportados en el mundo sobre gastrectomía distal laparoscópica, y en todos, a nuestro conocimiento, hubo una disección D1 y reconstrucción Billroth II. Además, hasta nuestro conocimiento, solo existen dos casos reportados de gastrectomía total con D2 y reconstrucción en Y de Roux. Este caso es de los primeros en realizarse con D2 y reconstrucción en Y de Roux en una gastrectomía parcial por cáncer gástrico.

CONCLUSIÓN: La evidencia que ya existe, y nuestra experiencia, lleva a concluir que realizar gastrectomía distal laparoscópica en pacientes con situs inversus; siempre que sean bien planificadas, es una alternativa segura.

USO DE MALLA COMPUESTA EN REPARACIÓN DE HERNIAS HIATALES, EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE A TRAVÉS DE UNA SERIE DE CASOS.

Rocío Vera, Contanza Cornejo, Octavio Cortés, Roberto Leiva, María José Higuera, Katrina Lolas, Felipe Sepúlveda, Gustavo Cwiklitz.

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La hernia hiatal es la protrusión de un segmento de estómago a través del hiato esofágico hacia el tórax, de causa desconocida, se estima una prevalencia de 10-50% en la población general, siendo los principales factores de riesgo el reflujo gastroesofágico, estrés por degluciones y vómitos repetitivos, situaciones que aumenten la presión intraabdominal como la obesidad, el embarazo, tos crónica, constipación, etc. En la reparación de las hernias hiatales hasta ahora no hay un gold standard para el manejo, teniendo una alta recurrencia a largo plazo independiente de la técnica quirúrgica utilizada. Si bien, el uso de malla demuestra una menor tasa de recurrencia al corto plazo, estudios con mayores periodos de seguimiento muestran iguales tasas de recurrencia a largo plazo, pero con mayor número de otras complicaciones asociadas como hernia hiatal paraesofágica aguda, disfagia severa, neumotórax, lesión vascular, perforación del tracto gastrointestinal, y la más grave: migración de la malla intraesofágica. Sin embargo, la evidencia muestra que en casos seleccionados (grandes hernias, recurrencias o hernias complicadas) el uso de malla muestra una superioridad en el outcome.

OBJETIVOS: Evaluar la experiencia en un hospital público de Chile del uso de malla para reparación de hernias hiatales

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de historia clínica y de literatura.

RESULTADO: 3 pacientes de sexo femenino con una media de 57 años (95% CI 51.3 a 62.7) con Hernias Hiatales Hill III. Con anillo herniario de 76 mm de media (95% CI 70.3 a 81.7), con un 50% del estómago intratorácico (95% CI 44.3 to 55.7), y esofagitis (grado II, II y III). Se sometieron a hiatoplastia con malla compuesta absorbible de poliéster + colágeno (Parietex™) + funduplicatura de Nissen laparoscópica realizadas sin incidentes. Se evaluaron síntomas como reflujo, epigastralgia, pirosis, disfagia preoperatorios y en control postquirúrgico precoz, además de seguimiento telefónico, donde se aplicó Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). Se analizaron radiografía de esófago-estómago-duodeno y endoscopia digestiva alta preoperatoria y Radiografía de tórax postoperatoria al mes. Las 3 pacientes evolucionaron favorablemente, sin reincidencia de síntomas ni complicaciones al control precoz de los 30 días, ni al seguimiento telefónico a los 3 meses. Al control de imagen postoperatoria, no presentan reincidencias ni complicaciones.

CONCLUSIÓN: La hiatoplastia laparoscópica con malla compuesta + funduplicatura de Nissen es una opción factible y con prometedora evidencia en el sector público de Chile.

GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA CON ANASTOMOSIS ESOFAGOYEUÑO LATERO LATERAL CON STAPPLER LINEAL PARA TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA : REPORTE DE CASO

Javiera Díaz Espinosa, Julio Zugbe Arroyo, Alessio Espinoza Merino, Matias Polanco Moore

Hospital de San Carlos

INTRODUCCIÓN: Los tumores musculares del tracto gastrointestinal son poco frecuentes y pueden presentarse desde el esófago hasta el recto, la mayor parte se localiza en el estómago. El Leiomioma gástrico corresponde a un tumor intramural, extramucoso, benigno, de crecimiento lento; pueden ser asintomáticos dependiendo de su tamaño y ubicación. El tratamiento quirúrgico estaría indicado frente a sintomatología y tumores de mayor tamaño. El abordaje laparoscópico debiese ser de elección frente a cirugía abierta.

OBJETIVOS: Reportar buenos resultados de abordaje completo laparoscópico en Hospital de menor complejidad. Revisión de literatura sobre patología

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino 43 años, con antecedentes de Hipertensión arterial, consulta por epigastralgia de dos años de evolución, estudiada con Endoscopia la cual evidencia lesión de 4 cms bajo unión gastroesofágica, de aspecto vellosa con patrón desordenado, ulcerada, se realizó biopsia en dos ocasiones sin evidencia de neoplasia. Se completa estudio con Tomografía Computada, con evidencia de al menos 3 linfonodos por curvatura menor de 6 mm. Dada persistencia de sintomatología se decide Gastrectomía Total Laparoscópica.

RESULTADO: Se realiza Gastrectomía Total con anastomosis esofagoyeyuno Latero-lateral mecánica con stappler lineal en Y de Roux, procedimiento completamente laparoscópico y sin incidentes. Informe anatomopatológico confirma leiomioma con 25 linfonodos sin neoplasia. Post operatorio favorable, completa ocho días de hospitalización, con transito intestinal al alta y tolerando régimen papilla.

CONCLUSIÓN: La literatura actual sigue siendo controversial respecto a la recomendación frente al abordaje de la gastrectomía total, ya sea este laparoscópico versus cirugía abierta. Sin embargo, el abordaje laparoscópico trae consigo todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, con menores tiempos de hospitalización y mayor rapidez en reintegro a la vida cotidiana. El tratamiento debe estar debidamente seleccionado frente a cada paciente. Se realiza este reporte de caso como contribución a buenos resultados de Gastrectomía total completamente laparoscópica para manejo de tumores gástricos.

LESIÓN DE DIEULAFOY ASOCIADA A SCHWANNOMA GÁSTRICO EN EL CONTEXTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA: REPORTE DE UN CASO

J. Gajardo, F. Veloso, M. Jara-Burgos, F. Muñoz, F. Arriagada, H. Molina, F. Pacheco, O. Torres

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

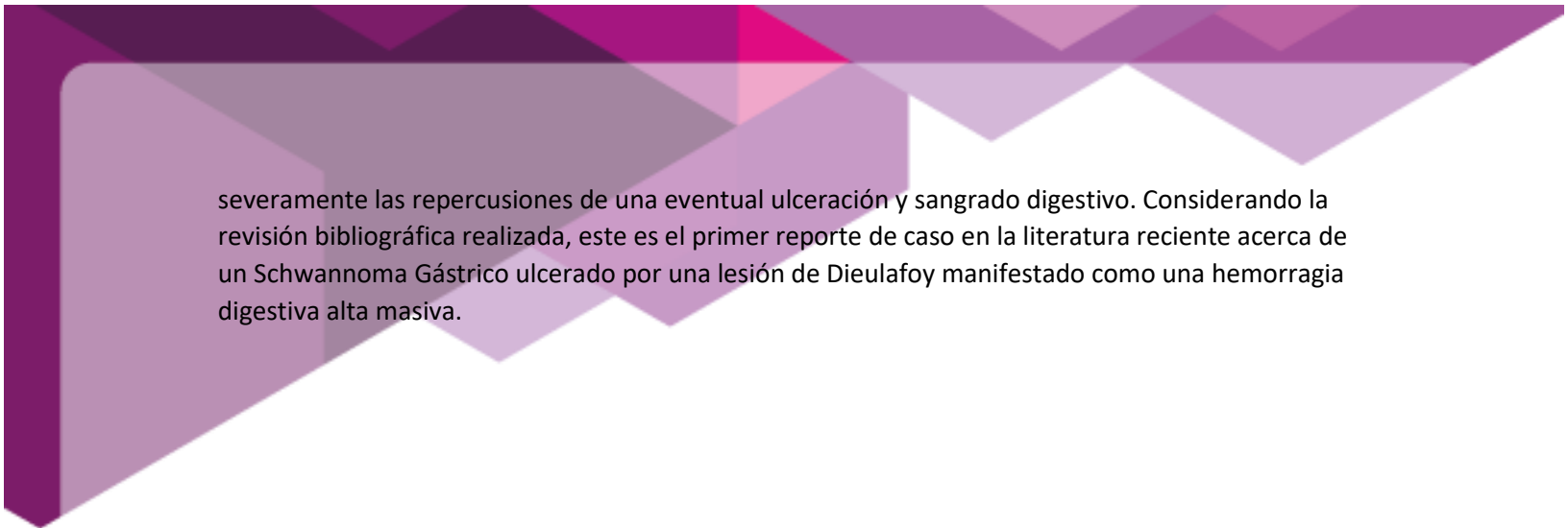
INTRODUCCIÓN: La lesión de Dieulafoy es una rara alteración congénita de una arteria submucosa del tracto intestinal, anormalmente dilatada, prominente y sinuosa, sin formación de aneurismas ni anomalías murales intrínsecas. Representa entre el 1-2% de las hemorragias agudas gastrointestinales. Los Schwannomas o Neurileomas Gástricos son neoplasias mesenquimales infrecuentes originadas en las células de Schwann de los plexos nerviosos submucosos, Auerbach y/o Meissner. Representan el 0,2% de todos los tumores gástricos, 4,0% de los tumores gástricos benignos y el 6,3% de los tumores mesenquimales gástricos. Los Schwannomas Gástricos rara vez son sintomáticos, presentándose como hemorragia gastrointestinal en el 14% de los casos.

OBJETIVOS: Se reporta el caso de una paciente adulto mayor con shock hemorrágico secundario a una lesión gástrica subepitelial ulcerada correspondiente a una lesión de Dieulafoy asociada a Schwannoma gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de un caso, previo consentimiento y revisión de ficha clínica. Se realizó una revisión bibliográfica mediante PubMed con los términos "Gastrointestinal Hemorrhage", "Gastric Schwannoma" y/o "Dieulafoy's lesion" utilizando filtro de literatura de los últimos 5 años.

RESULTADO: Paciente femenina de 78 años con antecedente de diabetes mellitus y obesidad, llevada al servicio de urgencias por hematemesis masiva y melena de horas de evolución. Ingresó en shock hemorrágico con presión arterial media de 20 mmHg, siendo hospitalizada directamente en la unidad de cuidados intensivos para reanimación. Se realizó una endoscopia de urgencia, evidenciándose una lesión subepitelial de 5 cm en cara anterior de cuerpo proximal gástrico sugerente de Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST), con dos úlceras sangrantes que fueron controladas temporalmente con inyectoterapia y clips endoscópicos. Posteriormente, la paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándose una gastrectomía parcial abierta sin incidentes. La biopsia diferida mostró la presencia de un tumor subepitelial de 5 cm correspondiente a un Schwannoma ulcerado por una gran arteria muscular cirsoide (lesión de Dieulafoy). La paciente evolucionó favorablemente desde el punto de vista quirúrgico, pero tórpidamente desde el respiratorio, por aspiración hemática y mecánica ventilatoria ineficaz requiriendo intubación prolongada y traqueostomía.

CONCLUSIÓN: La existencia de una malformación vascular de tipo lesión de Dieulafoy dentro de una tumoración subepitelial es posible aunque muy infrecuente; la cual podría agravar



severamente las repercusiones de una eventual ulceración y sangrado digestivo. Considerando la revisión bibliográfica realizada, este es el primer reporte de caso en la literatura reciente acerca de un Schwannoma Gástrico ulcerado por una lesión de Dieulafoy manifestado como una hemorragia digestiva alta masiva.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ESOFÁGICO COMO HALLAZGO POCO FRECUENTE EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Jugo, V. Pino, M.L. Hubner, M.F. Echeverría, J. Rebolledo

Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células granulares (TCG) conforman un grupo poco frecuente de neoplasias del tejido conectivo originados de las células de Schwann, y fueron descritos por primera vez en 1926 en una serie de reportes de casos. Este tipo de tumores puede afectar cualquier ubicación anatómica, siendo la piel y tejido subcutáneo los sitios más frecuentemente afectados. La ubicación gastrointestinal es una de las menos frecuentes, encontrándose en alrededor de un 6% de los casos; y dentro de estas, la afectación esofágica es la más frecuente, constituyendo hasta un 2% de todos los TCG. La mayoría de los TCG tiene un curso benigno, sin embargo, se ha descrito malignidad en hasta un 2% de este tipo de tumores.

OBJETIVOS: Se presenta un caso de una paciente con diagnóstico de tumor de células ganglionares en esófago, hallazgo poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Paciente femenino de 31 años, sin antecedentes médicos de relevancia que consultó en ambulatorio por dolor epigástrico de larga data, sin otros síntomas asociados. Dentro del estudio etiológico se realizó endoscopia digestiva alta donde se encontró lesión en esófago a 27 cms de arcada dental, sésil, regular, de 6 mms, la cual se biopsia. El estudio anátomo-patológico, el perfil morfológico y la inmunohistoquímica evidenciaron lesión compatible con tumor de células granulares. Además se realizó endosonografía que confirmó la presencia de lesión polipoidea subpediculada de 9 x 6 mms en mucosa, bien delimitada, sin compromiso de la submucosa, con patrón vascular conservado y sin presencia de adenopatías sospechosas. También se realizó PET CT donde no se evidenciaron lesiones hipermetabólicas sospechosas ni compromiso ganglionar ni visceral a distancia. Se decidió realizar seguimiento anual de la lesión con estudio endoscópico.

CONCLUSIÓN: Los tumores de células granulares son una patología poco frecuente que habitualmente se presenta como un hallazgo endoscópico en pacientes asintomáticos. En el caso de esta paciente, el hallazgo tumoral fue en contexto del estudio endoscópico de un cuadro de dolor abdominal inespecífico. Debido a la baja frecuencia de este tipo de tumores, no existe un consenso respecto al manejo específico ante el hallazgo de TCG. Sin embargo, se ha visto que en tumores < 1 cm y sin evidencia de malignidad es posible realizar seguimiento con endoscopia digestiva alta de forma semestral o anual, con buenos resultados en cuanto a progresión de la lesión. Por otro lado, en tumores > 1 cm, sintomáticos o sugerentes de malignidad se recomienda resección completa por endoscopia digestiva alta.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA HIATAL GIGANTE TIPO IV

Danitza Escobar H, Heribrando Landa S, Mauricio Cuadra P, Juan González M, Silvana Cabrera C.

Clínica Dávila (Región Metropolitana) - Equipo de Cirugía Digestiva Esofagogástrico.

INTRODUCCIÓN: La hernia hiatal gigante es una entidad poco frecuente, pudiéndose encontrar cualquier estructura no esofágica hacia el tórax a través del hiato esofágico. En la mayor parte de los casos su diagnóstico es un hallazgo incidental, siendo infrecuente casos de obstrucción intestinal mecánica. Representa un desafío para el cirujano su manejo quirúrgico dada la variación de alternativas quirúrgicas.

OBJETIVOS: El propósito de este trabajo fue reportar un caso de oclusión intestinal causada por hernia hiatal grado IV, su diagnóstico y manejo médico y quirúrgico.

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

RESULTADO: Paciente masculino de 46 años, obeso y tabáquico, que ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI) por síndrome de respuesta inflamatoria sistémica secundaria a pancreatitis aguda. Evoluciona en su treceavo día hospitalario con signos de obstrucción intestinal. Estudio imagenológico tomográfico informa voluminosa hernia hiatal con estómago intratorácico completo, múltiples asas intestinales, colon transversal con cambio abrupto de calibre al ingresar por la hernia hiatal y dilatación importante de colon derecho. Dado importante deterioro clínico y hemodinámico, se indica resolución quirúrgica de urgencia. Se realiza reparación de hernioplastia hiatal abierta con reducción de contenido, esofagolisis distal, crurorragia, instalación de malla periesofágica subdiafragmática, gastropexia posterior asociado a colostomía en asa de colon transversal medio descompresiva. Paciente evoluciona sin complicaciones, con tránsito normal al segundo día posoperatorio.

CONCLUSIÓN: El manejo de la oclusión intestinal puede ser realizado de forma conservadora por hasta 72 horas, en caso de que no presente complicaciones como deterioro hemodinámico, signos de irritación peritoneal o isquemia intestinal. Sin embargo, en el caso de la hernia hiatal, el manejo de elección es el quirúrgico, debiendo tener en cuenta las comorbilidades del paciente por lo que la conducta deberá ser individualizada en cada caso. El cirujano debe afrontar este desafío en apoyo de múltiples equipos dada la variación de alternativas quirúrgicas para su resolución.

GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO. NUESTRA EXPERIENCIA EN 100 CASOS CONSECUTIVOS EN UN CENTRO.

Enrique Norero, Marco Ceroni, Cristian Martínez, Ricardo Mejía, Rodrigo Muñoz, Nicolás Muñoz, Emilio Morales, Paulina González, Fernando Araos, Alfonso Díaz.

Hospital Sotero del Río. Equipo de Cirugía Esofago-Gástrica. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía laparoscópica ofrece ventajas en el postoperatorio del paciente. La mayoría de los estudios se han realizado en gastrectomías distales. Y la gastrectomía total laparoscópica no está aceptada universalmente.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados de la gastrectomía total laparoscópica, con énfasis en los resultados de morbilidad postoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODO: A partir de una base de datos prospectiva de pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica que incluye 237 pacientes desde 2005 al 2022, se incluyeron 100 casos sometidos en forma consecutiva a una gastrectomía total laparoscópica por adenocarcinoma gástrico. Estudio de cohorte retrospectiva. Se excluyeron las gastrectomías totales laparoscópicas realizadas por otra histología y las totalizaciones por vía laparoscópica. Se evaluaron datos demográficos, sangrado, tiempo operatorio, métodos de anastomosis esófago-yeyunal y complicaciones postoperatorias. Los resultados se expresan en medianas.

RESULTADO: Incluimos 100 pacientes (Hombres 57, Edad 64 años, IMC 26). 76 pacientes presentaban comorbilidades y 36 tenían antecedentes de laparotomías previas. La mayoría de los tumores se ubicaban en el tercio superior del estómago (45). Se realizó una linfadenectomía D2 en 68 casos. Fue necesaria una conversión a cirugía abierta en 6 pacientes. Se realizó una reconstrucción en Y de Roux en todos los casos. La vía de ascenso fue retrocolica en 73. Se realizó una anastomosis esofagoyeyunal manual en 90 cirugías y sutura mecánica lineal o circular en los restantes 10 casos. El sangrado fue de 150 cc (10-600) y el tiempo operatorio 330 min (180-530). La estadía postoperatoria fue de 8 días (6-62). En 26 cirugías se presentaron complicaciones postoperatorias, destacando 7% de filtración de la anastomosis esofagoyeyunal, 4% de colecciones abdominales y 2% de hemorragia digestiva. La técnica de anastomosis esofagoyeyunal manual presentó un 4% de filtración. En 7% de los casos la complicación se consideró Clavien 3 o mayor. La mortalidad operatoria fue del 1%. La anatomía patológica confirmó un cáncer avanzado en 50 casos, con compromiso ganglionar en 33. La mediana de recuento ganglionar fue de 38 ganglios. La cirugía fue R0 en un 99%. En el seguimiento 18 pacientes han muerto debido a cáncer gástrico. La mediana de seguimiento es de 50 meses.

CONCLUSIÓN: Estos resultados demuestran la factibilidad de la gastrectomía total oncológicamente correcta por vía mínimamente invasiva. La principal complicación fue la filtración de la anastomosis esofagoyeyunal. Se deben realizar futuros estudios para estandarizar la mejor técnica de anastomosis esofagoyeyunal.

HEPATOBILIAR

PILEFLEBITIS ASOCIADA A COLANGITIS TOKIO II; REPORTE DE UN CASO

P. Leyton, P. Cárdenas, I. Urzúa, F. Gálvez.

Hospital Regional de Rancagua

INTRODUCCIÓN: La tromboflebitis portal, también conocida como pileflebitis, es una rara e infrecuente complicación asociada a procesos inflamatorio-infecciosos de la cavidad abdominal, siendo la asociación más frecuente la apendicitis aguda. Dentro de otras causas, una de las menos frecuentes es la infección de la vía biliar. En 32% de las ocasiones la etiología es desconocida. Se presenta a continuación un caso de paciente masculino que cursa con colangitis aguda y pileflebitis

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico en la literatura

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico sucedido en Hospital Regional Rancagua y revisión de literatura vigente disponible en revistas científicas

RESULTADO: Paciente masculino de 74 años sin antecedentes mórbidos conocidos, Acude a servicio de urgencias (SU) por baja de 20 kilos de peso en los últimos 2 meses, asociado a ictericia de piel y mucosas, dolor abdominal difuso y sensación febril. Ingresa a SU taquicárdico, febril, diaforético, ictérico, sin signos de irritación peritoneal. Se solicitan hemocultivos 1 y 2, exámenes de laboratorio en los que destacan elevación de parámetros inflamatorios y patrón colestásico. Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis con contraste informa coelitis, trombosis de vena porta y engrosamiento de vía biliar. Se hospitaliza con diagnóstico de colangitis aguda Tokio II asociada a trombosis portal. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro más anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM). Durante hospitalización se realiza Colangiopancreatografía endoscópica Retrógrada, hallazgo de coledocolitiasis y bilipus. Se difiere colecistectomía de forma ambulatoria, sin incidentes. Paciente actualmente con tratamiento anticoagulante oral (TACO)

CONCLUSIÓN: Existe poca descripción en la literatura de pileflebitis asociada a proceso inflamatorio-infeccioso de vía biliar. El diagnóstico es imagenológico. Existe poco consenso entre autores respecto a la necesidad de anticoagulación. En nuestro caso, se opta por manejo ATB endovenoso y anticoagulación con HBPM. Paciente evoluciona favorablemente. En plan de TACO por 3 meses y control imagenológico

CPRE EN EL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BASE DE VALDIVIA 2009 – 2019

Jorge Marin Aguilar, Jorge Widerström Isea, Hannelore Ortloff Haase, Matías Oróstica Verdugo.

Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una parasitosis de distribución mundial cuyo huésped intermediario puede ser el humano, en quien se manifiesta clínicamente con quistes en diferentes localizaciones. El más frecuente corresponde al quiste hidatídico hepático (QHH), cuya principal complicación es la comunicación con la vía biliar, donde el uso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ha resultado útil para su estudio y tratamiento. Existe una falta de reportes nacionales sobre el uso de la CPRE en pacientes con enfermedad hidatídica hepática.

OBJETIVOS: Realizar una revisión retrospectiva de la realización de CPRE en pacientes con diagnóstico de enfermedad hidatídica hepática en el Hospital Base de Valdivia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo observacional. Se realizó una revisión de los registros de pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Base de Valdivia entre enero del 2009 y diciembre del 2019. Se definieron como criterios de inclusión pacientes con diagnóstico de QHH hepático en los que se haya realizado una CPRE. No se establecieron restricciones de género o edad de los pacientes. Las variables evaluadas fueron realización pre o postoperatoria, presencia de quiste complicado, realización de papilotomía, retiro de membranas hidatídicas e instalación de endoprótesis.

RESULTADO: Durante este periodo, se identificaron 8 pacientes con diagnóstico de QHH en los que se realizó CPRE, donde el 100 % presentaba un quiste complicado. La CPRE preoperatoria fue utilizada en el 80 % de los casos y en un 20% como procedimiento postoperatorio. Se realizó papilotomía en todos los pacientes y en el 50 % de ellos se retiraron membranas hidatídicas. Se instaló endoprótesis en el 87,5 % de los casos, donde un 42,8 % requirió de cambio de prótesis. La CPRE postoperatoria fue realizada en un 66,6 % para retiro de endoprótesis y en un 33,3 % para la instalación de prótesis por el desarrollo de una fístula biliar. La mortalidad de los casos reportados por complicaciones relacionadas al quiste hidatídico fue de un 25 % (n=1).

CONCLUSIÓN: Al igual que en estudios internacionales y otros centros de salud del país, en el Hospital Base de Valdivia la realización de CPRE en pacientes con enfermedad hidatídica hepática es principalmente para el tratamiento de la fístula biliar externa mediante papilotomía e instalación de endoprótesis.

REVISIÓN DE CASOS EN MANEJO QUIRÚRGICO DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN HBV 2009-2019.

Jorge Marin Aguilar, Jorge Widerström Isea, Hannelore Ortloff Haase, Matías Oróstica Verdugo.

Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis causada por el parásito *Echinococcus*, siendo *E. granulosus* el patógeno más frecuente. En Chile constituye una enfermedad endémica de notificación obligatoria, que se caracteriza por la presencia de uno o más quistes ubicados principalmente en el hígado. En pacientes sintomáticos el manejo es fundamentalmente quirúrgico, pudiendo ser de carácter conservador o radical, con posibilidad de abordaje abierto, laparoscópico o endoscópico.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados del manejo quirúrgico del Quiste Hidatídico Hepático (QHH) en el Hospital Base Valdivia (HBV).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo realizado mediante la recopilación de datos obtenidos de fichas clínicas del HBV entre 2009 y 2019. Se consideraron las variables: edad, sexo, uso de antiparasitarios, abordaje quirúrgico y complicaciones asociadas, y tipo de cirugía.

RESULTADO: Se registraron 99 pacientes con QHH en el Servicio de Cirugía HBV. Se observa una predisposición diagnóstica entre los 30 a 50 años. El sexo femenino predominó por sobre el masculino (57% vs 43%). El abordaje quirúrgico más empleado fue la técnica abierta en comparación a la laparoscópica (72% vs 28%). Solo un 27% de los pacientes recibió tratamiento con Albendazol. La cirugía conservadora fue más frecuente que la radical (77 vs 21 casos). Un 29% presentó complicaciones postoperatorias, siendo la fístula biliar la más frecuente (12), seguido de: colecciones postoperatorias (3), hernia incisional (2), derrame pleural (2). Cuatro de los pacientes presentaron complicaciones del QHH que fueron manejados con CPRE. Además durante la recopilación de datos se evidenció la realización de 4 abordajes puramente endoscópicos (CPRE), los cuales no fueron incluidos en este estudio.

CONCLUSIÓN: Se observa que el tratamiento preferente para los pacientes con QHH es la cirugía abierta en comparación con el abordaje laparoscópico. En cuanto al tipo de cirugía la conservadora es la opción quirúrgica más frecuente (77), a pesar de que la radical (21) ha presentado menos porcentaje de fístulas biliares (9,5% vs 13%) y que en la literatura se ha visto asociada a menor mortalidad, estancia hospitalaria y recidiva.

COLEDOCOLITIASIS OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A ASCARIOSIS. REPORTE DE UN CASO

Jesus Enrique Zambrano Velásquez, Francisco José Venturelli Muñoz , Javiera Ojeda Gallardo³

hospital base de osorno

INTRODUCCIÓN: : La infección por *Ascaris lumbricoides* es una de las parasitosis más frecuentes en el ser humano a nivel mundial. En Chile su frecuencia es baja, su mayor prevalencia se da en el sur del país.

OBJETIVOS: presentar un caso clínico de una patología muy poco frecuente en Chile, ocurrido en Hospital base Osorno

MATERIAL Y MÉTODO: revision de la literatura via pubmed incluyendo las palabras ascariosis en via biliar, coledocolitiasis, colangitis

RESULTADO: Caso clinico: se presenta el caso de una paciente femenino de 76 años de edad con antecedente de colecistectomia laparoscópica mas CPRE por tecnica de rendez vous, quien acude por presentar cuadro de dolor abdominal en epigastrio de una semana de evolución, con irradiación a hipocondrio y región subescapular derecha, asociado a náuseas sin vómitos, y sin alzas térmicas, en vista de resultados de imágenes se decide realizar CPRE, se explora vía biliar con dormía, se extrajo un áscaris lumbricoides y 2 litos, paciente evoluciona de manera satisfactoria

CONCLUSIÓN: Discusion: el manejo endoscópico de la ascariosis biliar como la CPRE sigue siendo una buena opcion en estos cuadros clinicos. Conclusión: La ascariosis debe formar aún parte del diagnóstico diferencial de la obstrucción del colédoco.

ALPPS (ASSOCIATING LIVER PARTITION AND PORTAL VEIN LIGATION FOR STAGED HEPATECTOMY) DE RESCATE EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR LOCALMENTE AVANZADO (CT3N0M0) ASOCIADO A ICTERICIA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA.

S. Sotelo, C. Sotelo, F. Pizarro, C. Muñoz.

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca. Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule. Servicio de Radiología. Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN: El ALPPS (ligadura portal asociado a bipartición hepática para hepatectomía por etapas) es una técnica novedosa en cirugía. Esta ha demostrado efectividad en varios escenarios, sin embargo, su aplicación en el cáncer de la vesícula biliar (CVB) localmente avanzado aún carece de experiencia suficiente.

OBJETIVOS: El objetivo de este reporte es presentar la utilidad de la técnica de ALPPS en un paciente con CVB localmente avanzado asociado a ictericia quien presentó un Remanente Hepatico Futuro (RHF) insuficiente en la primera cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de Caso. La información para realizar el reporte se obtuvo de los registros clínicos con detalle en los estudios imagenológicos preoperatorios, la intervención quirúrgica del 1º y 2º tiempo quirúrgico. Se realizó el reporte siguiendo las recomendaciones publicadas para este diseño. Se obtuvo el consentimiento informado para su presentación.

RESULTADO: Femenina de 47 años consulta por ictericia y coluria. En el examen físico no hay hallazgos destacables. El laboratorio evidencia Bilirrubina total 11 mg/dl y Fosfatasas Alcalinas 1000 u/l. La tomografía computada (TC) con contraste muestra vía biliar intrahepática dilatada con cálculo impactado en el bacinete que excluye vía biliar distal sugerente de síndrome de Mirizzi. La RNM con contraste confirma los hallazgos del TC sin poder descartar un CVB. Se realiza laparotomía con hallazgo de una masa de la vesícula biliar de aspecto tumoral que compromete el confluente biliar y la arteria hepática derecha. Las biopsias por congelación resultan negativas. Concordante con la sospecha clínica de CVB localmente avanzado y RHF insuficiente se realiza hepaticoyeyunoanastomosis al conducto hepático izquierdo y un mini ALPPS modificado (transección hepática de 2 cm con embolización intraoperatoria + ligadura portal). La evolución es favorable con TC a las 48 horas con adecuada embolización portal pero flujo comunicante entre segmento lateral y IV. Se decide manejo ambulatorio. El TC al 7º de postoperatorio muestra crecimiento subóptimo del RHF, por lo que se completa la transección hepática del segmento lateral. El TC de control muestra un RHF de 500cc y se completó la trisectorectomía derecha. La evolución es favorable, con alta al 8º de postoperatorio. La biopsia definitiva confirma un CVB bien diferenciado con 0/13 ganglios (pT3N0M0). La paciente se encuentra en quimioterapia adyuvante con esquema BilCap, sin evidencia de recurrencias.

CONCLUSIÓN: El ALPPS es una técnica que en casos seleccionados puede aplicarse a pacientes con CVB localmente avanzado en los cuales primariamente no cumplan criterios para resecabilidad en un tiempo.

NEOPLASIA PAPILAR MUCINOSA INTRADUCTAL DE LA VÍA BILIAR (IPMN-B) UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA QUE REQUIERE HEPATECTOMÍA Y RESECCIÓN DE VÍA BILIAR.

J. Rojas, C. Muñoz

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca. Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule.

INTRODUCCIÓN: El tumor papilar mucinoso intraductal de la vía biliar (IPMN-B) es un tumor infrecuente que se forma en el epitelio biliar y que corresponde a una lesión preneoplásica caracterizada por la producción de mucina. Tiene similitudes histológicas con el IPMN del conducto pancreático siendo su incidencia variable alrededor del mundo. Está asociado a colelitiasis e infecciones parasitarias de la vía biliar. El tratamiento de elección es la resección completa del tumor que dependerá de la extensión intraductal.

OBJETIVOS: El objetivo de este reporte es presentar la secuencia clínica y el tratamiento de una paciente con IPMN-B de la vía biliar intra (VBIH) y extrahepática (VBEH) que fue manejada en nuestro centro con hepatectomía y resección de la vía biliar.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso. La información utilizada en el reporte se obtuvo de los registros clínicos haciendo énfasis en los detalles de los estudios imagenológicos preoperatorios y los puntos críticos de intraoperatorio con registros de la ecografía y el procedimiento quirúrgico. El reporte se realiza de acuerdo a las recomendaciones publicadas para este diseño. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para su reporte.

RESULTADO: Femenina de 66 años con historia de dolor en hipocondrio derecho, prurito, ictericia y coluria intermitente. En laboratorio presenta Bilirrubina total 7,6 mg/dl, Fosfatadas Alcalinas 561 U/l, Ca 19-9 19.1 U/ml. La ecografía abdominal evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática, sin hepatolitis con atrofia de lóbulo hepático izquierdo (LHI). La RNM con contraste confirma la atrofia de lóbulo hepático izquierdo, dilatación de VBIH izquierda sin factor obstructivo evidente con dilatación de VBEH destacando focos aislados de restricción en conducto hepático izquierdo. Se decide realizar hepatectomía izquierda con colecistectomía y resección de vía biliar común e izquierda con reconstrucción con hepático-yeyuno anastomosis a dos conductos derechos mediante laparotomía. Biopsia rápida informa bordes negativos de sección y hallazgos concordantes con IPMN-B de bajo grado. La Biopsia diferida confirma IPMN-B de bajo grado confinada a conducto hepático izquierdo de 3 x 2 cms de longitud con bordes quirúrgicos negativos. La evolución postoperatoria fue favorable y sin complicaciones. Actualmente la paciente se encuentra en controles periódicos y asintomática.

CONCLUSIÓN: El IPMN-B corresponde a un tumor infrecuente de la vía biliar y una causa poco frecuente de ictericia obstructiva que debe estar en los diagnósticos diferenciales dado que su diagnóstico y tratamiento oportuno mejoran el pronóstico de la enfermedad.

HEPATECTOMÍA IZQUIERDA AMPLIADA LAPAROSCÓPICA EN HÍGADO CIRRÓTICO POR HEPATOCARCINOMA (HCC) FUERA DE CRITERIOS DE MILÁN

C. Muñoz, J. Rojas, F. Pizarro, MJ, Chacón

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca. Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule. Servicio de Radiología. Hospital Regional de Talca. Hepatología. Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN: El Hepatocarcinoma (HCC) es el tumor hepático primario más frecuente del hígado. El 90% de los HCC ocurre en pacientes con hepatopatía crónica y/o cirrosis, siendo la hepatectomía el tratamiento de elección en pacientes con HCC resecable, en tanto que, el trasplante hepático es la recomendación en quienes cumplen criterios de Milán.

OBJETIVOS: El objetivo de este video, es comunicar la técnica quirúrgica y los resultados perioperatorios de un paciente con cirrosis hepática y HCC fuera de criterios de Milán en quien se realizó una hepatectomía izquierda extendida por laparoscópica siguiendo las recomendaciones del Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC).

CONTENIDO DE VIDEO: Video de alta definición. Se realiza la presentación del estudio preoperatorio, las imágenes del TC y RNM con contraste. El video muestra la técnica quirúrgica empleada haciendo énfasis en: ecografía laparoscópica, la utilización de fluorescencia con Verde de Indocianina (ICG), la transección hepática con Sonisicion y Aspirador Ultrasónico, la técnica del Pringle durante la transección y el control de la complicación postoperatorias. Se obtuvo el consentimiento informado para su presentación. Femenina de 54 años, con antecedentes de DM2, HTA y dislipidemia, consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho. Se inicia estudio realizando TC con contraste evidenciando 2 lesiones características de HCC en segmento IVA de 55mm y otra en segmento V de 40mm. Se realiza RNM con contraste que confirma los hallazgos previos. La endoscopia digestiva alta no presenta varices esofágicas y el Gradiente Portal es de 11mmHg. Se decide realizar hepatectomía laparoscópica. En la intervención quirúrgica se realiza movilización hepática y control vascular. La ecografía intraoperatoria confirma el compromiso del pedículo del segmento V. Se completa la disección del pedículo y se administran 5mg de ICG. Se realiza transección hepática usando Sonisicion y aspirador ultrasonico. Al completar la transección se realiza extracción de la pieza por incisión de Pfannestiel. Paciente evoluciona satisfactoriamente en postoperatorio con realimentación y deambulación precoz, sin compromiso de la función hepática. Se decide alta al 4º día de postoperatorio. La biopsia definitiva confirma hepatocarcinoma bien diferenciado multifocal de 70mm y 35mm con bordes quirúrgicos libres y sin invasión vascular. La paciente continua en controles ambulatorios sin evidencias de recurrencia.

ASCARIASIS BILIAR. REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES

David Gálvez, Marcos Mora, Marcela Puente, Lissette Leiva

Hospital Clínico de Magallanes - Universidad de Magallanes

INTRODUCCIÓN: *Ascaris lumbricoides* es el parásito causante de la gran mayoría de las ascariasis en el ser humano. En Chile existe una prevalencia de 16.8%. Su presencia se asocia a países en vías de desarrollo donde existe pobreza, menores niveles de saneamiento y bajo nivel educacional. Los humanos se contagian vía fecal-oral al ingerir alimentos o agua contaminada por huevos maduros o larvados. Su infección puede provocar manifestaciones clínicas a nivel pulmonar, hepatobiliar, pancreática y/o intestinal. La ascariasis biliar es más frecuente en mujeres con una proporción 3:1.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente femenina que consultó a la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico de Magallanes por cuadro de dolor abdominal secundario a infestación por *Ascaris lumbricoides* en vía biliar. Además, revisar las opciones actuales de tratamiento de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 61 años sin patologías crónicas con antecedente de colecistectomía y CPRE. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por dolor en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio y dorso, tipo cólico, destacando sensibilidad abdominal al examen físico. TC de abdomen y pelvis muestra dilatación de la vía biliar sin causa evidente. CRNM informa aerobilia y dilatación de la vía biliar sin coledocolitiasis ni estenosis, con cuerpo extraño intra coledociano. Por alta sospecha de ascariasis se decide realizar CPRE confirmando cuerpo extraño intracoledociano, se realizó papilotomía sin lograr extracción. Ecotomografía abdominal posterior a CPRE informa persistencia de nemátodo en vía biliar. Se administra Albendazol y se lleva a cabo exploración laparoscópica de la vía biliar, realizando coledocotomía y lavado sin salida de contenido patológico. Luego de 2 días se tamiza en deposiciones la presencia de un ejemplar de *Ascaris lumbricoides* adulto de aproximadamente 20 cm de largo.

RESULTADO: La ascariasis debe sospecharse como diagnóstico diferencial ante pacientes con síntomas de obstrucción biliar. La ecografía abdominal es el método diagnóstico de elección, sin embargo, la CRNM es el método ideal debido a su alto rendimiento. El tratamiento puede ser médico, endoscópico o quirúrgico. La cirugía puede ser abierta o por vía laparoscópica y está indicada en casos en que falla el tratamiento médico y/o endoscópico o ante complicaciones con deterioro clínico.

CONCLUSIÓN: A pesar de su baja prevalencia, la ascariasis biliar debe tenerse en cuenta como etiología de obstrucción de la vía biliar, sobre todo en zonas rurales del país. Su cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento debe ser conocido por el cirujano general.

EXPERIENCIA DE 14 AÑOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON CARCINOMA HEPATOCELULAR EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Deycies Gaete Letelier, Alexandre Saure Maritano, Hanns Lembach Jahnsen, Omar Orellana Espinoza, Carlos Mandiola Bunster, Juan Carlos Diaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El Carcinoma Hepatocelular (CHC) es el tumor primario del hígado más frecuente, con un 75% de los casos. El principal factor de riesgo es el daño hepático crónico (DHC). A nivel mundial ocupa el sexto lugar entre todos los cánceres. El Trasplante Hepático (TH) es el mejor tratamiento en estadios tempranos, alcanzando entre el 15 al 50% de las indicaciones.

OBJETIVOS: Describir las características y resultados de los pacientes trasplantados por CHC en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de seguimiento prospectivo de una cohorte de 100 pacientes con CHC tratados con TH de donante cadavérico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2006 y 2020, el diagnóstico de CHC se basa en el análisis del Explante. Se analizan las características clínicas, del perioperatorio y los resultados a largo plazo. Todos los datos se obtienen de la Ficha Clínica electrónica. Las variables categóricas se describen como porcentajes y las variables continuas como medianas y rangos.

RESULTADO: Del periodo estudiado, un 29% de los TH fue por CHC. Se logra seguimiento del 100% de la cohorte con mediana de 57 meses. La edad e IMC mediano fueron 62 años y 27,6 kg/m² respectivamente, con 71% de hombres. Las principales causas de DHC fueron; Esteatohepatitis No Alcohólica (EHNA) (47%), Virus Hepatitis C o B (23%) y Alcohol (11%). En el 21% de los pacientes el diagnóstico de CHC fue incidental en el explante. El tiempo mediano en lista fue 11 meses. Un 86% (68/79) de los pacientes con diagnóstico imagenológico de CHC recibieron Terapias Locorregionales (TLR), Dowstaging o Terapia Puente. Las medianas de, MELD sodio, MELD operacional y niveles de Alfa Feto proteína pretrasplantes fueron 16, 26 y 4,84 ng/ml respectivamente. Dentro de los 90 días postoperatorios el 21% no tuvo complicaciones, el 8% y 28%, tuvieron Clavien Dindo III y IV, con una mortalidad del 5%. En cuanto a los días de hospitalización la mediana fue 17 y en Unidad de Cuidados Intensivos 4. Durante el seguimiento hubo recidiva del injerto en 8% de los pacientes, diagnosticándose la mitad de los casos antes de los 8 meses post trasplante. La Sobrevida Global a 5 años fue de 72% [IC95% 61%-81%] y la mediana de 8 años.

CONCLUSIÓN: Los resultados locales de 14 años de TH en CHC muestran sobrevida global a 5 años sobre 70% y tasa de recidiva del 8% a más de 5 años de seguimiento.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS A LARGO PLAZO EN TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON CARCINOMA HEPATOCELULAR DENTRO Y FUERA DE LOS CRITERIOS DE MILÁN

Deycies Gaete Letelier, Alexandre Saure Maritano, Hanns Lembach Jahnsen, Omar Orellana Espinoza, Carlos Mandiola Bunster, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: En 1996 Mazzaferro estableció los Criterios de Milán (CM) para los pacientes con Carcinoma Hepatocelular (CHC) en etapa temprana candidatos a Trasplante Hepático (TH), resultando en sobrevividas a 5 años de 75% y tasas de recurrencia <10-15%. Actualmente se ha demostrado que criterios expandidos de Milán podrían lograr resultados comparables a trasplantes dentro de ellos.

OBJETIVOS: Compara la supervivencia y recidiva de los pacientes de nuestro centro trasplantados por CHC dentro y fuera de Milán.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo de 100 pacientes con TH de donante cadavérico y diagnóstico de CHC en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2006 y 2020. La clasificación como dentro y fuera de Milán se basa en el Explante. Se analizan características clínicas, histológicas y los resultados a largo plazo. Los datos se obtienen de la Ficha Clínica electrónica. Las variables categóricas se describen como porcentajes y las continuas como medianas. Se utilizan el Método de Kaplan-Meier y test log-rank para el análisis de la supervivencia. Se considera significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Seguimiento del 100% con mediana de 57 meses. En el 13% hay lesiones 100% necróticas, todos ellos recibieron Terapia Locorregional (TLR) previa al trasplante. Para los grupos se consideran los pacientes con lesiones viables, 29% fuera de los CM (FCM) y 71% dentro de Milán (DCM). La edad mediana fue 62 años, con 71% de hombres. Las causas fueron; Esteatohepatitis No Alcohólica (EHNA) (47%), Virus Hepatitis C o B (23%) y Alcohol (11%). No hubo diferencias significativas entre las características basales (edad, sexo, IMC, puntajes Child, MELD real y operacional pre-TH, y tiempo enlistado). El 72% de FCM recibió TLR versus el 60% de DCM ($p=0,333$). En el explante las medianas del número de lesiones y el diámetro de la lesión mayor fueron 1 y 25 mm, respectivamente. No hubo diferencias en el grado de diferenciación (bien a moderadamente diferenciado 92% versus 88%, DCM y FCM respectivamente, $p=0,684$). La permeabilidad linfovascular fue mayor FCM respecto DCM (44% versus 21%, $p=0,037$). La Supervivencia Global a 5 años fue 72% [IC95% 61%-81%], con diferencias entre los grupos (DCM 74% [IC95% 58%-85%] y FCM 62% [IC95% 40%-78%], $p=0,0167$). Las Tasas de recidiva fueron 3% DCM y 24% FCM ($p=0,008$).

CONCLUSIÓN: En los trasplantados por CHC de nuestra cohorte hay diferencias significativas en la supervivencia a 5 años y tasa de recurrencia entre aquellos dentro y fuera de los CM.

EXPERIENCIA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATOCARCINOMA MÁS ALLÁ DE LOS CRITERIOS DE MILÁN EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Deycies Gaete Letelier, Alexandre Saure Maritano, Hanns Lembach Jahnsen, Omar Orellana Espinoza, Carlos Mandiola Bunster, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El Trasplante Hepático (TH) es el tratamiento de elección en paciente con Carcinoma Hepatocelular (CHC) inicial. Tradicionalmente, los Criterios de Milán (CM) se utilizan para seleccionar a quienes más se benefician. Actualmente, se sugiere que una expansión de los CM podría lograr resultados comparables a los trasplantados dentro de Milán.

OBJETIVOS: Describir los resultados de los pacientes con CHC trasplantados fuera de los criterios de Milán.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte prospectiva de 25 pacientes con CHC sometidos a TH de donante cadavérico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 2006 y el 2020, que según las características del explante están fuera de los CM. Se analizan variables clínicas, imagenológicas e histológicas y los resultados a largo plazo. Los datos se obtienen de la Ficha Clínica electrónica. Las variables categóricas se describen en porcentajes y las continuas en medianas, se comparan con test de Fisher y test no paramétrico de datos emparejados. Se utiliza el Método de Kaplan-Meier y Test Log rank. Significancia establecida con $p < 0,05$.

RESULTADO: Seguimiento del 100% con una mediana de 59 meses. La edad fue 61 años, con 72% de sexo masculino. Las principales causas de Daño Hepático Crónico son; Esteatohepatitis no Alcohólica (48%), Virus Hepatitis B o C (32%) y alcohol (8%). La mediana de tiempo en lista fue 9 meses. El 20% corresponde a un hallazgo incidental del explante. El 80% recibió al menos una modalidad de Terapia locorregional (TLR). Al comparar las características morfológicas y el nivel de AFP pre y post TLR no hay diferencias significativas ($p > 0,05$). Previo al TH el 62% está dentro de los CM según las imágenes. En cuanto a los hallazgos del explante, las medianas del número de lesiones y del diámetro de la lesión mayor son 4 y 43 mm respectivamente. Un 12% de los CHC son poco diferenciados y un 44% presenta permeación linfovascular (LV). La supervivencia a 5 años fue 62% [IC95% 40%-78%] y a los 10 años de 18% [IC95% 3%-43%], con una mediana de 7 años. La recidiva tumoral se presentó en el 24%. La mediana de supervivencia con recidiva fue 1,8 años versus sin recidiva de 7,6 años ($p = 0,000$). Las variables asociadas a la recidiva son; pobre diferenciación histológica y permeación LV positiva ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte de pacientes, la supervivencia global a 5 años de los pacientes trasplantados fuera de los CM fue >60%.

TUMOR NEUROENDOCRINO PRIMARIO HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cristian Gallegos C, Jean Phillipe Bachler, Lorenzo Gonzalez P, Mauricio Coronado C.

Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos son un grupo heterogéneo de tumores que se definen como neoplasias epiteliales con diferenciación neuroendocrina. Aunque su localización más frecuente es tracto gastroenteropancreático este tipo de neoplasias pueden surgir en cualquier parte del cuerpo. A pesar de lo anterior los tumores neuroendocrinos primarios hepáticos (TNEPH) son extremadamente raros, constituyendo el 0.3% de todos los TNE. Desde la descripción por Edmonson et al. en 1958, se han reportado pocos casos nuevos en la literatura. Presentamos un nuevo reporte de este extraño tumor.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con un TNEPH y una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: : Paciente de 50 años, consulta por dolor abdominal y baja de peso de 1 año. Se realiza TC que muestra masa sólida hepática derecha sugerente de hepatocarcinoma. Se complementa con RM que sugiere hepatocarcinoma variante fibrolamelar. Se realiza punción bajo TC que informa lesión con características de hiperplasia nodular focal por lo que se decide seguimiento. A las 6 semanas reingresa con clínica similar y fiebre. Nueva TC informa que lesión sugerente de hepatocarcinoma ha aumentado de tamaño con compresión de estructuras adyacentes. Se realiza laparoscopia exploradora para biopsia que es nuevamente informada como hiperplasia nodular focal. Dado síntomas persistentes, episodios febriles y mala calidad de vida se decide resolución quirúrgica.

RESULTADO: Se realiza hepatectomía derecha ampliada, sin mayores incidentes. Evoluciona con fuga biliar de bajo débito, bien conducida y que cierra de forma espontánea. Biopsia de pieza operatoria informa: Tumor neuroendocrino bien diferenciado G2. Atipia celular leve 18 mitosis por campo. Invasión angiolinfática y perineural presente. Tamaño tumoral 21 x 17 x 12 cm. Cromogranina A (+++) difuso en células tumorales. Sinaptofisina (+++) difuso en células tumorales. CK7 (-). CK20 (-). Ki67 (+) 20%. De forma diferida se realiza estudio de tumor primario con PET, endoscopia y colonoscopia sin hallazgos significativos, siendo catalogado como primario hepático.

CONCLUSIÓN: Los TNEPH son lesiones extremadamente raras, sin predilección por sexos y con una media de presentación de 50 años. A pesar del increíble avance en métodos diagnósticos, histopatológicos e imagenológicos sigue siendo un desafío clínico poder determinar de manera pre operatoria la etiología real de estas masas. La sintomatología es inespecífica o a veces determinada por el tamaño tumoral y compresión secundaria que produce. Por lo tanto, los tumores neuroendocrinos, deben ser considerado como un diagnostico diferencial en el abordaje diagnostico de nódulos hepáticos.

USO DE RADIOFRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOMAS HEPÁTICOS GIGANTES: EXPERIENCIA INICIAL

Cristian Astudillo, Francisco Riquelme, Sebastián Seitz, Catalina Catán, Mario Uribe , Julio Nuñez, Marco Salazar, Sebastian Uribe-Echevarria, Jorge Muñoz, Boris Marinkovic, Felipe Catán

Servicio de cirugía Hospital El Salvador

INTRODUCCIÓN: Los hemangiomas hepáticos gigantes (HHG) son aquellos que superan los 5 cm de diámetro. Habitualmente son asintomáticos, pero ocasionalmente generan dolor o presentan riesgo de complicaciones, requiriendo tratamiento. La cirugía del HHG consiste en resecciones hepáticas segmentarias o hepatectomías mayores con morbilidad hasta 25% y mortalidad cercana al 3%. Por ello, se proponen nuevas terapias. La radiofrecuencia se ha usado con éxito en el tratamiento de HHG principalmente en países orientales.

OBJETIVOS: El objetivo es presentar la primera experiencia sudamericana en el tratamiento de HHG con radiofrecuencia evaluando resultados clínicos, imagenológicos, complicaciones y estadía hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio prospectivo no randomizado descriptivo que incluyó todos los pacientes con HHG sintomáticos presentados al comité de tumores hepáticos del Hospital del Salvador entre 2016-2021 en los que se definió la necesidad de tratamiento, no se excluyeron pacientes. Se registraron datos personales, antecedentes, tamaño del hemangioma, indicación quirúrgica, tiempo operatorio, número de ciclos de radiofrecuencia, complicaciones, días de hospitalización, resultados y seguimiento clínico y tomográfico. En todos se realizó laparoscopia, con ecografía intraoperatoria y aplicaciones de radiofrecuencia de 12 minutos con agujas cooltip de 3 cm, asociado en algunos casos a maniobra de Pringle intermitente para aumentar área de necrosis. Se registró evolución con controles clínicos y tomografía computada al mes de la cirugía, registrando cambios ocurridos en la lesión tratada y seguimiento cada 6 meses.

RESULTADO: Se realizó radiofrecuencia a 4 pacientes con edad promedio de 49,7 años, todas de sexo femenino y con dolor persistente como indicación de tratamiento. El promedio de tamaño de los HHG fue 10,2 cm de diámetro mayor. El tiempo quirúrgico promedio fue 145 minutos. El promedio de aplicaciones fue 6 por paciente (rango 4-10) y el promedio de hospitalización fue de 2 días (rango 1-3). En 3 de los pacientes se logró destrucción completa del HHG con ausencia de irrigación de la lesión en la tomografía y en 1 se produjo necrosis parcial con disminución del volumen del hemangioma a 52% del volumen inicial. Todos los pacientes presentaron desaparición del dolor abdominal en el seguimiento posterior a 30 días, sin complicaciones en ningún caso, con un seguimiento promedio de 2,5 años sin revascularización o crecimiento de la lesión.

CONCLUSIÓN: La radiofrecuencia permite tratar HHG sintomáticos logrando desaparición del dolor y la destrucción total o parcial de la lesión, de forma mínimamente invasiva, con hospitalización breve y sin complicaciones.

COLANGITIS AGUDA EN PACIENTES CON COLECISTO-COLEDOCOLITIASIS. ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO QUIRÚRGICO LAPAROENDOSCÓPICO EN UNO O DOS TIEMPOS OPERATORIOS

Ana M. Hudson C, Felipe Farfán F, Marco Salazar C, Felipe Catán G, Cristian Astudillo D, Sebastián Uribe-Echavarría, Luis F. Puelma C, Jorge Muñoz S, Francisco Riquelme M

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: La colangitis aguda es una emergencia gastrointestinal que requiere rápido diagnóstico y tratamiento, cuya causa más frecuente es la coledocolitiasis. En Chile es relevante dada la alta prevalencia de colelitiasis (30% en mujeres y 13% en hombres) y coledocolitiasis (10-18% de las colelitiasis). El tratamiento estándar de la colangitis es descompresión de la vía biliar a través de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y luego la colecistectomía laparoscópica (CL) en un segundo tiempo. Hay múltiples estudios que avalan la resolución de la colecisto-coledocolitiasis en un solo tiempo quirúrgico (cirugía laparoendoscópica: CL y CPRE en el mismo tiempo) por sobre el manejo en dos tiempos; sin embargo, no existe esta comparación para casos con colangitis aguda.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es comparar la morbilidad y estadía hospitalaria en pacientes con colangitis aguda leve y moderada secundaria a colecisto-coledocolitiasis, sometidos a colecistectomía laparoendoscópica en un tiempo versus en dos tiempos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se analizó una base de datos de pacientes adultos sometidos a una CL y una CPRE durante la misma admisión a nuestra institución, desde el 01 enero 2010 hasta el 31 de diciembre 2020. Fueron incluidos pacientes electivos y de urgencias, que cumplieran con los criterios diagnósticos de colangitis aguda leve a moderada (Clasificación de Tokio) secundaria a colecisto-coledocolitiasis. Se excluyeron pacientes con colangitis grave, colangitis de origen no litiásico, CPRE sin colecistectomía, colecistectomía en otra admisión, colecistectomía abierta y exploración laparoscópica o abierta de vía biliar programada. Objetivo primario: estadía hospitalaria. Objetivos secundarios: tasa de morbilidad, mortalidad, limpieza de vía biliar, instalación de prótesis biliar y conversión a cirugía abierta. Se identificaron 103 pacientes y se compararon dos grupos: grupo-A (59 pacientes), tratados con cirugía laparoendoscópica en un tiempo; y grupo-B (44 pacientes), tratados con CPRE para descomprimir la vía biliar y, en un segundo tiempo quirúrgico, con una CL. Se utilizó test chi cuadrado para variables categóricas y t-student para variables continuas; la significancia estadística se consideró con valor $p \leq 0.05$.

RESULTADO: No hubo diferencias en morbilidad quirúrgica a 30 días (grupo-A: 4/59 (6.8%); grupo-B: 5/44 (11.3%), $p=0.4$), ni mortalidad (grupo-A 1/59 pacientes (1.6%); grupo-B 1/44 pacientes (2.3%), $p=0.8$). El grupo-A tuvo una estadía hospitalaria significativamente más corta que en el grupo B (grupo A: 9 días (± 9); grupo-B: 14 días (± 12), valor $p=0.006$).

CONCLUSIÓN: La cirugía laparoendoscópica en un tiempo es una alternativa segura para el tratamiento de la colangitis secundaria a colecisto-coledocolitiasis, disminuyendo la estadía hospitalaria.

DUODENECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN DE PAPILA POR PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO EN D2 ASOCIADO A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

Sebastian Hurtado C, Gabriela Ochoa S, Eduardo Briceño V

Pontificia universidad catolica de chile

INTRODUCCIÓN: Los tumores duodenales de la 2ª porción duodenal (D2) son una patología desafiante para el cirujano, que habitualmente requieren ser resueltos mediante una pancreatoduodenectomía. La duodenectomía distal es una alternativa quirúrgica para tumores de esta ubicación que no comprometen la papila duodenal, evitando la morbilidad asociada a la pancreatoduodenectomía. Dentro de los tumores duodenales encontramos el pólipo fibroide inflamatorio o pólipo de Vanek, el cual es un tumor benigno de origen mesenquimático poco común, que se encuentra en el duodeno de forma extremadamente infrecuente. Se presenta una paciente con un tumor de D2 en la que se realizó resección mediante duodenectomía distal.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente de alto riesgo quirúrgico, con un tumor duodenal de baja frecuencia, ubicado en D2 inmediatamente distal a la papila que se presentó con hemorragia digestiva alta (HDA) en la que se realizó resección mediante duodenectomía distal.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión del caso clínico desde ficha clínica electrónica y registro quirúrgico. Análisis de la literatura asociada.

RESULTADO: Paciente femenina de 65 años, con antecedentes de cáncer de mama tratado hace 12 años, miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca y en anticoagulación por una fibrilación auricular. En contexto de HDA y anemia severa se realiza una Endoscopia Digestiva alta (EDA) que evidencia una lesión tumoral con signos de sangrado reciente, ubicada en la unión de la segunda y tercera porción duodenal. La biopsia endosonográfica demostró un tumor de origen mesenquimático. A la exploración, se evidencia lesión endofítica ubicada en el borde mesentérico de la unión de D2-D3. Se realiza sección en D2, respetando la papila duodenal que se identifica mediante una guía instalada previamente desde el conducto cóstico. Se realiza reconstrucción con duodenoyeyunoanastomosis en Y de Roux más exclusión pilórica y gastroyeyunoanastomosis para disminuir la severidad de una eventual filtración duodenal. Evoluciona en forma favorable con realimentación progresiva y sin evidencia de filtración. La biopsia definitiva demostró un pólipo fibroide inflamatorio. Este es un tumor benigno de origen mesenquimatoso de extrema baja frecuencia, caracterizado por una proliferación en la submucosa de tejido fibromuscular ricamente vascularizado, con alto contenido de eosinófilos. Se presentan más frecuentemente en el estómago, ubicándose en el duodeno en menos del 1% de los casos.

CONCLUSIÓN: Caso clínico una paciente de alto riesgo quirúrgico, que presenta una patología infrecuente, asociado a hemorragia digestiva alta, en la que fue factible evitar una pancreatoduodenectomía y su morbilidad asociada, mediante una duodenectomía distal.

COLANGITIS SECUNDARIA SÍNDROME DE LEMMEL: REPORTE DE UN CASO

S. Reyes, J. Peña, C. Díaz de Valdés, O. Maldonado.

Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue.

INTRODUCCIÓN: Los cuadros de ictericia obstructiva son consecuencia de disminución o interrupción del flujo de bilis desde la vía biliar y el duodeno, esto puede ser por muchas causas, dentro de las más frecuentes esta la causa biliar (coledocolitiasis), masas pancreáticas, vesiculares o vía biliar, entre otras. Una de las más infrecuentes es el síndrome de Lemmel, que es causado por un divertículo duodenal, estos divertículos se observan en un 5-20% de la población con mayor prevalencia según la edad, el 75% está ubicado periampular y de estos solo el 5% genera síntomas.

OBJETIVOS: Presentar el caso de Colangitis aguda secundaria a síndrome de Lemmel, en ausencia de litiasis y lesiones tumorales.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso, descriptivo y transversal de paciente con diagnóstico de Síndrome de Lemmel. Información obtenida de ficha clínica previo consentimiento informado del paciente.

RESULTADO: Paciente femenina de 70 años. Con antecedentes de hipertensión arterial esencial y diabetes mellitus 2 no insulinoquiriente. Consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal, vómitos y último día se agrega compromiso cualitativo de conciencia. Al ingreso destaca taquicardia, hipotensión, febril, desaturando ambiental, abdomen distendido, mucosas con tinte icterico. Laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios, perfil hepático con patrón colestásico inicial. TAC abdomen y pelvis con contraste: Dilatación de la vía biliar extrahepática llegando a medir 18 mm, sin factor obstructivo evidente. Con diagnóstico de colangitis, se hospitaliza para manejo antibiotico, estudio y eventual ERCP. Se realiza Colangio RNM: Dilatación de vía biliar intra y extrahepática, conducto hepático común de 12,6 mm, sin evidencia de litos en su lumen; En segunda porción del duodeno adyacente a pared medial, en situación periampular, se observa imagen diverticular de 24 mm diámetro. Se confirma diagnóstico de Síndrome. Lemmel, paciente completa hospitalización con manejo conservador con antibiototerapia, volemización y medidas sintomáticas, teniendo respuesta favorable. Actualmente a espera de ERCP y definir conducta terapéutica definitiva por equipo de hepato-biliar.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Lemmel corresponde a una patología poco frecuente de ictericia obstructiva y con poca documentación en la literatura, pero que debe tenerse en cuenta como una posible etiología de esta cuando no existen otros factores evidentes. El diagnóstico y manejo precoz son claves para disminuir complicaciones de carácter grave como en el caso expuesto.

PANCREATITIS RECURRENTE SECUNDARIA A NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL DEL PÁNCREAS (NMIP), REPORTE DE CASO.

C. Díaz de Valdés, J. Peña, S. Reyes, O. Maldonado.

Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue.

INTRODUCCIÓN: La NMIP es un tumor caracterizado por la dilatación del conducto pancreático principal o de sus ramas secundarias, con o sin formación de proyecciones papilares y que se asocia a producción de mucina. Descrito por primera vez en 1982 por Ohashi, corresponde a un 2% de los tumores pancreáticos. Su clínica es inespecífica, siendo lo más frecuente el dolor abdominal (50%), pérdida de peso (43%), diarrea o esteatorrea (22%), o episodios recurrentes de pancreatitis; incluso es cada vez más frecuente el diagnóstico incidental en imágenes. La mayoría se presenta en pacientes mayores y es más frecuente en hombres. El diagnóstico es imagenológico. En general, el tratamiento es quirúrgico por su probabilidad de malignización.

OBJETIVOS: Presentar un caso de un paciente con pancreatitis aguda de etiología infrecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso, descriptivo y transversal de paciente con pancreatitis secundaria por NMIP. Información obtenida de ficha clínica previo consentimiento informado del paciente.

RESULTADO: Hombre de 46 años, sin antecedentes mórbidos, con múltiples consultas en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal. Acude en Octubre 2020 por cuadro de un día de evolución, caracterizado por dolor epigástrico irradiado en faja, asociado a náuseas y vómitos; exámenes séricos muestran parámetros inflamatorios bajos, perfil hepático normal, pero amilasa/lipasa elevadas. Se hospitaliza por pancreatitis aguda y se estudia su etiología. Se descarta hipercalcemia e hipertrigliceridemia. Se realiza ecografía abdominal que muestra leve dilatación de vía extrahepática sin factor obstructivo evidente, vesícula de paredes finas sin imágenes sugerentes de litiasis. Se solicita ColangioRNM ambulatoria que informa leve dilatación del Wirsung de 4 mm, de contornos irregulares en la cola distal y regulares en restantes segmentos del páncreas, asociado a dilatación de conductos periféricos en proceso uncinado y cola, sin lesiones obstructivas, vesícula de pared fina sin cálculos en su lumen, con vía biliar intra y extrahepática fina; compatible con NMIP. Consulta nuevamente en Febrero y Noviembre de 2021 en donde se diagnostica pancreatitis aguda y se vuelve a descartar otras causas, actualmente en espera de resolución por equipo de cirugía hepatobiliar.

CONCLUSIÓN: En nuestro país, la principal causa de pancreatitis aguda es la patología biliar (>80%), seguida por el abuso de alcohol. Un bajo porcentaje es secundario a tumores pancreáticos como la NMIP presentada. Si bien es una entidad poco frecuente, su diagnóstico es de gran relevancia por su potencial de malignización, mejorando significativamente el pronóstico con la resección quirúrgica y su posterior seguimiento.

NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA MINIMAMENTE INVASIVA - REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

Stefanie Pantoja, Angel Flores, Jorge León, Jorge Matute V.

HOSPITAL SERVICIO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE

INTRODUCCIÓN: El 20% de las pancreatitis evolucionan a una pancreatitis moderada a severa con necrosis Peri pancreática y fallo multiorgánico, la literatura actual con el manejo multidisciplinario reporta que de estos pacientes el 33% desarrollan una necrosis infectada aumentando la mortalidad entre un 15 a 35% y el 67% de estos sin infección también tienen una mortalidad aproximada del 13%; por lo que el manejo adecuado sigue siendo un gran desafío en centros hospitalarios para mantener un margen de morbo-mortalidad lo mas bajo posible.

OBJETIVOS: Demostrar el beneficio de una intervención quirúrgica mínimamente Invasiva en pacientes con pancreatitis necrotizante grave y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se describe una serie de casos desde marzo del 2021 a junio del 2022 con diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante grave en la UCI del H.L.T, a los que se les realiza el siguiente protocolo: Instalación de 2 drenajes percutaneo guiado bajo ecografía y fluoroscopia, seguido de la dilatación e instalación de una prótesis autoexpansible (esofágica), en la zona con mayor necrosis confirmada, seguido de irrigación continua y posterior necrosectomía trans-prótesis guiada bajo endoscopia y o cámara de laparoscopia.

RESULTADO: De los 4 pacientes sometidos al mismo procedimiento y con la misma técnica: El tercero requirió de ECMO secundaria a SIRS. La morbilidad mas frecuente fue el íleo intestinal seguida de sangrado autolimitado post necrosectomía. Seguimiento post procedimiento es de 15 meses en el primer caso. No se registra mortalidad

CONCLUSIÓN: La intervención mínimamente invasiva para la necrosectomía pancreática en pacientes graves es una opción adecuada con resultados favorables, sin embargo no está exenta de morbilidad y depende de un centro donde existan las herramientas para poder realizarlo.

LESIÓN DE VÍA BILIAR EN LINFOMA NO HODGKIN BILIAR PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO.

Javier Arcos Palominos, Noedvith Rosendi Rangel

Hospital Provincial de Ovalle

INTRODUCCIÓN: El linfoma no Hodgkin biliar extrahepático (EBNHL) es raro, con una prevalencia del 0,6% de los tumores biliares malignos. El linfoma no Hodgkin biliar primario representa el 0,4 % de los linfomas no Hodgkin extraganglionares (LNH), lo que representa aproximadamente el 0,016 % de todos los casos de LNH.

OBJETIVOS: Presentar el caso clínico de un paciente donde se produjo una lesión de vía biliar en un raro caso de Linfoma No Hodgkin biliar primario.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes mórbidos quien ingresa a urgencias por cuadro clínico y laboratorio compatible con pancreatitis aguda leve de origen biliar. Al examen físico, mesomorfo, hemodinamia estable, sin signos de anemia ni sepsis con abdomen blando, sin asimetrías ni masas palpables, doloroso en hemiabdomen superior sin signos de irritación peritoneal. En laboratorios de ingreso destaca perfil hepático alterado con elevación de GOT 241UI/L - GPT 243UI/L, FA 232UI/L y GGT 199U/L, con discreta elevación de bilirrubina directa 1,36mg/dL. Ecotomografía abdominal al ingreso informa vesícula biliar de paredes lisas y regulares con cálculos en su interior con vía biliar normal. Páncreas con leves cambios en la grasa peripancreática.

RESULTADO: Dado evolución médica favorable, se realiza al tercer día de hospitalización colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria electiva, cuyos hallazgos fueron: vesícula en reloj de arena con proceso inflamatorio crónico en relación a cuerpo y bacinete, probable Sd. Mirizzi tipo IV, que al continuar disección laboriosa del lecho vesicular, se advierte salida de bilis a nivel de VB proximal, por lo que se decide convertir a laparotomía de Kocher, confirmando lesión de vía biliar Strasberg E2 a 1 mm de la carina. Dado el contexto y el tipo de lesión se decide colocar drenaje subhepático y se coordina resolución en el mismo centro con Cirujano digestivo del centro derivador más cercano. Al día siguiente se realiza hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux sin incidentes, sin presencia de otras lesiones asociadas (sin compromiso vascular). Al quinto día postoperatorio, se informa como valor crítico resultado de biopsia: Linfoma No Hodgkin que compromete extensamente bacinete, cístico, ganglio cístico y tejido adiposo periférico al bacinete. La etapificación con TC tórax-abdomen-pelvis evidencia masa cervicotorácica (9x7x3,5cm) que rodea los vasos del espacio mediastínico prevascular sin infiltración. Además, nódulos renales bilaterales y pancreáticos hipovasculares, sugerentes de compromiso extranodal de enfermedad linfoproliferativa.

CONCLUSIÓN: Este caso es extremadamente raro, sin embargo, se logró egresar sin complicación quirúrgica asociada y con tratamiento oportuno y precoz del síndrome linfoproliferativo.

SÍNDROME DE MIRIZZI INTRAOPERATORIO, SIN ICTERICIA OBSTRUCTIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carla Bernales Huanca, Rocío Carrasco Villegas, Jorge Navea Moraga y Gabriel Sandoval Silva.

Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile. Escuela de Medicina Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Mirizzi es una complicación crónica poco frecuente en pacientes con Colecistolitiasis, producido por la impactación de un cálculo en el infundíbulo o conducto cístico de la vesícula biliar, el cual genera compresión extrínseca del conducto hepático común, pudiendo llevar al desarrollo de fístula colecistocoledociana hasta íleo biliar. Se caracteriza por no tener signos ni síntomas patognomónicos de la enfermedad, y se ha reportado que la ictericia, fiebre y/o dolor en el cuadrante superior derecho solo está presente en el 44 al 71% de los casos. Esto significa que pacientes sin clínica de colestasis, pueden presentar esta entidad de forma desapercibida, haciendo que el diagnóstico de este síndrome sea un hallazgo incidental en el intraoperatorio.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico sobre hallazgo intraoperatorio de Síndrome de Mirizzi tipo II en una paciente sin ictericia obstructiva.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información de la paciente por medio de su historia clínica, exámenes de laboratorio e imagen, con previa autorización y firma de consentimiento informado.

RESULTADO: Paciente femenino, de 42 años, con antecedentes de obesidad tipo I. Consulta en Urgencia por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas, sin fiebre ni signos de obstrucción de la vía biliar. En exámenes de laboratorio los parámetros inflamatorios y pruebas hepáticas se encuentran en rangos normales. Se realiza ecografía abdominal, que muestra Colecistitis aguda litíásica y vía biliar intra-extrahepática de calibre conservado. Por consiguiente, se procede a realizar intervención quirúrgica, evidenciándose Plastrón Vesicular y Síndrome de Mirizzi tipo II. En base a los hallazgos intraoperatorios descritos, se decide resolución mediante Colecistectomía Subtotal Vía Laparoscópica y Drenaje Jackson Pratt a lecho hepático y muñón de bacinete. Paciente evoluciona favorablemente sin sintomatología, se retira drenaje al quinto día postoperatorio y se decide alta hospitalaria.

CONCLUSIÓN: El Síndrome de Mirizzi es una complicación que generalmente se diagnostica de forma incidental en el intraoperatorio, aumentando el riesgo de lesión de la vía biliar durante la resolución quirúrgica, por lo que se requiere un alto índice de sospecha preoperatorio por parte del cirujano, con el fin de poder planificar de mejor manera una técnica quirúrgica segura y con menor tasas de riesgos. La Colecistectomía Subtotal con extracción de litiasis puede ser una buena alternativa en estos casos.

COLECISTECTOMÍA RADICAL ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL Y NO INCIDENTAL. ESTUDIO COMPARATIVO EN UN CENTRO DE ALTA INCIDENCIA.

C. Muñoz, J. Rojas, G. Sepulveda, S. Sotelo, C. Varela, F. González, C. Marino, M. Orellana, C. Ortega, F. Pizarro, F. Ortega.

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule. Unidad de Radiología. Hospital Regional de Talca Unidad de Oncología. Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN: En el cáncer de vesícula (CVB) incidental y localmente avanzado la Colecistectomía Radical (CR) con resección del lecho de la vesícula biliar (segmentos IVB-V) y linfadenectomía es la cirugía de elección. La CR laparoscópica (CRL) es una alternativa que cuenta con escasas series comparativas con la CR abierta (CRA) y con un breve seguimiento oncológico.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es evaluar los resultados perioperatorios y oncológicos a corto y largo plazo de pacientes sometidos a CRA versus CRL por CVB incidental y no incidental en un centro con alta incidencia de CVB.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte. Se incluyó a todos los pacientes operados con intención curativa mediante una CR por CVB incidental y no incidental en el Hospital Regional de Talca desde el 1 de junio 2014 al 31 de Diciembre 2021. Se excluyeron pacientes con estudio diferido para enfermedad benigna. La selección del abordaje CRA o CRL fue a criterio del cirujano. Se realiza la comparación entre CRA y CRL en diferentes variables quirúrgicas, estadía hospitalaria y seguimiento oncológico. El análisis estadístico descriptivo se realizó con medidas de tendencia central y dispersión, en tanto, que el análisis analítico se realizó con pruebas paramétricas y no paramétricas. Se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. La cohorte tiene 100% de seguimiento. El análisis de supervivencia se efectuó con el método de Kaplan-Meier. El estudio cuenta con Aprobación de Comité de Ética.

RESULTADO: Se intervino a 61 pacientes. 51(83,6%) femenino. La media de edad 62,7 años. 42(68,8%) CVB incidental. 34(57%) laparoscópico (27 incidental y 7 no incidental). 46(75%) corresponden a T2-T3. El sangrado intraoperatorio fue menor en CRL ($p < 0.05$). En tiempo operatorio, recuento ganglionar, peso de la pieza operatoria, extensión del tumor y R0 no hubo diferencia entre CRA vs CRL. La estadía y morbilidad postoperatoria fue menor en CRL ($p < 0.05$). 1(1,7%) paciente falleció posterior a CRA. 39(64%) recibió adyuvancia postoperatoria. Con una mediana de seguimiento de 30 meses: 14(23%) han recurrido de la enfermedad y la sobrevida a 12, 36 y 60 meses es 92%, 74% y 72% respectivamente. CVB incidental y CRL se asociaron a mejor supervivencia. Los pacientes intervenidos con CRL por CVB no incidental parecen tener un mayor beneficio.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio, la CRL tiene algunas ventajas significativas a corto plazo con respecto a la CRA. Los resultados oncológicos a largo plazo sugieren un beneficio de la CRL por sobre la CRA.

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO MULTIFACTORIAL PARA PREDECIR EL RIESGO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN CHILE

César Muñoz (1), Juan Alvarado (2), Fabricio Moisés (2), Héctor Losada (3), Allan Vera (4), Mauricio Almagu (5), Karina Vargas (6), Felix Boekstegers (7), Carol Barahona (7) y Justo Lorenzo (7) en representación del Consorcio EULAT Eradicate GBC (www.SaludVesiculaBiliar.org)

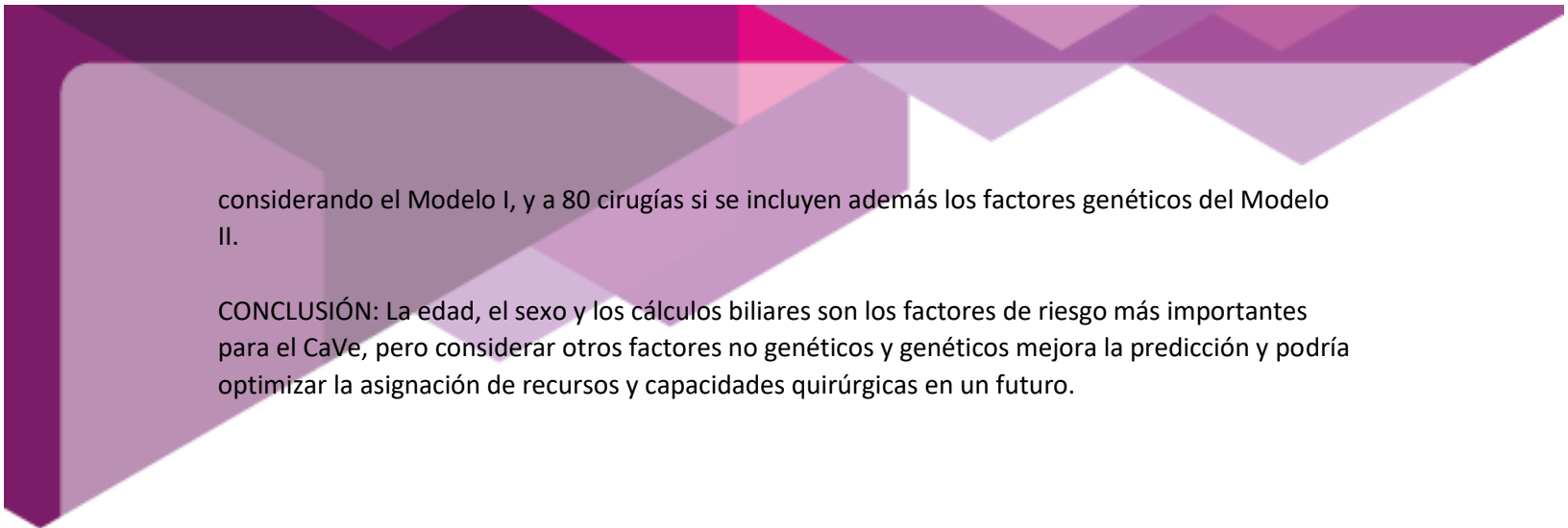
(1) Hospital Regional Dr. César Garavagno Burotto y Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, (2) Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción, (3) Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera, Temuco, (4) Hospital Regional Eduardo Schütz Schroeder, Puerto Montt, (5) Clínica Isamédica, Rancagua, (6) Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani, Arica, (7) Statistical Genetics Research Group, Institute of Medical Biometry, Heidelberg University, Germany

INTRODUCCIÓN: La incidencia por cáncer de vesícula biliar (CaVe) en Chile es de las más altas del mundo. El país está implementando desde 2006 un programa de prevención (Régimen General de Garantías Explícitas en Salud 26; GES26) basado en la resección de la vesícula (colecistectomía) para personas con cálculos de 35-49 años. El GES26 también incluye la detección de cálculos mediante ecografía abdominal en personas con un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m², nivel educacional inferior a 9 años, al menos un apellido Mapuche y mujeres con más de un hijo.

OBJETIVOS: Para examinar posibles mejoras del programa, investigamos la capacidad de los factores incluidos en el GES26, así como de otros factores genéticos y no genéticos, para predecir el riesgo de CaVe.

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio incluyó 2137 controles poblacionales y 473 pacientes con CaVe (el 77% de los cuales fueron diagnosticados con CaVe incidental tras la colecistectomía). Se excluyeron los individuos emparentados o con tasas de genotipado inferiores al 95%. Comparamos tres modelos para predecir correctamente, a la edad de 40 años, si una persona desarrollará CaVe antes de los 70 años. El Modelo de referencia reflejaba la implementación actual del programa GES26 (cálculos biliares, género y año de nacimiento). El Modelo I consideraba además el IMC, nivel educacional, apellidos Mapuche, número de hijos en mujeres y antecedentes familiares de CaVe. El Modelo II consideraba además la variante genética rs17209837, asociada con el riesgo de CaVe en población chilena, y el porcentaje individual de ancestría Mapuche. Mediante la regresión múltiple de Cox, cuantificamos la precisión de cada modelo (área bajo la curva, AUC) y estimamos el número de colecistectomías necesarias para prevenir un caso de CaVe.

RESULTADO: El AUC del Modelo de referencia aumentó en 0,22 (IC-95%: 0,15-0,29) al incorporar los factores del Modelo I, y en 0,25 (IC-95%: 0,20-0,30) al incorporar los factores del Modelo II. Se estimó que son necesarias 115 colecistectomías para prevenir un caso de CaVe antes de los 70 años si sólo se consideran los cálculos biliares. Este número podría reducirse a 92 operaciones



considerando el Modelo I, y a 80 cirugías si se incluyen además los factores genéticos del Modelo II.

CONCLUSIÓN: La edad, el sexo y los cálculos biliares son los factores de riesgo más importantes para el CaVe, pero considerar otros factores no genéticos y genéticos mejora la predicción y podría optimizar la asignación de recursos y capacidades quirúrgicas en un futuro.

QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO CON COMPROMISO PORTAL Y CAVERNOMATOSIS SECUNDARIA. REPORTE DE UN CASO

Matías Orellana Pereira, Cesar Muñoz Castro

Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN: El quiste hidatídico es una enfermedad mundial causada por el parásito *Echinococcus granulosus*. Puede comprometer cualquier órgano del cuerpo, pero más frecuentemente afecta a hígado y pulmón. La presentación clínica es, habitualmente, asintomática y de curso crónico; aunque de haber síntomas, estos son relacionados a la ubicación, tamaño e invasión del quiste. A pesar de que la infestación en el humano comienza por el sistema venoso portal, el compromiso de la vena porta por invasión directa e hipertensión portal con cavernomatosis es extremadamente raro, habiendo muy pocos casos reportados mundialmente; con manejos muy distintos, los que van desde sólo tratamiento médico con albendazol, quirúrgico con periquistectomía, hasta trasplante hepático ortotópico o resección del quiste ex vivo.

OBJETIVOS: El objetivo es reportar el caso de un paciente con hidatidosis hepática, que presentó compromiso portal.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de Caso. La información para realizar este reporte se obtuvo de los registros de la ficha clínica electrónica de nuestro centro, con apoyo en los estudios imagenológicos realizados. Se realizó el reporte siguiendo las recomendaciones publicadas para este diseño. Se obtuvo el consentimiento informado para su presentación.

RESULTADO: Paciente masculino, 47 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de 1 mes de dolor en hipocondrio derecho, irradiado a dorso. El laboratorio evidencia bilirrubina total 0,32, bilirrubina directa 0,18, fosfatasas alcalinas 262, GOT 38,5 y GPT 76,9. La tomografía axial computada mostró múltiples lesiones hepáticas compatibles con quistes hidatídicos, uno de ellos de localización central complicado con probable compromiso a vía biliar, además de signos de hipertensión portal, cavernomatosis de vena porta y esplenomegalia. Se complementó estudio con resonancia nuclear magnética de abdomen con gadolinio, la que mostró invasión de vena porta. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la que descartó el compromiso hacia el árbol biliar, sin imágenes endoluminales. Endoscopía digestiva alta no mostró presencia de várices esofágicas. Dado la evolución asintomática de paciente, sin la presencia de ictericia, se decidió manejo médico con albendazol y control imagenológico posterior.

CONCLUSIÓN: El compromiso portal por hidatidosis hepática es una complicación poco frecuente, pero que puede presentarse en zonas donde dicha enfermedad es endémica.

TRASPLANTE HEPATICO CON DONANTE VIVO EN UN PACIENTE CON FALLA HEPATICA FULMINANTE. REPORTE DE UN CASO

Daniel García, Antonia Pastore, Patricia Rebolledo, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Jorge Martínez, Carlos Benítez, Martín Dib

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El trasplante hepático (TH) es el único tratamiento definitivo en pacientes con falla hepática fulminante (FHF). En Chile dada las bajas tasas de donación, la mortalidad en lista de espera con FHF se ha reportado entre 37-44%. Estudios recientes han demostrado buenos resultados en el trasplante hepático con donante vivo (THDV) en el manejo de los pacientes con FHF.

OBJETIVOS: Se presenta el caso de un paciente con FHF secundario a hepatitis autoinmune, al cual se le realiza un THDV.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de Caso clínico

RESULTADO: Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal epigástrico e ictericia, asociado a compromiso del estado general, náuseas, coluria y acolia. Al examen sin compromiso de conciencia, fiebre ni dificultad respiratoria. Exámenes demuestran bilirrubina total y directa: 22 y 18.8 mg/dL, transaminasas en rango de 800-1000 UI/L e INR: 1,97. En este contexto ingresa con diagnóstico de hepatitis aguda y estudio etiológico sugerente de hepatitis autoinmune. El paciente evoluciona con compromiso de conciencia, asterixis y aumento de INR hasta 2.3, por lo que se decide el traslado a un centro de trasplante. Se realiza evaluación de potenciales donantes vivos, durante la espera de un donante fallecido. Seis días después, se realiza THDV con injerto hepático derecho sin vena hepática media (781g/81kg receptor, tasa peso injerto-receptor 0,96). Anastomosis de vena suprahepática derecha del donante a cava del receptor, porta derecha del donante a principal del receptor, arteria hepática derecha del donante a derecha del receptor. Anastomosis biliar de 2 conductos del donante: conducto derecho posterior a colédoco del receptor y conducto derecho anterior a Y de Roux. Como hallazgo intraoperatorio, se constata una pancreatitis necrohemorrágica del receptor. Evolución del injerto con normalización de pruebas hepáticas, pero desarrolla colecciones peripancreáticas que requieren un aseo quirúrgico por laparoscopia el día 35 posterior a THDV, con instalación de drenajes. Evolución posterior satisfactoria, logrando el alta el día 67 post-trasplante. Seguimiento con sobrevida y adecuada función del injerto a la fecha (24 meses post-trasplante).

CONCLUSIÓN: Este es el primer caso reportado de THDV adulto-adulto para paciente con FHF en Chile. El donante vivo es una alternativa de injerto adecuada en casos seleccionados de pacientes con alto riesgo de mortalidad en lista de espera.

TUMORES MALIGNOS INCIDENTALES EN LA EVALUACIÓN DE POTENCIALES DONANTES VIVOS DE HÍGADO

Daniel García, Patricia Rebolledo, Pilar Domínguez, Ignacio San Francisco, Rolando Rebolledo, Antonia Pastore, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Jorge Martínez, Martin Dib

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El trasplante hepático con donante vivo (THDV) ha sido desarrollado con el objetivo de aumentar la disponibilidad de donantes en regiones con baja tasa de donación. La seguridad del donante es la prioridad por lo que la evaluación preoperatoria y la selección de pacientes es esencial para disminuir los riesgos del donante. Durante la evaluación de potenciales donantes se puede llegar a hallazgos no esperados y en algunos casos muy relevantes para el paciente.

OBJETIVOS: De 130 potenciales donantes evaluados con imágenes entre 2018-2021, se presentan dos casos en donde se encontraron tumores malignos en los potenciales donantes.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de casos clínicos

RESULTADO: Caso 1. Paciente de 31 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos previos, durante la evaluación como potencial donante vivo de hígado, en tomografía computada se evidencia una masa sólida cortical exofítica en el tercio medio del riñón derecho, de 4.8cm en su eje mayor, compatible con carcinoma de células renales. Sin evidencia de diseminación a distancia. Se realiza nefrectomía parcial derecha laparoscópica, sin incidentes. Evolución favorable, dándose de alta al tercer día postoperatorio. Biopsia postoperatoria confirma carcinoma de células renales. Caso 2. Paciente de 45 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos previos, durante evaluación como potencial donante vivo de hígado, en tomografía computada se evidencia tumor en íleon proximal-medio, sugerente de GIST. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia un tumor a 60cm de la válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal del segmento comprometido y entero-enteroanastomosis mecánica, sin incidentes. Evolución favorable, dándose de alta al segundo día postoperatorio. Biopsia conforma GIST.

CONCLUSIÓN: La evaluación de los potenciales donantes en los programas de THDV es esencial para disminuir el riesgo de complicaciones en el donante. Se presentan dos pacientes con tumores malignos incidentales durante la evaluación de potenciales donantes previamente sanos, un 1.5% se beneficiaron de un diagnóstico y tratamiento oportuno de un cáncer incidental.

DISECCIÓN AORTOMESENTÉRICA COMO CAUSA INHABITUAL DE COLANGIOPATÍA ISQUÉMICA: IMPACTO CLÍNICO DE UNA ARTERIA HEPÁTICA DERECHA REEMPLAZADA

Daniel García, Lissette Leiva, Alberto Espino, Patricia Rebolledo, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Jorge Martínez, Martín Dib

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La colangiopatía isquémica (CI) es una lesión focal o extensa de los conductos biliares en forma secundaria a un aporte sanguíneo deficiente. Entre sus causas se encuentra el trasplante hepático (TH) con isquemia y reperfusión, la quimioterapia transarterial y quimioembolización, entre otras. Los pacientes habitualmente se presentan con episodios recurrentes de ictericia, fiebre, dolor abdominal y prurito.

OBJETIVOS: Presentamos un caso inhabitual de colangiopatía isquémica del lóbulo hepático derecho, secundario a disección aortomesentérica.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico.

RESULTADO: Paciente de 48 años, sexo masculino, con antecedente de disección aórtica tipo Stanford A que requirió cirugía. Consulta por cuadro de 3 meses de dolor en hipocondrio derecho, asociado a prurito y náuseas. Exámenes de laboratorio muestran elevación de bilirrubina total (2.38 mg/dL), gamma-glutamyl transferase (1458U/L) y fosfatasa alcalina (552.1 U/L). Angiografía por tomografía computada revela múltiples áreas de estenosis en el lóbulo hepático derecho y la confluencia de los conductos hepáticos. Después de múltiples procedimientos endoscópicos para descartar proceso neoplásico, y optimizar drenaje biliar, el paciente se deriva a cirugía. Revisión anatómica de imágenes al momento de la disección aórtica destaca un flap de disección en la arteria mesentérica superior (AMS) y una arteria hepática derecha (AHD) reemplazada de la AMS. La arteria hepática izquierda (AHI) era reemplazada de la arteria gástrica izquierda, estaba indemne y nunca fue afectada por la disección. Este hallazgo era compatible con diagnóstico de CI del lóbulo hepático derecho secundario a la disección aórtica que comprometió la AMS y la AHD. El paciente se somete a una hepatectomía derecha con resección de vía biliar y reconstrucción con hepaticoyeyunostomía en Y de Roux al conducto hepático izquierdo. El paciente evolucionó en forma favorable con alta el sexto día. Seguimiento a 3 meses sin complicaciones, con lóbulo izquierdo con regeneración normal y sin nuevos episodios de colangitis.

CONCLUSIÓN: La CI es una afección inhabitual, asociado generalmente al TH y causas iatrogénicas. Este es el primer caso descrito como una complicación secundaria a disección aórtica con colangiopatía unilateral que, dada su anatomía, ejemplifica el impacto clínico de las variaciones anatómicas de la arteria hepática en las patologías hepatobiliares.

RESECCION HEPÁTICA EN HEPATOLITIASIS: EXPERIENCIA EN 2 CENTROS DE AMERICA LATINA

Daniel García, Carlo Marino, Fabricio Coelho, Patricia Rebolledo, Pablo Achurra, Gilton Marquez Fonseca, Jaime A.P. Kruger, Eduardo Viñuela, Eduardo Briceño, Luiz Carneiro-D'Albuquerque, Nicolas Jarufe, Jorge Martinez, Paulo Herman, Martin Dib

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Hospital Das Clínicas, São Paulo, Brazil.

INTRODUCCIÓN: Hepatolitiasis (HL) es una enfermedad prevalente en Asia y un número cada vez mayor de casos reportados en América Latina. La resección hepática ha sido propuesta como un tratamiento definitivo de esta patología.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados postoperatorios de las resecciones hepáticas para el tratamiento de la HL en dos grandes centros de referencia en cirugía hepatobiliar en Brasil y Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de pacientes con HL en los que se llevo a cabo resección hepática entre Noviembre de 1986 y Diciembre de 2018, en 2 centros de América Latina en Brasil y Chile.

RESULTADO: En 149 pacientes se realizó resección hepática por HL (72-Chile, 77-Brasil). La edad promedio fue de 49 años y la mayoría fueron mujeres (62,4%). La mayoría tuvo HL sintomática (n=143; 95,6%) y el principal síntoma fue dolor abdominal (58,1%). La localización principal fue en el lóbulo izquierdo (61,7%), lóbulo derecho (24,2%) y bilateral (14,1%). La litiasis bilateral fue asociada a mayor incidencia de colangitis pre y postoperatoria (81%vs.46,9% y 28,6%vs.6,1%, respectivamente), mayor cantidad de anastomosis hepaticoyeyunal (52,4%vs12,5%) y de recurrencia de enfermedad (28,6vs.6,2%). En el 38,9% de los pacientes se realizó una hepatectomía mayor y 14,1% fueron laparoscópicas. La resolución postoperatoria de la litiasis fue del 100%. La morbilidad y mortalidad a 30 días fue de 30,9% y 0,7%, respectivamente. En 2 muestras se reconoció colangiocarcinoma en el análisis histopatológico. En ningún paciente hubo desarrollo de cáncer con mediana de seguimiento de 38 meses [RIQ 14,5-82,5]. 14 pacientes presentaron recurrencia de HL (9,4%).

CONCLUSIÓN: La resección hepática es una alterativa terapéutica de baja mortalidad y alta efectividad para el manejo de esta enfermedad. La HL bilateral fue asociada con mayor riesgo de colangitis perioperatoria, anastomosis biliodigestiva y enfermedad recurrente. La cirugía tiene una excelente tasa de eliminación de litiasis y resultados a largo plazo, con baja tasa de recurrencia y de malignidad.

UTILIDAD DE LA VOLUMETRÍA HEPÁTICA SEMIAUTOMÁTICA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA PARA LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE DONANTE VIVO DE HIGADO

Daniel García, Antonia Pastore, Rodrigo San Martín, Patricia Rebolledo, Pilar Dominguez, Joaquín Hevia, Pablo Achurra, Eduardo Viñuela, Eduardo Briceño, Jorge Martinez, Álvaro Huete, Martin Dib

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El trasplante hepático con donante vivo (THDV) es una técnica quirúrgica 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. La volumetría hepática mediante tomografía computada (VTC) es uno de los pasos más importantes al planificar un THDV.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue determinar la correlación y concordancia entre la VTC y el peso de injerto (PI) en donantes vivos adulto-adulto sometidos a hepatectomía derecha de donante vivo (HDDV)

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de todos los pacientes en los que se realizó una HDDV en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre enero de 2016 y diciembre de 2021. A todos los pacientes se les calculó la VTC y la VTC corregida (VTCc) por un factor de corrección de 1,22 ($VTC/1,22$). Se compararon la VTC y la VTCc con el PI mediante el cálculo de la diferencia de medias, utilizando t de student para muestras pareadas, el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson para evaluar su correlación lineal y la realización del test de Bland-Altman (BA) y el cálculo de coeficiente de correlación intraclass (CCI) para evaluar la concordancia.

RESULTADO: 41 pacientes fueron sometidos a una HDDV, de los cuales solo 36 contaban con una VTC. El promedio de VTC y VTCc fue de $902,7 \pm 162$ cc y $739,9 \pm 132,8$ cc, respectivamente. El promedio de PI fue de $773,8 \pm 126,9$ cc. El promedio del VTC fue significativamente superior al del PI (16.7% de sobre-estimación). Al aplicar el factor de corrección, el promedio del VTCc persistió siendo diferente al del PI (4.4% de sub-estimación). Existió una correlación lineal directa entre el VTC y el PI al calcular el coeficiente de correlación de Pearson ($r=0,796$; $p<0,001$). El CCI mostró una concordancia buena del VTC (0,716) y excelente del VTCc (0,872) para la estimación del peso del injerto. El test de BA mostró una buena concordancia, pero con una tendencia a la sobreestimación en volúmenes mayor a 800cc.

CONCLUSIÓN: El cálculo de la VTC con factor de corrección tiene una buena correlación y concordancia con el peso del injerto obtenido posterior a la HDDV, lo que permite una evaluación precisa del tamaño y peso del injerto para la planificación del THDV.

TRATAMIENTO PUENTE EN PACIENTE CON CARCINOMA HEPATOCELULAR EN ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Deycies Gaete Letelier, Alexandre Saure Maritano, Hanns Lembach Jahnsen, Omar Orellana Espinoza, Carlos Mandiola Bunster, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con Carcinoma Hepatocelular (CHC) enlistados para Trasplante Hepático (TH) progresan debido al tiempo de espera. Para mantenerlos dentro de los criterios de trasplante y evitar abandonos de las listas se utilizan Terapia Locorregionales (TLR) como Puente, entre ellas; Quimioembolización Transarterial (TACE), Ablación por Radiofrecuencia (ARF), ablación percutánea con etanol (APE), etc.

OBJETIVOS: Describir las TLR puente y sus resultados en los pacientes con CHC de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte descriptivo de 62 pacientes con CHC que recibieron TLR Puente en espera del TH en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2006 y 2020. El diagnóstico de CHC fue por Tomografía Computarizada o Resonancia Magnética de Abdomen, según el sistema LI-RADS. Se describen variables clínicas, imagenologías y de resultados. Los datos se obtienen de la Ficha Clínica electrónica. Las variables categóricas están en porcentajes y las continuas en medianas. Se utilizan tests no paramétricos para comparar medianas. Se considera significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Seguimiento de 100% con mediana de 47 meses. La edad fue 62 años, con 69% de hombres. El tiempo mediano enlistado fue 12 meses. Respecto a las modalidades de tratamiento; 47% recibió 2 o más, 26% TACE, 10% ARF, 10% APE, 2% otro, y un 6% fue sometido a resección segmentaria con posterior recurrencia del CHC, por no recibir TLR se excluyen del análisis. Post puente, 46% no tenía lesiones, y, el resto tenía persistencia de las conocidas o nuevas. Al comparar las medianas de diámetro de la lesión mayor y número de lesiones pre y post TLR hubo diferencias significativas (lesión mayor 26 mm y 10,5 mm, respectivamente). La mediana del porcentaje de necrosis del explante fue 40%, sin diferencias según la modalidad ($p=0.2449$), aunque la ARF presenta la mayor mediana con 80% de necrosis y el TACE la más baja con 25%. Hubo 100% necrosis en 9/58 explantes, de ellos 14% recibió modalidad combinada, 13% TACE, 33% ARF y 17% APE, sin diferencias entre ellos ($p=0.692$). No hubo diferencias según modalidad de TLR en cuanto al número de lesiones, al diámetro de la lesión mayor, al grado de diferenciación ni a la clasificación de Milán en el explante. Pero sí hay diferencias en cuanto a la presencia de permeabilidad linfovascular, siendo 16% en modalidades combinadas, 57% con TACE, 0% en ARF y 40% en APE ($p=0.023$).

CONCLUSIÓN: Los pacientes que recibieron Puente no presentaron progresión tumoral mientras esperaban el TH.

LESIÓN DE VÍA BILIAR SECUNDARIA A TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE

Matías Norambuena, Daniel García, Ángela Poblete, Sergio Pacheco

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

INTRODUCCIÓN: La lesión traumática del árbol biliar es infrecuente, siendo aún más rara la lesión aislada de la vía biliar extrahepática llegando a estar presente en el 0,1% de los casos de trauma abdominal, sin embargo es un problema importante ya que se asocia a una alta morbilidad a largo plazo. Existen pocos trabajos en la literatura sobre el manejo y los resultados de la reparación de la lesión de vía biliar extrahepática secundaria a trauma penetrante abdominal.

OBJETIVOS: Presentar un caso de trauma abdominal penetrante por arma blanca en un paciente masculino joven que resulta con una rara lesión de vía biliar extrahepática manejado en un hospital de alta resolutiveidad de Valparaíso y discutir sobre el mejor abordaje quirúrgico de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico y recopilación de datos de la ficha clínica.

RESULTADO: Paciente masculino de 29 años que ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Van Buren tras haber sufrido múltiples lesiones por arma blanca en región dorso-lumbar y precordial, requiriendo toracotomía de urgencias por taponamiento cardíaco. Evoluciona de forma tórpida, presentando al sexto día postoperatorio dolor abdominal difuso, asociado a taquicardia y fiebre. Se realiza una tomografía computada de abdomen y pelvis que muestra abundante líquido libre en cavidad abdominal y en retroperitoneo. Se realizó una laparotomía exploradora que evidenció un biliperitoneo difuso, el colédoco tenía de 5 mm de diámetro con una lesión transfixiante de 3 mm a nivel del colédoco supraduodenal, de aspecto desvitalizado. Sin otras lesiones asociadas en cavidad abdominal. Dado los hallazgos, se decidió realizar resección de segmento de vía biliar comprometida y hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Se dejaron drenajes abdominales. La evolución fue satisfactoria sin complicaciones, por lo cual fue dado de alta al séptimo día postoperatorio. Su seguimiento a veinte meses no muestra estenosis de la anastomosis ni otras complicaciones intraabdominales.

CONCLUSIÓN: Las lesiones traumáticas de la vía biliar son extremadamente infrecuentes. Cuando se presenta en forma aislada, su detección suele ser tardía y manifestándose habitualmente como bilioma o biliperitoneo. La ecografía y la tomografía computada tienen un valor limitado en su diagnóstico siendo la resonancia magnética la imagen de elección para su diagnóstico. La reparación definitiva de estas lesiones es difícil, dependerá de varias condiciones acompañantes, siendo la mejor opción la derivación con una hepaticoyeyuno-anastomosis en Y de Roux.

DUODENO-PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA LAPAROSCÓPICA, TÉCNICA PASO A PASO

Rodrigo Abularach, Francisca Díaz, Cristian Pinto, Rodrigo Vela, Carlos González, Diego González, Felipe Muñoz

Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina Sede Sur, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: La medicina y sus constantes avances tecnológicos han permitido una evolución, tanto en dispositivos de asistencia quirúrgica, como en la técnica quirúrgica misma. La cirugía pancreática no se ha restado de estos avances, desde la primera duodenopancreatectomía descrita por Whipple en 1935, como cirugía en dos tiempos, hasta la publicación de Gardner en 1994, donde comunica la primera duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica. La patología periampular, sigue siendo un desafío para los cirujanos. El uso de la laparoscopia ha permitido mejoras en las cifras de mortalidad, sin embargo, la morbilidad continúa siendo alrededor del 30-40%. El abordaje laparoscópico de la patología pancreatoduodenal ha mostrado avances en la seguridad del paciente, como menor sangrado intraoperatorio, menor estancia hospitalaria y más rápida recuperabilidad laboral. En el siguiente video se presenta la experiencia, paso a paso, de una duodenopancreatectomía cefálica totalmente laparoscópica, realizada en el Hospital Barros Luco Trudeau.

OBJETIVOS: Mostrar el paso a paso de la técnica quirúrgica de la duodeno-pancreatectomía cefálica laparoscópica realizada en el Hospital Barros Luco Trudeau, por el equipo de Cirugía Digestivo Alto.

CONTENIDO DE VIDEO: Técnica quirúrgica de duodeno-pancreatectomía cefálica laparoscópica, paso a pas, con reconstrucción con asa de Child.

NEOPLASIA PSEUDOPAPILAR SÓLIDA DEL PÁNCREAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Roberto Leiva, Rocío Vera, Gabriela Smith, María José Higuera, Omar Orellana, Katrina Lolas

Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La neoplasia pseudopapilar sólida del páncreas (SPN), está dentro de las neoplasias quísticas de páncreas con potencial de malignidad. Constituye menos de un 2% de los tumores pancreáticos exocrinos. El diagnóstico y manejo quirúrgico oportuno otorga un buen pronóstico para los pacientes afectados.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico, incluyendo manejo y desenlace de paciente con el diagnóstico infrecuente de neoplasia pseudopapilar sólida del páncreas, en el Hospital San Juan de Dios, Santiago.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso y literatura

RESULTADO: CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 22 años, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 2 horas de evolución caracterizado por dolor en hemiabdomen superior asociado a náuseas y vómitos, al examen físico sensible a la palpación abdominal, anictérica. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste que informa lesión quística en cuerpo pancreático de 55x50mm sin dilatación del conducto de Wirsung, laboratorio: lipasa y amilasa normales. Se realiza manejo analgésico con buena respuesta y se continúa estudio de manera ambulatoria, clínicamente con dolor intermitente. Resonancia magnética: Lesión quística pancreática compleja, compatible con neoplasia pseudopapilar pancreática. Se realiza pancreatectomía corpóreo-caudal más esplenectomía laparoscópica. En postoperatorio inmediato evoluciona con tendencia a la taquicardia y elevación de parámetros inflamatorios, cuantificación de amilasa en drenaje: 84400 U/L,, compatible con fuga bioquímica, manejándose de forma conservadora, Logra estabilización clínica y de laboratorio luego de una semana. El estudio anatomopatológico informa neoplasia pseudopapilar sólida del páncreas. El estudio inmunohistoquímico revela: Beta-Catenina (+), CD56 (+), CD99 (+) "punteado" paranuclear. Linfonodos negativos, bordes quirúrgicos negativos.

CONCLUSIÓN: Los SPN son tumores pancreáticos infrecuentes, con potencial maligno, el grupo de presentación suele ser en mujeres jóvenes. Aunque la mayoría de los casos se identifican de manera incidental en estudio imagenológico, un menor porcentaje puede expresarse con dolor abdominal, vómitos, e ictericia. El procedimiento más comúnmente reportado para este tumor en la literatura es la pancreatectomía distal con esplenectomía, aunque en casos seleccionados se podría prescindir de la esplenectomía. Luego de la resección quirúrgica, los pacientes generalmente presentan un buen pronóstico, con tasas de supervivencia libre de enfermedad mayores al 95%. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son fístulas pancreáticas e infecciones del sitio quirúrgico (15%). Los factores de mal pronóstico asociados a este tumor son el tamaño >5cm, sexo masculino, presencia de necrosis, atipias celulares, invasión peri-neural o vascular en estructuras adyacentes.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE VESICULAR BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Octavio Cortés, Natalia Valderrama, Constanza Cornejo, María José Higuera, José Manuel Palacios, Katrina Lolas.

Universidad de Chile; Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: El carcinoma neuroendocrino de vesícula biliar (CN-VB) es una de las etiologías más extrañas dentro del conglomerado de cáncer de vesícula biliar (CVB), siendo ésta cercana al 2%. En Chile la incidencia de CVB, al 2016, se estimaba de 9,7 nuevos casos por 100.000 habitantes al año. La presentación clínica inicial del CN-VB suele ser similar a otras etiologías de CVB, las manifestaciones clínicas específicas de síndrome carcinoide se estiman alrededor de 1% de los pacientes afectados .

OBJETIVOS: Describir el contexto clínico y manejo de un paciente con diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de vesícula biliar de alto grado, en el Hospital San Juan de Dios, Santiago.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso y de la literatura.

RESULTADO: Paciente sexo femenino de 35 años, sin antecedentes médicos, consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho, irradiado a dorso y asociado a ictericia, sin criterios clínicos ni de laboratorio para colangitis. Se inicia estudio con ecografía abdominal y colangiografía resonancia magnética, informando lesión vesicular sospechosa de malignidad. Por lo anterior se realiza escáner de tórax, abdomen y pelvis, donde se describe neoplasia de vesícula biliar con múltiples adenopatías en hilio, no pudiendo descartar linfoma. Se decide realizar colecistectomía video laparoscópica y biopsia ganglionar, hallazgos intraoperatorios sin masa vesicular, metástasis hepáticas ni signos sugerentes de carcinomatosis peritoneal. El resultado del estudio anatomopatológico determina carcinoma neuroendocrino de alto grado (Ki67 95 %), ganglio linfático comprometido por carcinoma neuroendocrino, el cual compromete todo el espesor de la pared alcanzando el tejido adiposo circundante. Dado la histología se realiza PET-CT con para completar etapificación, el cual muestra lecho operatorio libre de procesos expansivos, múltiples adenopatías confluentes hipermetabólicas en ligamento hepatoduodenal, gastrohepático y retroperitoneo supra e infrarrenal de aspecto secundario, sin captación a distancia. La paciente completa inicialmente 6 ciclos de quimioterapia (QMT), con nuevo estudio PET-CT que muestra marcada disminución en número y tamaño de adenopatías secundarias. Actualmente se mantiene con QMT hasta progresión y/o toxicidad inaceptable y seguimiento seriado con PET-CT.

CONCLUSIÓN: Es de suma importancia conocer la prevalencia del cáncer de vesícula en Chile, teniendo en cuenta que ocupa el tercer lugar de mortalidad por cáncer en mujeres chilenas. Por otro lado, los tumores neuroendocrinos presentan una prevalencia de 2% de las lesiones tumorales gastrointestinales, pudiendo presentarse manifestaciones clínicas o no según su funcionalidad, por lo que hace relevante la sospecha clínica ante esto para poder solicitar estudio imagenológico y de laboratorio acorde que nos puedan dirigir hacia el diagnóstico y tratamiento oportuno.

TUMOR MUCINOSO HEPÁTICO GIGANTE. UN TUMOR INUSUAL Y DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Carolina Rivas F., Vanessa Maturana M., Gloria Trepát V., Cristian Astorga L., Camilo Zarate L.

Cirugía Digestiva Alta, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La neoplasia mucinosa quística (NMQ), de etiología indeterminada, representa menos del 5% de las enfermedades hepáticas quísticas, con solo 250 casos reportados a nivel de la literatura mundial. Suelen ser hallazgos imagenológicos o presentarse con síntomas abdominales inespecíficos. Son lesiones multiloculadas, compuestas por mucina y rodeados de una cápsula fibrosa densa.

OBJETIVOS: Dada su baja incidencia, el caso aquí presentado, representa un aporte en el manejo y abordaje de un tumor hepático gigante, compatible con una lesión mucinosa, la cual fue resuelta mediante resección quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO: .

RESULTADO: Mujer de 54 años, consulta por masa palpable, a nivel de epigastrio, objetivable al examen físico, sin otros hallazgos. Perfil hepático y marcadores tumorales, sin alteración. Tomografía Computada (TC) abdomen y pelvis informa: voluminosa lesión hepática quística, multiloculada, que ocupa ampliamente el lóbulo hepático izquierdo, pared fina y finos septos internos que realzan con el contraste, compuesta por lóculos de gran tamaño y algunos periféricos subcentimétricos, generando leve dilatación de la vía biliar intrahepática. Colangiografía informa gran masa quística, que se extiende y reemplaza gran parte del lóbulo hepático izquierdo, 19 x 9 x 12 centímetros, con múltiples lóculos y tabiques, sugerente de NMQ. Laparotomía exploratoria, gran masa quística, tabicada, multiloculada, con secreción mucinosa en su interior, que ocupa todo el lóbulo hepático izquierdo. Se realiza hepatectomía izquierda. Biopsia diferida Tumor mucinoso hepático. Evoluciona sin incidentes, de alta.

CONCLUSIÓN: La NMQ representa una entidad de difícil diagnóstico pre operatorio; se presenta con síntomas inespecíficos, puede cursar o no con elevación del perfil hepático, los marcadores tumorales no presentan sensibilidad ni especificidad alta como para discernir entre tumor benigno y maligno, y el patrón imagenológico puede ser idéntico al de una masa con dilatación de las vías biliares o de un quiste unilocular o multilocular con áreas sólidas, lo que dificulta aun mas su diagnóstico. Sumado a esto pese a que conllevan un riesgo bajo de morbilidad tras la resección quirúrgica, hasta un 30% de los casos reportados progresa a carcinoma. Es por esto, que la resección quirúrgica completa, como el caso aquí presentado, representa la alternativa de tratamiento mas adecuada para el manejo de estas lesiones. Por lo tanto, son tumores que representan un desafío para el cirujano, y ante la sospecha, se debe optar por su resección completa por el riesgo de malignización y recidiva.

SÍNDROME DE VENA CAVA INFERIOR E INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA SECUNDARIO A COMPRESIÓN POR QUISTE HEPÁTICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO INÉDITO.

Vanessa Maturana M., Gloria Trepát V., Cristian Astorga L., Camilo Zarate L., Carolina Rivas F.

Cirugía Digestiva Alta, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de vena cava inferior (VCI), secundario a aumento de la presión del territorio venoso que drena la VCI, se caracteriza por edema genital, de extremidades inferiores, y dilatación venosa de la pared abdominal. Entre las causas se puede deber a obstrucción por neoplasias abdominopelvicas o fenómenos tromboticos. El tratamiento e dependerá de su etiología y nivel de obstrucción. Sin embargo, a la fecha, no existen registros etiológicos de este síndrome secundario a compresión por quiste hepático en la literatura.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de un síndrome de vena cava inferior, secundario a compresión por un quiste hepático gigante, drenado.

MATERIAL Y MÉTODO: .

RESULTADO: Paciente de 69 años, masculino, consulta por aumento de perímetro abdominal progresivo y dolor en hipocondrio derecho. Colangiorensonancia informa: dilatación de la vía biliar, secundaria gran quiste hepático que compromete segmento VII y VII. Durante hospitalización paciente evoluciona con disnea, desaturación, taquicardia persistente. Al laboratorio alteración de pruebas de coagulación. Al examen físico presenta ingurgitación yugular, edema escrotal, abdominal y de extremidades inferiores. Estudio con ecocardiograma revela sobrecarga de cavidades derechas, presión de arteria pulmonar de 48 mmHg. Angiotac de tórax informa tromboembolismo pulmonar bilateral. Eco doppler de extremidades inferiores: trombosis venosa profunda infrapoplítea derecha. TAC de abdomen y pelvis informa quiste hepático de 19 cm de diámetro, que condiciona ascenso del hemidiafragma derecho, ascitis, hepatomegalia congestiva y derrame pleural ipsilateral. Sin respuesta a manejo medico de la insuficiencia cardiaca y síndrome de VCI, se realiza drenaje percutáneo del quiste hepático, dando salida a 3900 ml de liquido inicialmente achocolatado, luego seroso, tras lo cual presenta resolución completa de los síntomas.

CONCLUSIÓN: En las series reportadas de la literatura actual, no existe un caso de síndrome de vena cava inferior secundario a compresión por quiste hepático como el aquí presentado. El fenómeno congestivo secundario al gran quitase hepático y disfunción de diversos órganos, se resolvió completamente tras su drenaje. Es por esto que la presentación de este caso, abordaje y manejo vía drenaje percutáneo, con resolución sintomática completa, representa un precedente, con mínima morbimortalidad y complicaciones del mismo, además de un aporte a la practica medica, para la resolución de estos casos a futuro, dejando para un segundo tiempo, la resección quística completa vía quirúrgica, y de esta forma evitar su recurrencia y con esto las complicaciones asociadas.

TÉCNICA ALPPS (ASSOCIATED LIVER PARTITION AND PORTA VEIN LIGATION FOR STAGED HEPATECTOMY) PARA EVITAR LA “DESAPARICIÓN” DE LAS METÁSTASIS DE CÁNCER COLORRECTAL. REPORTE DE CASO.

P. Contreras, G. Ochoa, E. Viñuela, J. Martínez, E. Briceño, M. Dib

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La resección hepática de las metástasis colorrectales es el único tratamiento curativo, pero se encuentra limitada por el futuro remanente hepático (FRH) y el riesgo de desarrollar insuficiencia hepática postoperatoria. La técnica ALPSS (Associated Liverpartition and Porta Vein ligation for staged hepatectomy) se introdujo para aumentar la resecabilidad de tumores hepáticos, acelerando el proceso de regeneración y consiguiendo un FRH seguro. Uno de los desafíos que representa la cirugía de las lesiones bilaterales es la desaparición de las metástasis pequeñas durante el intervalo de quimioterapia.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de ALPPS como tratamiento de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal en un paciente con alto riesgo de desaparición de las metástasis.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha electrónica, revisión de literatura en base de datos Pubmed con términos: “ALPPS”, “hepatectomy”, “liver resection”, “missing metastasis”

RESULTADO: Paciente femenino de 62 años, con diagnóstico en mayo del 2021 de cáncer de sigmoides con metástasis hepáticas bilobares, de 45mm en segmento VII, 33 y 29 mm en segmento III. Completa 6 ciclos de FOLFIRINOX, descenso de C.E.A de 411 a 7, con reducción de tamaño de metástasis. Se realiza Hepatectomía en dos tiempos ALPPS. Primera etapa, en Septiembre del 2021, con resección de cuña segmentos 2, 3, 4 medial y 4 lateral, ligadura de vena porta derecha, y partición del parénquima hepático. Al quinto día postoperatorio se objetiva hipertrofia de remanente hepático izquierdo en TC de abdomen, con aumento de 25 a 35%. A los 7 días postoperatorios se realiza segunda etapa con hepatectomía derecha. Alta al quinto día. Biopsias compatibles con metástasis, con signos de regresión completa, sin evidencia de neoplasia residual. Bordes negativos. Recibe quimioterapia FOLFOX. A los 6 meses se realiza hemicolectomía izquierda, con respuesta completa. En Mayo del 2022, se realiza TC de Tórax, abdomen y pelvis, sin evidencia de recidiva, C.E.A actualmente en 1.7, con evolución favorable.

CONCLUSIÓN: Nuestra paciente presentaba el desafío de tener metástasis que habían disminuido considerablemente de tamaño con el riesgo de desaparecer en el intervalo de una hepatectomía en dos tiempos. Con la técnica ALPPS se logró la resecabilidad y curación de una paciente con alta carga tumoral, sin morbilidad y sin recurrencia precoz.

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA DE ORIGEN BILIAR EN LA POBLACIÓN DE CURANILAHUE DURANTE EL PERIODO 2018-2021 SEGÚN SEXO Y EDAD.

Julián Peña H, Simón Reyes M, Camila Escauriaza R, Giovanni Concha M, Edmundo Peña R.

Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue.

INTRODUCCIÓN: La patología biliar es de las enfermedades más frecuentes en nuestro país, se observa más frecuentemente en mujeres que en hombres y su frecuencia aumenta según la edad en igual medida en ambos sexos. La Colelitiasis da pie a otras presentaciones como la coledocolitiasis, colecistitis y colangitis. Además las pancreatitis, según la literatura anglosajona, tiene una causa biliar aproximada de 32%, pero en la población latinoamericana es superior al 70% y en nuestro país llega en algunos sectores al 80%, estando muy relacionada a la población de origen mapuche.

OBJETIVOS: Describir la patología de origen biliar en la población de Curanilahue, haciendo énfasis en la diferencia de sexo y edad; además determinar el origen la pancreatitis y gravedad en colangitis y colecistitis.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se revisó las fichas de todos los pacientes hospitalizados en el Hospital de Curanilahue y con domicilio en la misma comuna, en el periodo comprendido entre enero 2018 y septiembre 2021, por diagnósticos de colelitiasis, coledocolitiasis, colecistitis aguda, colangitis aguda y pancreatitis aguda.

RESULTADO: Se observó a 526 pacientes, 348 (66%) mujeres y 178 (34%) hombres, Con edades promedio de $49,95 \pm 16,33$ años y $55,88 \pm 17,30$ años, y medianas de 51 y 58 años en mujeres y hombres respectivamente. De las patologías evaluadas, la Colelitiasis se presentó en 191 (74% mujeres y 26% hombres), Coledocolitiasis 57 (77% mujeres y 23% hombres), Colecistitis aguda 84 (64% mujeres y 36% hombres), Colangitis 56 (48% mujeres y 52% hombres), Pancreatitis 138 casos (59% mujeres y 41% hombres). Las causas de pancreatitis, por orden de frecuencia fueron: Biliar 86%, Hipertrigliceridemia 6%, Idiopática 4%, Alcohólica 3%, Fármacos 1% y post-ERCP 1%. Los pacientes hospitalizados por Colecistitis aguda registraron edades promedio de $47,02 \pm 15,49$ años y $54,73 \pm 17,96$ años en mujeres y hombres respectivamente; del total de estos pacientes el 59% fue leve, 38% moderada y 4% severa. En los pacientes hospitalizados por Colangitis aguda, la edad promedio fue de $69,44 \pm 25,86$ años en mujeres y $63,10 \pm 15,56$ años en hombres; siendo en el 31% leve, 46% moderada y 22% severa.

CONCLUSIÓN: En el caso de la pancreatitis, se observó una mayor prevalencia de patología biliar, con predominio y menor edad promedio en mujeres. Además, en la población observada se evidenció que la pancreatitis de origen biliar está por encima de lo observado en literatura. La prueba de Mann-Whitney permite concluir que en el caso de la pancreatitis ($p\text{-valor}=0,0215$), la colecistitis aguda ($p\text{-valor}=0,0417$) y la colelitiasis ($p\text{-valor}=0,0262$), existen diferencias significativas en la edad promedio según sexo de los pacientes, siendo menor en las mujeres.

QUISTECTOMÍA EN QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Sonia Curitol S, Norberto Portillo L, Andrés Troncoso T, Khatalina Muñoz L, Oriel Arias R, Luis Acencio B, Hector Losada M.

Hospital Hernán Henríquez Aravena

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis quística es una zoonosis parasitaria causada por el *Echinococcus granulosus*, siendo la localización hepática la más frecuente. A nivel global carece de importancia epidemiológica, sin embargo, en sitios endémicos de América del Sur como Chile, la prevalencia es de 5 por 100.000 habitantes y en la Región de la Araucanía es de 48 por 100.000 habitantes. Dado estas prevalencias, constituye un serio problema de salud pública.

OBJETIVOS: Describir resultados en términos de morbilidad y mortalidad del tratamiento quirúrgico de quistes hidatídicos hepáticos (QHH) en una serie de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos con seguimiento de pacientes con QHH, sometidos a quistectomía entre 2001 y 2021 en el Hospital Hernan Henríquez Aravena de Temuco. Analizamos datos con Stata® 13.0, mediante medidas de tendencia central y dispersión. Las variables a analizar fueron datos demográficos, resultados quirúrgicos, morbilidad y mortalidad perioperatoria.

RESULTADO: Se incluyeron 485 pacientes, 53,7% de género Masculino, con una edad promedio $45,01 \pm 19,21$ años. 48,25% ingresaron vía urgencias y 51,75% de forma electiva. 18,43% se asoció a ictericia. 82,4% fue diagnosticado por TAC. En su mayoría fue quiste único (72,58%), diámetro de quiste mayor $9,8 \pm 6,4$ cm, predominando en lóbulo hepático derecho (73,12%). 5,58% (n=27) presentaron tránsito hepato-torácico, 3,57% (n=17) absceso hepático, 7,44% (n=36) colangiohidatidosis, 6,4% (n=) ruptura a cavidad abdominal. En su mayoría (93,78%) se realizó quistectomía subtotal como técnica quirúrgica. En un 79,8% se utilizó povidona y en un 10.6% solución hipertónica como escolicida. 27.4% recibió tratamiento con albendazol. Estadía hospitalaria promedio $13,09 \pm 12,83$ días. Morbilidad en 18,93%, con mortalidad 0.62%. El seguimiento con imágenes promedio fue $7,46 \pm 9,12$ meses. Reportamos recidivas del 8,84%, con un 69,76% hepáticos, 20,9% peritoneal y 9,3 pulmonar.

CONCLUSIÓN: Nuestra serie presenta una morbilidad y mortalidad similar a lo reportado en series nacionales e internacionales.

DESARROLLO DE MODELO HEPÁTICO 3D FÍSICO Y DIGITAL INMERSIVO CON VOLUMETRÍA SEMIAUTOMÁTICA

Drs. Claudio Benavides Y.(1,2,3), Rodrigo Torres-Quevedo Q.(1,2), Fabricio Moisan P.(1,2) Ing. Mg Rodrigo Díaz V.(3), Ing. Ivo Kiel A.(3), Dño Ind. Ian Kiel A.(3)

(1)Servicio de cirugía, Hospital Dr. Guillermo Grant B. Concepción, (2) Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, (3) IRIS TECH S.A

INTRODUCCIÓN: Los avances en las ciencias de la computación e informática han permitido trasladar las imágenes médicas habituales al mundo digital, con ello creando data e información creciente cuyo objetivo es ayudar al clínico a la mejor toma de decisiones, disminuyendo la incertidumbre. La cirugía hepática resectiva y de trasplantes representa un proceso en el que interviene el conocimiento acabado de la anatomía, técnicas quirúrgicas y fisiopatología; en especial el remanente funcional hepático del paciente o donante. En este ámbito cobra crucial importancia la Planificación virtual preoperatoria mediante el empleo como insumos las imágenes en formato DICOM de tomografías computadas que mediante el proceso de adquisición, segmentación y reconstrucción tridimensional logra determinar márgenes de resección quirúrgica oncológicas, trayectorias, planos de corte y localización de estructuras de interés en el nuevo escenario virtual.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir el proceso de modelamiento digital hepático e impresión 3D, discutiendo sus beneficios y potenciales desarrollos.

MATERIAL Y MÉTODO: Durante los años 2020 y 2021 miembros del servicio de cirugía del hospital Dr. Guillermo Grant B. en conjunto con IRIS TECH, empresa del área de innovación, en el marco de Proyecto "Desarrollo y validación de entrenamiento clínico con bio modelos hepáticos digitales y materiales", financiado por CORFO- CREA y VALIDA I+D+i se logró convertir la anatomía hepática de pacientes reales, con sus patologías individuales en una plataforma 3D virtual de inmersión, representaciones anatómicas del parénquima hepático, venas, segmentos, neoplasias y otras lesiones.

RESULTADO: Modelo 3D hígado tamaño real impreso con diferentes texturas (simulando parénquima sano y enfermo), dimensiones validadas de un 98,5% de exactitud. Modelo 3D anatomía vascular intra y extrahepática. Modelo realidad virtual inmersivo, con navegación de superficie y endo luminal (venas), dimensiones automáticas en diferentes planos del sistema venoso. Volumetría semiautomática de segmentos y resecciones hepáticas regladas, volumen tumoral y volumen funcional remanente. Generación de informes manuales y/o automáticos con información claves.

CONCLUSIÓN: Al utilizar herramientas informáticas hemos logrado representar fielmente la anatomía quirúrgica de pacientes reales, aportando en la creación de valor para la toma de decisiones en cirugía.

PROCEDIMIENTO DE PUESTOW EN PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA CON LITIASIS DE NOVO: REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL PADRE HURTADO

María Rosario López L., Paul Brenner S., Montserrat Chávez R., Nicolas Palominos L., Felipe Castillo H., Xabier De Aretxabala U.

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad inflamatoria y fibrótica del páncreas, que habitualmente se presenta con dolor abdominal crónico. Su diagnóstico se basa en el hallazgo de calcificaciones pancreáticas, dilatación ductal y atrofia, visualizadas imagenológicamente, por TC y/o RNM. El tratamiento farmacológico controla los síntomas hasta en el 50% de los pacientes, sin embargo, en presencia de obstrucción ductal pancreática de origen litiasico y/o estenosis, estos pueden beneficiarse del drenaje ductal mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o por vía quirúrgica. Dentro de las técnicas quirúrgicas conocidas para la PC, la pancreaticoyeyunostomía longitudinal, también conocida como procedimiento de Puestow modificado es una opción viable. Esta se caracteriza por el drenaje ductal mediante anastomosis latero-lateral, de al menos 10 cm, sin esplenectomía ni pancreatectomía distal. Este tipo de cirugía es de elección cuando existe dilatación del conducto pancreático principal > 7 mm, en ausencia de una masa inflamatoria en la cabeza del páncreas u obstrucción del conducto biliar. Se ha descrito como técnicamente seguro y eficiente, con bajas tasas de morbilidad (20%) y mortalidad operatoria (1%), con tasas de éxito para el alivio del dolor a corto plazo de entre 80 a 85% y a largo plazo entre 70 a 80%.

OBJETIVOS: Mostrar técnica quirúrgica de PC, mediante la presentación de un caso, mostrando enfrentamiento, técnica quirúrgica utilizada y seguimiento de este.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de paciente femenino, con antecedente de colecistectomía por pancreatitis aguda biliar hace 18 años. Evoluciona con dolor abdominal, irradiado a dorso, asociado a esteatorrea. TC de abdomen evidencia atrofia pancreática con calcificaciones parenquimatosas y dilatación del conducto pancreático principal (CPP), sugerentes de pancreatitis crónica. Se confirma por colangio RNM. Inicia manejo médico, sin respuesta. Cuadro evoluciona asociado a elevación de la FA hasta 170. TC de control informa gran calcificación a nivel del proceso unciforme, con dilatación secundaria del CCP y vía biliar. Se decide resolución mediante ERCP, que resulta frustra dado litiasis significativa. Re ingresa para manejo definitivo mediante procedimiento de Puestow modificado. se muestra abordaje quirúrgico desde Introducción en la transcavidad de los epiplones con hallazgo intraoperatorio de páncreas de aspecto atrófico, calcificado, con CCP de 8 mm. de muestra como Se realiza apertura del CCP por cara anterior y posteriormente con confección de pancreato-yeyuno anastomosis latero-lateral isoperistáltica, con instalación de drenaje tubular anterior a anastomosis, sin incidentes. Evolución satisfactoria con remisión total del cuadro a los 2 meses de seguimiento.

OPERACIÓN DE WHIPPLE: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SUR DE CHILE.

Sonia Curitol S., Norberto Portillo L., Andres Troncoso T., Fiorella Bertolotto L., Oriel Arias R., Luis Acencio B., Hector Losada M.

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera

INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía es una cirugía compleja, y corresponde al tratamiento de elección para tumores malignos de cabeza pancreática, ampolla, y vía biliar distal, y se puede realizar para tumores benignos y traumatismo de la cabeza pancreática y el duodeno. Requiere una gran destreza y conocimiento por parte de los cirujanos hepatobiliares debido a la alta morbilidad (40%) asociada a las complicaciones. La mortalidad perioperatoria ha disminuido con los años, siendo actualmente del 1-10% según distintos grupos.

OBJETIVOS: Describir en términos de resultados quirúrgicos, morbilidad y mortalidad de pacientes sometidos a operación de Whipple.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de pacientes sometidos a operación de Whipple abierta con técnica de Blumgart en el Hospital Hernan Henriquez Aravena entre los años 2015 a 2021 realizado por el equipo de cirugía hepatobiliar. Se analizaron datos con Stata® 13.0, mediante medidas de tendencia central y dispersión. Las variables a analizar fueron datos demográficos, resultados quirúrgicos, morbilidad y mortalidad perioperatoria.

RESULTADO: Se incluyeron 52 pacientes, 31 de género femenino y 21 de género masculino, con una edad promedio de 60,5 años $\pm$ 11,8 años. El motivo de consulta más común fue la ictericia (76%), 3 casos fueron por úlcera duodenal perforada, trauma abdominal por arma de fuego y hemorragia digestiva. El tiempo operatorio promedio fue de 351,6 $\pm$ 55,3 minutos. La morbilidad perioperatoria fue de 51.9%, 25% hizo fístula pancreática; 11 tipo B, 2 tipo C. 13,4% requirieron uso de octreotida. 1 paciente evolucionó con pseudoaneurisma de arteria gastroduodenal y 1 con hemorragia, requirieron embolización vía percutánea. 7,6% (n=4) requirieron reintervención. Los días de hospitalización postoperatoria promedio fueron de 17,5 $\pm$ 10 días, con un máximo de 53 días. Mortalidad perioperatoria de 3,8% (n=2). En cuanto a histología 13,4% fue patología benigna, 46% cáncer de papila, 23% colangiocarcinoma distal, y 17,3% cáncer de páncreas. Tamaño tumoral promedio de 3,6 cm. 82,9% Adenocarcinoma.

CONCLUSIÓN: La morbilidad en nuestra serie de casos es mayor que lo reportado en la literatura, sin embargo, no influye en el aumento de la mortalidad asociada directamente a la cirugía. La complicación más frecuente fue fístula pancreática, por lo que se deben realizar estudios posteriores que analicen variables que permitan valorar la experiencia del cirujano, volumen de cirugías, y técnicas quirúrgicas que permitan minimizar el porcentaje de complicaciones.

RESECCIONES HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA. LA EVOLUCIÓN DESDE UNA CIRUGÍA ESPORADICA A LAS HEPATECTOMÍA COMPLEJAS POR LAPAROSCOPIA

C. Muñoz, J. Rojas, G. Sepulveda, S. Sotelo, C. Varela, F. González, C. Marino, M. Orellana, C. Ortega, J. Morales, F. Pizarro, J. Astudillo.

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule. Unidad de Anestesia. Hospital Regional de Talca Unidad de Radiología. Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN: Las resecciones hepáticas (RH) son intervenciones complejas. En la actualidad, el desarrollo de la cirugía hepática ha permitido consolidar estos procedimientos, incluyendo la laparoscopia para la ejecución de un porcentaje de ellos, a una morbimortalidad perioperatoria baja con estándares internacionales.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir el desarrollo y evolución de las RH en el Hospital Regional de Talca con énfasis en la técnica quirúrgica, los resultados perioperatorios y oncológicos de una serie de paciente consecutivos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo (Serie de Casos). Se incluyó a todos los pacientes operados con intención curativa de una RH en el Hospital Regional de Talca desde el 1 de junio 2014 al 31 de Diciembre 2021. Se excluyeron resecciones multiviscerales en bloque. La serie se basa en una base de datos prospectiva iniciada en Junio del 2014 y mantenida hasta la fecha. Se consideraron variables biodemográficas, clínicas, indicación de la RH, técnica quirúrgica, abordaje, variables intraoperatorias, resultados perioperatorios y de seguimiento clínico oncológico en los casos pertinentes. El análisis estadístico descriptivo se realizó con medidas de tendencia central y dispersión, en tanto, que el análisis analítico se realizó con pruebas paramétricas y no paramétricas. Se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. La cohorte tiene 100% de seguimiento. El análisis de supervivencia se efectuó con el método de Kaplan-Meier. El estudio cuenta con Aprobación de Comité de Ética.

RESULTADO: Se realizaron 213 RH en 208 pacientes. La mediana de edad fue 62 años (29-30). 69% Femenino. La indicaciones más frecuentes fueron: 36% Metástasis hepáticas de cáncer colorrectal y 36% Cáncer de Vesícula Biliar. El 40% de las RH fueron laparoscópicas. El 41% fueron RH anatómicas y el 48% RH mayores (>3 segmentos), 10% de ellas corresponden a RH extendidas. En 10% se realizó resección de la vía biliar. 23% presentó alguna complicación postoperatoria, la mayoría Clavien <III. El promedio de estadía postoperatoria fue 8 días. La Mortalidad postoperatoria fue 3 pacientes (1,4%) (2 por insuficiencia hepática).

CONCLUSIÓN: En nuestro centro, un Hospital público Regional, se han podido desarrollar las RH cumpliendo con los estándares internacionales de técnica quirúrgica, morbilidad y mortalidad operatoria.

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL DE LA VÍA BILIAR (IPMN-B) EXTRAHEPÁTICA CON USO DE VERDE DE INDIOCIANINA (ICG)

C. Muñoz, J. Rojas, F. Pizarro.

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca. Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule. Servicio de Radiología. Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN: El IPMN-B es un tumor infrecuente de la vía biliar y considerado una lesión preneoplásica. La variante papilar es extremadamente rara, y puede ser una causa de ictericia obstructiva, sin embargo, su mayor importancia radica en su carácter preneoplásico.

OBJETIVOS: El objetivo de este video es comunicar y exponer la utilización de la fluorescencia con Verde de Indiocianina (ICG) para la resección laparoscópica de un tumor Papilar Mucinoso Intrductal de la vía biliar principal.

CONTENIDO DE VIDEO: Video de alta definición. Se realiza la presentación del estudio preoperatorio, las imágenes de la RNM con contraste preoperatoria. El video muestra la técnica quirúrgica empleada haciendo énfasis en: ecografía laparoscópica, la utilización de fluorescencia con Verde de Indiocianina (ICG) y la reconstrucción laparoscópica con hepaticoyeyuno anastomosis a 2 conductos. Se obtuvo el consentimiento informado para su presentación. Femenina de 64 años, consulta por ictericia obstructiva. Se realiza estudio con ecografía y colangioRNM que evidencian hallazgos compatibles con colecistocolitiasis por lo que se decide realizar Colecistectomía y Colangiografía Retrograda Endoscópica con técnica de Rendez-Vous. Durante la fase endoscópica se extrae con Dormia material compatible con tejido (no cálculos) que se envían a biopsia. Se completa la colecistectomía sin incidencias. La biopsia informa tumor papilar mucinoso de la vía biliar por lo que es referido a nuestra unidad para tratamiento. Evaluado el caso se decide cirugía laparoscópica con uso de ICG. La cirugía se realiza sin incidencias y la paciente evoluciona favorablemente con alta al 2º día de postoperatorio. La biopsia de la resección de vía biliar confirma la extirpación completa del tumor y bordes quirúrgicos libres.

UTILIDAD DE LA FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDIOCIANINA (ICG) EN LA COLECISTECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN BLOQUE PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

C. Muñoz, J. Rojas, F. Pizarro.

Unidad de Cirugía Digestiva. Hospital Regional de Talca. Departamento de Cirugía. Universidad Católica del Maule. Servicio de Radiología. Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN: La extensión de la resección hepática en la Colecistectomía Radical o "Cuña Hepática" ha sido un tema discutido porque es difícil establecer el drenaje venoso-linfático de la vesícula biliar para hacer esta resección más racionalmente. La fluorescencia con Verde de Indiocianina (ICG) no permite realizar durante el acto quirúrgico esta demarcación.

OBJETIVOS: El objetivo de este video es comunicar y exponer la utilización de la fluorescencia con Verde de Indiocianina (ICG) para la Colecistectomía Radical en bloque por cáncer de vesícula biliar.

CONTENIDO DE VIDEO: Video de alta definición. Se realiza la presentación del estudio preoperatorio, las imágenes del TAC y la RNM de abdomen con contraste preoperatorios que evidencian al lesión compatible con cáncer de vesícula biliar localmente avanzado. El video muestra la técnica quirúrgica empleada haciendo énfasis en: ecografía laparoscópica, la utilización de fluorescencia con Verde de Indiocianina (ICG) al canular la arteria cística y evaluar el drenaje linfático y venoso en el parénquima hepático previo a realizar la transacción por los segmentos IVB-V. Femenina de 75 años. Se realiza estudio con ecografía, TAC y RNM de abdomen que evidencian lesión polipoidea >25mm con compromiso del lecho vesicular altamente sugerente de cáncer de vesícula biliar localmente avanzado. La cirugía se realiza sin incidencias y la paciente evoluciona favorablemente con alta al 3º de postoperatorio. La biopsia de la colecistectomía en bloque confirma adenocarcinoma de la vesícula biliar con infiltración del parenquima a nivel del lecho hepático sin ganglios comprometidos. La paciente completó adyuvancia con BilCap. En el seguimiento no hay evidencia de recurrencias (18 meses).

HERNIAS

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA OBTURATRIZ: REPORTE DE CASO RESUELTO POR LAPAROSCOPIA

Enrique Biel W, Alvaro Gallardo V, Michelle Engelshoven J.

Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, representando menos del 1% de todas las hernias, y que se presenta generalmente en pacientes de avanzada edad, con predominio en mujeres y con índice de masa corporal menor a 25 kg/m². Su diagnóstico es un desafío y frecuentemente debuta con una complicación, por lo cual se asocia a una alta morbilidad; es la hernia con mayor tasa de mortalidad, la cual va de un rango reportado de 12 hasta un 70%. El tratamiento siempre es quirúrgico y la técnica de elección dependerá de las características del paciente y la experiencia del cirujano.

OBJETIVOS: Presentar un caso de obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz complicada, su diagnóstico, manejo mínimamente invasivo y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operada por laparoscopia en un centro Universitario de regiones, el año 2022. Revisión en base de datos Pubmed con término de búsqueda: "Obturator Hernia".

RESULTADO: Se presenta el caso de una mujer de 80 años, con índice de masa corporal de 22 kg/m², que consulta en el Servicio de Urgencias por cuadro clínico de obstrucción intestinal, lo cual es confirmado por la tomografía computada de ingreso, evidenciando un asa de intestino delgado atascada en una hernia obturatriz derecha. Debido a las condiciones clínicas, se decide un abordaje laparoscópico, comprobando los hallazgos preoperatorios; se realiza reducción herniaria comprobando vitalidad de las asas intestinales, desestimando la resección de éstas. Se realiza cierre primario del defecto con puntos laparoscópicos de PDS 2-0. La paciente evoluciona favorablemente en el post-operatorio, realimentándose al día 1 y siendo dada de alta hospitalaria al día 4 post-operatorio.

CONCLUSIÓN: Pese a su baja frecuencia, debido al altísimo riesgo de complicaciones, el desafío es su diagnóstico y manejo oportuno para disminuir la morbilidad de los pacientes. En el último tiempo, el advenimiento de las técnicas mínimamente invasivas han mostrado utilidad en estos casos, siendo la técnica transabdominal TAPP la de elección. El uso de malla o cierre primario del defecto dependerá de las condiciones locales, principalmente. La laparoscopia permite una mejor visualización y exploración del contenido, respecto de la cirugía abierta. La población mayormente afectada por una hernia obturatriz son las mujeres, ancianas y delgadas, algunas veces con defectos del piso pélvico, lo cual coincide con el caso reportado.

OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA DE MORGAGNI

Francisca Belmar, Valeria Galaz, Montserrat Lemus, Nicolás Muñoz, Gabriela Ochoa.

Hospital Sotero del Río

INTRODUCCIÓN: La hernia de Morgagni es una hernia diafragmática congénita poco frecuente, corresponde al 3% de las hernias diafragmáticas. Suele situarse en el hemicuerpo derecho a través del foramen esterno costal anteromedial. En la mayoría de los casos es asintomática, sin embargo, en caso de presentar síntomas, su sintomatología puede ser variada, desde discomfort retroesternal y epigástrico, disnea, dolor torácico, náuseas y vómitos, hasta estrangulación y atascamiento de vísceras abdominales. Su resolución es quirúrgica, mediante hernioplastia con malla y puede realizarse de forma abierta o laparoscópica, siendo esta última técnica la más empleada en la actualidad.

OBJETIVOS: Mostrar un ejemplo de resolución quirúrgica de una patología infrecuente mediante técnica laparoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: En el vídeo se muestran los pasos críticos de una reparación de hernia de Morgagni realizada mediante laparoscopia en nuestro centro. El caso corresponde a una mujer de 76 años que ingresó al Servicio de Urgencias con cuadro sugerente de obstrucción intestinal, en este contexto se complementa estudio con TAC de abdomen y pelvis con el cual se objetiva una obstrucción gastrointestinal secundaria a una hernia de Morgagni con contenido gástrico, intestinal y colónico a través de un defecto de 7 x 4,5 cm y saco de 14 x 4 x 6,7 cm. Durante la hospitalización la paciente es sometida a una hernioplastia con malla IPOM, vía laparoscópica, donde se objetiva vitalidad de órganos abdominales herniados. Evoluciona sin recidiva de la hernia.

APENDICITIS AGUDA EN SACO DE HERNIA UMBILICAL GIGANTE CON PÉRDIDA DE DERECHO DE DOMICILIO

J. Rebolledo, I. Muñoz, M. Echeverría, M. Hubner, M. Jugo, F. Acuña

Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La apendicitis dentro de saco herniario es una patología poco frecuente, pero aun así está descrita tanto en hernias inguinales (hernia de Amyand) como femorales (hernia de Garengeot). En cambio, debido a su aún menor prevalencia, son escasos los casos descritos de esta misma en hernia umbilical. Los pacientes en general, presentan una clínica similar a la de una estrangulación herniaria y su diagnóstico suele ser intraoperatorio.

OBJETIVOS: Reportar un caso atípico de apendicitis dentro de saco de hernia umbilical, exponer el tratamiento realizado, y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico de paciente con presentación clínica poco frecuente de patología, en Región Metropolitana, en el 2022.

RESULTADO: Paciente de sexo masculino, con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial y hernia umbilical gigante recidivada, de larga data, operada en dos ocasiones. Consulta en SU por cuadro febril de 6 días de evolución de hasta 39 grados, asociado a náuseas, sin vómitos y diarrea. Refiere además aumento de volumen de hernia de 6 días de evolución asociado a dolor abdominal, eritema y aumento de temperatura local. Al examen físico se describe hernia umbilical de aproximadamente 40 cm en su diámetro máximo, dolorosa, con piel de naranja, eritematosa y aumento de temperatura local, con contenido intestinal no reductible. No impresiona estrangulada. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que describe voluminosa hernia de la pared abdominal anterior, que contiene parte del marco cólico, parte del intestino delgado y apéndice vermiforme con signos altamente sugerentes de una apendicitis aguda con una colección líquida adyacente. Se analiza el caso por el equipo de cirugía, quienes diagnosticaron una hernia con pérdida de derecho de domicilio asociado a una apendicitis aguda complicada, la cual estaba fuera del alcance quirúrgico. Se decide realizar tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo de las colecciones, con evolución favorable en parámetros clínicos, de laboratorio y control con imágenes, teniendo resolución satisfactoria del cuadro clínico.

CONCLUSIÓN: La apendicitis dentro de un saco herniario umbilical es un proceso poco común debido a la localización de este, pero debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales al enfrentarse a casos similares al expuesto. Se recalca la importancia de tratamientos invasivos, no quirúrgicos, disponibles para el manejo de patologías complicadas, sin oportunidad de realizar tratamiento operatorio.

HERNIA DE GARENGEOT: INFORME DE CASO

Eduardo Sepúlveda, Ignacia Santiago, Edson Alanez, Sandra Fuenzalida,

Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: Se define como “Hernia de Garegeot” a la existencia de una hernia femoral en cuyo saco se encuentra el apéndice cecal, siendo descrita por primera vez por René Jacques Croissant de Garegeot en el año 1731. La incidencia de esta rara condición es difícil de calcular, estimándose entre 100 a 200 casos descritos en la literatura, con predominio de pacientes de sexo femenino (81,1%), similar a lo descrito en otros casos de hernias femorales. Se estima que entre un 0.5-1% de las hernias femorales contienen la presencia del apéndice cecal, y que un 0.08-0.13% de ellas presenta una apendicitis aguda concomitante. Dentro de su presentación clínica más frecuente se describe la de una hernia femoral atascada, con dolor asociado a aumento de volumen en región crural. A continuación, se presenta el reporte de un caso.

OBJETIVOS: El objetivo de esta presentación es compartir las características tanto imagenológicas como intraoperatorias de esta patología de baja incidencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó la evaluación de un caso clínico, con posterior revisión de bibliografía de la patología en las bases de datos Medline (PubMed), Scielo y Google Académico, incluyendo publicaciones hasta el año 2022. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron “Garegeot”, “Hernia femoral”, “apendicitis”, seleccionando revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones bibliográficas y estudios retrospectivos de series de casos.

RESULTADO: Se presenta el caso de una paciente femenina de 40 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Tabaquismo, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 9 horas de evolución de aumento de volumen en región crural derecha no reductible asociado a dolor local progresivo. Al interrogatorio dirigido refiere historia de aumento de volumen crural derecho de 3 meses de evolución, previamente reductible. Sin vómitos, fiebre o alteraciones del tránsito intestinal. Al examen físico se evidencia aumento de volumen bajo pliegue inguinal derecho, no reductible, doloroso a la palpación, sin cambios inflamatorios locales, resto de abdomen blando, depresible e indoloro. Se decide hospitalizar para resolución quirúrgica de urgencia. Se realiza un abordaje por laparotomía media infraumbilical por vía preperitoneal, se identifica orificio crural, realizando reducción de saco herniado. Se abre peritoneo para explorar contenido del saco, evidenciando apéndice cecal estrangulado en 1/3 distal con 2/3 proximales sanos. Se completa apendicectomía y se envía pieza a biopsia diferida. Se realiza herniorrafia crural por vía preperitoneal con puntos separados de Prolene 2-0, uniendo tracto iliopubico con ligamento de Cooper. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, con dolor en regresión en relación a laparotomía sin dolor en región crural, con buena tolerancia oral por lo que se decide alta al primer día postoperatorio.

CONCLUSIÓN: Existe una clasificación para este tipo de hernia según la apariencia del apéndice, en este caso sería clase 3a con necrosis aislada en la punta del apéndice. Se describen diferentes abordajes para la resolución de estos casos donde predomina el abordaje inguinal¹¹, pero también hay reportes de manejo laparoscópico¹². En este caso se eligió abordaje preperitoneal que permite completar la laparotomía para evaluar el contenido del saco y la reparación del defecto crural por la misma vía preperitoneal. Es importante en estos casos realizar un correcto diagnóstico preoperatorio para definir la vía de abordaje, a pesar de que es una patología de baja incidencia su manejo es similar al de una hernia femoral atascada con la diferencia que puede incluir un fenómeno inflamatorio al estar involucrado el apéndice cecal, lo cual es un factor importante a considerar a la hora de elegir el tipo de reparación

USO DE TOXINA BOTULINICA TIPO A Y NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO PROGRESIVO EN PACIENTES CON HERNIAS INCISIONALES DE GRAN TAMAÑO, EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Edmundo Ziede, Camila Valenzuela, Gabriela Bascur, Alejandro Baeza.

Hospital Base San José de Osorno.

INTRODUCCIÓN: Las hernias incisionales representan un desafío terapéutico. Las distintas técnicas quirúrgicas pueden representar un reto para el cirujano general. Una alternativa que facilita su manejo es el uso de adyuvancia con toxina botulínica tipo A (TBA) y/o neumoperitoneo preoperatorio progresivo (NPP), las cuales son fáciles de implementar.

OBJETIVOS: Describir la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de hernias incisionales con la adyuvancia de TBA y/o neumoperitoneo preoperatorio progresivo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio descriptivo de una serie prospectiva de pacientes con hernias abdominales grandes y gigantes, sometidos a un protocolo de adyuvancia con inyección de TBA y/o NPP abreviado entre los años 2017 y 2022. Se recopilaron datos clínicos e imagenológicos obtenidos desde fichas clínicas, se ingresaron a través de la plataforma Google form® a una planilla Excel® para analizar los datos.

RESULTADO: Se incluyeron 15 pacientes con hernias sometidos a adyuvancia, 12 de sexo femenino. La media de edad al momento de la cirugía fue de 62 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y obesidad (IMC promedio de 38,3). 14 pacientes eran portadores de hernias incisionales y 1 inguinal. A todos se les realizó estudio preoperatorio con una TC, el tamaño promedio del defecto aponeurótico fue de 13,6 cm de diámetro transversal y 12,8 cm de diámetro longitudinal. Todos fueron sometidos a la inyección de TBA y en 9 se realizó NPP. No hubo complicaciones con el uso de TBA. Con el NPP 6 pacientes presentaron dolor, 3 náuseas y 1 enfisema subcutáneo asociado a la insuflación. En 11 se logró un cierre primario sin tensión de la aponeurosis, en los otros 4 se requirió alguna técnica de separación de componentes, en todos se utilizó malla. En el postoperatorio 3 desarrollaron dehiscencia de la herida operatoria y 2 infección de la herida operatoria, ninguno requirió el retiro de la malla. El promedio de estadía hospitalaria postoperatoria fue de 13.9 días.

CONCLUSIÓN: En pacientes con hernias incisionales de gran tamaño el uso de adyuvancia con TBA y/o NPP facilita la tasa de cierre primario sin tensión. La TBA es una alternativa segura que no mostró complicaciones y el NPP es seguro de administrar, pero se debe estar atento a complicaciones menores.

HERNIA ATASCADA EN ESPACIO DE PETERSEN, REPORTE DE UN CASO

Francisca Daza V; Daniela Ruiz P; Catalina Roa Z; Diego Morales J; Alejandro Tallar N; Mauricio Coronado C; Ricardo Tamayo M

Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: La hernia del espacio de Petersen, es un tipo de hernia interna, la cual tiene una prevalencia que ha ido en aumento del 1% hasta el 9% por el incremento de cirugías laparoscópicas bariátricas. Se produce debido a una protrusión de las asas intestinales a través del defecto que se genera entre el meso colón transverso y el asa alimentaria.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una complicación tardía de cirugías gástricas laparoscópicas

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 58 años consulta en servicio de urgencia por cuadro de intenso dolor abdominal epigástrico asociado a náuseas y vómitos profusos de 3 días de evolución, destaca antecedente de fundoplicatura de Nissen, antrectomía y anastomosis gastroyeyunal por hernia hiatal hace 4 años por vía laparoscópica de forma electiva. Se solicita TC abdomen y pelvis que informa “signos de volvulación de intestino delgado de yeyuno e íleon proximal, sin poder descartar hernia interna” Se realiza laparotomía exploradora, donde se identifica hernia interna en espacio de Petersen con doble loop de asa de yeyuno, sin sufrimiento de asa, por lo que se reduce intestino y se posiciona correctamente con asa alimentaria antecólica y se cierra brecha mesentérica

RESULTADO: Buena evolución clínica, tolerando vía oral, sin dolor, con deposiciones. Al 8vo día por buena evolución y sin conflicto quirúrgico se decide alta médica

CONCLUSIÓN: Si bien, la cirugía laparoscópica ha conllevado a múltiples beneficios, se ha incrementado la incidencia de hernias internas, lo que no ocurría en la “era” por cirugía abierta, probablemente por el rol protector que generaban las adherencias, la ausencia de estas permite el movimiento libre del intestino y evita que el mesenterio se adhiera entre sí, quedando brechas mesentéricas abiertas. Se ha sugerido que la incidencia pudiese disminuir un 50% si se cierran todas las brechas mesentéricas.

APENDICITIS AGUDA EN HERNIA UMBILICAL INCISIONAL. PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE.

Mauricio Cuadra Perez, Gonzalo Lucero Hinojosa, Danitza Escobar Hogg, Erick Magariños Egüez

Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una patología quirúrgica de fácil reconocimiento para el cirujano general, sin embargo es su variada localización dentro de la cavidad abdominal, lo que representa uno de los desafíos más importante para su resolución, entre estas localizaciones podemos mencionar como infrecuentes; el formar parte del contenido de un saco herniario; 0,13 %. Condición que fue descrita por primera vez en el año 1735 por Amyand al reportarla dentro de una hernia inguinal; En Estados Unidos y un poco mas actual Galiñanes y Ramaswamy en el 2012 publican, un caso de apendicitis aguda como parte del contenido de un saco herniario en una incisión de pfannestiel, con muchas menos publicaciones a nivel mundial y sin reportes conocidos a nivel nacional estaría la presencia de cuadro de apendicitis aguda, dentro del saco de una Hernia incisional umbilical complicada.

OBJETIVOS: Primer caso en Chile de apendicitis aguda en hernia incisional umbilical.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico

RESULTADO: Femenina de 68 años, Hipertensa, Diabética tipo 2 IR, a la espera de resolución de hernia umbilical incisional y con Antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica, quien acude al servicio de urgencia de Clínica Dávila durante primer trimestre del 2022, por presentar 4 días de aumento de volumen, no reductible y dolor progresivo umbilical, asociado a diaforesis, nauseas y palidez cutánea, habito intestinal conservado, a la exploración presenta abdomen con aumento de volumen umbilical de 5 x 5 cms, irreductible, doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorios demuestran: Leucocitosis de 14.900, derivación a izquierda, Proteína C reactiva 1.37, TC abdomen: "Hernia paraumbilical derecha que contiene al apéndice vermiforme, el cual demuestra signos de una apendicitis aguda" Se realiza incisión paraumbilical derecha sobre cicatriz antigua, identificación y apertura de saco herniario donde se aprecia epiplón encarcerado y apéndice cecal flegmonoso, ensanchado hasta 10 mms con base viable. Se procede a realizar apendicectomía habitual. Liberación de cuello y saco herniario de adherencias epiploicas y base del ciego, herniorrafía de defecto aponeurotico, aseo final y cierre por planos. Post operatorio sin incidentes, alta al completar 48 horas post procedimiento. Buena evolución en controles ambulatorios a la semana y al mes de operada.

CONCLUSIÓN: Son muy pocos los cuadros clínicos similares publicados hasta la fecha, el caso más cercano a nuestro siglo fue publicado durante el 2008 en Madrid por Alvite y cols en una hernia umbilical, sin embargo actualmente en Chile no hay publicaciones a la fecha de cuadros clínicos similares, siendo este el primero caso publicado.

RECIDIVA DE HERNIA TRAUMÁTICA ABDOMINAL GIGANTE, REPARACIÓN DEFINITIVA CON MALLA DOBLE CAPA INTRAPERITONEAL

Javiera Díaz Espinosa. Alessio Espinoza Merino, Julio Zugbe Arroyo, Matías Polanco Moore

Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina

INTRODUCCIÓN: Las hernias abdominales traumáticas corresponden a una complicación poco frecuente de un trauma abdominal cerrado. Se presentan en zonas de mayor debilidad, como lo son la región infraumbilical y lateral del abdomen. Su asociación con encarcelamiento o perforación es poco frecuente, sin embargo, contribuyen a un deterioro brusco de la calidad de vida y funcionalidad del paciente. En la mayoría de los casos es suficiente el cierre primario, pero aquellos casos de recidiva la anatomía suele estar alterada, por lo cual se debe tener a considerar un nuevo abordaje.

OBJETIVOS: Reportar abordaje de recidiva frente al fracaso de técnicas tradicionales. Reportar experiencia en hospital periférico de mediana complejidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 51 años, sexo masculino que sufre accidente de tránsito, caída en motocicleta con resultado de fracturas de cuerpo L3 y platillos tibiales, además de shock hemorrágico por trauma abdominal cerrado manejado de manera conservadora en UPC con terapia transfusional. Evoluciona posteriormente con gran hernia pared abdominal en flanco derecho, se decide abordaje quirúrgico.

RESULTADO: Se realiza laparotomía en flanco derecho, evidenciando anillo de 20 x 10 cm sin planos claros y múltiples adherencias de colon y epiplón, instalándose malla de polipropileno y cierre de oblicuos sobre ella. Evoluciona con recidiva en menos de 1 año. Paciente persiste con molestias en relación a zona operatoria, lo cual afecta su calidad de vida, dado lo anterior se decide nueva cirugía. A través de laparotomía Media suprainfraumbilical, se accede a cavidad, se procede a liberación de asas y cierre de saco, instalación malla doble capa a gran defecto desde cresta iliaca derecha hasta reborde costal ipsilateral. Evoluciona con postoperatorio favorable sin complicaciones, completando cuatro días de hospitalización. En control a 30 días, sin evidencia de nueva recidiva.

CONCLUSIÓN: Las Hernias gigantes desafían las habilidades del cirujano para su enfrentamiento y resolución, más aun cuando constituyen procesos recidivantes y por sobremanera si su etiología inicial es traumática. Se requiere que el cirujano tenga en consideración que las reparaciones de hernias recidivantes exigen no escatimar en recursos ni subvalorarlas clínicamente. La correcta reparación de una hernia gigante puede reinsertar laboralmente a un paciente anteriormente incapacitado. El caso anterior contribuye presentando una alternativa viable de abordaje cuando las técnicas convencionales fracasan.

HERNIAS INGUINALES, SPIGELIANAS BILATERALES, FEMORAL DERECHA Y UMBILICAL EN PACIENTE ADULTO MAYOR. MANEJO LAPAROSCOPICO POR TAPP.

Mejías José, Mutizabal Fernando, Tapia Alvaro, Lagos Arlet, Martin Norkis, Muñoz María José

Hospital Dr Cesar Garavagno Burotto. Regional de Talca

INTRODUCCIÓN: Promedio de vida en Chile para año 2019 fue 78,4 años, supervivencia entre 80-90 años fue 37% para las mujeres y 25% para los hombres, razón por la cual se seguirán presentando a nuestras consultas pacientes mas longevos con patologías muy comunes como las hernias de la pared abdominal. **OBJETIVO:** Mostrar técnica quirúrgica vía laparoscópica por TAPP, en manejo de múltiples hernias de pared abdominal (umbilical, inguinofemorales, spigelianas y umbilical) en paciente adulto mayor.

OBJETIVOS: OBJETIVO: Mostrar técnica quirúrgica vía laparoscópica por TAPP, en manejo de múltiples hernias de pared abdominal (umbilical, inguinofemorales, spigelianas y umbilical) en paciente adulto mayor. **MATERIAL Y MÉTODO:** Revisión de registros clínicos electrónicos del caso, consentimiento informado de la paciente.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente femenino 84 años, referida por geriatría presento dolor y aumento de volumen en región inguinal izquierda, con impotencia funcional para la marcha. Antecedentes personales: HTA sistémica. DM tipo II. Síndromes geriátricos (déficit visual y auditivo, incontinencia urinaria, sarcopenia). Examen físico IMC: 19 Kg/mt 2 . Abdomen plano, blando, deprimible, defecto aponeurótico en anillo umbilical, contenido reductible. Hernia inguinal bilateral, izquierda dolorosa, contenido reductible, defecto aponeurótico a nivel de línea semilunar bilateral, no dolorosa. Solicitud pase quirúrgico, Valoración Geriátrica Integral (VGI) indica sin contraindicación quirúrgica. Condición de Fragilidad: prefragil 2/5. Planificación cirugía electiva. Abordaje clásico de hernia umbilical, resección de lipoma preherniario, coloca jareta sobre aponeurosis para fijar trocars 10 mm, laparoscopia diagnostica, se confirman hernia inguinal bilateral, spigelianas bilaterales y hernia femoral derecha. Colocacion trocars 5 mm en ambos hipocondrios. Confecciona flap peritoneal bilateral por encima de línea semilunar. Disección roma hasta reducir contenidos herniarios, identificación puntos de referencias a nivel ligamento de Cooper, arterias epigástricas, ligamento redondo, musculo psoas iliaco y bifurcación de vasos iliacos. Colocacion de malla protésica de polipropileno preformada 3D MAX, fijación con cianocrilato. Cierre brechas peritoneales, sutura barbada 3.0 reabsorbible en lado derecho y sutura vicryl 3.0. en lado izquierdo. Rafia con prolene 1.0 a nivel de anillo umbilical. **RESULTADOS:** Tiempo operatorio: 150 min. Paciente evoluciona satisfactoriamente egresa al primer dia postoperatorio. Presento seroma región inguinal izquierda, se realizo drenaje percutáneo. **CONCLUSION:** La población adulta mayor ira en aumento en los próximos años, consultando por patologías tan frecuentes como son las hernias de la pared abdominal, realizando una correcta Valoracion Geriatrica Integral podemos realizar de manera segura el abordaje laparoscópico de hernias inguinofemorales y spigelianas por técnica TAPP en adultos mayores.

TÓRAX

TIMOLIPOMA COMO HALLAZGO INUSUAL EN CIRUGÍA CARDIACA. REPORTE DE CASO.

Paz Henríquez Winser, Fatme Díaz Gasaly, Juan Carlos Bahamondes Soto

Hospital Hernán Henríquez Aravena Temuco - Universidad de la Frontera

INTRODUCCIÓN: El timolipoma es una neoplasia benigna rara de crecimiento lento. Constituido por epitelio tímico y adipocitos maduros. Generalmente asintomático, pudiendo alcanzar grandes tamaños, asociándose a síntomas respiratorios, dolor torácico y disnea. Es frecuentemente un hallazgo radiológico visualizándose tomográficamente como tejido graso nodular en el mediastino anterior. Existen pocos casos descritos. Debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los tumores mediastínicos anteriores y la resección quirúrgica es el tratamiento curativo.

OBJETIVOS: Presentar el diagnóstico inusual intraoperatorio de un timolipoma durante la cirugía cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtienen datos de la ficha clínica, desde su primera consulta hasta el control postoperatorio.

RESULTADO: Caso clínico: Hombre de 63 años, hipertenso y dislipidémico. Cursa cuadro de un año de disnea de esfuerzos. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos, coronariografía con obstrucción crítica de tronco coronario izquierdo y los 3 vasos coronarios principales, ecocardiograma transtorácico con dilatación severa ventricular y auricular izquierda, hipocinesia global, insuficiencia mitral severa, sin masas mediastínicas. Durante la cirugía de revascularización coronaria, posterior a la esternotomía, se evidencia masa mediastínica anterior de consistencia gomosa, de 6x5 cm, bordes definidos, no adherido a estructuras cardíacas, extrayéndolo en su totalidad. Se realiza revascularización miocárdica mediante triple bypass aortocoronario y anuloplastia mitral exitosamente. Postoperatorio habitual, dado de alta al 5to día. Biopsia diferida: nódulo de bordes bien delimitados, de 5x3x1 cm, con proliferación de tejido tímico y adiposo, cápsula de tejido fibroconectivo. Componente epitelial tímico normotípico, con tejido adiposo maduro, sin atipias, compatible con timolipoma.

CONCLUSIÓN: Los timolipomas son tumores benignos raros que consisten en células adiposas maduras y tejido tímico. Representan el 2-9% de las neoplasias tímicas. Habitualmente asociados a leucemia linfocítica crónica, miastenia gravis, hipertiroidismo y enfermedad de Hodgkin. En nuestro caso sin asociación. El 30-50% son asintomáticos y diagnosticados incidentalmente. La tomografía computarizada puede respaldar el diagnóstico, caracterizando lesiones nodulares grasas mediastínicas. La biopsia entrega el diagnóstico definitivo, visualizando tejido adiposo maduro y tejido tímico. Sin características de malignidad y nunca se han descrito transformaciones malignas. El tratamiento curativo es quirúrgico. Si bien la sintomatología de nuestro paciente



podría relacionarse con el timolipoma, es más probable por su coronariopatía. Las imágenes preoperatorias no identificaron el tumor, sino que fue un hallazgo intraoperatorio, requiriendo estudio anatómo-patológico para su diagnóstico definitivo. Se debe considerar el timolipoma en el diagnóstico diferencial de toda masa mediastínica anterior.

BLASTOMA PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

J. Trujillo, C. Dictter, C. Robledo

Hospital de coquimbo

INTRODUCCIÓN: El Blastoma Pulmonar representa el 0,5% del total de tumores pulmonares malignos primarios, siendo agresivo y con mal pronóstico, con una tasa de supervivencia a 5 años de solo el 16% y una relación hombre-mujer de 2,6:1. Al igual que otras neoplasias de origen pulmonar, la sintomatología del Blastoma Pulmonar es muy inespecífica, con aparición inicial de tos con expectoración, disnea, hemoptisis, derrame pleural, Hemo-neumotórax y dolor torácico. El 40% de los casos son asintomáticos y se pesquisa imagenológicamente de forma incidental.

OBJETIVOS: Presentar infrecuente caso de paciente con Blastoma Pulmonar, desde su diagnóstico hasta tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADO: Paciente masculino de 23 años de edad, con antecedentes de habito tabáquico y obesidad, consulta en Abril de 2021 por cuadro de 1 mes de evolución, caracterizado por disnea progresiva asociado a tos productiva mucopurulenta, con mala respuesta a 2 esquemas de antibioterapia. Evoluciona con hemoptisis, disnea y alza térmica cuantificada hasta 40°C. Laboratorio de ingreso destaca leucocitosis 20.290 cel/mm³ con desviación izquierda y PCR elevada 52 mg/L. Se solicita Rx tórax describe gran masa que compromete hemitórax derecho y signos sugerentes de neumomediastino. Se amplía estudio con Tomografía contrastada informando tumor pulmonar inespecífico en lóbulo derecho, con pérdida del plano de clivaje respecto del hilio ipsilateral y compromiso infiltrativo del bronquio fuente derecho, asociándose adenopatías en hilio derecho y neumomediastino. Fibrobroncoscopía evidencia bronquio intermediario derecho ocluido por estructura no adherida a sus paredes, con aspecto membranoso, nacarado y borde libre necrosado, imposibilitándose completar el estudio hacia distal. Ante hemoptisis persistente, se decide toracotomía exploradora, apreciándose tumor que ocupa gran parte del lóbulo medio derecho, que infiltra bronquio endoluminalmente. Se extrae lesión tumoral endoluminal sin evidenciar otra infiltración. Biopsia rápida informa tumor neuroendocrino con márgenes positivos, que se regularizan. Se completa lobectomía media enviando pieza a biopsia diferida. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales y es egresado a las 48 horas post cirugía. Informe de anatomopatológico concluye Blastoma pulmonar tipo III, con extensión a vía aérea, invasión linfovascular presentes. Estudio de diseminación negativo para localizaciones secundarias. Comité oncológico decide iniciar quimioterapia adyuvante. Se completan 4 ciclos de Doxorrubicina. Tomografía de tórax-abdomen y pelvis al término de la quimioterapia, sin evidencia de recidiva tumoral ni diseminación.

CONCLUSIÓN: El Blastoma Pulmonar es una entidad rara, con mal pronóstico, difícil diagnóstico y con limitada literatura. Sin embargo se debe tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de los tumores pulmonares

CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS EXTRAPULMONAR PRIMARIO DE TRÁQUEA. REPORTE DE UN CASO

Diego Paredes, Pablo Pérez, Hugo Alvarez, Marcelo Santelices, Ruben Valenzuela

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios de la tráquea son raros. Su incidencia anual es 1.4 por millón y el más frecuente es el carcinoma escamoso seguido por el adenoideo quístico. De acuerdo a series de casos, el carcinoma de células pequeñas primario traqueal representa el 4% del total de neoplasias primarias traqueales. Originalmente, el carcinoma de células pequeñas fue descrito en el pulmón, donde representa aproximadamente al 15% de las neoplasias malignas. Histológicamente se ubica en el extremo menos diferenciado de las neoplasias neuroendocrinas. Existen neoplasias de células pequeñas extrapulmonares, que pueden presentarse en cualquier órgano de la economía, más frecuentemente en el tracto gastrointestinal y genitourinario. Para el diagnóstico de carcinoma de células pequeñas extrapulmonar se deben cumplir dos criterios: El tumor debe demostrar características de una neoplasia neuroendocrina mal diferenciada y excluirse imagenológicamente un tumor primario pulmonar. A pesar de compartir características histológicas, este tumor muestra un comportamiento clínico distinto: generalmente se presenta en pacientes no fumadores, tiene menor tasa de metástasis cerebrales, siendo el hígado el sitio primario de metástasis y su sobrevida parece ser mejor. Sin embargo, por su baja incidencia, aun no se ha definido su curso natural o el manejo ideal

OBJETIVOS: Reportar un caso de tumor de células pequeñas extrapulmonar, primario traqueal, tratado en el Hospital San Juan de Dios

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de antecedentes clínicos y literatura a través de base de datos PubMed

RESULTADO: Mujer, 35 años, con antecedente de bocio multinodular e hipertiroidismo en tratamiento. Sin historia de tabaquismo ni exposición a contaminantes ambientales. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución de ronquera, voz bitonal y las ultimas semanas estridor inspiratorio. Al examen físico se pesquiza masa cervical compatible con bocio. Se completa estudio con TAC que muestra masa cervical que comprime/infiltra la tráquea cervical a nivel del cricoides y produce estenosis del 90% de su lumen. Se realiza broncoscopia rígida para biopsia y permeabilización de la vía aérea, cuyo resultado informa un carcinoma pobremente diferenciado de células pequeñas. Se discute su caso en comité oncológico, con estudio de diseminación negativo y se decide quimioradioterapia

CONCLUSIÓN: Los tumores primarios de la tráquea son raros. Su incidencia anual es 1.4 por millón. El carcinoma de células pequeñas primario traqueal representa 4% del total de neoplasias primarias traqueales. Su manejo no se ha protocolizado, por su baja incidencia, pero es fundamental la discusión en equipos multidisciplinarios para ofrecer la mejor alternativa terapéutica a nuestros pacientes.

SARCOMA PERICÁRDICO SINOVIAL MONOFÁSICO PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO.

J. Hurtado, J. Bermeo, P. Palza, M. Coronado, S. Davila, D. Morales, F. Daza

Hospital San Jose - Santiago

INTRODUCCIÓN: Los tumores cardíacos primarios poseen baja incidencia, el 25% son malignos y muy agresivos. El sarcoma sinovial es extremadamente raro en ubicación cardíaca. El pronóstico es malo, con una sobrevida menor a los 6 meses. El peak de incidencia es en la 3ª década y más frecuente en hombres.

OBJETIVOS: Presentar el reporte de un caso de Sarcoma Pericárdico sinovial monofásico primario, de difícil diagnóstico y manejo, en el Hospital San José

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión del Historial Clínico

RESULTADO: Se presenta paciente masculino, 21 años, asmático, que consultó en urgencia por cuadro de 3 meses de episodios de tos seca, dolor precordial y fiebre intermitente. Ingresó con hemodinamia estable, febril, apremio respiratorio moderado. Se solicitó tomografía computada Torax abdomen que muestra: Acentuado derrame pericárdico con signos de pericarditis y sobrecarga de cavidades derechas. Se realizó pericardiocentesis diagnóstico-terapéutica. Se extrajo 400ml de líquido sero-hemático, se tomó muestras y se instaló drenaje pericárdico con buena respuesta. A las 2 semanas presentó nuevo derrame pericárdico, se realizó Videotoracoscopia mas ventana pericárdica, biopsia de tejido y se instaló pleurostomía; Biopsia con hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con pericarditis aguda fibrinosa. Estudios autoinmune, infeccioso, y neoplásico de líquido pericárdico negativos. PETCT: Acentuado derrame pericárdico con engrosamiento hipermetabólico del pericardio y tejido que rodea grandes vasos. Evoluciona favorablemente hasta quiebre clínico con disnea. Se realizó ecocardiograma que evidencia derrame pericárdico severo de predominio retrocardíaco (no susceptible a pericardiocentesis); evolucionando a los 2 días con signos de taponamiento cardíaco. Se plantea toracotomía en cuya inducción anestésica presentó asistolia. Se realiza toracotomía anteroraetal de emergencia dando salida a 1500cc de líquido serohemático, retornando a circulación espontánea luego de 3 ciclos de reanimación. En el intraoperatorio se observó cierre de ventana pericárdica previa y presencia de vegetaciones pericárdicas abundantes, enviadas a biopsia. Paciente sale a cama UCI evolucionando desfavorablemente, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Durante estadía en UCI presenta derrame pleural derecho severo, por lo que se instala pleurostomía. Pese a manejo UCI paciente evoluciona con falla Multiorgánica, falleciendo.

CONCLUSIÓN: El sarcoma sinovial pericárdico es una neoplasia maligna muy infrecuente de difícil diagnóstico y mal pronóstico. Posee una incidencia a nivel mundial no establecida por el bajo reporte de casos, y a nivel nacional no reportada. Se debe sospechar como diagnóstico diferencial en pacientes con derrames pericárdicos a repetición de etiología no precisada entre la tercera y cuarta década de vida. Además, tener presente los métodos diagnósticos para su detección precoz y tratamiento oportuno.

NEUMOCITOMA, UNA INFRECUENTE NEOPLASIA PULMONAR

J.Sánchez, M.Santelices, N.Nerety, D.Paredes, H.Álvarez, P.Pérez, R.Valenzuela

Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN: El neumocitoma esclerosante primario, es un tumor benigno, de baja incidencia, originado del neumocito tipo II. No presentan diseminación linfática, pero en la literatura se describen algunos casos con metástasis a distancia. Hu et cols., no reportan recurrencia a 13,5 años de seguimiento.

OBJETIVOS: Presentar 2 casos de esta patología atendidos en nuestro establecimiento y correlacionar los hallazgos con la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer, 43 años, teratoma ovárico operado, fumadora IPA 2. Con historia de 2 años de evolución de astenia, baja de peso, tos, dolor torácico y hemoptisis autolimitada. TAC de tórax evidencia nódulo pulmonar LII. PET-CT confirma 22x16mm SUV max 3.1 y múltiples linfonodos intrapulmonares. Fibrobroncoscopia negativa. Mujer, 51 años, Hiperplasia nodular focal hepático en seguimiento, Colectomizada, tabaquismo IPA 4. Asintomática. En imágenes de control por lesión hepática, TC tórax evidencia nódulo pulmonar LID 16mm. PET-CT: nódulo pulmonar en LID SUV 2.2 de 11 x 18 mm, sin adenopatías ni metástasis. Ambas tenían lesiones profundas, centro-lobares sumado a una alta sospecha de cáncer pulmonar en paciente joven, con factores de riesgo e imágenes altamente sospechosas por lo que fueron sometidas a lobectomía con linfadenectomía mediastínica. No presentaron morbilidad post-operatoria. Biopsia: neumocitoma esclerosante de patrón sólido con linfonodos negativos.

RESULTADO: Clásicamente, se presenta en mujeres en la quinta década como nódulo pulmonar asintomático incidental en estudios imagenológicos. Sin embargo, hasta 63% se presentan con síntomas: hemoptisis, tos y dolor torácico. Diagnóstico diferencial de neoplasia maligna pulmonar o metástasis pulmonares. El tratamiento es controversial. Se prefieren resecciones no anatómicas con biopsia rápida concomitante porque presentan menor morbilidad. Ante la duda diagnóstica preoperatoria y la profundidad de la lesión, muchos centros realizan lobectomías. Histológicamente presenta patrón sólido, esclerótico, papilar y hemorrágico. Las mutaciones más frecuentes son AKT1 y beta-catenina.

CONCLUSIÓN: Se presentan 2 casos de neumocitoma, ambas mujeres, una sintomática. Por alta sospecha de primario pulmonar maligno se realiza lobectomía en ambos casos. Sin compromiso de linfonodos. Sin morbilidad postoperatoria. En seguimiento, sin recurrencias. Similar a lo descrito en la literatura.

HERNIA INTERCOSTAL ABDOMINAL

Nicolás Nerety, Marcelo Santelices, José Sánchez, Diego Paredes, Pablo Pérez, Hugo Alvarez, Rubén Valenzuela

Hospital San Juan De Dios

INTRODUCCIÓN: La hernia intercostal abdominal es una entidad rara, con pocos casos reportados. La mayoría son de origen traumático.

OBJETIVOS: Presentar 2 casos resueltos en nuestro centro. Contribuir a la escasa literatura actual publicada sobre este tema.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de casos Paciente masculino de 55 años, TBQ activo, IPA 3, imc 27, quien consulta por dolor y tumoración en hemitórax izquierdo. Como antecedente destaca herida por arma blanca en misma zona hace 18 años, y a la exploración se aprecia cicatriz de herida en el 6° EIC LAA izquierda a través del cual protruye contenido de consistencia blanda y móvil, compatible con omento. En Tc de Tórax se objetiva lesión intercostal transdiafragmática traumática antero lateral izquierda con paso de epiplón a la cavidad torácica. Se realiza VTC exploradora, resección de epiplón no reductible en anillo intercostal y frenorrafia. Evolución favorable, con expansión pulmonar completa, sin evidencia de recidiva herniaria. El segundo caso corresponde a varón de 63 años, imc 37.9 (obesidad clase II), DM2NIR, HTA, tabaquismo detenido, IPA 2. Consulta por aumento de volumen en hipocondrio izquierdo. Como antecedente destaca herida corto punzante hace 38 años en región torácica izquierda. Al examen destaca cicatriz de herida toracoabdominal de 2 cm izquierda, con aumento de volumen blando. En Tc de tórax se aprecia defecto aponeurótico en músculo intercostal izquierdo a nivel toraco abdominal de 0.5 cm de longitud, con saco herniario de contenido omento que mide 16 x 0.6 cm de ubicación anterolateral. Se realiza mini toracotomía con resección de saco y epiplón mayor herniado a la pared torácica más herniorrafia de hernia diafragmática. Hernioplastia con malla a hernia intercostal torácica izquierda. Evolución favorable.

RESULTADO: El término hernia intercostal abdominal considera la protrusión de contenido abdominal a través de un defecto del espacio intercostal, en general, como consecuencia de un traumatismo, cirugía previos o de manera espontánea. Puede asociarse o no a lesión diafragmática. Afecta más a hombres, con media de 58 años de edad. Existen factores anatómicos y epidemiológicos, (Edad, EPOC, Obesidad, malnutrición), que predisponen a su aparición. La evolución es lenta, habitualmente de varios años a décadas. Dada la consulta tardía tienen más riesgo de herniación de órganos vitales, con posterior estrangulación e isquemia.

CONCLUSIÓN: Se expusieron 2 casos, ambos hombres, con diferentes abordajes y enfoques. Las técnicas mínimamente invasivas son una opción segura y efectiva para su manejo.

PERCEPCIÓN Y PRIORIDADES DE PERSONAS RESPECTO AL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO; UN ANÁLISIS MEDIANTE MÉTODOS MIXTOS

R. Valenzuela M., C. Casanova M., F. Alvarado C., S. Blanco C., D. Paredes G., H. Álvarez M., P. Pérez C.

Equipo de Cirugía de Tórax, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: El consentimiento informado (CI) es un documento legal que entrega información sobre un procedimiento, generado un acuerdo entre el médico tratante y el paciente basado en decisiones compartidas. En Chile existe escasa información respecto a su elaboración y significado; actualmente, no hay literatura latinoamericana dedicada a describir la opinión de los pacientes respecto a este.

OBJETIVOS: El objetivo primario es identificar las principales preocupaciones de personas antes y después de realizarse un procedimiento quirúrgico. El objetivo secundario es identificar diferencias basadas en género, edad y nivel de escolaridad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de corte transversal mediante un muestreo no probabilístico incidental, con encuestas semiestructuradas aplicadas a personas sala de espera de cirugía de Hospital San Juan de Dios. Se realiza caracterización demográfica y analizan respuestas a dos preguntas abiertas en relación a la información que consideraban importante conocer antes y después de realizarse un procedimiento quirúrgico. Las respuestas fueron procesadas mediante un análisis mixto. Se organizaron las respuestas según las categorías y se ordenaron de forma decreciente; se compararon las diferencias según edad, género y escolaridad.

RESULTADO: Se realizaron 201 encuestas, con 626 y 652 respuestas para la primera y segunda pregunta respectivamente. Edad de participantes fue entre 12 y 86 años. La mediana de edad fue de 50,87. Observamos una distribución predominante de género femenino (61.7%). Respecto a los aspectos que las personas consideran relevante conocer del consentimiento informado previo a la cirugía, 4 categorías concentran el 71% del total: 1. Riesgos, complicaciones y secuelas, 2. Explicación del procedimiento, 3. Beneficios y pronóstico, 4. Cuidados y evaluaciones previas. En relación a lo que le gustaría que le explicaran después, se prioriza: 1. Conocer los resultados del procedimiento (19,3%), 2. Control, derivaciones y cuidados paliativos (15%), 3. Tiempo de recuperación (13,7%). Se encuentran como diferencias significativas una mayor necesidad de acompañamiento expresada por hombres, el interés por conocer y los aspectos relacionados con funcionalidad postoperatoria en personas entre 18-65 años. No existen diferencias significativas en cuanto a intereses distintos según nivel de escolaridad.

CONCLUSIÓN: Proporcionamos evidencia mediante un trabajo de métodos mixtos en cuanto a principales prioridades de pacientes en el sistema público chileno para el proceso de consentimiento informado. Existen variaciones significativas en contenido prioritario para el consentimiento informado según edad y género, pero no para nivel educacional. Es necesario conocer prioridades individuales de pacientes y adaptar consentimiento informado según esta información.

SARCOMA SINOVIAL PULMONAR PRIMARIO: UN CASO POCO FRECUENTE

Javier Palominos S., Francisco Jofre C., José Miguel Campero M., Galo Cardenas S., Marcelo Parra N.

Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas pulmonares primarios son raros tumores malignos no epiteliales de los pulmones. Los cuales pueden originarse de células mesenquimáticas o de la pared bronquial, vasos o estroma pulmonar. Sólo el 0,1-0,5% de los cánceres pulmonares corresponde a este tipo de neoplasia. Si bien no hay una terapia clara con respecto al manejo de los sarcomas pulmonares, la resección completa del tumor sigue siendo el manejo más recomendable con eventual quimio/radioterapia adyuvante. Presentamos un caso muy raro de sarcoma sinovial primario pulmonar, el cual se manejó mediante una lobectomía total.

OBJETIVOS: Reportar el diagnóstico, manejo y actualización de la biografía en relación a un paciente, con una lesión primaria de pulmón, compatible con un sarcoma de alto grado.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso control, retrospectivo.

RESULTADO: Paciente de 66 años femenina. ECOG 1. Tabáquico suspendido hace 40 años. En contexto de hospitalización por COVID grave se evidencia lesión pulmonar en imágenes. TAC: Sin daño estructural pulmonar, en lóbulo medio, segmento medio, lesión nodular de 19x27mm, con realce escaso de contraste, adenopatía mediastínica de 20x8 precarinal. PET CT: Lesión en lóbulo medio derecho de 27mm, submax de 3,6. Adenopatía hiliar izquierda de 15mm submax 3,5; otra hiliar derecha de 13 mm submax 4,4; sin otros focos de captación. Obs tumor neuroendocrino. EBUS: Protrusión de pared inferior de lobar medio de LM con estenosis del 60%. Biopsias no concluyentes. Espirometría normal. Se presenta paciente a comité oncológico, se decide lobectomía por tumor T1cN0M0 Etapa IA3. En cirugía se evidencia sin lesiones pleurales. Se realiza lobectomía media por toracotomía posterolateral, sin incidentes, enviando pieza operatoria a biopsia rápida. La cual confirma bordes quirúrgicos negativos. Paciente evoluciona en buenas condiciones postoperatorias, se decide alta al 8vo día. Biopsia diferida evidenció lesión de 3,5x3x2 cms, en parénquima pulmonar, sin compromiso de la pleura ni de pared bronquial. No se observa permeaciones vasculares tumorales ni infiltración tumoral perineurales, 20% de necrosis tumoral, recuento mitótico 0-1 mitosis en 10 campos. Inmunohistoquímica: TLE1 (+), citoquerinas totales (AE1/AE-) (+), TTF1 (+). P63 (-), STAT6 (-), linfonodos 0/10. Bordes quirúrgicos (-). El patrón morfológico e inmunohistoquímico sugiere lesión compatible con sarcoma sinovial monofásico. Se decide en comité oncológico, seguimiento con imágenes, hasta la fecha sin evidencia de recidiva.

CONCLUSIÓN: Los sarcomas pulmonares primarios son extremadamente raros. Resulta indispensable su total resección, respetando los criterios oncológicos. El uso de quimioterapia es actualmente controversial, dado la escasa frecuencia de esta enfermedad.

EMBOLIZACIÓN PREOPERATORIA DE TUMOR FIBROSO GIGANTE DE LA PLEURA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

J. Cheyre, P. Fernández, M. Tapia, J. Cristi, J. Zegers, B. Dublé, D. Ferrari

Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario de la pleura (SFTP) es un tumor mesenquimatoso infrecuente que se origina en la pleura, siendo maligno aproximadamente el 20%. La mayoría de los pacientes con SFTP son asintomáticos, salvo que el tumor sea de gran tamaño. Las características imagenológicas de los SFTP son inespecíficas. Su diagnóstico y resección quirúrgica son un desafío. A continuación, informamos un caso de SFTP gigante que exhibió comportamiento benigno y se sometió a una resección exitosa después de la embolización de su arteria nutricia.

OBJETIVOS: Reportar caso de embolización preoperatoria de tumor fibroso solitario gigante de la pleura para resección quirúrgica programada y los beneficios que esto conlleva.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 68 años con antecedente de cáncer de recto operado 2014, psoriasis, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo; consulta por disnea progresiva de 2 meses de evolución. El scanner de tórax evidencia un gran tumor de 26x17x18 cm en cavidad pleural derecha con atelectasia compresiva completa del pulmón ipsilateral y desplazamiento mediastínico, asociado a compresión de cavidades cardíacas. La biopsia percutánea informa tumor fibroso de la pleura. Se realiza embolización de ramas principales T5-T10 con acceso a través de la arteria femoral derecha, 4 de ellas con embosferas y 2 de ellas con gelfoam y coils de distintas medidas, con significativa disminución de irrigación del tumor al control aortográfico. Al 7° día posterior a embolización, se realiza resección del tumor pleural gigante por toracotomía de Clamshell amplia, con un sangrado de 1,5 litros aproximadamente requiriendo transfusión de 2 unidades de GR intraoperatorio. Para la cirugía se contó con el apoyo de asistencia circulatoria la cual no fue necesaria.

RESULTADO: Post operatorio en unidad de paciente crítico, extubada el 2° día, sin requerimiento de drogas vasoactivas al 3° día, y trasladada a sala básica al 6° día. Evoluciona favorablemente, dada de alta a los 11 días posteriores a la cirugía.

CONCLUSIÓN: El SFTP es una neoplasia infrecuente, generalmente asintomática. Sin embargo, en casos como el anterior, en los cuales su diámetro es >10 cm, hay riesgo de compresión de estructuras torácicas, y de síntomas como dolor cervical, disnea, tos, entre otros. En estos casos, el abordaje quirúrgico se complica por la gran irrigación tumoral. El manejo con embolización de las arterias nutricias mediante radiología intervencional previa a la cirugía, facilitó la resección del tumor y disminuyó significativamente el sangrado intraoperatorio.

EXTRACCIÓN DE PROYECTIL MEDIANTE CIRUGÍA TORÁCICA VIDEO ASISTIDA MONOPORTAL

I. Díaz, J. Retamal, C. Beltrán, J. Nuñez, J. Barrientos, L. Pérez

Universidad Católica Del Maule

INTRODUCCIÓN: Los proyectiles retenidos en el tórax normalmente no son extraídos, a excepción de indicaciones precisas. El abordaje clásicamente ha sido vía toracotomía, pero la cirugía torácica videoasistida (VATS) en su variante monoportal, se presenta como una alternativa atractiva, segura y mínimamente invasiva para la extracción de proyectiles retenidos en el tórax.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico de retiro de proyectil torácico vía VATS con técnica monoportal, asociado a revisión de la literatura.

CONTENIDO DE VIDEO: Presentación en video de caso clínico más cirugía.

TIMECTOMIA UVATS SUB XIFOIDEA ANÁLISIS DE UN NUEVO ACCESO TRANSTORACICO

Pablo Mena, Jorge Armijo, Juan Cheyre, Eduardo Leopold, Patricio Fernandez, Manfred Zink

Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN: La Timectomía por VATS brinda una disección adecuada del Timo y de la grasa mediastínica, similar a la técnica abierta. Tiene una escasa morbilidad, estadía post operatoria baja y sin mortalidad en nuestra serie, con el acceso derecho o bilateral intercostal. Se presenta en este vídeo, un nuevo acceso, el UVATS Subxifoideo. Se detalla la técnica, experiencia y resultados.

OBJETIVOS: Se presenta en este vídeo, un nuevo acceso, el UVATS Subxifoideo. Se detalla la técnica, experiencia y resultados.

CONTENIDO DE VIDEO: TÉCNICA DE TIMECTOMIA UVATS SUBXIFOIDEA

ARTRITIS SÉPTICA ESTERNO-COSTO-CLAVICULAR, REPORTE DE UN CASO.

Mauricio Coronado C, Javier Hurtado S, Eduardo Rivera, Andrés Bermeo P

Complejo Hospitalario San José

INTRODUCCIÓN: La artritis séptica de la articulación esterno costo clavicular es una entidad muy poco frecuente que representa un desafío diagnóstico por lo inespecífico de sus síntomas y signos. Suele presentarse en paciente inmunocomprometidos y como suele ser un diagnóstico de descarte y tardío por el tiempo que demoran en consultar, las principales complicaciones son osteomielitis, abscesos o flegmón de pared torácica y en casos más graves mediastinitis

OBJETIVOS: Reportar un caso de artritis séptica esterno-costoclavicular que fue de difícil diagnóstico

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 36 años con antecedentes de obesidad mórbida. DM II sin control ni tratamiento. Consulta en servicio de urgencia por al menos 4 semanas de compromiso del estado general asociado a omalgia izquierda. Al ingreso con parámetros inflamatorios elevados, se estudia con TC tórax que informa: Lesión de tipo expansiva - proliferativo del segmento superior del hemitórax izquierda – obs Tumor de Pancoast. Se completa estudio con biopsia guiada por TC y PET – CT, los cuales informan tejido fibromuscular en parte necrótico y procesos inflamatorios crónica y agudo acentuado. Sin signos de malignidad, y signos de artritis séptica se la 1ra articulación esternocostal – clavicular izquierda y osteomielitis respectivamente

RESULTADO: A la espera de la biopsia evoluciona con mayor compromiso de partes blancas y extensión cervical por lo que se realiza aseo quirúrgico, evolucionando de forma favorable. Una vez objetivado el diagnóstico infeccioso y descartada patología neoplásica se realiza resección de la articulación esterno clavicular más articulación de la 1ra costilla izquierda quedando con VAC y procediendo al cierre definitivo en un segundo tiempo. En todos los cultivos tomado no se logró aislar algún microorganismo. La paciente fue dada de alta luego de 40 días de hospitalización en buenas condiciones generales con exámenes normales

CONCLUSIÓN: La artritis séptica esterno-costoclavicular puede ser una entidad confundente y si bien la tomografía es una herramienta importante para el diagnóstico diferencial en este caso en particular desvió el diagnóstico definitivo, es por esto que una buena historia clínica y examen físico cumplen un rol fundamental. En manejo quirúrgico sigue siendo parte de tratamiento para una resolución definitiva de esta patología si están presentes algunas de las complicaciones descritas.

MANEJO QUIRÚRGICO DE PECTUS EXCAVATUM Y PECTUS CARINATUM, EXPERIENCIA EN ARICA, CHILE.

Fabian Arce T, Jorge Armijo H, Rodrigo Tapia L, Dina Estay M

Hospital Juan Noé Crevani

INTRODUCCIÓN: El pectus excavatum y el pectus carinatum representan las deformaciones más frecuentes de la pared torácica. La corrección de este tipo de anomalías ofrece a los pacientes mejoras significativas en la calidad de vida y no debe considerarse como una cuestión solamente estética. En cuanto a su tratamiento quirúrgico se describen distintas alternativas las cuales difieren según la experiencia de los centros formadores, el tipo de paciente o incluso la tecnología disponible.

OBJETIVOS: Reportar nuestra experiencia en cuanto al manejo quirúrgico ofrecido a los pacientes, ya sea con diagnóstico de pectus carinatum o pectus excavatum y su posterior seguimiento

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos. Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de 14 pacientes de diferentes grupos étnicos con edades entre 17 a 26 años con diagnósticos de pectus carinatum o pectus excavatum que fueron intervenidos quirúrgicamente por el equipo de cirugía de tórax durante los años 2011 a 2022 en el hospital regional de Arica y Parinacota, Chile.

RESULTADO: Total de pacientes 14, edad media 18.6 años. De los cuales 10 padecían pectus excavatum; a 9 se implanta la barra de Nuss y 1 se realiza Ravitch modificado, 3 padecían pectus carinatum, se realiza la técnica de Ravitch modificada y 1 paciente con otra deformidad de pared. Se registró una complicación post operatoria asociada al dolor en la zona de implantación, por lo que se retira la barra de Nuss a los 150 días y una complicación intraoperatoria al retiro de la barra de Nuss (hemotórax), el resto sin complicaciones. Corrección satisfactoria en ambos tipos de deformidad, con un seguimiento de hasta 24 meses.

CONCLUSIÓN: Tanto la corrección del pectus excavatum mediante la barra de Nuss, como la corrección del pectus carinatum mediante la técnica de Ravitch modificada demostraron ser métodos eficaces para reducir la deformidad, con una baja tasa de complicaciones. Al ser realizado localmente permitió disminuir costos en los pacientes y su familia y enriquecer al equipo quirúrgico.

SÍNDROME DE BOERHAAVE: MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

Bárbara Araya, Carla Arias, José Barrientos, Lorena Pérez , Sergio Sotelo, Franz Gonzalez

Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, San Miguel 3605, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Boerhaave es una ruptura espontánea de la pared del esófago causada por un aumento repentino de la presión intraesofágica. Descrita por primera vez en 1974 por Herman Boerhaave, médico que relató la perforación sufrida por el almirante mayor de la flota holandesa, producto de los intensos vómitos posterior a una copiosa comida. Representa una incidencia aproximada del 15% del total de perforaciones esofágicas, las cuales no superan 3.1 por 1 millón de habitantes al año. Debido a su baja frecuencia y cuadro clínico inespecífico existe alto riesgo de retraso diagnóstico y mortalidad, con tasas de hasta el 40%.

OBJETIVOS: El objetivo del presente escrito es comunicar la presentación clínica y manejo de pacientes con este síndrome, asimismo revelar las diferentes opciones disponibles en nuestro servicio para su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Búsqueda en los egresos estadísticos del Hospital regional de Talca a los pacientes que tuviesen el diagnóstico de síndrome de Boerhaave. Se encontraron 5 pacientes. Se obtuvo información de sus fichas clínicas y se presentan con diseño de reporte de casos clínicos, haciendo un análisis descriptivo de su manejo

RESULTADO: De los casos clínicos presentados se puede observar una presentación clínica clásica, 4 de los 5 pacientes debutaron con la presencia de vómitos, dolor epigástrico y/o torácico irradiado a dorso asociado a disnea, fiebre y ocupación pleural. Esto junto a estudios imagenológicos que sugerían, de forma indirecta, una perforación esofágica (engrosamiento, líquido y contenido aéreo periesofágico, enfisema subcutáneo, ensanchamiento mediastínico y ocupación pleural). En los casos reportados, el diagnóstico nunca fue sospechado sin la ayuda de imágenes o sin la intervención quirúrgica que reveló la lesión esofágica, en su mayoría, del tercio distal izquierdo, de la porción torácica del esófago asociado a contaminación del mediastino y cavidad pleural. En uno de los casos fue necesario apoyarse en el uso de endoscopia. Con respecto al manejo, en estos 5 casos, se puede observar, que si bien se ha usado la conducta clásica de desfocar, también, se han comenzado a utilizar nuevas técnicas enfocadas en preservar el órgano, las cuales, al igual que la enfermedad, aparecen de forma esporádica para ponerse en práctica. Se puede observar que aquellos pacientes sometidos a cierre primario, a pesar de haber tenido hospitalizaciones más largas no han tenido que cargar con las complicaciones posteriores que pueden acompañar a una anastomosis esofagogástrica. Las limitaciones del uso de técnicas más actualizadas, como por ejemplo, el drenaje por presión negativa vía endoscópica, se deben a la no disponibilidad permanente de recursos en este centro para poder emplearlas aún. A pesar de la variedad de manejo y las consecuencias de cada uno de ellos, todos los pacientes tuvieron una evolución que les permitió conservar su vida hasta la actualidad.



CONCLUSIÓN: El síndrome de boerhaave es una urgencia médico quirúrgica que requiere manejo oportuno. A pesar de la variedad de manejo y las consecuencias de cada uno de ellos, todos los pacientes tuvieron una evolución que les permitió conservar su vida hasta la actualidad. Mantener un alto índice de sospecha y elegir el mejor manejo, tendrá impacto en la morbimortalidad.

EXPERIENCIA DE SIMPATECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPIA EN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

José Miguel Campero M, María Trinidad González D, María Josefa Ribao B, Francisco Jofré C, Pablo Perez C, Manfred Zink R, José Ignacio Ortega S, Raúl Berrios S, Raimundo Santolaya C.

Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: La hiperhidrosis localizada primaria es una enfermedad dependiente del sistema nervioso simpático caracterizada por excesiva sudoración que supera las necesidades fisiológicas de homeostasis térmica del cuerpo. Tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados. Una de las opciones de tratamiento es la simpatectomía por videotoracoscopia. Dentro de los proyectos actuales en Clínica Alemana Santiago se encuentra el programa Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que abarca ciertas patologías quirúrgicas susceptibles de realizarse mediante hospitalización transitoria y seguimiento ambulatorio estricto.

OBJETIVOS: Presentar los resultados del programa de CMA en la simpatectomía bilateral por videotoracoscopia. Describir experiencia y condiciones necesarias para llevar a cabo este programa.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de cohorte. Se presentan todos los pacientes ingresados al programa desde enero 2021 hasta julio 2022 que se realizaron simpatectomía bilateral por videotoracoscopia, registrados en la base de datos del programa. Se describen requisitos de ingreso, criterios de cumplimiento y de exclusión. Se analizan resultados, factores de riesgo y complicaciones.

RESULTADO: De los 177 pacientes que ingresaron al programa, 20 no se operaron en nuestro centro. De los 157 pacientes operados de simpatectomía, 143 pacientes (91,08%) cumplieron el alta dentro del mismo día. De los 14 (8,9%) restantes, las causas de alta posterior fueron: 6 (3,8%) por motivos administrativos y 8 (5,09%) por complicaciones, que fueron 1 reintervención, 4 pleurostomías, 1 neumotórax mínimo, y 2 con dolor torácico. 13 de los 14 pacientes que requirieron hospitalización fueron dados de alta al día siguiente. Sólo 1 de los 157 pacientes (0,6%) se reintervino y tuvo hospitalización de más días (13 días).

CONCLUSIÓN: El programa de CMA en simpatectomía por videotoracoscopia logró realizarse en el 91% de los pacientes que cumplían criterios. El restante egresó al día siguiente, y sólo un paciente requirió reintervención y hospitalización de más días. La simpatectomía es un procedimiento seguro de realizar en contexto ambulatorio, siendo necesario un programa con una correcta selección de pacientes y un trabajo coordinado de un equipo dedicado al seguimiento ambulatorio.

COMPARACIÓN DE SUPERVIVENCIA A 10 AÑOS DE LA CIRUGIA CORONARIA CON Y SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Rodrigo Reyes M., Alejandra Riquelme U., Aleck Stokins L., Diego Saldívar Z., Andrés Schaub C., Emilio Alarcón C.

Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los resultados en seguimiento alejado de la Cirugía Coronaria (CC) sin circulación extracorpórea (CEC) como alternativa a la técnica tradicional continúan siendo controversiales.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es comparar la supervivencia a 10 años de la CC aislada con CEC versus sin CEC utilizando el método de Propensity Score Matching (PSM).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico de pacientes tratados con CC aislada entre enero-2006 a diciembre-2008 en Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente” de Concepción-Chile. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y registros de pabellón, previa aprobación por comité Ético-Científico. Se seleccionaron todos los pacientes tratados con CC aislada en el período. La decisión de realizar cirugía sin CEC fue según estabilidad eléctrica, hemodinámica y factibilidad anatómica de las lesiones coronarias. De 658 CC aisladas, 192 (29,2%) fueron CC sin CEC y 466 (79,9%) con CEC. Se realizó emparejamiento mediante PSM según variables predictoras de resultados quirúrgicos: edad promedio, estado nutricional eutrófico, sexo hombre, fracción de eyección ventricular izquierda < 30%, angina inestable, hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, diabetes mellitus (DM), enfermedad arterial oclusiva crónica (EAOC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica en hemodiálisis (ERC), accidente vascular encefálico (ACV) previo, cirugía de urgencia y EuroSCORE I aditivo promedio. Tras el PSM se seleccionaron 384 casos, en dos grupos de 192 casos cada uno. Se observó la supervivencia a 10 años a través del método Kaplan-Meier y se comparó mediante método de log-rank.

RESULTADO: Se obtuvo seguimiento de la totalidad de los casos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la supervivencia a 10 años entre CC sin CEC versus con CEC (78,6% y 80,2% respectivamente, $p = 0,720$). Tampoco se observó diferencias estadísticas en la supervivencia libre de muerte cardiovascular (90,1% con CEC versus 89,1% sin CEC, $p = 0,737$). La supervivencia fue comparable al analizar los subgrupos: pacientes con DM (76,2% versus 67,8% $p = 0,269$), disfunción ventricular izquierda (81,1% versus 73,2%, $p = 0,398$), ERC (25,0% versus 22,2%, $p = 0,632$), EAOC (63,6% versus 69,2%, $p = 0,996$), entre otros y según subgrupos de riesgo según EuroSCORE I aditivo.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, la CC sin CEC demostró tener una supervivencia a 10 años comparable a la técnica con CEC, no existiendo diferencias significativas en la supervivencia global ni en la supervivencia libre de muerte cardiovascular. Del mismo modo, no se encontraron diferencias en la supervivencia en subgrupos de pacientes con DM, con disfunción ventricular izquierda, EAOC, EPOC, ERC y según riesgo quirúrgico.

EVOLUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS INMEDIATOS DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UNA DÉCADA

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Rodrigo Reyes M., Alejandra Riquelme U., Aleck Stockins L., Enrique Seguel S., Diego Saldivia Z., Emilio Alarcón C.

Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: La Cirugía Coronaria (CC) se ha convertido en la cirugía cardíaca más realizada y estudiada. Series recientes han demostrado variaciones en el perfil de riesgo quirúrgico de pacientes tratados con CC, secundario a cambios en la prevalencia de comorbilidades y variables anatómicas, entre otras razones

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es analizar la evolución durante una década de las características de la enfermedad coronaria en pacientes tratados con CC y sus resultados inmediatos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico longitudinal de pacientes operados con CC aisladas en el período entre enero-2006 hasta diciembre-2008 y desde enero-2016 hasta diciembre-2018. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y Registro Civil e Identificación de Chile, previa aprobación de Comité Ético-Científico. Se consideraron resultados inmediatos (a 30 días) y se clasificó el riesgo operatorio según EuroSCORE I aditivo. Se utilizó SPSS®v25 para el análisis estadístico, se usó pruebas chi cuadrado para variables categóricas y U Mann Whitney para variables continuas, considerando significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Total 1.400 CC aisladas durante ambos períodos, 658 CC en el primer trienio y 742 en segundo trienio. Edad promedio 62,0 y 64,6 años según períodos respectivamente ($p < 0,001$). En el segundo período aumentó significativamente: casos con disfunción ventricular grave (3,3% versus 5,1%), diabetes mellitus (35,1% versus 47,6%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (6,2% versus 10,4%), y antecedente de infarto agudo al miocardio (IAM) (32,1% versus 37,6%). El riesgo quirúrgico según EuroSCORE I aditivo incrementó en el segundo período de 3,6 a 4,4 en promedio ($p < 0,001$). Disminuyó la proporción de operados sin circulación extracorpórea ($p < 0,001$) y aumentó el uso de más de un puente arterial: 36 (5,5%) en primer período y 120 (16,2%) en el segundo ($p < 0,001$). La mortalidad se mantuvo sin diferencias significativas: 1,98% en primer trienio y 2,2% en el segundo ($p = 0,813$).

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, a través de una década se observó un aumento significativo del riesgo operatorio estimado según EuroSCORE I aditivo promedio. Esta tendencia se condice con el aumento de la edad promedio, y la prevalencia de diabetes mellitus, EPOC, disfunción ventricular grave e IAM reciente en pacientes tratados con CC, entre otras. Pese a este cambio, la morbilidad y mortalidad se mantuvo sin cambios significativos.

ENFERMEDAD CORONARIA: FACTORES DE RIESGO Y SUPERVIVENCIA A 10 AÑOS EN LA CIRUGÍA CORONARIA

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Rodrigo Reyes M., Alejandra Riquelme U., Enrique Seguel S., Patricio Madrid C., Alejandro Pérez G., Emilio Alarcón C.

Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: La Cirugía Coronaria (CC) es el mejor tratamiento para un amplio espectro de pacientes con enfermedad coronaria. Algunas variables preoperatorias han permitido desarrollar modelos de estimación de riesgo operatorio. En relación a los resultados alejados, pese a que algunas han demostrado ser predictoras, existe evidencia limitada sobre su impacto en la supervivencia alejada de la CC.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es analizar la supervivencia global y factores seleccionados asociados a supervivencia alejada en pacientes operados con CC aislada.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico retrospectivo. Cohorte de pacientes operados entre enero-2006 y diciembre-2008 en Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción-Chile. Revisión de base de datos, protocolos quirúrgicos y Registro Civil e Identificación de Chile, previa aprobación de comité Ético-Científico. Se excluyeron las intervenciones en que se realizaron otros procedimientos adicionales a la CC. Total 1.003 cirugías cardíacas, 658 CC aisladas; 516 (78,4%) hombres. Edad promedio 62 años. Mortalidad operatoria en 13 pacientes (1,98%). Se logró seguimiento completo a 10 años en el 100% de los pacientes. Se analizó supervivencia con método de Kaplan-Meier con prueba de log-rank. Se calculó Hazard Ratio (HR) con Intervalo de confianza del 95% (IC95%), según regresión de Cox.

RESULTADO: La supervivencia a 1, 3, 5 y 10 años fue de 97,4%, 93,8%, 90,9% y 76,3%, respectivamente. La supervivencia libre de muerte cardiovascular fue de 98,3%, 96,7%, 94,8% y 89,1%, respectivamente. Fueron factores independientes asociados a supervivencia alejada: enfermedad renal crónica en hemodiálisis (ERC) (HR 7,9; IC95% 4,6-13,6), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (HR 2,3; IC95% 1,4-3,7), enfermedad arterial oclusiva crónica (EAOC) (HR 2,2; IC95% 1,4-3,4), diabetes mellitus (DM) (HR 1,9; IC95% 1,4-2,6), entre otros. Según EuroSCORE, la supervivencia a 10 años fue de 85,9%, 74,7% y 62,0%; ($p < 0,001$) en pacientes de riesgo bajo, intermedio y alto, respectivamente.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, la CC ha demostrado una supervivencia global y en subgrupos a 10 años similar a la reportada en series internacionales. Fueron factores preoperatorios independientes asociados a menor supervivencia a 10 años: ERC, EPOC, EAOC, DM, entre otros. La escala EuroSCORE I, en nuestra serie, resultó ser un predictor de supervivencia alejada.

CIERRE POR TORACOTOMÍA DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Rodrigo Reyes M., Alejandra Riquelme U., Andrés Schaub C., Diego Saldivia Z., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento quirúrgico del ductus arterioso persistente (DAP), consiste tradicionalmente en el cierre por toracotomía. Está indicado en casos con deterioro hemodinámico y/o ventilatorio con fracaso de cierre farmacológico. Esta patología es más prevalente en recién nacidos de pre término (RNPT) y de bajo peso al nacer.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es describir los resultados inmediatos y alejados del cierre quirúrgico del DAP en RNPT.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes operados por DAP en el período desde enero-2003 a diciembre-2021 en el Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción-Chile. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y Registro Civil e Identificación de Chile, previa aprobación de Comité Ético-Científico. Se consideró RNPT como nacido de <37 semanas de gestación, y prematuro extremo de <28 semanas de gestación. Se consideró extremo bajo peso al nacer <1.000 gramos. El diagnóstico fue mediante ecocardiografía transtorácica en el 100% de los casos. Se utilizó SPSS®v25, se graficó supervivencia mediante método de Kaplan-Meier.

RESULTADO: Total cirugías de DAP en el periodo: 167, 131 (78,3%) en RNPT. Fueron hombres 65 (49,6%). Edad gestacional 26,4±2,3 semanas, siendo prematuros extremos 103 (78,6%). Peso al nacer promedio 900±348 gramos, siendo de extremo bajo peso al nacer 105 (80,2%). Comorbilidades más frecuentes: enfermedad de membrana hialina, en 119 (90,8%), displasia broncopulmonar, en 104 (79,4%) y sepsis, en 90 (68,7%). Fracaso de tratamiento farmacológico en todos los casos. Al momento de la cirugía 79 (47,3%) tenía menos de 1 mes de vida y 54 (32,3%) con peso <1.000 gramos. Se realizó toracotomía posterolateral izquierda, con abordaje extrapleural y cierre en todos los casos. Complicaciones inmediatas: deterioro hemodinámico transitorio, en 42 (32,1%), atelectasia, en 14 (10,7%), neumotórax en 9 (6,9%). Complicaciones tardías: parálisis de cuerda vocal izquierda, en 5 (1,8%), recanalización de ductus en 1 (0,8%). No hubo mortalidad intraoperatoria. Mortalidad a 30 días en 15 (11,5%), principalmente secundario a sepsis neonatal, en 9 (6,9%) e insuficiencia respiratoria, en 5 (3,8%). La supervivencia a 5 años fue de 83,8%; supervivencia esperada según registro NEOCOSUR: 62,0%.

CONCLUSIÓN: Nuestra serie posee un alto riesgo quirúrgico a expensas de la extrema prematurez, bajo peso al nacer y alta prevalencia de comorbilidades. La toracotomía posterolateral izquierda con cierre de ductus es la técnica de elección en nuestro medio y demostró resultados comparables a otras series. La mortalidad fue secundaria principalmente a comorbilidades médicas. Una vez cerrado el DAP, la supervivencia a largo plazo fue similar a la esperada en prematuros sin DAP, según registros internacionales.

CARACTERIZACIÓN DE LAS FRACTURAS Y/O LUXACIONES TRAUMÁTICAS DEL ESTERNÓN

Roberto González L, Felipe Alarcón O., Alejandra Riquelme U., Rodrigo Reyes M., Andrés Schaub C., Diego Saldivia Z, Patricio Madrid C., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile. (2)
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: La fractura y/o luxación esternal (FLE) se produce en aproximadamente 0,3-8,0% de los hospitalizados por traumatismo torácico (TT). Se produce principalmente en traumatismos de alta energía, pudiéndose asociar a lesiones graves.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es describir características y tratamientos en hospitalizados por FLE.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal de pacientes hospitalizados con FLE por TT en el Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, de Concepción-Chile, durante el período entre enero-1981 y diciembre-2020. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y protocolos quirúrgicos previa aprobación por Comité Ético-Científico. Se calcularon los índices de gravedad del traumatismo (IGT): ISS (Injury Severity Score), RTS-T (Revised Trauma Score Triage) y TRISS (Trauma Injury Severity Score). Se consideró politraumatizados los pacientes con un puntaje ISS >16 puntos.

RESULTADO: Durante el período se hospitalizaron un total de 4.577 TT, de los cuales 172 (3,8%) se diagnosticó FLE. Fueron hombres 120 (69,8%) casos. La edad promedio fue de 46,1±18,5 años. El TT fue aislado en 92 (53,5%) casos, con lesiones asociadas en 80 (46,5%), y de estos 60 casos (34,9%) fueron politraumatismos. El mecanismo del traumatismo más frecuente fue el accidente de tránsito: 111 (64,5%). Las lesiones y/o hallazgos asociados más frecuentes fueron: fracturas costales 85 (49,4%), contusión pulmonar 47 (27,3%), contusión miocárdica 24 (26,0%), fractura de columna 26 (15,1%), lesión raquimedular 11 (6,4%), lesión de grandes vasos torácicos 10 (5,8%), heridas penetrantes cardíacas 2 (1,2%), lesión aórtica 5 (2,9%), entre otras. En 38 (22,1%) de los casos se asoció a fracturas costales altas (1°-2° arcos costales). Se realizó cirugía en 14 (8,1%) casos, de las cuales fueron osteosíntesis esternal 5 (2,9%) casos. La estadía hospitalaria fue de 10,2 ± 11,3 días promedio, mediana 7. Según IGT: ISS promedio 16,1±13,7, mediana 10, RTS-T promedio 11,1±2,1, mediana 12, mortalidad esperada según TRISS fue de 11,3%. Se registró morbilidad en 22 (12,8%) casos. La mortalidad de la serie fue de 2 (1,2%).

CONCLUSIÓN: Las FLE son lesiones poco frecuentes, sin embargo, han demostrado un aumento en series, principalmente por el aumento de los accidentes de tránsito y la mayor supervivencia a estos. Es importante su asociación a politraumatismo y a accidentes de alta energía. En nuestra serie, las FLE fueron en su mayoría por accidentes de tránsito y las lesiones asociadas más frecuentes fueron las fracturas costales, contusiones pulmonares y miocárdicas. Un porcentaje bajo de pacientes requiere estabilización quirúrgica. La mortalidad observada fue menor a la esperada.

FRACTURAS COSTALES: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTOS EN HOSPITALIZADOS POR TRAUMATISMO TORÁCICO

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Alejandra Riquelme U., Rodrigo Reyes M., Andrés Schaub C., Diego Saldivia Z, Alejandro Pérez G., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile. (2)
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: Las fracturas costales son lesiones frecuentes, presentes hasta en el 40% de las hospitalizaciones por traumatismo torácico (TT). Pueden asociarse a lesiones potencialmente graves tanto intratorácicas como extratorácicas.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es analizar las características y tratamientos de las fracturas costales en pacientes hospitalizados con TT.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico de pacientes con fracturas costales con TT hospitalizados en el período desde enero-1981 a diciembre-2020 en el Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción-Chile. Se revisaron bases de datos y fichas clínicas, previa aprobación de Comité Ético-Científico. Se calcularon los índices de gravedad del traumatismo (IGT): ISS (Injury Severity Score), RTS-T (Revised Trauma Score Triage) y TRISS (Trauma Injury Severity Score). Se consideró politraumatizado un puntaje ISS >16 puntos. Se realizó análisis univariado mediante prueba de chi-cuadrado y exacta de Fisher. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS®v25. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADO: Se hospitalizaron 4.577 TT en el período, 1.602 (35,0%) con fracturas costales. Fueron secundarios a traumatismos contusos 1.465 (91,4%) casos. Número de fracturas promedio: $4,1 \pm 2,9$; >3 costillas fracturas en 812 (50,7%) y >6 costillas en 263 (16,4%) casos. Tórax volante en 220 (13,7%) casos. Se registró lesiones asociadas en 794 (49,6%) y fueron politraumatizados 561 (35,0%) casos. Se registraron complicaciones por fracturas costales altas (1°-2° arcos costales) en 34/351 (9,7%), de estas fueron lesión de grandes vasos del tórax 23/351 (6,5%) casos y lesión del plexo braquial 11/351 (3,1%) casos. Se registraron complicaciones infradiafragmáticas por fracturas costales bajas (9°-12° arcos costales) en 237/532 (44,5%), de estas fueron lesiones hepáticas 129/532 (24,2%), esplénicas en 91/532 (17,1%), renales en 77/532 (14,5%), entre otras. Se realizó pleurotomía exclusiva en 736 (45,9%), cirugía torácica en 164 (10,2%) y estabilización de fracturas costales en 46 (2,9%) casos. IGT promedio: ISS $15,9 \pm 11,1$, RTS-T $11,4 \pm 1,5$, TRISS 7,4 (mortalidad esperada 2,9%, 11,8% y 16,1% en TT aislado, con lesiones asociadas y politraumatizados, respectivamente, $p < 0,001$). Mortalidad global en 64 (4,0%) y mortalidad en fracturas aisladas no complicadas en 1/224 (0,4%). La mortalidad de fracturas complicadas y no complicadas aumentó significativamente según lesiones asociadas.

CONCLUSIÓN: Las fracturas costales presentaron lesiones asociadas en aproximadamente la mitad



de los casos. El tratamiento definitivo más frecuente de las complicaciones de las fracturas costales fue la pleurotomía exclusiva. La estabilización de la pared torácica se realizó en casos seleccionados. La morbilidad, la indicación de estabilización de la pared torácica y la mortalidad se condice con series publicadas.

TRAUMATISMO TORÁCICO: EVOLUCIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES EN CUARENTA AÑOS

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Alejandra Riquelme U., Rodrigo Reyes M, Andrés Schaub C., Diego Saldivia Z., Patricio Madrid C., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile. (2)
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: El traumatismo torácico (TT) está presente en el 10% de los traumatismos. Los mecanismos, así como la morbilidad han demostrado diferencias según variables sociodemográficas y servicios de atención del traumatismo.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es analizar la evolución de las características, tratamientos y resultados del TT en nuestro medio en los últimos cuarenta años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico transversal de pacientes hospitalizados por TT en el Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, de Concepción-Chile, durante el periodo entre enero-1981 y diciembre-2020. Se dividieron las décadas en dos periodos: 1981-2000 y 2001-2020. Se revisaron protocolos prospectivos de TT y fichas clínicas previa aprobación por Comité Ético-Científico. Se calcularon índices de gravedad del traumatismo (IGT): ISS (Injury Severity Score), RTS-T (Revised Trauma Score Triage) y TRISS (Trauma Injury Severity Score). Se consideró politraumatismo un puntaje ISS >16 puntos. Se realizó análisis univariado utilizando Chi Cuadrado, Exacta de Fisher y U Mann Whitney, según corresponda. Para análisis estadístico se utilizó programa SPSSv25. Se consideró significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Total 4.577 TT hospitalizados, 1697 (37,1%) TT en primer período y 2882 (62,9%) en segundo. Se observó aumento de la edad promedio (33,9+16,1 versus 37,3+18,3) y >60 años (9,6% versus 13,6%). El TT penetrante fue el más frecuente, pero se observó un aumento de los traumatismos contusos (37,8% versus 45,1%). Aumentó proporcionalmente los TT con lesiones asociadas y los politraumatizados (14,3% versus 20,4%). Se realizó tratamiento invasivo en 78,1% versus 68,1% según periodos, $p < 0,001$. De estos, fue el tratamiento definitivo la pleurotomía exclusiva en 74,6% y 74,1% y Cirugía Torácica en 25,4% y 25,9%, sin diferencias significativas. Los IGT: ISS, RTS-T y TRISS evidenciaron un aumento de la gravedad de los TT en el segundo periodo, observándose un aumento de la mortalidad esperada según TRISS (3,0% a 7,0%). La morbilidad disminuyó en los periodos (19,5% versus 14,3%) y la mortalidad global fue de 2,5% y 2,8% según periodos, sin diferencias significativas.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, se observó un aumento absoluto en el número de TT, la edad promedio de pacientes hospitalizados, los traumatismos por arma de fuego y los TT con lesiones asociadas y politraumatizados. El traumatismo penetrante continuó siendo el más frecuente, sin embargo, los traumatismos contusos aumentaron significativamente. La pleurotomía fue el tratamiento definitivo más frecuente en ambos periodos. La gravedad de los TT y la mortalidad esperada aumentó significativamente según IGT, sin embargo, no se observó diferencias significativas en la mortalidad.

TRAUMATISMO TORÁCICO POR ARMA DE FUEGO: EVOLUCIÓN DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

Roberto González L, Felipe Alarcón O., Alejandra Riquelme U., Rodrigo Reyes M, Diego Saldivia Z., Patricio Madrid C., Alejandro Pérez G., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile. (2)
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los traumatismos torácicos por arma de fuego (TTAF), en nuestro medio, han aumentado en frecuencia en el último período. Estas lesiones se caracterizan por una elevada morbilidad y mortalidad, debido a la gran variedad de lesiones asociadas, producidas tanto por el proyectil como secundarias a la energía del mismo.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es comparar las características y tratamientos de los TTAF hospitalizados de la última década con nuestro registro histórico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico transversal de pacientes hospitalizados por TTAF en el Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, de Concepción-Chile, durante el período entre enero-1981 y diciembre-2020. Se dividió el período: 1981-2010 y 2011-2020. Se revisaron protocolos prospectivos de TT previa aprobación por Comité Ético-Científico. Se calcularon índices de gravedad del traumatismo (IGT): ISS (Injury Severity Score), RTS-T (Revised Trauma Score Triage) y TRISS (Trauma Injury Severity Score). Se consideró politraumatismo un puntaje ISS >16 puntos. Se realizó análisis univariado utilizando Chi Cuadrado, Exacta de Fisher y U Mann Whitney, según corresponda. Para análisis estadístico se utilizó programa SPSSv25. Se consideró significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Total 4.577 pacientes hospitalizados por traumatismo torácico (TT), 239 (5,2%) hospitalizados por TTAF, 122/3095 (3,9%) durante el primer periodo y 109/1482 (7,4%) durante el segundo período. Hombres: 110 (90,2%) versus 103 (94,5%), edad promedio $28,8 \pm 11,2$ versus $29,5 \pm 11,1$ años, respectivamente. TTAF aislado disminuyó de 71,3% a 33,9% ($p < 0,001$) y aumentaron los politraumatismos de 14,8 a 45,0% ($p < 0,001$). Se realizó tratamiento invasivo en 75,4% versus 80,7% ($p 0,330$), de estos, el tratamiento definitivo fue la pleurotomía exclusiva en 47,8% versus 80,7% ($p 0,002$) y Cirugía Torácica en 39,3% versus 24,8%, respectivamente, según periodos (0,018). Según IGT: aumentó la gravedad según ISS y TRISS (mortalidad esperada de 6,4% versus 11,8%, $p < 0,001$). Mortalidad en 9 (7,4%) versus 5 (4,6%), respectivamente, según periodos ($p 0,375$).

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, se observó un incremento en la proporción de TTAF y un aumento significativo de las lesiones asociadas y politraumatizados. El tratamiento invasivo fue similar en ambos períodos, pero aumentó la pleurotomía exclusiva alcanzando hasta el 80% del tratamiento invasivo en el último periodo. La mortalidad esperada aumentó significativamente, pero la mortalidad observada no mostró diferencias entre períodos.

HERNIA PULMONAR TRAUMÁTICA DE MANEJO QUIRÚRGICO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN

I. Díaz, J. Reyes, C. Beltrán, J. Retamal, M. Santelices

Universidad Católica Del Maule

INTRODUCCIÓN: La Hernia pulmonar (HP) corresponde a la protrusión anormal del parénquima pulmonar a través de un defecto en la pared torácica, cuyo origen puede ser congénito o adquirido, siendo estas últimas en su mayoría de origen traumático (64%). Es una entidad muy infrecuente, existiendo alrededor de 300 casos reportados hasta 2017. Debido a esto, la mayoría de los manejos que se realizan en la práctica clínica derivan del conocimiento de series de casos. Sus variantes clínicas en orden decreciente de presentación son las del tipo intercostales, cervicales o diafragmáticas. Su clínica es variable con síntomas y signos que van desde disnea, dolor torácico, hemoptisis, crépitos óseos, enfisema subcutáneo hasta equimosis de la pared torácica, aunque usualmente no hay signos clínicos obvios sugerentes. Para su diagnóstico se puede utilizar la radiografía de tórax como también la Tomografía axial computada de tórax, siendo esta última más útil para definir los límites de la lesión como también las lesiones de menor tamaño. Existen reportes de manejo conservador, aunque la mayoría se resuelven de manera quirúrgica mediante resección pulmonar, fijación costal o reconstrucción de pared con material protésico y existiendo casos resueltos vía toracotomía o VATS.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico de un paciente con hernia pulmonar traumática y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 22 años sin antecedentes, ingresa a urgencias posterior a colisión vehicular con un trauma torácico cerrado, soporoso, con disminución del murmullo vesicular de la base pulmonar derecha. TAC de ingreso con hemoneumotorax, fracturas desplazadas de arcos costales izquierdo del 6° al 11° con hernia pulmonar asociada a través de 8vo EIC. Se instala Pleurostomía izquierda y se prepara para pabellón.

RESULTADO: Se realiza vía toracotomía posterolateral izquierda se realiza costotomía de fragmento de 8va costilla, fijación de rasgos de fracturas con puntos de vicryl, cobertura de defecto costal con colgajo de músculo intercostal. Buena evolución clínica con retiro de Pleurostomía al 4to y alta al 6° día postoperatorio.

CONCLUSIÓN: Los principios de la cirugía para la HP incluyen la reducción del parénquima pulmonar hacia la cavidad torácica luego de constatar su vitalidad, aproximar el defecto regularizando los bordes que pueden causar lesión y la estabilización de la pared costal. La estrategia quirúrgica precoz se justifica en los casos que existe riesgo de daño del parénquima pulmonar por estrangulamiento o por lesión con los bordes de costillas fracturadas, la necesidad de ventilación a presión positiva, dolor intratable o inestabilidad de la pared torácica. En la mayoría de los casos, no es necesaria la resección de parénquima pulmonar.

CONSIDERACIONES PARA LA REPARACIÓN PRIMARIA TARDÍA EN EL SÍNDROME DE BOERHAAVE.

I. Díaz, J. Retamal, C. Beltrán, J. Nuñez, J. Barrientos, L. Pérez

Universidad Católica Del Maule

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Boerhaave corresponde a una perforación esofágica espontánea de baja frecuencia. Es importante para su pronóstico el manejo precoz, las condiciones locales del defecto esofágico, tamaño de la perforación y las comorbilidades. No existe consenso claro del manejo tardío de pacientes con Boerhaave y la mayoría de los algoritmos de manejo están basados en series de casos, tornando difícil su elección.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico de paciente con perforación esofágica espontánea con reparación primaria tardía y consideraciones quirúrgicas respecto a las condiciones locales para la reparación primaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente 74 años sin antecedentes, ingresa de manera electiva para prostatectomía. Al primer día de postoperatorio evoluciona con náuseas, vómitos, fiebre, distensión abdominal disminución de murmullo pulmonar a izquierda y de ruidos hidroaéreos. TC de tórax muestra enfisema cervical profundo derecho, atelectasia lóbulo inferior izquierdo, hidroneumotórax izquierdo, con desplazamiento de mediastino. Se instala pleurostomía y estudio de líquido revela la presencia de exudado polimorfonuclear, pH 6.5 y amilasa > 400 UI/L. Por sospecha de síndrome de Boerhaave se realiza endoscopia digestiva alta para manejo, evidenciándose perforación de 15 mm en tercio distal del esófago y en espacio pleural con gran cantidad de fibrina en su interior. Al quinto día, el paciente ingresa a pabellón.

RESULTADO: En intraoperatorio se evidencia perforación de tercio inferior esofágico de 2.5 cm de largo con destrucción parcial de la capa muscular, mucosa en buen estado y empiema pleural difuso a izquierda. Se realiza aseo y decorticación pulmonar hasta el esófago, rafia esofágica con puntos separados de PDS 3-0 con refuerzo de colgajo de músculo intercostal, ligadura de esófago cervical, gastrostomía descompresiva y yeyunostomía de alimentación. El paciente evoluciona con fístula esofágica que revierte con tratamiento médico y posterior a 2 meses de hospitalización es dado de alta con buena tolerancia oral y sin evidencia de fístula.

CONCLUSIÓN: Las alternativas disponibles para el tratamiento del síndrome de Boerhaave son el manejo médico, quirúrgico o endoscópico. En el manejo precoz, se debe privilegiar la reparación primaria, sin embargo, en el manejo tardío su indicación se ha tornado controversial. Reportes de reparaciones primarias tardías hasta 67 horas posteriores a la perforación, han informado un 17% de mortalidad y un éxito hasta en un 83% de los casos. Para la reparación primaria, cobran vital importancia las condiciones locales de la perforación. Es fundamental la adecuada visualización de mucosa sana, suturas libres de tensión con o sin uso de colgajos musculares para su refuerzo y el aseo exhaustivo. La elección del tratamiento es una decisión que se debe discutir caso a caso.

QUILOTÓRAX SECUNDARIO A TRAUMA TORÁCICO CERRADO. REPORTE DE UN CASO

Bárbara Gómez Queupumil, Matias Palma Torres

Universidad de la Frontera, Hospital Hernán Henríquez Aravena

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: El quilotórax es la presencia de quilo en la cavidad pleural por rotura del conducto torácico, ya sea de causa congénita, médica, iatrogénica y/o traumática; es poco frecuente, siendo el trauma cerrado la causa más rara descrita. La sospecha clínica es esencial para el diagnóstico, confirmado en el análisis del líquido pleural.

OBJETIVOS: OBJETIVOS: Reportar un caso de complicación rara del trauma torácico cerrado, su diagnóstico y manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: MATERIAL Y MÉTODO: Presentación caso clínico de patología poco frecuente y revisión de la literatura.

RESULTADO: RESULTADO: Hombre de 27 años sin antecedentes mórbidos, conductor de vehículo menor, sin cinturón de seguridad, con caída desde barranco; es trasladado servicio de urgencias de hospital de alta complejidad, con sospecha de neumotórax izquierdo y contusión pulmonar que evolucionó con compromiso ventilatorio en centro de origen; ingresa estable, intubado; es evaluado por neurocirugía con escáner de cerebro y columna sin fracturas ni patología quirúrgica, cirujano evidencia en escáner de tórax contusión pulmonar leve derecha y extensa izquierda, hemoneumotórax izquierdo leve a moderado, fracturas costales en arco posterior primera y segunda costillas derechas y primera a sexta costillas izquierdas estables; indicándose manejo quirúrgico expectante y manejo médico activo en unidad de cuidados intensivos, donde evoluciona con mala mecánica ventilatoria, por lo que se instala pleurostomía izquierda, con salida de líquido lechoso sugerente de quilotórax, confirmándose en análisis del líquido pleural. Durante estadía en unidad intensiva en nutrición parenteral total, cursa neumonía grave asociada a ventilación mecánica. Evoluciona favorablemente tras 24 días de hospitalización; estable clínicamente se presenta caso a radiología intervencional por quilotórax persistente. Se realiza linfografía ascendente con localización de fuga a nivel del tercio superior del conducto torácico, realizándose embolización con histoacryl; posteriormente con disminución progresiva de débito de drenaje, hasta salida de líquido seroso de escasa cuantía por lo que se retira pleurostomía, dándose de alta.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: El quilotórax es una entidad rara en trauma cerrado, por lo que se debe poseer una alta capacidad de sospecha, ya que el líquido de la pleurostomía puede no presentarse de forma típica. El manejo conservador, que consiste en drenaje pleural y compensación nutricional tiene éxito de hasta un 50% en los quilotórax traumáticos; en la literatura la embolización selectiva está indicada en el fracaso del manejo conservador con tasas de éxito entre el 73 a 76%. Finalmente el diagnóstico precoz permite el manejo oportuno de complicaciones asociadas, como respiratorias y nutricionales.

CASO CLÍNICO: CONDROSARCOMA DE PARED TORÁCICA EN PANDEMIA. ¿Y AHORA... QUIEN PODRÁ DEFENDERNOS?

Dina Estay M, Jorge Armijo H, Rodrigo Tapia L

Clínica San José

INTRODUCCIÓN: La Pandemia de COVID-19, que se desarrolló desde diciembre de 2019, fue una catástrofe de salud, social y económica a nivel mundial, que permitió el desarrollo de algunas áreas médicas como Unidades de Cuidados Críticos, pero mermó el quehacer de todos los equipos quirúrgicos. Aún estamos determinado el impacto total, que causó en listas de espera y resultados oncológicos de pacientes. Es por esto, que queremos presentar este caso clínico, que fue resuelto localmente, en medio de esta pandemia.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico con buenos resultados, en un equipo con poca experiencia, en medio de la Pandemia de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico. Paciente de 16 años, sexo femenino, que consulta en varias oportunidades a otros especialistas, por aumento de volumen de pared torácica anterior derecha, de crecimiento lento inicialmente, pero en noviembre de 2020, comienza crecimiento acelerado.

RESULTADO: Se realizó biopsia incisional el día 2 de octubre de 2021, que informa: TUMOR OSEO COMPATIBLE CON FIBROMA CONDROMIXOIDE. Debido a crecimiento acelerado de la masa y a la imposibilidad de trasladar a esta paciente y seguir sospechando de lesión neoplásica, se realiza Cirugía resectiva y reconstrucción de pared. Biopsia informó: CONDROSARCOMA DE TIPO CONVENCIONAL GRADO I DE DIFERENCIACION EN UN 90% Y GRADO II DE DIFERENCIACIÓN EN UN 10 %, BORDES DE RESECCIÓN NEGATIVOS. Fue presentada en Comité Oncológico local y actualmente se encuentra en seguimiento.

CONCLUSIÓN: Es de suma importancia el desarrollo de equipos regionales que permitan dar solución a pacientes en forma oportuna, a pesar de la contingencia de salud nacional o mundial, como fue el caso de la Pandemia COVID-19.

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE DESARROLLAN ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR EN EL HOSPITAL DE LA FLORIDA

Eduardo Muñoz L, Carlos Barril M, Carolina Bonomo M, Fernando Olguín H, Álvaro Cámbara P.

Hospital La Florida Dra Eloísa Díaz Insunza

INTRODUCCIÓN: La articulación esternoclavicular es un sitio infrecuente de artritis séptica. Su etiología y forma de presentación son variables pudiendo manifestarse desde aumento de volumen hasta sepsis grave. No existen algoritmos diagnósticos y terapéuticos en la literatura. El manejo varía desde conservador con antibióticos y aseo quirúrgico o curetaje hasta cirugías invasivas con resección de la articulación, que pudieran requerir cobertura cutánea. El diagnóstico precoz es fundamental dado que su retraso se asocia a complicaciones como abscesos de pared, empiema o mediastinitis, e involucra terapias más agresivas con períodos prolongados de hospitalización y por consiguiente mayor morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de artritis séptica esternoclavicular (ASEC) hospitalizados en el Hospital La Florida Dra Eloísa Díaz Insunza (HLF) desde el 2019 a la fecha.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados en HLF con diagnóstico de artritis séptica esternoclavicular desde Mayo, 2019 hasta Julio del 2022.

RESULTADO: Se identificaron 10 pacientes que desarrollaron ASEC, destaca que 8 son de sexo masculino, con un promedio de edad de 63 ± 10 años. Solo 3 pacientes tenían comorbilidades, siendo la más común la Diabetes Mellitus tipo 2 en todos esos casos. En relación a la presentación de la ASEC; todas se diagnosticaron como absceso de pared en el contexto de una consulta en el servicio de urgencias. Se realizó manejo quirúrgico en la totalidad de los casos, con un promedio de 3 aseos por paciente. En 3 de éstos se debió realizar cobertura del defecto resultante con colgajo de Esternocleidomastoideo, en 2 casos, y Pectoral Mayor en 1 caso, el resto se manejó con cierre primario. El promedio de estadía hospitalaria fue de 30 días. Los microorganismos aislados más frecuentemente fueron *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*, ambos con 3 casos, sin necesidad de recurrir a antibióticos de amplio espectro.

CONCLUSIÓN: Los pacientes que desarrollan ASEC son principalmente de sexo masculino, se presentan como absceso de pared, que requirieron intervención en todos los casos. La mayoría con estadías hospitalarias prolongadas, con microorganismos de sensibilidad antibiótica adecuada. Conocer la evolución y buena respuesta al manejo de la enfermedad permitirá al equipo de salud estar familiarizado con el cuadro y diagnosticarlo en etapas precoces de su desarrollo.

MANEJO DE LA HIPERDRISOS POR SIMPATECTOMIA EN EL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI, ANÁLISIS DE 10 AÑOS.

Andrés Valenzuela S, Dina Estay M, Jorge Armijo H, Rodrigo Tapia L.

Universidad de Tarapacá

INTRODUCCIÓN: La Simpatectomía es una técnica quirúrgica reciente a nivel mundial, propia del nuevo siglo, que ha ido en gran demanda con el paso del tiempo debido a su eficacia y eficiencia en el manejo principal, pero no único, de la hiperhidrosis palmar y axilar bilateral.

OBJETIVOS: Describir los resultados de pacientes intervenidos por Simpatectomía a lo largo de 10 años en el contexto del hospital regional de Arica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se revisan todos los registros de pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis sometidos a Simpatectomía, operados entre los años 2012 y 2022. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, motivo quirúrgico, técnica empleada, complicaciones intraoperatorias, efectos secundarios y recidiva.

RESULTADO: Se identificaron 12 pacientes. Las edades fluctuaron entre 15 y 49 años, con una mediana de 22,5 y un promedio de 27 años. Hubo predominio de sexo femenino con 83%. El motivo quirúrgico más frecuente fue la hiperhidrosis palmar en un 91,6%. La técnica empleada más frecuente fue R3-R4 en un 41,6%. No se reportaron complicaciones intraoperatorias. El 75% de los pacientes intervenidos no reportaron efectos secundarios a la cirugía, mientras que en el 25% restante todos reportaron sudoración compensatoria, dentro de los que un 33,3% reportaron ptosis sobreagregada. Sólo se reportó 1 paciente, correspondiente al 8,3% de la muestra, con recidiva por sudoración compensatoria palmo plantar posterior a la primera cirugía, y que tras ser reintervenido evoluciono favorablemente sin efectos secundarios.

CONCLUSIÓN: Presentamos el primer reporte de casos en la región de Arica y Parinacota sobre Simpatectomía. Pese a la reducida muestra con la que se trabaja nuestros resultados son similares a la literatura mundial en cuanto a la frecuencia por géneros y la edad de intervención.

SEGMENTECTOMÍA ANATÓMICA ROBÓTICA CON VERDE DE INDOCIANINA EXPERIENCIA DE DOS CASOS EN FALP

Drs. Paulina Rojas A, Juan Cheyre F, Ricardo M Terra, Jorge Salguero A, Felipe Bannura Y

Fundación Arturo López Pérez

INTRODUCCIÓN: En cirugía torácica, la segmentectomía anatómica se define como la resección de uno o más complejos pulmonares comenzando por la sección individual y anatómica de su pedículo, siendo su indicación dada por la necesidad de conservar tejido pulmonar por diversas razones. Tradicionalmente en Chile, la segmentectomía anatómica se realiza por toracotomía o VATS, siendo la última de elección y la cual requiere alto nivel de habilidad quirúrgica. Con el advenimiento de nuevas tecnologías como es la cirugía robótica, es posible lograr resecciones más limitadas y técnicamente más complejas por vía mínimamente invasiva aún en las etapas iniciales del aprendizaje.

OBJETIVOS: El objetivo de la siguiente serie de casos es presentar los resultados obtenidos en los primeros dos pacientes operados por esta técnica en FALP con la finalidad de incorporarlo como práctica habitual en el manejo de las lesiones pulmonares.

MATERIAL Y MÉTODO: Entre el abril y mayo de 2022 se seleccionaron dos pacientes susceptibles de resección segmentaria. La primera paciente corresponde a una mujer de 61 años, sin antecedentes mórbidos, no fumadora, en estudio por lesión pulmonar sospechosa de carcinoide típico de 4mm, sin otras lesiones en PET y con función pulmonar conservada. La segunda paciente corresponde a una mujer de 64 años, exfumadora, en seguimiento hace 5 años por lesiones pulmonares en vidrio esmerilado, una de ellas del LII con crecimiento de 13 a 20mm en el tiempo y función pulmonar conservada.

RESULTADO: El 24/05 se sometieron a segmentectomía anatómica con verde de indocianina utilizando la plataforma robótica Da Vinci Xi, resecándose el segmento S6 derecho en el primer caso y S8-S9 izquierdo en el segundo, con extracción de 12 ganglios linfáticos en ambos procedimientos. El tiempo operatorio fue de 3 horas y 4.5 horas respectivamente. Las pacientes evolucionaron en buenas condiciones generales, con retiro de pleurostomía a las 24 horas y dadas de alta a las 48 horas sin incidentes. El resultado de la biopsia en el primer caso fue concordante con carcinoide típico y en el segundo se informó lesión inflamatoria granulomatosa no maligna, ambos sin compromiso linfonodal.

CONCLUSIÓN: La plataforma Da Vinci Xi permite realizar cirugías de alta complejidad y de forma segura aún estando en las fases iniciales del aprendizaje, pudiendo posicionarse como una excelente alternativa en el manejo quirúrgico de las lesiones pulmonares.

PROYECTO DE SCREENING DE CÁNCER DE PULMÓN EN REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA 2022

Dina Estay M

Servicio de Salud Arica

INTRODUCCIÓN: Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud de 2019, el sexto lugar de las causas de mortalidad está ocupado por el Cáncer de Tráquea, Bronquios y Pulmón, con una cifra de 1.8 millones de personas fallecidas al año. Situando al Cáncer de pulmón en el primer lugar de las causas de mortalidad por Cáncer. En Chile, el Boletín Anual del Instituto Nacional de Estadística de 2019 muestra que el grupo de causas de muerte “tumores (neoplasias)” ocupó el primer lugar, desplazando de dicho sitio al grupo de causas “enfermedades del sistema circulatorio”. Regionalmente son diagnosticados alrededor de 40 casos al año de Cáncer de Pulmón, pero su diagnóstico es principalmente en etapas tardías, lo que impide un tratamiento quirúrgico curativo y sólo se logra realizar tratamientos paliativos. Es por esto que son muy importantes los esfuerzos del equipo de salud, para realizar prevención primaria y secundaria en los factores de riesgo modificables de Cáncer de Pulmón.

OBJETIVOS: Desarrollar un proyecto de Screening adecuado para el norte de Chile, que permita realizar diagnóstico precoz de Cáncer de Pulmón.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó dos grandes estudios comparativos de Screening de Cáncer de Pulmón, en personas con tabaquismo, realizados con Radiografía versus Tomografía Computada (TC) de Tórax de baja dosis, siendo superior la TC en forma estadísticamente significativa. Además se agregaron estudios en relación a exposición a Arsénico en la zona Norte de Chile, donde se concluye que el efecto de exposición a arsénico es sinérgico al tabaquismo, por lo que se aumenta significativamente el riesgo de presentar Cáncer de Pulmón en personas que han vivido en la zona norte de Chile.

RESULTADO: Se diseñó una encuesta que será aplicada a personas de 50 años y más, para luego determinar si corresponden a 3 distintos grupos de riesgo. Personas con alto riesgo de presentar Cáncer de Pulmón, moderado y bajo riesgo. A los de bajo riesgo, no se les realizará ninguna intervención, a los de moderado riesgo se realizará una TC al inicio y otra en 5 años (un total de 2 exámenes), y a los de alto riesgo, se realizará una TC anual por 2 años (un total de 3 exámenes). Si alguna de las Tomografías resultan ser positivas, se comenzará el estudio de etapificación y tratamiento habitual de los pacientes.

CONCLUSIÓN: Aún no tenemos resultados estadísticos, pero esperamos mostrar en Noviembre, los primeros resultados de este ambicioso proyecto.

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS BIOPSIAS DE LESIONES PULMONARES GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ARICA DR. JUAN NOÉ CREVANI.”

Francisco Villalobos M., Renato Alarcón E., Rodrigo Tapia L., Dina Estay M.

Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani. Universidad de Tarapacá Arica - Chile

INTRODUCCIÓN: La disponibilidad generalizada de la tomografía computada (TC) y avances en las técnicas de detección han permitido la identificación de un número cada vez mayor de lesiones pulmonares (LP), las cuales representan un desafío diagnóstico. La biopsia percutánea core guiada por TC, es una técnica segura y precisa que ha sido ampliamente validada y utilizada para el estudio de LP, con un rendimiento que varía entre 86 – 99% dependiendo del tipo y tamaño de la lesión.

OBJETIVOS: En vista de la falta de datos a nivel local el objetivo del presente estudio es detallar las características epidemiológicas de las muestras obtenidas por medio de biopsia de LP guiada por TC en el Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani (HJNC) realizadas entre 2015 – 2022. Como objetivo secundario se determina la tasa de complicaciones asociadas a la técnica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes sometidos a biopsia de LP guiada por TC en el HJNC realizadas entre 2015 – 2022. La muestra incluyó 49 biopsias consecutivas de LP guiada por TC. Se excluyeron 10 casos en los que no se pudo obtener las variables a estudiar por datos inválidos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con medidas de frecuencia utilizando el software SPSS de las características epidemiológicas de la muestra en base a edad, sexo, diagnóstico oncológico, histológico, origen, tamaño, relación, ubicación y complicación.

RESULTADO: Se incluyeron 49 pacientes de los cuales 69,4% fueron hombres (n=34) y 30,6% mujeres (n=15), con un rango de edad entre 21 – 82 años y media $66,65 \pm 12,71$ años con LP de tamaño que variaba entre 0,6 – 19 cm y media $6,65 \pm 3,54$ cm, de las cuales 75,5% contactaban con la pleura (n=37). En el lóbulo inferior derecho (LID) se ubicaban 26,5% (n=13) de las LP, seguido del lóbulo inferior izquierdo (LII) 22,4% (n=11). Un 63,3% fueron tumores broncogénicos primarios (n=31), de los cuales 28,6% correspondieron a adenocarcinoma (n=14), seguido del carcinoma de células escamosas 26,5% (n=13). La tasa de complicaciones fue de 28,6% (n=14), correspondiendo un 14,3% a neumotórax laminar (n=7).

CONCLUSIÓN: La mayoría de las LP fueron tumores broncogénicos primarios, siendo la lesión histológica más frecuente el adenocarcinoma con una tasa de complicaciones baja, datos que concuerdan con las publicaciones y guías internacionales. Se propone para estudios posteriores el análisis del rendimiento diagnóstico y factores asociados al desarrollo de complicaciones a nivel local.

LOBECTOMIA SUPERIOR IZQUIERDA CON PLASTIA DE BRONQUIO POR VIA ROBOTICA

Juan Cheyre F, Jorge Salguero A, Felipe Bannura Y., Ricardo Terra

FALP

INTRODUCCIÓN: La cirugía robótica ofrece una excelente alternativa para realizar procedimientos quirúrgicos complejos por vía mínimamente invasiva, aun cuando los equipos se encuentren en etapas iniciales de la curva de aprendizaje. En Chile los procedimientos torácicos por vía robótica son aun escasos y solo se han realizado resecciones quirúrgicas menores. Presentamos una lobectomía superior izquierda en una paciente con tumor endobronquial que requirió plastia de bronquio como reparación.

OBJETIVOS: Mostrar una técnica quirúrgica novedosa y factible de realizar por equipos que cuenten con tecnología robótica, aun cuando se encuentren en etapas tempranas de desarrollo

CONTENIDO DE VIDEO: lobectomía superior izquierda con plastia de bronquio en paciente con tumor carcinóide endobronquial

LESIÓN TRAQUEOESOFÁGICA SECUNDARIA A HERIDA POR ARMA DE FUEGO

Francisco Jofre campos, Jose Campero Martinez , Marcelo Parra Novoa, Jose Ortega Sepulveda , Galo Cardenas Santacruz

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: Las heridas cervicales producidas por arma de fuego con compromiso de la vía aérea y tracto digestivo combinadas son infrecuentes (5-10%), sin embargo, cuando ocurren, siempre se asocian a múltiples daños estructurales contribuyendo a gran morbilidad . El manejo de lesiones de este tipo es decisivo en el pronóstico, siendo difícil la toma de decisiones frente a una lesión de línea media cervical² . Los síntomas de estas lesiones varían, desde compromiso de la vía aérea hasta daño de grandes vasos, sin olvidar el temido daño medular. A pesar de todos los esfuerzos terapéuticos la condición presenta una elevada morbilidad. Por esto, los traumas que involucren tanto la tráquea como el esófago, se deben sospechar en todo paciente que haya sufrido una herida de proyectil en el mediastino o cuello. Muchas técnicas están descritas para la reparación de estas lesiones como también muchas complicaciones que empeoran el pronóstico³ .El objetivo de este estudio es presentar un caso clínico de un paciente del Hospital Padre Hurtado quien sufrió una lesión traqueo esofágica combinada, secundaria a herida de bala cérvico torácica, el manejo que recibió y la evolución a un año del trauma.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es presentar un caso clínico de un paciente de nuestro hospital, quien sufrió una lesión traqueo esofágica, secundaria a herida de bala , y el manejo que recibió .

MATERIAL Y MÉTODO: Un paciente de 22 años es llevado a urgencias del Hospital Padre Hurtado (Santiago de Chile) por un traumatismo penetrante en el cuello por de arma de fuego. Se encuentra en vigilia, consciente, taquicárdico, eupneico, afebril, al examen físico se evidencia herida de bala de entrada en nuca, salida de bala no clara, soplos pulmonares disminuidos bilateralmente y enfisema subcutáneo que parece expandirse en región anterior de nuca. Ante la sospecha de lesión de vía aérea, se toma la decisión de proteger la vía aérea y se intuba y reanima al paciente con volumen.

RESULTADO: Una vez que se realiza la reanimación inicial y el paciente se mantiene estable, se realizan exámenes de laboratorio que no muestra hallazgos relevantes y se solicita una tomografía computarizada. Se analiza junto al servicio de imagenología y se evidencia lesión traqueo esofágica, con abundante enfisema circundante, y neumotórax bilateral. Mientras se preparaba el pabellón, se instalaron una pleurostomía en ambos hemitorax . 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 encontrando lesión traqueo esofágica que compromete 2 anillos traqueales posterolateralmente a 5 cm de la carina y lesión esofágica transfixiante. Se realizó resección de los anillos comprometidos con anastomosis primaria realizada con sutura continua reabsorbible. La



reparación primaria de las lesiones esofágicas se realizó con una sutura continua reabsorbible y se insertó una sonda nasogástrica bajo visión directa. Se interpone un colgajo de músculo esternocleidomastoideo entre la tráquea y el esófago. La revisión final con fibrobroncoscopia muestra una anastomosis hermética y se realiza una prueba neumática que resulta negativa para la filtración de aire. Se inserta un tubo endotraqueal bajo visión fibrobroncoscópica y se coloca distal a la anastomosis. Se colocan pequeños tubos de drenaje en la región cervical. El paciente se mantiene hospitalizado en UCI , donde evoluciona en forma favorable y se logra extubar y dar de alta a los 21 días.

CONCLUSIÓN: Las lesiones cervicales penetrantes representan el 5-10% de todos los traumatismos en una unidad de urgencias. Las lesiones traqueoesofágicas secundarias a armas de fuego son poco frecuente, pero siempre deben descartarse ante este tipo de traumatismos por su necesidad de protección inmediata de la vía aérea

PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA Y NO COMPLICADA.

E. Ziede R, C. Valenzuela Q, J. Lavanderos F, E. Devaud J, A. Lopez C, J. Jans B..

Hospital Base San José de Osorno

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una enfermedad endémica en nuestro país, producida por el céstodo *Echinococcus granulosus*. El pulmón es el segundo órgano más afectado en el humano.

OBJETIVOS: Revisar los resultados del tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar en nuestro centro y analizar su presentación, tratamiento quirúrgico y resultados de sus formas complicada y no complicada.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos retrospectiva de pacientes con hidatidosis pulmonar intervenidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Base Osorno entre enero de 2014 y junio de 2022.

RESULTADO: Se revisaron los datos de 48 pacientes (21 hombres y 27 mujeres). El promedio de edad fue $43,4 \pm 21,6$ años. El promedio de quistes por paciente fue de $1,3 \pm 0,5$. Ocho pacientes (16,7%) presentaron enfermedad bilateral. 24 pacientes (50%) presentaron quistes pulmonares complicados y 24 (50%) no complicados. Ningún síntoma presentó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, pero la tos, dolor torácico, disnea y hemoptisis fueron más frecuentes en los pacientes complicados. Una PCR elevada (87% vs 45,8%, $p=0,003$) y la presencia de leucocitosis (52,2% vs 12,5%, $p=0,003$) fueron hallazgos frecuentes en el grupo de complicados con una diferencia estadísticamente significativa. Se realizaron 20 periquistectomías asociadas a capitonaje, 25 sin capitonaje y en 23 se identificó y trató una fístula bronquial. El requerimiento de cama crítica fue mayor en el grupo de complicados (56,5% vs 16,7%, $p=0,0045$) y tuvieron más morbilidad postoperatoria (69,6% vs 29,2%, $p=0,006$).

CONCLUSIÓN: La hidatidosis pulmonar tiene una baja frecuencia de presentación, debutando principalmente en pacientes jóvenes. Sus formas complicadas pueden ser similares a las no complicadas pero en estudios de laboratorio la evidencia de leucocitosis y elevación de la PCR nos orienta a complicación del quiste. El desarrollo de complicaciones postoperatorias y requerimiento de cama crítica es mayor cuando se trata de un paciente con un quiste complicado.

ABORDAJE TORÁCICO Y ABDOMINAL DEL QUISTE HIDATÍDICO TORACOABDOMINAL

Francisco Jofre c, Jose Campero M , Marcelo Parra N, Jose Ortega S , Galo Cardenas S

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis parasitaria causada por la tenia Echinococcus. Es una enfermedad endémica en Chile. Las áreas más prevalentes están asociadas a sectores de ganadería extensiva. El huésped definitivo más importante es el perro. El ser humano y los animales del ganado son huéspedes intermedios. Se describe que el hígado se ve afectado en aproximadamente el 66% de los pacientes infectados. Los pulmones en 25 % de los casos. La presentación clínica de la infección depende del sitio de los quistes y de su tamaño. El diagnóstico de hidatidosis se basa en la historia epidemiológica, exploración física, pruebas de imagen y serológicas. El tratamiento de la hidatidosis pulmonar es quirúrgico. El tratamiento médico se reserva para quistes múltiples, únicos <5 cm, pacientes de alto riesgo quirúrgico o inoperables, y como quimioprofilaxis pre y postoperatoria. El fármaco de elección que utilizamos fue el albendazol.

OBJETIVOS: Presentar un caso de un quiste hidatídico complicado con una quiste en tránsito toracoabdominal

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 60 años consulta por cuadro de disnea progresiva, tos, sensación febril. Cuando se le pregunta por sus antecedentes refiere tener úlceras duodenales y haber vivido en Osorno durante al menos 20 años. Al examen físico presenta taquicardia, taquipneica, afebril. Hay un soplo respiratorio disminuido en el pulmón derecho y una masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho del abdomen.

RESULTADO: Se realizó TAP TAC, se observaron múltiples lesiones quísticas que ocupaban todo el tórax derecho e hígado derecho. Se inició tratamiento con albendazol tan pronto como se hizo el diagnóstico de quiste hidatídico. Finalmente el paciente sometido a cirugía donde se realizó una toracotomía y laparotomía para extracción de quistes. En el tiempo torácico se realizó una toracotomía. Se identificó una abertura diafragmática y se drenó un quiste hepático a través de este abordaje. Se realizó colecistectomía con colangiografía intraoperatoria que resultó negativa para cálculos o filtración quística. El paciente evolucionó favorablemente, con retiro temprano de fármacos vasoactivos y una rápida recuperación de la función pulmonar. Las radiografías de tórax de control revelaron una expansión pulmonar completa. Los tubos torácicos se retiraron el día 22. El paciente fue dado de alta, completó un total de 34 días de tratamiento con albendazol y actualmente se encuentra bien, asintomático y aumentando de peso.

CONCLUSIÓN: presentamos un caso de una enfermedad endémica en Chile con una incidencia entre 1,41 y 2,47 casos por cien mil habitantes, y una mortalidad entre 0,09 a 0,21 muertes por cien mil habitante, por lo que es importante una sospecha de esta patología y su manejo .

PLASTIA DE CARINA POR TUMOR GLÓMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Javier Meneses P., Isidora Belletti S., Rocio Ritchie O., Javier Vega S., Jorge Arche P., Patricio Rodríguez D.

Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello.

INTRODUCCIÓN: Los tumores traqueobronquiales primarios son una forma infrecuente de neoplasia, contemplando entre el 0.1-0.4% de todos los tumores diagnosticados anualmente, siendo el tumor glómico aún menos prevalente. Los pacientes suelen presentarse con sintomatología obstructiva o pueden debutar con neumonías recurrentes, hemoptisis, disfagia, etc. El estudio diagnóstico inicia con tomografía computarizada y la pieza para estudio histopatológico puede obtenerse con fibrobroncoscopia. El tratamiento principal de los tumores traqueobronquiales es la cirugía, que requiere un manejo de la vía aérea coordinado con el equipo anestésico mediante la utilización de un tubo endotraqueal que debe retirarse de manera parcial en el momento de la resección, para luego instalar distalmente otro por el campo operatorio que permita la ventilación intermitente, a través de la tráquea, durante la cirugía. El abordaje y técnica quirúrgica dependen del procedimiento a realizar. En la resección traqueal sin neumonectomía se accede adecuadamente realizando una toracotomía posterolateral derecha que permitirá, con el pulmón colapsado, acceder a la carina, realizando una incisión pleural y una división de la vena ácigos, para liberarla de manera circunferencial respetando el nervio laríngeo recurrente y disecando el ligamento pulmonar. Se comienza con una incisión traqueal, luego se retira el tubo endotraqueal y se realiza la división de ambos bronquios fuentes, momento en el que se debe comenzar a ventilar a través del campo operatorio. El modo de reconstrucción más simple, aunque limitado en resecciones extensas, consiste en la construcción de una “neocarina” entre ambos bronquios fuentes que se anastomosan a la tráquea con suturas absorbibles y puntos simples separados realizados circunferencialmente. Las principales complicaciones postoperatorias son aquellas relacionadas con la anastomosis que ocurren en $\approx 17\%$ y el SDRA presente en $\approx 10\%$, que son importantes predictores de mortalidad.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente a la que se le realizó una resección de tumor glómico traqueobronquial con reconstrucción mediante neocarina.

CONTENIDO DE VIDEO: Se realiza toracotomía posterolateral derecha en cuarto espacio intercostal. Se incide en pleura, se realiza disección de vena ácigos. Disección de tráquea distal y ambos bronquios. Sección de tráquea por sobre la lesión y de bronquio derecho por sobre nacimiento de lobar superior. Se aproximan paredes mediales de ambos bronquios y se suturan, se regularizan ambos cabos y se anastomosa a la tráquea mediante puntos separados, creando la neocarina. Se prueba la hermeticidad de la anastomosis, se refuerza y se cubre con pleura. Se instala drenaje y se cierra por planos. Postoperatorio sin complicaciones.

PLASTIA DE CARINA EN TUMOR GLÓMICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

J. Meneses¹, I. Belletti², R. Ritchie¹, J. Arche³, J. Vega⁴, P. Rodríguez⁵.

Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN: Los tumores traqueobronquiales primarios son una forma infrecuente de neoplasia, contemplando entre el 0.1-0.4% de todos los tumores diagnosticados anualmente, siendo el tumor glómico aún menos prevalente. Los pacientes suelen presentarse con sintomatología obstructiva o pueden debutar con neumonías recurrentes, hemoptisis, disfagia, etc. El estudio diagnóstico inicia con tomografía computarizada y la pieza para estudio histopatológico puede obtenerse con fibrobroncoscopia. El tratamiento principal de los tumores traqueobronquiales es la cirugía, que requiere un manejo de la vía aérea coordinado con el equipo anestésico mediante la utilización de un tubo endotraqueal que debe retirarse de manera parcial en el momento de la resección, para luego instalar distalmente otro por el campo operatorio que permita la ventilación intermitente, a través de la tráquea, durante la cirugía. El abordaje y técnica quirúrgica dependen del procedimiento a realizar. En la resección traqueal sin neumonectomía se accede adecuadamente realizando una toracotomía posterolateral derecha que permitirá, con el pulmón colapsado, acceder a la carina, realizando una incisión pleural y una división de la vena ácigos, para liberarla de manera circunferencial respetando el nervio laríngeo recurrente y disecando el ligamento pulmonar. Se comienza con una incisión traqueal, luego se retira el tubo endotraqueal y se realiza la división de ambos bronquios fuentes, momento en el que se debe comenzar a ventilar a través del campo operatorio. El modo de reconstrucción más simple, aunque limitado en resecciones extensas, consiste en la construcción de una “neocarina” entre ambos bronquios fuentes que se anastomosan a la tráquea con suturas absorbibles y puntos simples separados realizados circunferencialmente. Las principales complicaciones postoperatorias son aquellas relacionadas con la anastomosis que ocurren en $\approx 17\%$ y el SDRA presente en $\approx 10\%$, que son importantes predictores de mortalidad.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente a la que se le realizó una resección de tumor glómico traqueobronquial con reconstrucción mediante neocarina.

CONTENIDO DE VIDEO: Se realiza toracotomía posterolateral derecha en cuarto espacio intercostal. Se incide en pleura, se realiza disección de vena ácigos. Disección de tráquea distal y ambos bronquios. Sección de tráquea por sobre la lesión y de bronquio derecho por sobre nacimiento de lobar superior. Se aproximan paredes mediales de ambos bronquios y se suturan, se regularizan ambos cabos y se anastomosa a la tráquea mediante puntos separados, creando la neocarina. Se prueba la hermeticidad de la anastomosis, se refuerza y se cubre con pleura. Se instala drenaje y se cierra por planos. Postoperatorio sin complicaciones.

TRAQUEOCELE: SINGULTO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA

José M. Campero M, Florencia Capdeville O, Nicolás Berríos, Francisco Jofré, Pablo Pérez C, Manfred Zink R, José I. Ortega S, Raúl A. Berríos S, Raimundo J. Santolaya C.

Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: El divertículo traqueal o traqueocele es una herniación de la mucosa traqueal, puede ser congénito o adquirido. Por lo general, ambos se encuentran en el lado posterolateral derecho, a nivel del estrecho torácico superior, debido a la ausencia de cartílago en la pared membranosa posterior y la falta de soporte proporcionado por el esófago en el lado posterolateral izquierdo. Se estima que su prevalencia es alrededor del 1%. Habitualmente son asintomáticos, y si los presentan son tos, disnea, estridor, atelectasia pulmonar segmentaria y neumonía derecha recurrente, dependiendo del grado y la ubicación. Dentro de los síntomas infrecuentes se encuentra el singulto. El diagnóstico suele ser por hallazgo en imágenes, la tomografía computarizada es el más frecuente. La reconstrucción tridimensional permite una apreciación detallada de la morfología. El tratamiento es principalmente conservador.

OBJETIVOS: Revisión del tema en relación a un caso de traqueocele diagnosticado por estudio de singulto.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información de ficha clínica y estudio de imágenes con reconstrucción tridimensional, previo autorización de la paciente. Revisión de la literatura actualizada.

RESULTADO: Mujer de 75 años con antecedentes de cáncer de mama operado e irradiado sin incidentes. Posterior a cuadro viral respiratorio alto en febrero 2022, comienza con episodios prolongados y recurrentes de singulto de 3 meses de evolución. Al examen físico sin hallazgos. Se estudia con TC de cuello y tórax con reconstrucción tridimensional, evidenciando un traqueocele derecho de 29mm. Discutido el caso e indicando terapia para manejo de singulto, evoluciona de buena forma, sin afecciones ni complicaciones para su vida cotidiana. Por lo que se decide manejo observacional.

CONCLUSIÓN: Las malformaciones traqueobronquiales son entidades raras, debemos buscarlas dirigidamente frente a cuadros de infecciones respiratorias recurrentes o de tos prolongada, así como en presentaciones atípicas como el singulto persistente. Se debe considerar alteraciones mecánicas del nervio frénico o el diafragma, por lo que se debe evaluar de forma dirigida la anatomía del cuello y el tórax, siendo la tomografía el examen de elección.

REPORTE CASO CLÍNICO: LEIOMIOMA BRONQUIAL

José M. Campero M, Isidora Kehsler A, Nicolás Berríos, Francisco Jofré C, Pablo Pérez C, Manfred Zink R, José I. Ortega S, Raimundo J. Santolaya C, Raúl A. Berríos S.

Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias traqueobronquiales primarias representan aproximadamente el 0,1% de todos los tumores pulmonares, siendo el leiomioma endobronquial el tipo menos frecuente (0,66%). Se origina de las fibras musculares lisas que rodean las vías respiratorias o los vasos sanguíneos. Existen muy pocos casos publicados en la literatura, además es relevante destacar que aún existen controversias con respecto a su clasificación, factores de riesgo y seguimiento. La clínica depende fundamentalmente de la localización: los leiomiomas ubicados en el parénquima son generalmente asintomáticos y los endobronquiales se pueden presentar con tos, neumonía o expectoración hemoptoica. La mayoría son hallazgos imagenológicos. Dentro del estudio son fundamentales las imágenes y la fibrobroncoscopia. El tratamiento suele ser la resección quirúrgica o endoscópica.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con una lesión endobronquial benigna infrecuente, su enfrentamiento diagnóstico, manejo y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Información obtenida de la ficha clínica. Se obtiene estudio imagenológico, fibrobroncoscopia, imágenes de la cirugía y cortes histológicos. Revisión actualizada del tema.

RESULTADO: Hombre de 62 años, asintomático respiratorio, que en controles por cáncer de próstata tratado, se solicita PET/CT PSMA que evidencia una masa endobronquial de 27 x 20 mm en bifurcación de bronquio lobar medio e inferior con atelectasias secundarias del lóbulo inferior derecho. Al examen físico destaca disminución del murmullo pulmonar y crepitaciones en base derecha. Se realiza biopsia a través de fibrobroncoscopia que confirma diagnóstico de Leiomioma endobronquial. Discutido en comité multidisciplinario se decide resección, realizándose bilobectomía inferior derecha por VATS sin incidentes con alta al 3er día. Biopsia definitiva confirma Leiomioma endobronquial sin atipias. En el seguimiento con imágenes el paciente se encuentra asintomático.

CONCLUSIÓN: El Leiomioma endobronquial es un tumor benigno muy infrecuente. El diagnóstico es por sospecha y requiere un manejo multidisciplinario. Siendo la cirugía el tratamiento de elección.

LOBECTOMIA SUPERIOR IZQUIERDA RATS, PRIMER CASO EN CHILE

Juan Cheyre F, Felipe Bannura Y, Jorge Salguero A, Irini Semertzakis, Manuel Meneses C, Ricardo M. Terra

FALP

INTRODUCCIÓN: La Cirugía Robótica torácica es una estrategia novedosa para resolver la patología torácica compleja. En Chile se encuentra en etapas tempranas de desarrollo, siendo Fundación Arturo Lopez Perez la primera institución en implementarla como parte del tratamiento integral del cáncer de pulmón. Presentamos la primera lobectomía asistida por robot en Chile. Este procedimiento se realizó con una plataforma DaVinci Xi, con 4 brazos robóticos, corresponde al 5º procedimiento robótico realizado en nuestro centro.

OBJETIVOS: Demostrar que la lobectomía asistida por robot es posible de ser realizada aun cuando el equipo se encuentre en una etapa temprana de su curva de aprendizaje.

CONTENIDO DE VIDEO: Lobectomía superior izquierda asistida por Robot.

FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR: REPORTE DE UN CASO INFRECLENTE

Irene Pastor Escartín, Andrea Calderón Vargas, Raquel Herrera Cubas, Santiago Figueroa Almánzar, Richar Wins Biraben, María Trujillo Sánchez De León, Carlos Ordóñez Ochoa, Genaro Galán Gil

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN: Las Fístulas Arteriovenosas Pulmonares, FAVP, son comunicaciones anómalas infrecuentes, especialmente en sus formas secundarias y en paciente joven. Su asociación a la Enfermedad Rendu Osler Weber el tamaño mayor a 2 cm le otorgan peor pronóstico. Rara vez regresan y tienen nulo potencial maligno. Su mortalidad con sintomatología y sin tratamiento es del 4%- 22%. El 50% son sintomáticas con complicaciones como hemorragia intrapleural o hemoptisis. El 20% presentan la tríada clásica de cianosis, policitemia y dedos en palillo de tambor. El tratamiento más común es la embolización; siendo candidatos los pacientes asintomáticos con lesiones menores de 15 mm, con un 98% de éxito. La cirugía se indica en pacientes sintomáticos y con arterias alimentadoras mayores de 3 mm, presentando mínimas mortalidad y recurrencia.

OBJETIVOS: Exponer un caso atípico por lo infrecuente de la lesión, especialmente al presentarse de forma aislada y sin asociación congénita; por abordarlo quirúrgicamente y por el tipo de cirugía realizada. La resección pulmonar es la cirugía más frecuente, sin embargo, en este caso se realizó una fistulectomía; sólo posible cuando la lesión es disecable. No presentó complicaciones; fue resolutive.

CONTENIDO DE VIDEO: Caso de un varón joven con diagnóstico inicial de neumotórax espontáneo primario recidivante que requirió bullectomía-pleurodeis. En la TC de evaluación prequirúrgica se identificó una fístula pulmonar entre la Arteria y la Vena Pulmonar Superior Derecha, VPSD. Presentó en la RM cardíaca Shunt Derecha- Izquierda, dilatación distal de la VPSD y depresión sistólica del Ventrículo Derecho. Tras descartar Hipertensión Pulmonar, se consultó con radiología intervencionista, desestimando la embolización por su diámetro mayor de 6 mm, siendo remitida para cirugía. Fue posible la realización de una fistulotomía VATS. Se realizó disección y control arterial con torniquete de A1+ A3. Posteriormente de la VPSD, marcadamente dilatada; identificando la FAVP. Se procedió a la disección de la misma, de distal a proximal y de proximal a distal. Finalmente se procedió a la sección mediante Endograpadora completando la fistulectomía.

REPORTE DE CASO DE LINFANGIOMA QUÍSTICO MEDIASTINAL

Irving Augusto Palomares-Ramos, Jorge Alberto Saldaña-Rodríguez, Mario Rodarte-Shade, Ricardo Sepúlveda-Malec

Instituto Tecnológico de Monterrey-TEC Salud

INTRODUCCIÓN: El Linfangioma quístico tiene una incidencia de 0.7-4% de los tumores mediastinales. Se desarrollan de los vasos linfáticos como una hiperplasia linfática y se identifican principalmente en la infancia. En adultos generalmente son asintomáticos y su diagnóstico es incidental. Son tumoraciones benignas de crecimiento lento principalmente en región cervical, cabeza y axila. Los principales síntomas torácicos son disnea, dolor torácico, tos o hemoptisis. El riesgo de recurrencia debido a una resección incompleta varía entre 0-13.6%.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente masculino de 77 años con diagnóstico histopatológico de Linfangioma quístico mediastinal y tratamiento quirúrgico, así como la revisión de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso

RESULTADO: Caso reciente de masculino de 77 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial crónica, cardiopatía con taquicardia supraventricular, nefropatía hipertensiva grado 4 y tabaquismo intenso, acude por sintomatología de hemoptisis crónica. Se realiza BAAR, ANA, ANCA y AMBG con resultado negativo, TAC de tórax con hallazgos de Linfangioma quístico mediastinal, broncoscopia sin datos de malignidad. Se realiza resección quirúrgica por Toracotomía posterolateral derecha con confirmación histopatológica. Egresando por mejoría clínica al sexto día postoperatorio.

CONCLUSIÓN: A partir del caso presentado nos permite conocer la amplia gama de sintomatología, diagnóstico y abordajes terapéuticos para el Linfangioma quístico mediastinal.

TRAUMA

MANEJO DEL TRAUMA LARINGOTRAQUEAL ABIERTO, A RAÍZ DE UN CASO

Jose Miguel Campero M, Paul Brenner S, Oliver Maida M, Juan Carlos Aguayo R y Rodrigo Castro S

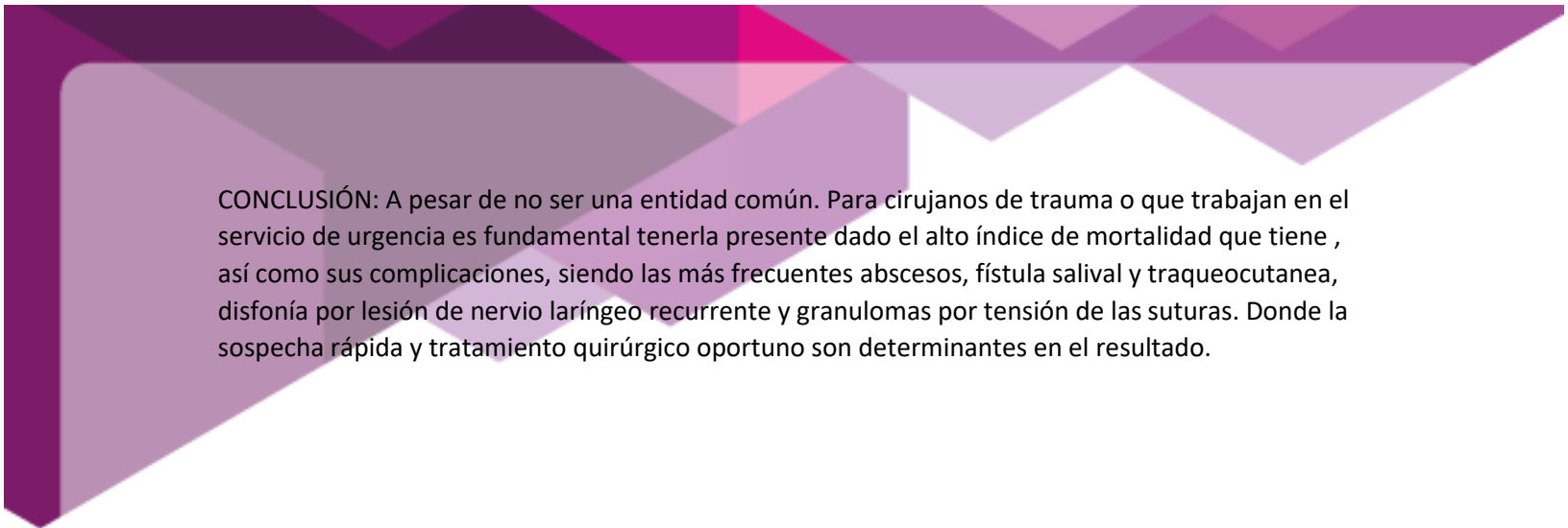
Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: El trauma laringotraqueal es una entidad excepcionalmente rara, compromete a 1 de cada 30000 consultas en el servicio de urgencias. Suele asociarse a pacientes politraumatizados y agresiones por terceros. Son lesiones con morbilidad asociadas significantes dado al compromiso agudo de la vía aérea y estrecha relación con grandes vasos y tubo digestivo.

OBJETIVOS: Describir caso clínico de trauma laringotraqueal con respectivo enfrentamiento, técnica quirúrgica ocupada y su seguimiento

MATERIAL Y MÉTODO: Información obtenida de ficha clínica, protocolo quirúrgico, y controles ambulatorios posteriores. Además, se aportan imágenes del proceso quirúrgico y esquemas anatómicos comparativos. Todo previo consentimiento del paciente

RESULTADO: Hombre de 29 años ingresa tras accidente de tránsito de mediana intensidad con golpe cervical directo con objeto cortante. Ingres a vigil, hemodinámicamente estable, sin requerimientos de oxígeno. Al examen físico se evidencia trauma cervical penetrante en zona II con exposición de vía aérea, se cubre defecto herméticamente y se traslada a pabellón. Se realiza intubación orotraqueal vigil, con visualización directa de tubo a través de defecto hacia distal. A la exploración se evidencia laceración completa de musculatura superior al borde del cartílago tiroides, lesión de laringe a nivel glótico con pared posterior indemne. Sin evidencia de lesión vascular o esofágica. Se realiza rafia de mucosa laríngea y cartílago tiroides con punto separados de vicryl 3-0 logrando cierre hermético. Se reinserta músculo tirohioideo con sutura Donatti horizontal a cartílago tiroides con prolene 0. Se dejan dos drenajes al área de testigos ante fístula salival. Se realiza traqueotomía 5 cm por inferior y se deja cánula nº8. Se suturan riendas de piel mandíbulo-torácicas para prevenir hiperextensión cervical. Se realiza nasofibrobroncoscopia que evidencia lumen permeable. Durante evolución se realizan pruebas de deglución con azul de metileno, sin evidencia de fuga, por lo que se retiran drenajes al 10mo día postoperatorio. Evolución favorable, se decánula y egresa 25 días post procedimiento. Al día 60 postoperatorio se constata emisión de voz áspera. Al día 120 se describe voz en excelente condición, sin disfagia en todo el seguimiento



CONCLUSIÓN: A pesar de no ser una entidad común. Para cirujanos de trauma o que trabajan en el servicio de urgencia es fundamental tenerla presente dado el alto índice de mortalidad que tiene , así como sus complicaciones, siendo las más frecuentes abscesos, fístula salival y traqueocutanea, disfonía por lesión de nervio laríngeo recurrente y granulomas por tensión de las suturas. Donde la sospecha rápida y tratamiento quirúrgico oportuno son determinantes en el resultado.

REPORTE DE CASO: CASO DE HERIDA PENETRANTE EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS.

Rocío Ritchie O; Miguel Olivares M; Javier Meneses P; Jorge Arche P

Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN: El situs inversus totalis es una condición genética que se distingue por la transposición en espejo de izquierda a derecha de órganos torácicos y abdominales. Su presentación es poco frecuente, no obstante, es importante su identificación ya que el abordaje quirúrgico es diferente en estos pacientes.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de un paciente con herida penetrante por arma blanca en un contexto de Situs Inversus Totalis.

MATERIAL Y MÉTODO: Registro clínico e imagenológico del caso clínico en Hospital El Pino, San Bernardo, Chile 2021.

RESULTADO: Paciente de sexo masculino de 27 años que ingresa por herida penetrante en hemitórax izquierdo anterior y que tras estudio con imágenes se diagnostica situs inversus totalis y neumotórax izquierdo.

CONCLUSIÓN: El SIT podría ser un factor protector frente a la lesión de estructuras vasculares y órganos nobles como el corazón.

DIVERTICULITIS AGUDA SECUNDARIA A TRAUMA POR CINTURÓN DE SEGURIDAD: 2 CASOS CLÍNICOS.

Sebastián Uribe V., Felipe Celedón P., Sebastián Uribe A.

Hospital de la Fuerza Aérea de Chile

INTRODUCCIÓN: Introducción: A pesar de la reducción de mortalidad de un 40 ó 50% observada con el uso del cinturón de seguridad, desde su introducción a inicios de la década del 60 se han descrito una variedad de lesiones secundarias a éste, principalmente en columna cervical. Las vísceras intraabdominales no están exentas de daño, siendo los órganos macizos más frecuentemente lesionados que las vísceras huecas. La lesión única de víscera hueca es rara y puede pasar inadvertida en la evaluación inicial del trauma. El sitio más frecuentemente dañado es el Intestino Delgado en más de 50% y le sigue el colon, siendo el izquierdo más frecuentemente dañado.

OBJETIVOS: Es presentar 2 casos de trauma aislado del colon secundario al uso de cinturón de seguridad y que derivó en una Diverticulitis Aguda (DA), lo que es raro y no ha sido reportado previamente en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: En forma retrospectiva se presentan 2 casos con sus imágenes y seguimiento. No se aplicó estadísticas. Caso 1: Hombre, 46 años, conductor con cinturón que consultó en el SU después de 48 horas, colisión frontal. Se quejaba de dolor abdominal en hipogastrio. Signos vitales estables. El abdomen se encontraba distendido, doloroso en hemiabdomen inferior, Blumberg esbozado. La tomografía (TAC) de abdomen y pelvis con contraste, mostró divertículos en colon sigmoides, gas pericólico, estriación de la grasa y pared engrosada. Se diagnosticó como una DA no complicada y se ingresó para tratamiento antibiótico endovenoso. Evolución favorable. Alta al 5º día. Caso 2: Mujer, 54 años, copiloto con cinturón, colisión frontal, es llevada al SU. Evaluación inicial muestra hemodinamia estable y abdomen doloroso en 4 cuadrantes, con equimosis en la pared abdominal. Se evidenció hematuria. El TAC mostró contusión renal y estriación de la grasa pericólica del colon transverso. Se diagnosticó DA postraumática. Se manejó médicamente. Luego de 14 años, consultó por constipación crónica progresiva, distensión abdominal y dolor en flanco izquierdo. La colonoscopia mostró una estenosis con forma de diafragma en el sitio de la DA antigua. Fue tratada con dilatación con balón colonoscópica inicialmente pero recurrió y se realizó una resección segmentaria por videolaparoscopia.

RESULTADO: Se muestran 2 casos de lesiones colónicas secundarias a trauma cerrado por cinturón de seguridad, que resultan en una DA. Una de ellas desarrolla una estenosis a largo plazo.

CONCLUSIÓN: Conclusión: Causa infrecuente de DA, merece ser tomada en cuenta en caso de trauma cerrado.

FÍSTULA VENTRÍCULO-ATRIAL SECUNDARIA A TRAUMA TRANSFIXIANTE CARDIACO

Valeria Galaz, Francisca Belmar, Brandon Valencia, Tamara Álvarez, Juan Pablo Ramos, Pablo Ottolino, Matías Cáceres, Emilio Flores

Hospital Sotero del Rio

INTRODUCCIÓN: El trauma penetrante cardíaco posee una mortalidad de 70 a 80%. Sus principales mecanismos descritos son: arma blanca (54%) y arma de fuego (42%). La mayoría de las lesiones cardíacas traumáticas suelen localizarse en ventrículo derecho (62%). Sin embargo, también se pueden observar lesiones más complejas que involucren otras estructuras como: arterias coronarias, válvulas o septos. Estas últimas pueden derivar en fístulas intracardiacas, sin embargo, se ha descrito que solo un 2% de los pacientes que sobreviven a estas lesiones requieren una segunda intervención.

OBJETIVOS: Presentar un caso de fístula ventrículo-atrial secundaria a trauma por arma de fuego y su resolución quirúrgica en dos tiempos.

CONTENIDO DE VIDEO: Se observan dos cirugías realizadas a un paciente evaluado en el servicio de urgencias por trauma torácico secundario a arma de fuego. Ingresó hemodinámicamente estable, se realiza e-FAST que muestra leve derrame pericárdico y hemotórax izquierdo. Dada estabilidad se complementa con angioTC confirmándose hemopericardio, hemotórax izquierdo moderado y proyectil ubicado en relación a la vena cava inferior. Se procede a cirugía de emergencia por parte del equipo de cirugía de urgencias reparándose los defectos iniciales, en ventrículo izquierdo (VI) con sutura interrumpida de prolene 2-0 (con pledgets) y en unión atriocava inferior con sutura continua de prolene 2-0. Egresó con recuento de sangrado 4000 cc, transfusión masiva (con 7UI de glóbulos rojos), altos requerimientos de drogas vasoactivas (DVA) e hipotérmico. A las 24 hrs postoperatorias se realiza ecocardiografía transesofágica que muestra fístula ventrículo-atrial de alto flujo con sobrecarga de volumen en atrio derecho (AD), FEVI conservada, sin valvulopatía significativa. Se realiza una segunda intervención, a las 48 hrs del ingreso, en conjunto al equipo de cardiocirugía para reparar la fístula ventrículo-atrial. En esta se logra visualizar en detalle el trayecto del proyectil, con ingreso en VI, atravesando este en proximidad al músculo papilar posterior y comunicando con la base de la AD mediante un defecto de 18mm en su diámetro mayor con salida en esta a 3 mm del seno coronario y la cava inferior, sin observarse lesión valvular mitral ni tricuspídea. Se repara lesión septal con parche de Periguard y se cierra pared ventricular con técnica de Dor. En AD se cierra la salida del proyectil con parche pericárdico. Egresó con bajos requerimientos de DVA. Se extubó a los 10 días postoperatorios, y es dado de alta a los 20 días de hospitalización.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA TRAUMÁTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Cristóbal Pineda E., Carlos Cárcamo I., Carolina Novakovic P.

Hospital Base Valdivia - Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: La hernia diafragmática traumática ocurre en alrededor del 1-5% en los accidentes automovilísticos y en 10-15% de los traumatismos penetrantes que comprometen el hemitórax inferior. Hasta un 50% presenta lesiones asociadas. Sigue siendo un desafío diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha. El tipo de abordaje quirúrgico en el manejo depende del momento de presentación, la ubicación de las lesiones asociadas y la experiencia de los cirujanos, siendo utilizado más frecuentemente en lesiones agudas el abordaje abdominal y abierto.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico infrecuente que se manejó quirúrgicamente mediante laparotomía.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión caso clínico y literatura.

RESULTADO: Paciente de sexo masculino, 34 años, sin antecedentes mórbidos. Sufrió accidente de tránsito de alta energía, como conductor, con cinturón de seguridad. Manejado inicialmente en hospital de baja complejidad donde destacó Glasgow 7 por lo que se intubó y se trasladó a urgencias Hospital Base Valdivia. A dicho lugar ingresó estable, se estudió con exámenes de laboratorio destacando: Hemoglobina 13,5 – Leucocitos 29.720 – Lactato 36,7 - Creatinina 1,41 - pH 7.1. TC cerebro-tórax-abdomen-pelvis-columna: Trauma toracoabdominal con aparente hernia traumática diafragmática derecha, con ascenso hepático y mesenterio al tórax, atelectasia masiva del pulmón derecho y signos de laceración hepática en lóbulo derecho sin sangrado activo evidente, sin otros hallazgos patológicos. Ingresó a UCI para estabilización realizando posteriormente laparotomía exploradora que evidenciaba hernia diafragmática derecha con ascenso del omento mayor en su totalidad y del hígado, el cual presentaba laceración en relación al ligamento falciforme y redondo. Hemotórax retenido, que junto con el contenido abdominal, se obtuvo un débito total de 1800cc hemático. Defecto diafragmático de 20cm aproximadamente. Se redujo el contenido abdominal y se realizó frenorrafia con sutura continua prolene 1/0. Se instaló pleurostomía derecha y drenaje abdominal. Cursó su postoperatorio en UCI. Presentó evolución favorable, sin complicaciones, siendo egresado al octavo día postoperatorio. En control ambulatorio al tercer mes postoperatorio, paciente en buenas condiciones, asintomático, con persistencia de leve ascenso diafragmático derecho sin evidencia de hernia ni complicaciones a la radiografía, fue dado de alta.

CONCLUSIÓN: Patología poco común en contexto de trauma, por lo que se requiere alto índice de sospecha para diagnóstico y manejo oportuno. La elección del abordaje quirúrgico está determinada por la presencia de lesiones asociadas, el centro y la experiencia del cirujano.

TORACOTOMÍA INMEDIATA EN BOX Y ABORDAJE TIPO CLAMSHELL EN PACIENTE CON HERIDA PENETRANTE TORÁCICA POR ARMA DE FUEGO: REPORTE DE UN CASO.

Benjamin Belmar G, Paul Brenner S , Paloma Pozo P, Pablo Arellano G

Hospital Padre Hurtado

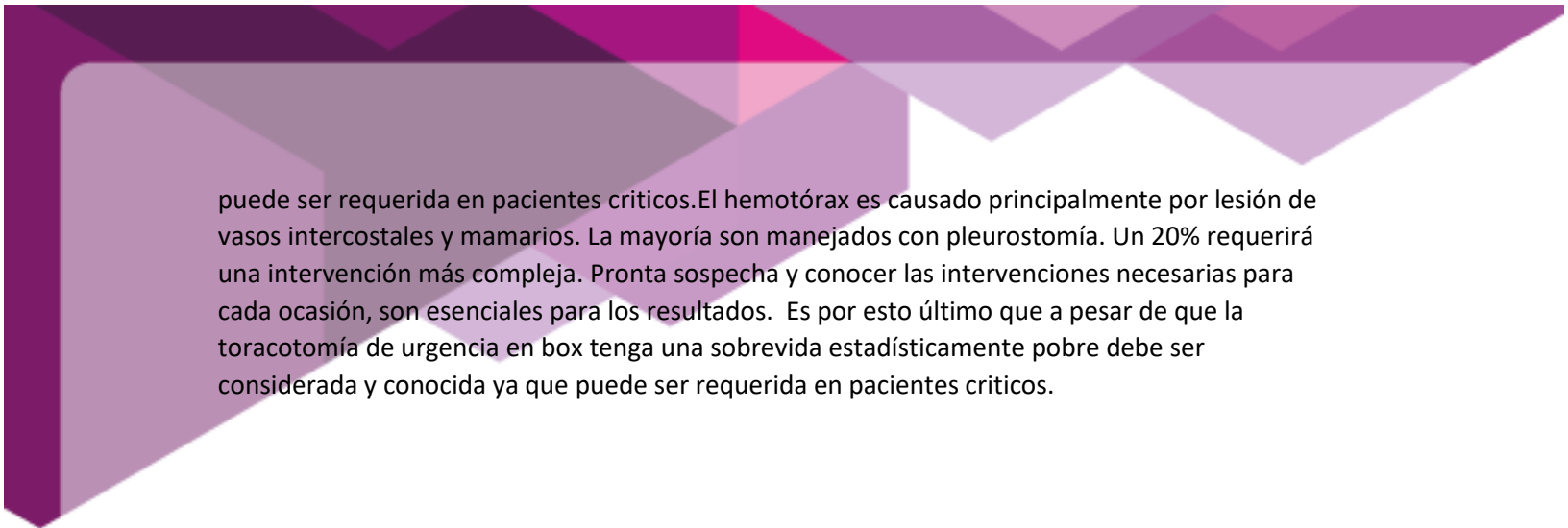
INTRODUCCIÓN: El trauma torácico es responsable de hasta un 75% de los fallecimientos traumáticos. 15-30% de los traumas penetrantes van a requerir manejo quirúrgico. Dentro de estos hay un grupo que ingresa en estado crítico y requerirá como manejo inicial una toracotomía de urgencia. Esta última puede realizarse en pabellón o en box de urgencia según las condiciones del paciente. Este abordaje tiene como objetivo el control de hemorragia, compresión cardiaca eficaz y clampeo de estructuras vasculares. La sobrevida en promedio se observa en torno al 7%. La toracotomía urgente en pabellón, puede realizarse con diversos abordajes, siendo el Clamshell (toracotomía bilateral transesternal) una herramienta a considerar en escenarios de compromiso bilateral.

OBJETIVOS: Reportar un caso de lesión torácica penetrante por arma de fuego, considerando manejo inicial, manejo quirúrgico y sus resultados post operatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Información obtenida de ficha clínica y protocolo quirúrgico. Se aporta con material fotográfico con consentimiento previo del paciente

RESULTADO: Paciente masculino de 59 años, ingresa a reanimador por herida torácica por arma de fuego. Al examen físico se evidencia herida en línea axilar posterior izquierda sin sangrado activo visible. Ingres a con PA de 48/28 mmHg, FC de 130 por minuto y saturando 75% ambiental. Se realiza radiografía de tórax, evidenciando neumotórax derecho con desviación de mediastino ipsilateral y derrame pleural izquierdo. Se inicia manejo con transfusión y drogas vasoactivas. Se realiza toracotomía izquierda en box con clampeo aórtico manual y traslado a pabellón. En pabellón se realiza clampeo aórtico con pinza satinsky, se evidencia sangrado pulmonar y de arteria intercostal en yet. Se instala pleurostomía derecha con salida de sangre. Se completa toracotomía bilateral tipo Clamshell, evidenciando sangrado, logrando adecuado control de hemorragia bilateral, manejado con packing y clips. Paciente egresa a UCI, requiriendo drogas vasoactivas y transfusión masiva. Se realiza re-exploración programada y no se evidencia sangrado activo. Se realiza rafia de parénquima pulmonar y cierre de toracotomía. Paciente evoluciona favorablemente, extubado al 7mo día desde el ingreso. Alta del servicio al 27vo día.

CONCLUSIÓN: El hemotórax es causado principalmente por lesión de vasos intercostales y mamarios. La mayoría son manejados con pleurostomía. Un 20% requerirá una intervención más compleja. Pronta sospecha y conocer las intervenciones necesarias para cada ocasión, son esenciales para los resultados. Es por esto último que a pesar de que la toracotomía de urgencia en box tenga una sobrevida estadísticamente pobre debe ser considerada y conocida ya que



puede ser requerida en pacientes críticos. El hemotórax es causado principalmente por lesión de vasos intercostales y mamarios. La mayoría son manejados con pleurostomía. Un 20% requerirá una intervención más compleja. Pronta sospecha y conocer las intervenciones necesarias para cada ocasión, son esenciales para los resultados. Es por esto último que a pesar de que la toracotomía de urgencia en box tenga una sobrevida estadísticamente pobre debe ser considerada y conocida ya que puede ser requerida en pacientes críticos.

HERIDA POR ARMA DE FUEGO: TRAUMA GENITAL EN URGENCIAS, EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE 7 AÑOS.

Felipe Ulloa O, Benjamín Belmar G., Bettina Guijón L., Xabier Andonegui M., Matías Salazar P.
Pablo Repullo S., Juan Carlos Aguayo R., Fernando Leighton L.

Universidad Del Desarrollo - Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: Las lesiones de genitales externos producidas por arma de fuego van en aumento, siendo actualmente el segundo mecanismo de trauma en frecuencia, y principalmente en varones jóvenes. El manejo en urgencia contempla la exploración quirúrgica por el equipo de cirugía, evitando así la alta morbilidad de estas lesiones. Se presenta la experiencia hospitalaria en urgencias de 7 años.

OBJETIVOS: Caracterizar y describir los traumas genitales externos por arma de fuego manejados quirúrgicamente los últimos 7 años en el servicio de urgencia del Hospital Padre Hurtado, en relación a sus resultados perioperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo, de casos que incluye pacientes mayores de 18 años con trauma de genitales por arma de fuego explorados quirúrgicamente entre Enero 2015 - Julio 2022 en el Hospital Padre Hurtado, Santiago. Se realizó revisión de base de datos de urgencia, en relación a historia clínica, cirugía y estadía postoperatoria. Se excluyen a pacientes con traumas genitales por otros mecanismos y no operados. Análisis estadístico descriptivo de las variables; sexo, edad, protocolo, equipo a cargo, reintervenciones, lesiones asociadas, estadía hospitalaria y mortalidad.

RESULTADO: Se intervinieron quirúrgicamente a 10 pacientes, todos varones, media de edad 33.9 (95% IC 26.3 a 41.5). Hubo seis lesiones por bala escrotal, dos inguinoescrotales y dos peneanas. De las escrotales e inguinoescrotales, en un caso se realizó abordaje inguinal, el resto se exploró mediante incisión a través del rafe con plastía escrotal posterior, solo dos casos terminaron con orquiectomía [25%]. De las lesiones peneanas, en ambos casos hubo lesión de cuerpo cavernoso y glándula, se realizó circuncisión junto a cavernorrafia y en un caso cistostomía. Nueve casos fueron operados por becado y cirujano, y en ambos casos de lesiones peneanas hubo apoyo de urólogo. Solo hubo una reintervención. Se describen cuatro lesiones asociadas, dos casos con herida en muslo, una de arteria femoral y una vesical. Estadía hospitalaria media fue de 3.8 (95% IC 2.34 a 5.26) y no hubo mortalidad.

CONCLUSIÓN: Las heridas genitales por arma de fuego son infrecuentes, pero con una incidencia en alza en el último tiempo que son manejadas por el equipo de cirugía de turno. Pueden llegar a presentar una importante morbilidad asociada, pero con una baja mortalidad según series. Nuestra experiencia muestra características similares a lo descrito, pacientes jóvenes, operados por cirujanos y becados, apoyo en dos casos por urólogo y solo una reintervención. De igual importancia el manejo de las lesiones asociadas en el mismo tiempo quirúrgico.

TRAUMA ARTERIA SUBCLAVIA Y AXILAR: EXPERIENCIA DE DOS CASOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES EN HOSPITAL DE VALDIVIA

Carolina Novakovic P., Cristóbal Pineda E., Tomás Gutierrez D., Francisca Dieguez V., Gabriela Campos K., Manuel Kunstmann C., Iván Duhalde S., Cristián Zarate B.

Hospital Base Valdivia - Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: Trauma que ocurre en <1% pero con importante morbimortalidad por lo que se requiere alta sospecha clínica. Existen signos blandos y duros de sospecha lesión vascular que orientaran a realizar estudio o reparación inmediata. En pacientes estables, se debe realizar estudio imagenológico con AngioTC idealmente. En cuanto al manejo, siempre realizar ABCDE del trauma, reanimación con cristaloideos restrictiva y uso de hemoderivados, control vascular inicial (compresión directa o uso de Foley) y reparación quirúrgica definitiva. El abordaje dependerá de la porción de la arteria lesionada y si es derecha o izquierda. Es fundamental realizar una buena exposición, control vascular proximal y distal, trombectomía con Fogarty, heparinización, y reparación vascular con múltiples opciones: arteriorrafia, anastomosis termino-terminal, puente con aloinjerto (safena) o protésico.

OBJETIVOS: Describir dos casos de trauma infrecuente en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de dos casos clínicos y literatura.

RESULTADO: Primer caso: Hombre, 44 años, sin antecedentes. Ingresó al reanimador de urgencias Hospital de Valdivia por heridas de arma de fuego en región interescapular y hombro izquierdo, inestable, con extremidad superior izquierda con frialdad distal, pero pulsos presentes. Posterior a reanimación, se estabiliza por lo que se decide realizar AngioTC tórax-ESD^o evidenciando sección completa de arteria subclavia izquierda en su tercio medio por lo que se explora en pabellón reparando mediante anastomosis termino-terminal. Evolucionó favorablemente con buen flujo a distal y sin secuelas. Segundo caso: Hombre, 25 años, sufrió accidente automovilístico, iba de conductor sin cinturón, salió eyectado. Ingresó a urgencias inestable, mal perfundido, taquipneico, pesquizando neumotórax derecho a tensión por lo que se instaló pleurostomía en reanimador. Se estabilizó y se realizó AngioTC tórax-abdomen-pelvis evidenciando luxación articulación esterno-clavicular derecha y hematoma partes blandas. Evolucionó con hematoma expansivo a nivel clavicular derecho e mayor inestabilidad. Se exploró en pabellón mediante abordaje infraclavicular derecho evidenciando sección de arteria y vena axilar en su extremo distal decidiendo reparación con doble puente de autoinjerto venoso, la arteria con puente de safena y la vena con puente de cefálica. Paciente actualmente en recuperación en UPC.

CONCLUSIÓN: Este tipo de trauma constituye un gran desafío incluso para cirujanos experimentados debido al abordaje quirúrgico dificultoso y su infrecuencia. Es fundamental una buena exposición y control vascular para lograr un buen resultado. Existen diversas opciones terapéuticas de reparación.

PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA CÍSTICA SECUNDARIO A TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

Caterina Contreras, Ioram Jacobovsky, Milenko Grimoldi, Pablo Ottolino, Analía Zinco, Juan Pablo Ramos

Pontificia Universidad Católica de Chile - Hospital Sótero Del Río

INTRODUCCIÓN: El pseudoaneurisma de arteria cística es una entidad infrecuente. La mayoría de los reportes son de origen iatrogénico relacionados a colecistectomía o procedimientos endoscópicos. En menor frecuencia, se asocia a neoplasias, procesos inflamatorios bilio-pancreáticos o trauma. Suele ser asintomático, con hallazgo incidental en tomografía contrastada o ecografía Doppler. Se puede presentar con dolor abdominal difuso, hemobilia o ruptura, con hemoperitoneo masivo y shock hemorrágico. Generalmente se realiza embolización por radiología intervencional, en contexto de paciente colecistectomizado. Existe escasa evidencia en pacientes politraumatizados. Se presenta el caso de un paciente adulto de sexo masculino con hallazgo incidental de pseudoaneurisma de arteria cística en contexto de trauma abdominal contuso.

OBJETIVOS: Presentar una entidad infrecuente en contexto de trauma, cuya pesquisa no solo favorece el tratamiento oportuno de complicaciones sino también refleja trauma de muy alta energía que ensombrece el pronóstico del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo en base a reporte de caso clínico seleccionado con método no probabilístico deliberado. No cuenta con variables a analizar ni análisis estadístico. Se complementa con información reportada en literatura respecto a etiología, presentación y manejo.

RESULTADO: Hombre de 66 años con antecedente de cardiopatía coronaria revascularizada, enfermedad arterial oclusiva periférica, hipertensión arterial y daño hepático crónico (DHC). Paciente es trasladado a Servicio de Urgencias estable, tras sufrir accidente automovilístico de alta energía como conductor bajo los efectos del alcohol. Tomografía de ingreso evidencia trauma duodenal con hematoma en relación a segunda y tercera porción, múltiples fracturas costales e imagen compatible con pseudoaneurisma traumático de la arteria cística. Contenido denso intravesicular impresiona corresponder a hemobilia. Dado estabilidad, se decide manejo no operatorio de trauma duodenal y seguimiento de pseudoaneurisma. Se traslada a intermedio quirúrgico donde evoluciona taquicárdico, con dolor intenso en hipocondrio derecho y elevación de parámetros inflamatorios. Tomografía de control concordante con colecistitis aguda con ausencia de impregnación de paredes vesiculares. Se realiza colecistectomía laparoscópica sin incidentes, visualizando pseudoaneurisma, con control proximal del mismo. En postoperatorio, paciente evoluciona inestable hemodinámicamente, con falla hepática aguda en contexto de DHC. Se traslada a UPC donde recibe tratamiento intensivo por 10 días, persistiendo con parámetros perfusionales alterados pese a reanimación. Finalmente, paciente fallece al día 11 de hospitalización.



CONCLUSIÓN: El pseudoaneurisma de arteria cística es una complicación infrecuente del trauma abdominal. Su evolución es variable y potencialmente catastrófica, reflejando trauma de alta energía, por lo que se sugiere seguimiento estrecho y alta sospecha de complicación en caso de evolución atípica.

VASCULAR

FÍSTULA ARTERIOVENOSA TRAUMÁTICA: REPORTE DE CASO

Montserrat Chávez, Nicolás Palominos, Trinidad González, Paula Medina, Sebastián Sepúlveda

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: El trauma de extremidades inferiores (EEII) es una entidad cada vez más frecuente en los servicios de urgencia. En el caso de aquellos penetrantes, se ha reportado una incidencia de lesión vascular asociada de 6,6%. Dado la importante morbilidad relacionada a dicho diagnóstico, se torna trascendental un tratamiento oportuno. Así, la formación de una fistula arteriovenosa (FAV) es una manifestación clínica infrecuente; ésta se define como toda comunicación anormal entre una arteria y una vena.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico inusual asociado a su manejo de urgencias en un hospital sin disponibilidad de cirujano vascular.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.

RESULTADO: Se trata de un paciente de sexo masculino, de 29 años, sin antecedentes mórbidos, que ingresa al hospital Padre Hurtado por trauma por arma de fuego. Ingresaba taquicárdico, con aumento de volumen inguinal derecho y 2 heridas por bala en ingle izquierda y cadera derecha. Destaca ausencia de pulsos en EEII derecha. Se realiza angiografía por tomografía computarizada de abdomen y pelvis, evidenciándose una fístula arteriovenosa traumática a nivel femoral común derecho, con hematoma inguinal y escrotal ipsilateral, por lo que decide cirugía. Se realiza una exploración vascular, encontrándose una lesión en la vena femoral derecha por la cara anterolateral de 4cm, de 1/3 de su circunferencia. También se observó una lesión en la arteria femoral superficial de 2cm de 1/2 de su circunferencia. Además, la arteria femoral profunda presentaba de 1 cm y que abarcaba 1/4 de su circunferencia. Una vez logrado el control vascular, se realiza reparación primaria de lesiones en vena femoral y arteria femoral profunda. Se realiza resección del segmento lesionado y anastomosis primaria de arteria femoral superficial, con revascularización exitosa. Fasciotomías medial y lateral. No hubo complicaciones postoperatorias y el paciente fue dado de alta al quinto día, con pulsos distales presentes.

CONCLUSIÓN: El abordaje quirúrgico en contexto de trauma constituye un desafío en la práctica clínica de cirujanos generales. En el presente caso, se muestra el manejo exitoso de un paciente complejo, en un hospital con escasos recursos. Con respecto a la FAV, el tratamiento es la interrupción de la comunicación fistulosa y la reparación o exclusión del segmento arterial lesionado, que se puede realizar mediante cirugía o endovascular.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE QUISTE ADVENTICIAL DE ARTERIA POPLÍTEA: REPORTE DE UN CASO

F. Muñoz, C. Torrealba, I. Torrealba, C. Orellana

Hospital de la Florida

INTRODUCCIÓN: La presencia de un quiste adventicial poplíteo es una de las causas de claudicación de extremidades inferiores no aterosclerótica. Su etiología aun no es clara y su presentación varía desde asintomática hasta úlceras que no cicatrizan. El manejo tradicional es la resección del vaso afectado y eventual by pass en caso de daño arterial severo. En los últimos años hay reportes de casos de manejo endovascular con distintos resultados.

OBJETIVOS: El objetivo de este caso es presentar el manejo endovascular de un paciente con quiste adventicial en la arteria poplítea en el Hospital de la Florida.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de un caso de un tratado en el Hospital de la Florida con quiste adventicial. Se obtuvieron datos de ficha clínica electrónica, protocolo operatorio y las imágenes del procedimiento. Se presenta caso de paciente de sexo masculino de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y dislipidemia con cuadro de úlcera de 2 meses de evolución con mala respuesta a curaciones y antibióticos. Pulso femoral presente sin alteraciones, poplíteo, pedio y tibial posterior ausentes. Se solicita AngioTAC de extremidades inferiores que informa estenosis crítica en arteria poplítea retrogenicular con ausencia de enfermedad aterosclerótica en el resto de las arterias de extremidades inferiores. Se decide realizar angiografía donde se evidencia imagen de cimitarra a nivel de arteria poplítea retrogenicular, estenosis sugerente de quiste adventicial. Se realiza angioplastia con balón en arteria poplítea y luego se despliega stent metálico autoexpansible (Cook) sin incidentes.

RESULTADO: Paciente evoluciona en post operatorio inmediato de forma favorable. Se revisan imágenes con radiólogos de nuestro centro, a nivel de estenosis de arteria poplítea se puede observar imagen de 10 UH compatible con contenido líquido. Previo al alta se realiza eco Doppler con flujo trifásico a nivel de arteria poplítea y vasos distales. Seguimiento a 1 año se observa cicatrización total de la úlcera y AngioTAC con stent permeable.

CONCLUSIÓN: Si bien lo aceptado históricamente ha sido la resección del quiste con reconstrucción arterial con interposición de safena, varios reportes de casos optan por el manejo endovascular con distintos resultados. El manejo endovascular con stenting de la arteria poplítea permite mantener la fuerza radial y limitar la compresión extrínseca del lumen arterial por el quiste con buen resultado. Se requiere seguimiento a largo plazo.

RESULTADOS DE LA INSTALACIÓN DE CATÉTERES TUNELIZADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES POR CIRUJANO GENERAL

Dr. Luis Contreras Niñoles, Dr. Juan Pablo Moreno Pérez

Hospital San Juan de Dios de los Andes

INTRODUCCIÓN: La prevalencia en Chile de ERC en etapas 3 a 5 es de 3%. Guías internacionales recomiendan el inicio de hemodiálisis a través de fistula arteriovenosa. A pesar de esto, sigue siendo el catéter de hemodiálisis el método más frecuente para el inicio de esta. La instalación de catéter tunelizado de hemodiálisis (CTH) es un procedimiento generalmente realizado por cirujanos vasculares, nefrólogos intervencionales o radiólogos intervencionales y requiere de un entrenamiento adecuado para su ejecución.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar los resultados y complicaciones de la instalación de catéteres tunelizados en pacientes del hospital San Juan de Dios de Los Andes (HSJD) realizadas por cirujano general (CG)

MATERIAL Y MÉTODO: El HSJD no cuenta con Cirujano Vascular (CV) de forma permanente, por lo cual se realizó la capacitación de un CG para realizar la instalación de CTH a partir de febrero del año 2020. Los primeros 10 procedimientos fueron realizados por CG y guiados por CV, mientras que el resto de los procedimientos fueron realizados por CG sin guía de especialista. Se realizó una cohorte prospectiva de todos los pacientes que requirieron instalación de CTH desde febrero 2020 hasta marzo 2021 (sin criterios de exclusión). Se tabularon datos demográficos, antecedentes mórbidos, datos relacionados con la cirugía, complicaciones operatorias y post operatorias, días de hospitalización y el tiempo de permeabilidad del CTH con seguimiento de un año.

RESULTADO: Se realizaron 72 Instalaciones de CTH en 53 pacientes, edad promedio de 61,6 años. Entre sus comorbilidades destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus y agotamiento de accesos venosos. En cuanto al procedimiento quirúrgico, este tuvo una duración promedio de 38,5 minutos, el sitio de instalación fue principalmente yugular derecho (40,2%), la anestesia utilizada fue local en el 80,6%. Se registraron complicaciones intraoperatorias en 1 paciente que requirió exploración quirúrgica por anudamiento intravenoso de la guía del catéter. Se registraron complicaciones precoces en 3 pacientes, 2 hematomas cervicales y 1 infección relacionada con catéter. Se registraron complicaciones tardías en 2 pacientes que presentaron infecciones relacionadas con catéter. El seguimiento promedio fue de 10,3 meses, se registró un total de 19 disfunciones de catéter.

CONCLUSIÓN: La instalación de CTH a pesar de ser un procedimiento generalmente realizado por cirujanos especialistas, puede ser realizado por cirujanos generales con un adecuado entrenamiento, manteniendo una tasa de resultados y complicaciones similar a la reportada en la literatura nacional e internacional.

FÍSTULA ARTERIOVENOSA IATROGÉNICA EN LACTANTE MENOR - REPORTE DE UN CASO.

Nicolás Nerety, Alonso Bulboa, Rolando Piña

Servicio de Cirugía Vascular, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Las FAV iatrogénicas en la infancia, son raras. Suelen localizarse a nivel de los vasos femorales y antecubitales. Generalmente debidas a múltiples punciones arteriales o venosas diagnósticas o terapéuticas. De presentaciones variables, pero se suelen identificar poco después de la lesión causal, debido al desarrollo de un bulto visible, palpable y pulsátil que preocupa a los pacientes y familiares

OBJETIVOS: Presentar un caso resuelto en nuestro centro, aportando a la escasa literatura disponible sobre este tema

MATERIAL Y MÉTODO: Lactante menor de 11 meses de edad. Embarazo de término 38 semanas, AEG. Nació en un hospital de baja complejidad. A las 24 hrs de vida inicia vómitos, deposiciones sanguinolentas y anemia severa. Se diagnostica vólvulo intestinal asociado a enterocolitis necrotizante y shock séptico. Se realiza laparotomía exploradora y resección intestinal extensa. Se trasladó a nuestro centro, sufriendo diversas intervenciones; ileostomía, yeyunostomía, reconstitución de tránsito, funduplicatura de Nissen, colecistectomía y gastrostomía. Desarrolló múltiples complicaciones postoperatorias; sde. intestino corto, malabsorción, ITS por CVC. Producto de esto se realizaron numerosas venopunciones. A las semanas del ingreso, se apreció aumento de volumen del miembro superior derecho junto con elevación de la temperatura cutánea local. Indoloro, sin lesiones cutáneas ni incapacidad funcional. Se notó un soplo continuo e intenso frémito en la zona braquial derecha. Se realizó una Eco Doppler de la extremidad superior derecha, confirmando una FAV Braquio-cefálica en tercio distal, considerada iatrogénica por las múltiples punciones previas. Se realizó una reparación primaria de la arteria y ligadura de la vena braquial derechas, sin incidentes

RESULTADO: Las FAV traumáticas pueden ocurrir dondequiera que haya un traumatismo. También pueden tener una presentación tardía. Las FAV iatrogénicas pueden presentarse como comunicaciones vasculares directas o pseudoaneurismas originados en la pared venosa. La patogenia se inicia por el desarrollo de un hematoma después de una punción arterial o venosa. La cicatrización y fibrosis asociadas conducen a adherencias entre la arteria y la vena. La cirugía se considera la terapia de elección. Las opciones de tratamiento para la FAV incluyen la ligadura quirúrgica, embolización transcatéter, la compresión guiada por ultrasonido o la exclusión con un stent cubierto. El manejo en niños se guía por la literatura en adultos debido a la escasez de datos pediátricos

CONCLUSIÓN: Los reportes de FAV iatrogénica en niños son raros y el diagnóstico puede ser todo un desafío. Los hallazgos físicos y el diagnóstico por imágenes con Eco Doppler permiten la confirmación de una FAV y ayudan a dirigir las opciones terapéuticas.

ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA EN EL HOSPITAL DE LA FLORIDA DRA. ELOÍSA DÍAZ INSUNZA.

C. Torrealba, J. Torrealba, C. Orellana, F. Muñoz, J. Torres, M. Turu.

Hospital Metropolitano de la Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza

INTRODUCCIÓN: Entre el 50 a 80% de los pacientes con un accidente cerebrovascular (ACV) presentan enfermedad carotidea. La mortalidad inicial de un ACV isquémico oscila del 10% al 33%, el riesgo de ACV subsiguiente es de 26% en un plazo de 3 años, esto implica que la mitad de los pacientes presentaran un segundo episodio en un plazo de 5 años. Por esta razón la endarterectomía carotidea es el procedimiento de elección para prevenir nuevos episodios. La idea del presente trabajo es documentar la incidencia de complicaciones postoperatorios en nuestro centro asistencial.

OBJETIVOS: Analizar los resultados de la endarterectomía carotidea en los pacientes operados en un centro de salud público.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, donde se incluyen 83 endarterectomías carotideas, realizadas a 78 pacientes en un periodo de 6 años (2015 a 2022), todos estos datos obtenidos de las fichas electrónicas del centro asistencial.

RESULTADO: En la muestra estudiada predominó el sexo masculino (69,87%), edad promedio 72,59 años, tiempo promedio después del evento sintomático hasta la cirugía 5,6 días, días promedio de hospitalización postoperatorios 4,98 (rango de 2 a 90 días), endarterectomías bilaterales (6,4%), todas realizadas en distintos actos operatorios, endarterectomías con parches (91,5%), uso de shunt intraoperatorio (69,87%), endarterectomías en pacientes sintomáticos (98,8%), Accidente vascular postoperatorio (3,6%), mortalidad perioperatoria < 30 días (1,2%) un caso no relacionado con complicación quirúrgica.

CONCLUSIÓN: A pesar de ser un centro hospitalario relativamente nuevo, tanto el número de cirugías como los resultados nos avalan en que la endarterectomía carotidea sigue siendo el procedimiento de elección para prevenir episodios subsiguientes de accidentes vasculares por su baja tasa de morbilidad y mortalidad perioperatoria.

MANEJO ENDOVASCULAR DE HEMORRAGIA MASIVA EN FISTULA SUBCLAVIO ESOFÁGICA POR USO PROLONGADO DE SONDA NASOGÁSTRICA

Gil Luque Jovita Alicia; Araujo Almeyda Gustavo, Bedriñana Gómez Miguel, Rojas Salinas Guillermo; Alfaro Sheyla

Hospital Nacional Guillermo Almenara

INTRODUCCIÓN: Una anomalía poco común del arco aórtico es la posición derecha con arteria subclavia izquierda aberrante, que puede causar compresión esofágica, por el anillo vascular que genera el vaso aberrante, en ese sentido el uso prolongado de sonda nasogástrica puede causar necrosis por presión y erosión en el esófago, ocasionando fístulas arterioesofágicas, las cuales resultan ser una complicación potencialmente mortal por causar hemorragia masiva. En esta oportunidad, presentaremos el caso de una paciente con hemorragia digestiva alta masiva secundaria a fístula subclavio esofágica por presentar arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante. El tratamiento de las fístulas de este tipo pueden ser por reparación quirúrgica convencional, sin embargo el tratamiento endovascular, a través de balones o stents, se utiliza para control rápido del sangrado.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia del tratamiento endovascular de hemorragia masiva en fístula subclavia esofágica por uso prolongado de sonda nasogástrica

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente mujer de 51 años, procedente de Chimbote, con Síndrome de Down, arco aórtico derecho con subclavia izquierda aberrante, ingresa para traqueostomía por estenosis traqueal post COVID-19. Posterior a ello presenta episodios de hematemesis masiva, razón por la cual fue sometida a 2 endoscopias digestivas altas, encontrándose una erosión de 4mm a nivel esofágico superior, sin sangrado activo. Presenta último episodio de hematemesis masiva, ingresando a Sala de Intervencionismo con sangrado activo por boca y fosas nasales, hemodinámicamente inestable a pesar de vasopresores.

RESULTADO: El tratamiento endovascular a través de colocación de stents, remitió el sangrado masivo en fístula subclavio esofágica por uso prolongado de sonda nasogástrica.

CONCLUSIÓN: El tratamiento endovascular en fistulas arterioesofágicas que ocasionen sangrados masivos, es una excelente alternativa para lograr un control rápido del sangrado.

LESIÓN NEUROLÓGICA SECUNDARIA A LA ABLACIÓN TÉRMICA POR RADIOFRECUENCIA DE LA VENA SAFENA

Bombin F., Juan

Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El daño de un nervio periférico es una de las complicaciones posibles luego de la Ablación con Radiofrecuencia (RF) de la vena safena mayor o menor. Se manifiesta por dolor, hiperestesia dolorosa, parestesia o zonas de anestesia en la extremidad afectada. Se produce por injuria térmica del nervio safeno en casos de ablación RF o endolaser de la vena safena mayor, y del nervio sural o más raramente del nervio tibial en el caso de la ablación de la vena safena menor.

OBJETIVOS: Evaluar la frecuencia del daño nervioso por ablación RF de la vena safena mayor (VSM) o menor.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie clínica de pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso tratados mediante ablación con RF de una VSM o menor insuficiente. El diagnóstico fue clínico y mediante Dúplex. Se efectuó un seguimiento post operatorio evaluando síntomas y signos de lesión nerviosa

RESULTADO: 77 pacientes (57 mujeres), con edad promedio de 58,3 años (23 – 83) y un seguimiento promedio de 13,6 meses. Los pacientes consultaron por várices primarias sintomáticas de una extremidad inferior (49 pacientes) o ambas (28 pacientes) sumando 105 extremidades. Clasificación CEAP C2:84, C3:1, C4:9, C5:4, y C6:7. No hubo extremidades C0 o C1. La ablación RF se efectuó según el método Closure Fast de la VSM en 97 extremidades y de la vena safena menor en 8. Se aplicó una tumefacción perivenosa con abundante solución salina bajo visión ecográfica, para separar la vena de la piel y otros elementos. Se observó una correcta ablación ecográfica de la vena en un 99 % a un mes y 94% a los 6 meses. Un cuestionario de calidad de vida reveló en una gran mayoría, el alivio de los síntomas y satisfacción en relación a la cirugía. Cuatro pacientes (3,8 %) relataron síntomas neurológicos: 3 pacientes con dolor severo transitorio en el muslo (vena safena mayor 3/97 3,1 %) y una paciente con una zona de anestesia permanente del tobillo (vena safena menor 1/8 12,5 %).

CONCLUSIÓN: La ablación térmica mediante la aplicación de RF de los troncos safenos insuficientes es un método seguro y efectivo, pero pueden presentarse en algunos casos lesiones nerviosas periféricas, lo que son más frecuentes en la ablación de la vena safena menor

EVOLUCIÓN ECOGRÁFICA DESPUÉS DE LA ABLACIÓN TÉRMICA POR RADIOFRECUENCIA DE LA VENA SAFENA MAYOR.

Bombin F., Juan

Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El objetivo de la Ablación con Radiofrecuencia (RF) de la Vena Safena Mayor (VSM) es lograr la oclusión del vaso, para eliminar el reflujo venoso y la hipertensión venosa superficial. La energía térmica aplicada produce una inmediata destrucción endotelial, desnaturalización y contracción del colágeno, engrosamiento de la pared venosa y obliteración de la luz del vaso.

OBJETIVOS: Mostrar la evolución ecográfica de la VSM después de la Ablación RF.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie clínica de pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso tratados mediante ablación con RF de una safena mayor insuficiente, con un seguimiento post operatorio ecográfico en el corto y largo plazo.

RESULTADO: Se trató de 70 pacientes (52 mujeres), con edad promedio de 59,1 años (23 – 83) y un seguimiento promedio de 13,6 meses. Los pacientes consultaron por várices primarias sintomáticas de una extremidad inferior (43 pacientes) o ambas (27 pacientes) sumando 97 extremidades. Clasificación CEAP C0 y C1:0, C2:78, C3:1, C4:7, C5:4, y C6:7. La ablación RF se efectuó según el método Closure Fast. Se observó una correcta ablación ecográfica de la vena en un 98,9 %. No hubo casos de trombosis venosa profunda. Ecográficamente, después de la Ablación RF se observa una fase aguda con oclusión de la luz venosa y gran inflamación de la pared y perivenosa, una fase subaguda, con disminución progresiva del engrosamiento de la pared y una fase crónica de obliteración fibrótica de la vena. El fracaso de la ablación fue observada precozmente en un caso debido a flujo venoso desde una vena perforante femoral.

CONCLUSIÓN: El resultado de la ablación térmica mediante la aplicación de RF de la VSM se puede observar ecográficamente. Al principio produce un proceso de engrosamiento e inflamación parietal y perivenosa, y posteriormente contracción y oclusión fibrótica permanente.

RESULTADOS CLINICOS Y DE ANALISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD TRAS TRATAMIENTO CON PROSTAGLANDINA E1 EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA NO REVASCULARIZABLE DE EXTREMIDADES INFERIORES.

Rodrigo Julio A., Daniel Lazcano R., Isabel Aburto T., Gonzalo Espinoza A.

Hospital Del Salvador, Unidad de Cirugía Vascular. Fundación Instituto Nacional De Heridas (FINH).

INTRODUCCIÓN: En Chile unas 8000 personas, aproximadamente, padecen úlceras isquémicas no revascularizables, que terminan en amputación mayor. El tratamiento con Prostaglandina E1(PGE1) en la Enfermedad Arterial Oclusiva(EAO) tiene beneficios descritos en la literatura, sin embargo, su rol en la Isquemia Crítica(IC) -la etapa más severa- no está claramente establecido. En este estudio se administró PGE1 en pacientes con IC irrevascularizable, evaluando su respuesta clínica y analizando la costo-efectividad de la intervención.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados clínicos del tratamiento con PGE1(AlprostapinR) y analizar la costo-efectividad de esta intervención versus el tratamiento con amputación mayor, en pacientes con IC irrevascularizable.

MATERIAL Y MÉTODO: Ensayo clínico abierto, no randomizado. Muestra de 15 pacientes seleccionados de un universo de 49, entre los años 2017 y 2020. Criterios de inclusión: Úlcera isquémica, clínica con dolor de reposo y/o índice tobillo brazo(ITB) <5 , presión de tobillo $<50\text{mmHg}$, presión de ortejo mayor $<30\text{mmHg}$ y hemoglobina glicosilada $\leq 10\%$. La no revascularización se definió mediante angiografía según los siguientes criterios: Ausencia de vaso diana, ausencia de lecho arterial distal o ausencia de conducto adecuado para revascularizar. Criterios de exclusión: Uso crónico de corticoides, desnutrición calórico-proteica, patologías del colágeno y contraindicación de uso de PGE1. Tratamiento endovenoso con $80\mu\text{gPGE1}$ diluidos en 500cc de solución fisiológica 125ml/hora , por 21 días. Evaluaciones clínicas en los días 1, 30, 90 y 180. Luego, se aplicó la encuesta EQ-5D a los pacientes intervenidos y a otro grupo de 15 pacientes tratados con amputación mayor, seleccionados al azar desde la base de datos de la FINH, realizando el análisis de costo-efectividad a través del Modelo de Markov. Se utilizó el programa SPSS para el cálculo estadístico.

RESULTADO: Los indicadores clínicos mejoraron en el grupo intervenido con PGE1: el tiempo promedio de llene capilar bajó de 6,6 a 3,3 segundos; el dolor en reposo -presente en todos los sujetos inicialmente- ausente al finalizar el tratamiento; el dolor promedio disminuyó en 8 puntos EVA(8,3 a 0,3); a los 13 meses todos habían cicatrizado(11 a los 6 meses). La calidad de vida de los pacientes intervenidos(QALY= 0,9) mejoró respecto a los amputados(QALY= -0,13). En base al Modelo de Markov, el tratamiento con PGE1 tiene un costo incremental por QALY ganado de \$1.173.977, inferior al umbral fijado por la OMS para un PIB per cápita de \$11.470.305 para pacientes portadores de una amputación mayor.

CONCLUSIÓN: El tratamiento con PGE1 en pacientes con IC no revascularizable es una alternativa a la amputación mayor en pacientes seleccionados, presentan una buena respuesta clínica y es costo-efectiva frente a la amputación mayor, en esta cohorte de pacientes.

ANGIO-EMBOIZACIÓN DE PSEUDOANEURISMA HEPÁTICO POST-TRAUMÁTICO. REPORTE DE UN CASO.

Felipe Alegría, Angela Poblete, Gabriela López, Daniel García

Servicio de Cirugía, Hospital Eduardo Pereira de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El pseudoaneurisma hepático (HAP) post-traumático corresponde a una complicación tardía poco frecuente y potencialmente fatal. Se presenta generalmente en pacientes asintomáticos y su diagnóstico se ha hecho más frecuente debido al aumento de la realización de tomografía computarizada en contexto de trauma abdominal cerrado o penetrante. A pesar de constituir un hallazgo, su resolución es imperativa, debido a que el HAP tendría el más alto riesgo de rotura de los pseudoaneurismas viscerales alcanzando un 14%. Su rotura puede generar complicaciones como: hemobilia, hemorragia gastrointestinal y hemoperitoneo. Existen diferentes alternativas terapéuticas, tanto endovasculares como quirúrgicas, siendo actualmente la terapia endovascular mediante embolización la alternativa de elección en la mayoría de los casos, sobre todo en pacientes estables. Existen diferentes agentes embolizantes disponibles para el manejo de HAP como inyección de trombina, cianoacrilato adhesivo, espuma gel, alcohol polivinílico y la implantación de coils que es el actualmente más difundido. En el presente artículo, presentamos un caso tratado mediante embolización con coils.

OBJETIVOS: Se presenta un caso de angioembolización de pseudoaneurisma hepático post traumático con coils, en forma satisfactoria.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico.

RESULTADO: Mujer de 34 años con antecedentes de hipertensión arterial y policonsumo de drogas, sufre accidente de tránsito de alta energía, con resultado de laceración hepática de segmentos posteriores y lesión distal de arteria hepática derecha, desarrollando un pseudoaneurisma de la rama segmentaria del segmento 6 de la arteria hepática derecha, 20 días posterior al trauma. Se mantuvo en control ambulatorio por 60 días. Se realiza angioembolización selectiva percutánea con coils mediante acceso braquial proximal izquierdo sin incidentes ni complicaciones inmediatas locales ni sistémicas. En controles posteriores, evoluciona con apraxia leve de nervio mediano de mano izquierda, que se resuelve espontáneamente. En control con angiografía por tomografía computada de abdomen, se observa resolución completa de pseudoaneurisma.

CONCLUSIÓN: La embolización del pseudoaneurisma hepático es una alternativa segura y efectiva para el control de ellos. Se presenta caso de HAP tratado por angioembolización con coils exitoso, en Hospital Dr. Eduardo Pereira de Región de Valparaíso.

USO DE ALPROSTADIL EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES: REVISIÓN DE CASOS TRATADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Ignacio Alarcón R, Fabiola Aedo B, Andrés Carreño C, Alonso Bulboa F.

Hospital San Juan De Dios, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La Isquemia Crítica de Extremidades corresponde a una entidad clínica dentro de la enfermedad arterial oclusiva periférica, caracterizada por dolor de reposo en la extremidad comprometida, por un tiempo mayor de 2 semanas de evolución, con el riesgo de lesión o de pérdida de extremidad. Dentro de las terapias para la isquemia crítica, se reconoce la terapia de revascularización a través de distintos procedimientos, como la realización de procedimientos como la endarterectomía, los puentes arteriales o la angioplastia con o sin instalación de stents. Dentro de las terapias médicas, se describe el uso de Alprostadil (Prostaglandina E1), como una opción de tratamiento en aquellos pacientes que no son candidatos formales a la terapia de revascularización.

OBJETIVOS: Caracterizar epidemiológicamente la población bajo control del equipo de Cirugía Vascular de Hospital San Juan De Dios, a sin de conocer la supervivencia libre de enfermedad al mes, a los 6 meses, y a los 12 meses posterior a tratamiento, así también como el riesgo de amputación mayor al mes, a los 6 meses y a los 12 meses post tratamiento

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron fichas clínicas de pacientes hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios por el diagnóstico de Isquemia Crítica de Extremidades y que fueron tratados con Alprostadil desde la incorporación de este medicamento al arsenal farmacológico del Hospital (el año 2020), hasta la fecha de Julio 2022. La información recabada se caracterizó epidemiológicamente, para facilitar el análisis de los datos.

RESULTADO: Fueron 7 pacientes tratados en el intervalo de tiempo señalado, de los cuales 6 corresponden a hombre y uno corresponde a una mujer. La edad promedio de tratamiento fueron los 56 años de edad. Todos ellos tienen alguna enfermedad crónica transmisible como Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial. El promedio de dosis administradas fueron 14,8 dosis. A 2 pacientes se les realizó terapia de revascularización; 4 pacientes sufrieron una amputación mayor y 2 pacientes sufrieron amputaciones menores.

CONCLUSIÓN: La enfermedad arterial oclusiva periférica es cada vez más frecuente en nuestra población, ya que se asocia directamente a enfermedades crónicas transmisibles muy frecuentes en la población, como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. La casuística es limitada para caracterizar adecuadamente este problema de salud. De los casos revisados, solo uno de los pacientes no sufrió una amputación. Es necesario definir debidamente los criterios de inclusión y de exclusión para recibir este tratamiento.

REVASCULARIZACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES POR BYPASS AXILO-BIFEMORAL DE POLITETRAFLUOROETILENO, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE (HCUCH) Y ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO.

Daniel Gonzaga A, Benjamín Ortiz F, Juan Gavilanes E, José Matías Robles M, Juan Pablo Moreno P, Alejandro Campos G.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN: El bypass áxilo-bifemoral (BAXBF) es la derivación de la sangre de la arteria axilar a los miembros inferiores, con el objetivo de evitar las consecuencias isquémicas de las enfermedades aorto-iliacas oclusivas, en pacientes no candidatos a revascularización convencional como el bypass aorto-femoral o endovascular, es decir cuando el abordaje transabdominal es riesgoso, como por ejemplo en los paciente con elevado riesgo cardiovascular, respiratorio, reconstrucción de hernia abdominal con malla, múltiples cirugías abdominales previas, radioterapia pélvica, entre otras en donde las demás opciones de revascularización no sean una alternativa viable.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados quirúrgicos del BAXBF a través de las complicaciones, mortalidad y su asociación a factores de riesgo predisponentes.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de una serie de casos de pacientes intervenidos de BAXBF en el HCUCH, entre el 1 de enero 2004 al 31 de diciembre 2021. Se incluyeron a todos los pacientes intervenidos en este intervalo de tiempo, sin criterios de exclusión. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas R y RStudio.

RESULTADO: Se analizó una serie de 32 pacientes, 18 (56.3%) de sexo masculino y 14 de sexo femenino, los límites de edad fueron de 23 a 89 años, con una mediana de 67 años, el tiempo de hospitalización fue de 1 a 21 días, con una mediana de 3 días, hubo 8 complicaciones tempranas y 4 complicaciones tardías, fueron necesarias 2 reintervenciones y un total de 2 fallecidos, uno de estos 10 años después con causa ajena al procedimiento, resultando una mortalidad de 3,12 %. Dentro del análisis estadístico se encontró que la presencia de las múltiples comorbilidades no otorga mayor probabilidad de complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria, amputación o fallecimiento.

CONCLUSIÓN: El BAXBF es una alternativa de tratamiento viable aún en estos tiempos en el caso de contraindicación de los abordajes recomendados por la literatura actual, la mortalidad y las complicaciones son escasas, la presencia de 3 o más factores de riesgo está asociado a ser candidato a esta alternativa quirúrgica.

ENFERMEDAD QUÍSTICA DE LA ADVENTICIA EN ARTERIA POPLÍTEA. REPORTE DE UN CASO.

Daniel Gutiérrez V, Carolina Camp M, Gabriel Sandoval S, José Matías Robles M, Juan Pablo Moreno P, Alejandro Campos G.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La enfermedad quística de la adventicia (EQA). Es una enfermedad vascular rara, de etiología no aterosclerótica caracterizada por síntomas de isquemia en extremidades inferiores. Es causada por una estenosis u oclusión del vaso debido a una masa quística proveniente de la pared adventicial. Ocurre en 90% de los casos de forma unilateral y es más frecuente en hombres jóvenes. La etiología es desconocida y existen diversas alternativas de tratamiento.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de enfermedad quística de la adventicia de la arteria poplítea resuelto en nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo donde se exponen registros demográficos, presentación clínica, exámenes imagenológicos, descripción de intervención quirúrgica y resultados clínicos. Paciente de 48 años, historia de 1 año de claudicación intermitente progresiva en pierna derecha. Angio TC de Extremidades inferiores evidencia estenosis significativa del 90% a nivel de arteria poplítea derecha, asociada a lesión de aspecto quístico. Se realizó bypass femoro-poplíteo derecho con vena safena invertida.

RESULTADO: Evolución clínica favorable, alta al 4to día postoperatorio. Biopsia diferida confirma diagnóstico de EQA. Seguimiento a 5 años sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La EQA es una patología infrecuente. Requiere alto índice de sospecha en pacientes claudicadores jóvenes. No existe consenso en su manejo definitivo, la resolución abierta ha demostrado ser segura, reproducible y duradera.

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA, RESULTADOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA UNIVERSITARIO.

Enrique Cruz M, Álvaro Morales P, Carolina Camp M, Daniel Gutiérrez V, Juan Pablo Moreno P, Alejandro Campos G, José Matías Robles M

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La isquemia mesentérica aguda es una entidad poco frecuente, su incidencia ronda entre 5.4/100,000 a 7.3/100,000 al año; aumentando con la edad. Tiene altas tasas de mortalidad, pudiendo alcanzar entre un 30-80%, siendo una patología tiempo-dependiente. No existe una descripción de los resultados actuales en nuestro medio del manejo de esta patología.

OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia y resultados de un centro universitario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte transversal. Se revisaron fichas clínicas electrónicas y protocolos operatorios. Se incluyeron todos los pacientes operados de urgencia por isquemia mesentérica aguda entre 2016 y 2021, tanto de etiología arterial, venosa y no oclusiva en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Se realizó una descripción demográfica de la población, motivo de consulta, aspectos del manejo como tiempos de respuesta quirúrgica, detalles de la primera cirugía, mortalidad a 30 días y estadía hospitalaria. Se excluyeron los pacientes que no fueron operados.

RESULTADO: Se incluyeron 29 pacientes, 51,7% hombres y 48,3% mujeres. La edad promedio fue 70,6 (45-92) años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (58,6%), diabetes mellitus (27,6%) y patología cardiovascular conocida (24,1%). El 41,4% fue de causa arterial trombótica, 20,7% embólica arterial, 20,7% venosa y 3,4% no oclusiva. El motivo de consulta más frecuente fue dolor abdominal (82,8%). El 72,4% ingresó a través del servicio de urgencias. En la primera intervención quirúrgica, el 79,3% requirió resección intestinal, realizándose en el 51,7% una anastomosis. El tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 29 (2-129) días con una desviación estándar de 30,87. El tiempo desde la consulta al servicio de urgencias hasta la cirugía varió entre 4,75 a 72 horas, con una media de 19 horas. La mortalidad a 30 días fue de un 44,8% y no varió significativamente con la necesidad de resección ($p=0,42$), anastomosis intestinal (0,35), presencia de un cirujano vascular en pabellón ($p=0,35$) o la etiología ($p=0,21$).

CONCLUSIÓN: La mortalidad en isquemia mesentérica aguda se condice con lo reportado internacionalmente y no varía según etiología, necesidad de resección o anastomosis intestinal ni presencia de un cirujano vascular. Si bien se ha descrito la importancia de la respuesta precoz ante esta patología, el tiempo de respuesta en nuestro medio está bajo los estándares para optimizar resultados.

DISECCIÓN AORTICA EN PACIENTES CON POLICONSUMO, UNA SERIE DE CASOS.

Sandra Osorio Veliz, Franklin Gonzalez Lillo, Malao Raffo Roman, Emilio Hernandez Torres

Hospital San Jose

INTRODUCCIÓN: La disección aórtica se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica debido a una ruptura de la íntima, originando un "flap" de disección. Es una patología que afecta más a los hombres 3:1, siendo estos mayores de 60 años, exceptuando los casos donde los pacientes son policonsumidores, donde la edad disminuye considerablemente.

OBJETIVOS: Reportar casos clínicos de pacientes con diagnóstico de disección aórtica con antecedentes de policonsumo y realizar revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de casos en ficha clínica y revisión de la literatura.

RESULTADO: Pacientes de 40 (paciente 1) y 50 años (paciente 2), ambos de sexo masculino, los cuales consultaron en el servicio de urgencia del Hospital San José. El paciente 1 consulta por cuadro de 4 horas de evolución con dolor precordial, asociado a dolor irradiado a extremidad superior izquierda en relación a consumo de cocaína, con cifras de presión arterial media sobre 140mmHg. Se realiza angioTC de tórax, abdomen y pelvis, donde se visualiza disección aórtica Tipo Stanford B que se extiende por toda la aorta abdominal y ambas arterias ilíacas comunes, hasta ambas ilíacas externas. Además presenta imagen de triple lumen en región torácica. Destaca además enfermedad renal poliquística. Se procedió a realizar TEVAR + extensión iliaca, evolucionando con desenso de presiones arteriales y disminución del dolor torácico. Paciente 2, consultó por cuadro de dolor precordial de 10 horas de evolución con irradiación interescapular, de tipo opresivo, asociado a abuso de sustancias. En un comienzo con leve elevación de troponinas, pero sin alteración electrocardiográfica. Se realiza AngioTC donde se aprecia aorta torácica de calibre normal, con flap de disección Stanford B, en toda su extensión tóraco-abdominal, comprometiendo hasta la arteria ilíaca común izquierda, arteria renal derecha desde el lumen falso, además con imágenes de triple lumen. Se realizó TEVAR + extensión iliaca. Evoluciona satisfactoriamente sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El policonsumo en nuestra sociedad es cada vez más frecuente y nos lleva a orientar patologías no observadas en rangos etarios menores. El acceso más expedito a imágenes nos lleva a poder entregar un diagnóstico precoz, donde se puede ver la imagen característica de triple lumen en los casos de policonsumo. El manejo de la presión arterial es uno de los principales metas para la progresión de esta patología.

MANEJO HÍBRIDO (ENDOVASCULAR- LAPAROSCÓPICO) EN ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: REPORTE DE UN CASO

Sebastián Sapiain G, Rodrigo Sánchez M, Carolina Camp M, Gabriel Sandoval S, Daniel Gutiérrez V, Carlos Mandiola B, Juan Pablo Moreno P, Alejandro Campos G, José Matías Robles M.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La isquemia mesentérica aguda es una emergencia vascular con una tasa de mortalidad de hasta un 90%. Requiere un diagnóstico y tratamiento rápido y oportuno. Los pilares del tratamiento son la revascularización (abierta o endovascular) y la evaluación de la vitalidad intestinal definiendo necesidad de eventual resección, que generalmente se realiza mediante laparotomía exploradora.

OBJETIVOS: Presentar un caso de isquemia mesentérica aguda arterial trombótica con manejo Híbrido (Endovascular- Laparoscópico)

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo donde se exponen registros demográficos, presentación clínica, exámenes imagenológicos, descripción de intervenciones y resultados clínicos. Mujer, 70 años, antecedentes de obesidad, hipertensión arterial y tabaquismo activo. Consulta por cuadro de dos meses de dolor abdominal inespecífico, el cual se intensifica seis horas previas a la consulta, asociándose a náuseas y vómitos. Dentro de sus exámenes de laboratorio destacaron parámetros inflamatorios elevados e hiperlactatemia leve, Angio-TC abdomen y pelvis describe signos de colitis del colon transverso, descendente y sigmoides, posiblemente isquémica, trombosis de la arteria mesentérica superior (AMS) con estenosis ostial severa y paso filiforme de contraste en fase arterial, estenosis severa de la arteria mesentérica inferior y leve cantidad de líquido peritoneal. Se decidió realizar cirugía híbrida. Primer tiempo endovascular, acceso retrógrado por arteria femoral común derecha hasta AMS, se objetivó estenosis severa de un 90% en AMS, que se logró franquear y se instaló stent balón-expandible, con resultado angiográfico de salida satisfactorio. En un segundo tiempo, se realizó laparoscopia exploradora, observándose intestino de aspecto vital, sin necesidad de otra intervención.

RESULTADO: Posteriormente recibió manejo de soporte en unidad de cuidados intensivos, asociado a anticoagulación, antiagregación y estatinas en altas dosis. Evolución clínica favorable, Angio-TC abdomen y pelvis de control al 4to día informa marcada disminución en extensión y magnitud del engrosamiento parietal cólico en contexto de isquemia mesentérica arterial tratada con stent permeable. Alta al séptimo día con evolución a corto y mediano plazo favorable. Seguimiento a 6 meses, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Existe escasa evidencia en la literatura sobre el manejo mínimamente invasivo de la isquemia mesentérica aguda, sin embargo, esta podría convertirse en una alternativa en algunos casos determinados (con diagnóstico temprano), lo que podría reducir morbilidad operatoria, tiempo de hospitalización y complicaciones en comparación a alternativas clásicas.

PROTESIS AORTO MESENTÉRICA EN ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: EXPERIENCIA DE UN CASO EN HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA

I. Alvarado, R. Briceño, E. Reichmann, S. Bastidas, C. Jara.

Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: La isquemia mesentérica es la irrigación insuficiente de los órganos viscerales, determinando la severidad según el vaso afectado, grado de compromiso y presencia de colaterales. El factor pronóstico crítico más importante continúa siendo el diagnóstico precoz y el manejo. En la Región de los Ríos estos casos son excepcionales, es por eso la necesidad de presentar la experiencia de este caso.

OBJETIVOS: Describir el caso de una paciente con Isquemia mesentérica aguda sobre crónica con bypass aortomesentérico superior protésico.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y de literatura.

RESULTADO: Mujer de 58 años, diabética insulino-requiriente e hipertensa. Con historia de dolor abdominal postprandial se realizó estudio. Ecografía abdominal demostró colelitiasis. Se realizó colecistectomía laparoscópica electiva. Cirugía sin incidentes. Reconsultó al quinto día por dolor abdominal de 4 días asociado a compromiso del estado general. Tomografía describió Estenosis de Arteria mesentérica superior y obstrucción de tronco celiaco. Ingresó a pabellón de urgencia: Se intenta Embolectomía resultando frustrada, se decide realizar Bypass aorto-mesentérico con prótesis, dejándose laparostomizada. Tórpida evolución requiriendo al segundo día resección parcial de intestino delgado y Hemicolectomía derecha. Nueva revisión al cuarto día se realiza Ileostomía y abandono de colon. Manejada en UCI. Fue extubada a los 12 días postoperada, iniciando rehabilitación y nutrición parenteral. Evolucionó con miopatía, falla renal aguda y cuadro séptico. Tomografía de control a la 3era semana describe Colección periprotésica y de pared abdominal, iniciando Vancomicina-Tazonam. Se realizó drenaje percutáneo de colección parietal. Cultivo: *Stenotrophomonas maltophilia*. Control con tomografía describe Colección de menor tamaño, por lo que se retira drenaje. Evolucionó estable hemodinámicamente, afebril, realimentación mixta progresiva, ileostomía con débito adecuado. Evaluada por infectología, sugiriendo que ante necesidad de antibiótico a largo plazo se beneficia de cambio esquema a oral. Dada de alta a la octava semana.

CONCLUSIÓN: La isquemia mesentérica aguda es una patología de baja incidencia, asociada a alta mortalidad, en la que la sospecha y diagnóstico precoz determinan el pronóstico. Siendo el AngioTC la herramienta diagnóstica recomendada. Existen múltiples opciones de revascularización, siendo la primera opción la endovascular y teniendo el abordaje abierto como herramienta. Es importante el manejo multidisciplinario y la evaluación de signos de peritonitis o deterioro general para revisión y eventual resección de asas.

TROMBOLISIS DIRIGIDA POR CATÉTER EN PACIENTES CON ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES: EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HOSPITAL DEL SALVADOR ENTRE EL 2015 Y 2022.

Gregory Cordova Aitken, Daniel Lazcano, María José Villarroel, Cristián Salas, Waldo Bastías, Fernando Ibañez, Rodrigo Julio, Carmen Gloria Lagos, Felipe Corvalán, Ivette Arriagada, Cindy Urrea, Matías Valenzuela, Fabiola Castillo, Juan Francisco Allamand, Pablo Carvacho
Hospital Del Salvador

INTRODUCCIÓN: La isquemia aguda de las extremidades inferiores representa una amenaza potencial a su viabilidad, requiriendo una evaluación clínica y manejo urgente. Se han descrito diferentes estrategias para su tratamiento, en especial la trombolisis dirigida por catéter como una alternativa a la cirugía tradicional con buenos resultados según reportes internacionales.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de la trombolisis en pacientes con isquemia aguda de extremidades inferiores

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, tipo cohorte retrospectiva. Se incluyeron 31 pacientes con diagnóstico de isquemia aguda tratados con trombolisis dirigida por catéter entre el año 2015 y 2022. El outcome primario fue determinar la ocurrencia de amputación mayor dentro de los primeros 30 días y durante el seguimiento. El outcome secundario fue evaluar la sobrevida libre de mortalidad a los 6, 12 y 24 meses. Las variables categóricas se describen en porcentajes y números de casos, mientras que las numéricas en medianas y rango intercuartil. Para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, u de Mann-Whitney, Curvas Kaplan-Meier y Logrank test; considerando un valor de p significativo < 0,05.

RESULTADO: Se realizaron un total de 31 trombolisis arteriales dirigidas por catéter. La mediana de edad fue de 67,8 años, siendo el 80% hombres. En cuanto a la severidad, el 45,2% de los pacientes se encontraba en Rutherford I al ingreso, el 35,5% en IIa y el 19,4% en IIb, destacando que el 38,7% tenía el antecedente de revascularización previa en la extremidad afectada. El porcentaje de trombolisis exitosa, definida como la resolución clínica y angiográfica completa, o una mejora en el patrón angiográfico que permitiera un procedimiento asociado para el rescate de la extremidad (angioplastia o puente), fue de un 58,1%. El 38,7% de los pacientes tratados requirieron una intervención asociada como terapia definitiva. El periodo de seguimiento fue de 1.5 a 83,8 meses, con una mediana de 16,7 meses. La tasa de complicaciones hemorrágicas mayores fue de un 12,9% y MACE antes de 30 días de 6,4%. La tasa de amputación mayor antes de 30 días fue de un 16,1% (5 casos), siendo significativamente mayor en pacientes sin procedimientos asociados ($p = 0,03$); mientras que durante el seguimiento (> 30 días) sólo se registraron dos amputaciones mayores a los 2,7 y 5,5 meses. La sobrevida libre de mortalidad a los 6, 12 y 24 meses fue de un 96,3%, 91,4% y 91,4% respectivamente.

CONCLUSIÓN: La trombolisis dirigida por catéter fue un procedimiento seguro y eficaz, con una tasa de amputación mayor, complicaciones hemorrágicas y mortalidad durante el seguimiento similares a reportes internacionales.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE BY-PASS INFRAINGUINAL VS ANGIOPLASTÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL EQUIPO DE CIRUGÍA VASCULAR HOSPITAL DEL SALVADOR.

Gregory Cordova Aitken, María José Villarroel, Cristián Salas, Waldo Bastías, Fernando Ibañez, Rodrigo Julio, Carmen Gloria Lagos, Felipe Corvalán, Ivette Arriagada, Cindy Urrea, Matías Valenzuela, Fabiola Castillo, Juan Francisco Allamand, Pablo Carvacho

Hospital Del Salvador

INTRODUCCIÓN: La isquemia crítica de extremidad inferiores es una condición frecuente en nuestro país, asociada a una significativa morbilidad y deterioro en la calidad de vida de los pacientes. La estrategia de revascularización óptima continúa siendo un debate, con una gran variabilidad dependiendo de la experiencia y recursos de los diferentes centros, encontrándose pocos reportes de estudios prospectivos en la literatura nacional que comparen by-pass vs angioplastia periférica

OBJETIVOS: Comparar la seguridad y eficacia entre By-Pass infraguinal y Angioplastia periférica en pacientes con isquemia crítica. Comparar la sobrevida libre de mortalidad y amputación mayor según estadio WIFI y GLASS.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo, entre noviembre 2020 y mayo 2022 ingresaron al programa de seguimiento 170 pacientes, realizándose 179 revascularizaciones. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de isquemia aguda, patologías aneurismática de extremidades inferiores, revascularizaciones aorto-iliacas y quienes presentaban el antecedente de revascularización previa en la extremidad afectada, incluyéndose en este estudio 114 pacientes (122 extremidades). El outcome primario fue determinar la ocurrencia MACE y MALE a 30 días para evaluar seguridad, y sobrevida libre de amputación mayor, mortalidad y reingreso a 12 meses para evaluar eficacia. El outcome secundario fue evaluar la sobrevida libre de amputación mayor y mortalidad según estadio WIFI y GLASS. 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 un total de 122 revascularizaciones (44 By-Pass y 78 PTA). El promedio de edad fue de 70,3 años, sin diferencias entre hombres y mujeres ($p = 0,06$). En cuanto a la severidad de la isquemia, no se encontraron diferencias significativas en estadio Rutherford o WIFI entre ambos grupos, sin embargo, el grupo ByPass presentaba un patrón angiográfico significativamente más complejo (GLASS 3 el 77,3%, vs el 39,7%, $p < 0,001$). La ocurrencia de MACE y MALE a 30 días fue de 2,3% y 2,5% para el grupo bypass y PTA respectivamente ($p = 0,93$). El seguimiento promedio fue de 10,8 meses (1,1 a 20,9 meses). No se observaron diferencias significativas en la sobrevida libre de amputación mayor ni mortalidad a 12 meses entre ambos grupos, siendo de 93,1% vs 95%, y 100% vs 90,2% para el grupo ByPass y PTA respectivamente. Los

pacientes con estadio WIFI 3 y 4 presentaron una sobrevida libre de amputación mayor a 12 meses significativamente menor que los pacientes WIFI 1 o 2 (logrank test, $p = 0,04$), así como también, los pacientes GLASS 3 presentaron una tendencia a presentar un mayor porcentaje de amputación durante el primer año, sin encontrarse esta diferencia estadísticamente significativa (logrank test, $p = 0,07$). No se observaron diferencias en sobrevida libre de mortalidad a 12 meses según estadio WIFI o GLASS.

CONCLUSIÓN: Al comparar los resultados de pacientes con isquemia crítica tratados con bypass vs angioplastia, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a complicaciones perioperatorias ni sobrevida libre de amputación mayor o mortalidad a 12 meses

ONCOLOGÍA

FIBROMATOSIS PERITONEAL ABDOMINAL GIGANTE, 13KG. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN LITERATURA.

Vanessa Maturana M., Gloria Trepát V, Cristian Astorga L.

Cirugía Digestiva Alta, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La fibromatosis mesentérica es una proliferación miofibroblástica monoclonal, benigna, localmente invasiva no metastásica, con tendencia a la recurrencia 25-50% a 5 años. Con un origen diverso, desde lesiones de novo, post trauma, Crohn o PAF. Afecta principalmente a mujeres, adulta joven. Se presentan como masas indoloras, o con síntomas secundarios a efecto de masa, de ubicación extra o intraabdominal, dependientes del mesenterio del intestino delgado o del retroperitoneo. Representan el tumor mesentérico más frecuente, afectando principalmente intestino, estómago, hígado, retroperitoneo y páncreas, generando complicaciones como obstrucción, isquemia, fistulas u obstrucciones ureterales. Expresan típicamente mutación exón 3 del gen de catenina (CTNNB1) y son negativos para CD34. La resección quirúrgica es la alternativa de tratamiento, sin embargo, por invasión muchos tumores son inoperables.

OBJETIVOS: Presentamos el reporte de un caso, de sexo masculino y 19 años, rasgos poco frecuentes en la etiología de estos tumores, con resección completa, sin recurrencia hasta la fecha de publicación.

MATERIAL Y MÉTODO: .

RESULTADO: Paciente, sexo masculino, 19 años, consulta por aumento de perímetro abdominal progresivo, dolor abdominal y aumento de peso. TAC abdomen y pelvis: gran masa tumoral sólida, abdomino-pelvíana, con focos de necrosis, 37x26.4 x 17.9 cm, vascularización central, comprime grandes vasos y estructuras abdominales. Laparotomía exploradora, tumor de 12.3 kg, 46x 37x 17cm, adherido a colon izquierdo, muy vascularizado. Se realiza resección tumoral, colectomía parcial, mas anastomosis primaria. Paciente evoluciona sin complicaciones, de alta. Biopsia: Fibromatosis peritoneal, segmento colónico y omento infiltrado por tumor. Inmunohistoquímica: Vimentina y Betacatenina (+) en células neoplásicas, CD34 negativo. Ki67 menor a 1%. Control 7 meses post operatorio, sin evidencia de recidiva.

CONCLUSIÓN: Técnicas como PAAF tienden a ser frustradas por la alta concentración de colágeno. La tomografía y resonancia son las imágenes de elección para el estudio de masas mesentéricas, con criterios que incluye masas ovoides o irregulares, homogéneas, sin necrosis, gran componente de tejido blando, realce inferior a 40.5 UH en fase arterial. No existe consenso en su tratamiento,



ligado a las altas tasas de recurrencia, presentación lenta y casos aislados. Siendo hasta ahora la resección quirúrgica, el tratamiento mas adecuado para evitar la recurrencia local. Reportando a través de este caso que la resección quirúrgica en bloque, con márgenes amplios y negativos de las estructuras invadidas, es el tratamiento de elección para evitar la recidiva tumoral, en tumores potencialmente resecables y debe ser el objetivo del tratamiento.

SIMULACIÓN, EDUCACIÓN

PERCEPCIÓN E IMPACTO EN LA CONFIANZA DE RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL DE UN CURSO DE ANASTOMOSIS INTESTINAL ABIERTA EN UN AMBIENTE SIMULADO.

Álvaro Morales, Enrique Cruz, Tomás González, Diego Valenzuela

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Centro de Simulación Quirúrgica, Facultad de Medicina Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Los residentes de cirugía general deben adquirir una gran cantidad de conocimientos y destrezas durante su formación. Diversos factores han reducido la exposición y autonomía, disminuyendo su autoconfianza. Por esto, la práctica en ambientes simulados ha tomado fuerza. Existe robusta evidencia para simulación en anastomosis intestinal laparoscópica, pero poca sobre la simulación en anastomosis abierta.

OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo evaluar la percepción de un curso de anastomosis intestinal abierta simulado en residentes de cirugía general y el efecto en su confianza.

MATERIAL Y MÉTODO: Se diseñó un curso de anastomosis intestinal abierta. Se incluyó a los residentes del programa de Cirugía General del Hospital Clínico Universidad de Chile al primer semestre de 2022. Contó con un componente teórico de 3 clases y un componente práctico para realizar, guiados por expertos, 3 tipos de anastomosis intestinal abierta en un modelo simulado. Previamente, se aplicaron encuestas sobre experiencia pasada y confianza para el procedimiento y, posteriormente, una sobre percepción del curso y confianza. Se utilizó estadística descriptiva y no paramétrica para el análisis de variables.

RESULTADO: Participaron 17 residentes, 7 de primer año, 6 de segundo año y 4 de tercer año; todos realizaron el curso y contestaron las encuestas. 16 de 17 residentes habían asistido en la técnica previamente, 10 residentes nunca habían realizado una anastomosis intestinal en un paciente real como primer cirujano y solo residentes de segundo o tercer año la habían realizado. El nivel de confianza promedio para realizar una anastomosis intestinal en pacientes previo al curso era de 1,86/7, 3/7 y 5,38/7 para primer, segundo y tercer año, respectivamente. A nivel global, previo al curso, los residentes promediaron una confianza de 3,09/7. Luego del curso, 15/17 residentes estuvieron de acuerdo/muy de acuerdo que mejora la confianza para la técnica, que el modelo representa correctamente la situación real y concuerdan que los modelos simulados son más efectivos para aprender que sólo la experiencia clínica. Los residentes previos al curso aumentaron su confianza en 2,47 puntos, llegando a un promedio de 5,56/7 para la técnica ($p=0,001$).



CONCLUSIÓN: El curso de anastomosis intestinal manual abierta es percibido por residentes como efectivo, realista y aumenta la confianza de manera significativa para la realización de la técnica. Se recomienda incluir la simulación en anastomosis intestinal abierta en los programas de formación de cirugía general.

JUEGO DE ROLES POR PARES (PEER ROLE PLAYING) EN LA ENSEÑANZA DE CIRUGÍA EN PREGRADO

Roberto Macchiavello Macho
Universidad del Alba

INTRODUCCIÓN: La educación en cirugía sigue siendo un área emergente. Desde el modelo “maestro-aprendiz” al auge de la simulación, se han dejado de lado el desarrollo de otras habilidades no técnicas. En este contexto, nos ha parecido importante rescatar dos modalidades de enseñanza, como son la tutoría por pares y el juego de roles, aplicados de una manera conjunta: el juego de roles por pares.

OBJETIVOS: Compartir la experiencia de la aplicación del juego de roles por pares en la enseñanza de la anamnesis quirúrgica enfocada al dolor abdominal en un curso de cuarto de año de medicina y discutir sus posibles ventajas y desventajas como herramienta de educación en cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en Mayo 2022, en un grupo de 45 alumnos de Cirugía de cuarto año de medicina. Se realizaron 4 sesiones de 90 minutos en distintos días. En cada sesión se trabajó con grupos de 11-12 alumnos, en donde se aplicó la modalidad de juego de roles por pares para trabajar la anamnesis quirúrgica enfocada en dolor abdominal. Los resultados de la actividad se midieron con una encuesta de satisfacción medida con una Escala tipo Likert. Para la interpretación se utilizó la mediana como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión.

RESULTADO: La encuesta fue respondida por 42/44 alumnos, con una media de edad de 25,3 años. Los siguientes ítems tuvieron una mediana de 5 (Muy de acuerdo): Este tipo de role playing me ayudó a mejorar mi técnica de anamnesis; Este tipo de role playing me ayudó a adquirir mayor conocimiento de los cuadros clínicos enseñados; Me sentí cómodo/a realizando la actividad; El tiempo de desarrollo de la actividad fue adecuado; Considero que ponerse en el rol de paciente mejora mi empatía; Este tipo de role playing me prepara para enfrentar situaciones con pacientes reales; Sería útil aplicar este tipo de role playing en otras asignaturas de la carrera. Los siguientes ítems tuvieron una mediana de 4 (De acuerdo): Este tipo de role playing me prepara para enfrentar evaluaciones y exámenes de la asignatura; Este tipo de role playing es equivalente a la interacción con pacientes reales; Este tipo de role playing es equivalente a la interacción con pacientes simulados (actores). Estas dos últimas preguntas tuvieron la mayor dispersión de todas (DE 1.09 y 0.95, respectivamente). Ningún ítem tuvo una mediana menor a 4 (Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo o Muy en desacuerdo).

CONCLUSIÓN: El juego de roles por pares puede ser una herramienta útil a considerar para la transmisión de conocimientos en la docencia de cirugía de pregrado. Si bien tiene falencias como ser una simulación de menor fidelidad comparada con el trabajo con pacientes reales o simulados, es una actividad positivamente evaluada entre los estudiantes, les ayuda a mejorar su empatía y corresponde a un recurso fácil y económico de aplicar en el contexto actual, en donde el trabajo con pacientes reales presenta cada vez más limitantes.

ENTRENAMIENTO EN SUTURAS PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA DURANTE PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19)

Roberto González L., Felipe Alarcón O., María García-Huidobro D., Patricio Stevens M., Jorge Gajardo J., Andrés Schaub C., Diego Saldivia Z., Hector Molina Z.

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

INTRODUCCIÓN: Las medidas sanitarias adoptadas como consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2 han significado una gran limitación en las metodologías de enseñanza y aprendizaje de la medicina. El cierre temporal de Universidades, la reducción de aforos en los espacios comunes y las medidas de protección personal han sido las principales barreras a la realización de actividades prácticas.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es comunicar los resultados de un taller de entrenamiento procedimental en sutura de heridas, adaptado al contexto de la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cuasi-experimental antes y después. Un total de 114 estudiantes se aleatorizaron en grupos pequeños de 3 estudiantes por las restricciones sanitarias. Las intervenciones se redujeron de 2 sesiones a 1, se mantuvo el uso de elementos de protección personal durante toda la actividad y se realizaron pausas para la ventilación de espacios. Se obtuvo consentimiento informado de todos los estudiantes. Durante el taller se reforzaron los contenidos sobre la técnica aséptica, anestesia local, nudos manuales y sutura discontinua, con énfasis en esta última. La técnica de sutura fue evaluada previa y posterior a la intervención mediante el instrumento “The Objective Structured Assessment Of Technical Skills” (OSATS). Además, se evaluó la percepción del taller y de las medidas de prevención de contagio de COVID-19 de los estudiantes. Para el análisis estadístico se utilizó SPSSv25® y se usó la prueba Mann-Whitney para variables no paramétricas considerando significativo $p < 0,05$.

RESULTADO: Los estudiantes evidenciaron un progreso estadísticamente significativo. En la lista de Comprobación OSATS se logró un progreso de 4,5 a 8,6 puntos en promedio ($p < 0,001$), y en la Escala Global OSATS, desde 13,0 a 25,3 puntos ($p < 0,001$) tras la intervención. La percepción del taller y la encuesta de medidas sanitarias fue bien evaluada. Además, se incrementó la sensación de autoaprendizaje, donde un 85,1% de los estudiantes reportaron sus conocimientos como buenos o muy buenos tras la intervención.

CONCLUSIÓN: Presentamos resultados de un programa de simulación de sutura de heridas para estudiantes de medicina, modificado debido a la contingencia sanitaria mundial. Se obtuvo un progreso significativo en los procedimientos entrenados, con una autopercepción del aprendizaje considerada buena o muy buena. La percepción respecto a la metodología y las medidas de seguridad sanitaria adoptadas fue considerada muy buena.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SIMULADO PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE SUS PRIMEROS 5 AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN

V. Durán, M. Miguieles, B.Valencia, I. Montero, F. Belmar, M.Gaete, C. Martinez, E. Machuca, N. Quezada, C. Jarry, P. Achurra, F. Crovari, J. Varas.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La curva de aprendizaje para el bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BPGL) es prolongada y se ha descrito la necesidad de entre 50 y 150 casos para volverse un experto. A la fecha, si bien existen oportunidades de entrenamiento simulado, estas no han sido plenamente validadas para cirugía de BPGL y se ofrecen en cursos esporádicos sin programas establecidos.

OBJETIVOS: Mediante el siguiente trabajo se busca demostrar el impacto de un programa de entrenamiento simulado estructurado en las habilidades de los cirujanos para realizar un BPGL.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico de una serie cronológica. Se seleccionó una muestra compuesta por cirujanos que completaron los programas de entrenamiento de habilidades básicas y avanzadas de simulación en laparoscopia. Los participantes luego cursaron un programa de entrenamiento con modelos simulados de material ex-vivo. El programa cuenta de tres etapas: Gastroyeyuno anastomosis (GYA) manual, GYA mecánica y yeyuno-yeyuno anastomosis (YYA). Los participantes realizaron 10, 3 y 4 sesiones de entrenamiento de cada una respectivamente. Las sesiones de inicio y término del curso de GYA manual fueron evaluadas utilizando una pauta de evaluación global (GRS) y una escala específica (SRS), ambas validadas y con máximos de 25 y 20 puntos respectivamente. Se registraron los tiempos de ejecución de los entrenamientos para las tres anastomosis, así como su permeabilidad, la ocurrencia de filtración. El análisis de datos se llevó a cabo mediante el software JMP-15 y se emplearon pruebas de T de student para muestras pareadas y chi cuadrado según corresponde.

RESULTADO: Un total de 60 participantes concluyeron el programa en el periodo de estudio (2017-2022). La media de tiempos de ejecución disminuyó significativamente de 50 a 27 y de 13 a 11 minutos en GYA manual y YYA, respectivamente. Para la GYA mecánica no se encontraron diferencias significativas. Las tasas de permeabilidad en GYA manual aumentaron significativamente desde 88% a 100% y las de filtración disminuyeron significativamente desde 26% a 0%. Los puntajes en las escalas GRS y SRS en GYA manual aumentaron significativamente de 15,5(15-18) y 13(12-14) a 25(24-25) y 19(19-20) puntos, respectivamente.

CONCLUSIÓN: El programa de entrenamiento presentado mejoró el rendimiento en la realización de una GYA manual y YYA, además de disminuir las tasas de filtración y aumentar la de permeabilidad en GYA manual, en un escenario simulado. Este nuevo programa de formación podría reducir la curva de aprendizaje clínico, aunque aún se necesitan más estudios para evaluar la transferencia de habilidades al pabellón quirúrgico.

IMPACTO DEL PROGRAMA DE SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA EN CIRUGÍA HEPATOPANCREATOBILIAR

B.Valencia, I. Montero, M. Miguieles, V. Durán, F. Belmar, M. Gaete, C. Jara, C. Martinez, E. Machuca, N. Quezada, C. Jarry, P. Achurra, F. Crovari, J. Varas.

Pontificia Universidad Católica De Chile

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: La cirugía hepatopancreatobiliar (HPB) se ha descrito como una de las ramas quirúrgicas más desafiantes dentro de la cirugía laparoscópica. El entrenamiento simulado facilita la adquisición y transferencia de habilidades en cirugía laparoscópica. Dentro de esta subespecialidad, la coledocoyeyuno anastomosis (CYA) y la pancreatoyeyuno anastomosis (PYA) son considerados procedimientos complejos para los cuales dominar su curva de aprendizaje permite reducir morbilidad. Actualmente, los programas de simulación validados con retroalimentación especializada para la adquisición de habilidades quirúrgicas son limitados. Se presentan los resultados de un programa de simulación laparoscópica avanzada para el entrenamiento de CYA y PYA.

OBJETIVOS: Se busca demostrar el impacto de un programa de entrenamiento simulado estructurado en laparoscopia avanzada para el entrenamiento de CYA y PYA.

MATERIAL Y MÉTODO: MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de análisis de serie cronológica. Se reclutaron 11 participantes médicos, que previamente habían completado un programa de formación en habilidades básicas y avanzadas en simulación laparoscópica. Ningún participante fue excluido del análisis estadístico. Los participantes cursaron un programa estructurado de simulación utilizando material ex-vivo porcino además de material sintético, en el que se simuló la realización de una CYA y una PYA. Se registraron los tiempos de ejecución, permeabilidad y filtración de las anastomosis al inicio y término del programa de entrenamiento. El análisis estadístico se llevó a cabo usando RStudio, empleando pruebas pareadas no paramétricas con una significancia de $p < 0.05$.

RESULTADO: RESULTADOS: Fueron reclutados 11 participantes, los cuales cursaron el programa estructurado de simulación durante un periodo máximo de 6 meses. No se encontraron cambios significativos en permeabilidad pre y post entrenamiento. En el caso de la filtración, esta disminuyó de manera significativa, de 54% a 0% y de 63% a 0% pre y post entrenamiento en CYA y PYA, respectivamente. Respecto al tiempo de ejecución existió una disminución significativa desde 29.0(24-34) a 20.0(17.2-22) minutos en CYA, y de 38.9(32-41) a 24.6(17-28) en PYA.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: Un programa de simulación estructurado con retroalimentación disminuye los tiempos y tasa de filtración de CYA y PYA en un ambiente simulado. Se requieren mayores estudios que evalúen adicionalmente la técnica empleada y la transferencia de estas habilidades al pabellón quirúrgico.

EL ENTRENAMIENTO SIMULADO SIN SUPERVISIÓN CON RETROALIMENTACIÓN REMOTA ASINCRÓNICA FACILITA LA PRÁCTICA DELIBERADA: UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO.

Mariana Migueles, Valentina Durán, Isabella Montero, Brandon Valencia, Caterina Contreras, Javier Vela, Francisca Belmar, Luz M. Letelier, Arnoldo Riquelme, Rodrigo Poblete, Eduardo F. Abbott, Javiera Fuentes, Ignacio Villagrán, Julián Varas.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Los recursos docentes necesarios para la práctica deliberada son escasos, costosos y con tiempo limitado disponible para brindar retroalimentación presencial a muchos estudiantes. Los clásicos cursos intensivos o talleres prácticos podrían ser insuficientes para garantizar la adquisición de habilidades, requiriendo sesiones de práctica y retroalimentación adicionales.

OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de un entrenamiento basado en simulación, donde los alumnos entrenan sin supervisión y luego reciben retroalimentación asincrónica remota, en comparación con un taller intensivo con retroalimentación presencial, para la adquisición de competencias médico-quirúrgicas en un grupo de estudiantes de medicina.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio experimental prospectivo aleatorizado ciego. Se incluyeron estudiantes de medicina de tercer año, quienes fueron aleatorizados en dos grupos: uno que realizaría entrenamiento de simulación sin supervisión con retroalimentación remota asincrónica (grupo experimental; GE) y otro que realizaría un curso intensivo de 2 horas de duración (grupo control; GC). El GE tuvo dos sesiones de entrenamiento no supervisado de 20 minutos mientras que el GC un curso intensivo de 2 horas con retroalimentación presencial con los mismos instructores. Ambos grupos se replicaron para los procedimientos de Paracentesis y toracocentesis. Se utilizó una escala de evaluación objetiva estructurada de habilidades técnicas (OSATS), con puntaje de aprobación $\geq 21/25$ puntos. Se estimó un tamaño muestral de 19 participantes por grupo con 90% de potencia y alfa 5%. Se analizaron los datos con pruebas de Wilcoxon y Mann-Whitney según correspondiera, usando el software SPSS v. 17. Los resultados se expresan en mediana [Q1-Q3], considerando $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADO: Un total de 103 estudiantes completaron el protocolo. Veinte estudiantes entrenados en toracocentesis y 23 en paracentesis completaron las dos sesiones de entrenamiento con retroalimentación remota y asincrónica, y 30 estudiantes de los grupos de toracocentesis y paracentesis completaron el taller intensivo respectivamente. Los estudiantes del GE recibieron su retroalimentación en un promedio de 4 ± 2 días y lograron una tasa de aprobación significativamente mayor que el GC en ambos procedimientos (toracocentesis 80% vs. 43%, Paracentesis 91% vs. 67%).

CONCLUSIÓN: Los estudiantes con entrenamiento no supervisado y retroalimentación asincrónica



lograron una mayor tasa de aprobación que aquellos expuestos a entrenamiento intensivo con retroalimentación presencial. Esta estrategia permitió a los estudiantes repetir sus entrenamientos y recibir retroalimentación efectiva individualizada, acercándose más a la definición de práctica deliberada que los cursos intensivos clásicos. Estudiantes e instructores pudieron entrenar y evaluar a su propio ritmo.

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA RETROALIMENTACIÓN: UNA REVISIÓN DE ALCANCE.

V. Durán, B.Valencia, I. Montero, M. Migueles, F. Rammsy, J. Vargas, D. Petric, M. Gaete, J.Varas, J.Fuentes-Cimma.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Durante los últimos años, el uso de plataformas digitales para el entrenamiento quirúrgico ha ido en aumento, ya que han permitido sortear las dificultades relativas a la pandemia de COVID 19. Uno de los pilares de los programas de entrenamiento simulado es la disponibilidad de docentes que puedan entregar retroalimentación o feedback de buena calidad. Es en este contexto que surge la necesidad de evaluar de manera estandarizada la retroalimentación, mediante instrumentos válidos y confiables.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión de alcance es conocer los instrumentos disponibles en la literatura que evalúen la retroalimentación.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión de alcance entre abril-mayo de 2022 en las siguientes bases de datos: Medline/PubMed, Web of Science, CINAHL, ERIC, Biblioteca Cochrane. No se utilizaron límites de fecha de publicación. Los idiomas incluidos fueron inglés y español. Se utilizó el software State of the Art through Systematic Review (StArt) para apoyar la búsqueda. Dos revisores participaron en la selección de los artículos según los criterios de inclusión y exclusión propuestos por el equipo investigador. Las discrepancias se resolvieron por un tercer revisor. Los criterios de inclusión fueron herramientas o instrumentos en educación médica, en relación con la retroalimentación. Se excluyeron herramientas no relacionadas con la evaluación de la retroalimentación o la imposibilidad de acceso al estudio.

RESULTADO: En total, se obtuvieron 16.229 artículos de la búsqueda inicial, de los que 2.331 pasaron por el proceso de selección. Se seleccionaron 82 trabajos en base al título y resumen para lectura del texto completo, de los cuales se identificaron 24 instrumentos de evaluación de calidad de retroalimentación: CME Faculty Assessment Instrument, DOCS-FBS, EFFECT instrument, EFFECT-S, EFeCT, Feedback Questionnaire, FEEDME-Feedback culture, FEEDME-Feedback provider, Fourteen item instrument for use by clerkship students to assess resident performance, Objective analysis of the feedback, PACT, Quality of the feedback perceived by students, SETQ for Surgical Specialties, StudentPEP project evaluation questionnaire, Students' view about the overall environment and setting of feedback, IQ Instrument, Written Feedback Analysis Framework y otros 7 más sin un nombre específico.

CONCLUSIÓN: Existe evidencia escasa respecto a instrumentos de evaluación de retroalimentación. De estos, ninguno ha sido validado en el ambiente digital. Los resultados proporcionan una oportunidad invaluable de innovación e investigación para el desarrollo de una herramienta que cumpla con las características mencionadas que pueda posteriormente ser utilizada en el entrenamiento quirúrgico remoto y asincrónico.

ENTRENAMIENTO DE ANASTOMOSIS INTESTINAL MANUAL ABIERTA MEDIANTE RETROALIMENTACIÓN REMOTA Y ASINCRÓNICA. EXPERIENCIA DE UN ENTRENAMIENTO EN CASA PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA.

María Inés Gaete D., Isabella Montero J., Brandon Valencia C., Mariana Migueles S., Valentina Durán E., Francisca Belmar R., Felipe Mena G., Catalina Ortiz K., Felipe Belloio R., Julian Varas C., Cristián Jarry T.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Poseer las competencias para realizar una anastomosis intestinal manual en cirugía abierta es fundamental para el cirujano general. Las instancias para entrenar esta habilidad se limitan a la exposición en la práctica clínica y actividades esporádicas de simulación.

OBJETIVOS: Se busca evaluar la efectividad de un programa de entrenamiento en domicilio para el aprendizaje de una entero-entero anastomosis de manera remota y asincrónica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de análisis de serie cronológica que busca evaluar una intervención educativa. En contexto de un curso de habilidades quirúrgicas básicas para residentes de primer año de cirugía, se diseñó un módulo de anastomosis intestinal manual abierta. Este consiste en: (1) Clase tutorizada que incluye una pre evaluación y entrenamiento con feedback presencial y (2) Práctica deliberada en domicilio, para lo cual a los residentes se les entrega tejido ex vivo, instrumental y suturas. La evaluación y retroalimentación de las sesiones en domicilio se realiza mediante una plataforma digital previamente desarrollada en nuestro centro. Se incluirán todos aquellos residentes que hayan participado del curso entre Julio 2021 y Octubre 2022 y que además hayan enviado al menos 2 videos realizando una entero-entero anastomosis manual. Dos evaluadores ciegos a los participantes y a la temporalidad de los videos, evaluarán el desempeño de los residentes utilizando una escala global validada (OSATS) y una escala procedimiento-específica, registrando junto a ello el tiempo operatorio. Se evaluará el primer y último video subido a la plataforma a modo de análisis “pre-post”. Se realizará una encuesta de satisfacción para explorar la percepción de los residentes sobre la instancia educativa. Se utilizará estadística no paramétrica, considerando un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo para el análisis de los datos.

RESULTADO: A la fecha, 16 residentes han participado del programa subiendo un total de 28 videos a la fecha (Julio 2022). Se espera que un total de al menos 20 residentes completen el curso a Octubre 2022. Se analizará el porcentaje de aprobación de la muestra, la diferencia de medianas de puntaje según ambas escalas y la diferencia de medianas entre los tiempos pre y post retroalimentación. Se presentarán los datos relativos a la percepción de los estudiantes respecto al programa de entrenamiento en base a la encuesta de satisfacción.

CONCLUSIÓN: Trabajamos bajo la hipótesis de que el entrenamiento remoto y asincrónico es aplicable a la formación de habilidades quirúrgicas, a saber, una anastomosis intestinal manual abierta. Se espera que mediante la modalidad descrita, los residentes de primer año de cirugía logren competencias mínimas para la realización de una anastomosis intestinal manual, objetivado por medio de pautas estandarizadas.

RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA (ERAS)

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO STAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO PROVINCIAL LOGRANDO DISMINUIR 13 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.

Javier Arcos P., Noedvith Rosendi R., Tito Tapia Q., Camila Tirado M., Alejandra Vega S., Olga Ávalos H., Mónica Martínez M.

Hospital Provincial de Ovalle

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 y satisfacción usuaria.

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 1 de enero al 31 diciembre 2018 y manejo con protocolo STAR entre 1 de enero 2021 y 30 de Junio 2022 (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 17 pacientes fueron incluidos: 8 en grupo no-STAR y 9 el grupo STAR. La mediana de edad del grupo no-STAR fue 74 años (42-78) y del grupo STAR 68 años (52-82). Sexo femenino 7 (87,5%) grupo no-STAR y 2 (22,22%) grupo STAR. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos. La adherencia promedio fue de 92%, teniendo menor adherencia la prevención de hipotermia. La mediana de EH fue 15,5 días grupo no-STAR (6-52) vs 2 días (2-24) grupo STAR, según prueba de Wilcoxon ($p < 0,05$). Se complicaron 75% vs 11% de los pacientes (no-STAR vs STAR; $p < 0,05$). Los 2 pacientes ingresados en UCI, 1 paciente reingresado y el paciente fallecido fueron del grupo no-STAR.

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 morbilidad ni los reingresos. Futuros estudios de costos se deben realizar para aumentar el impacto del protocolo en hospitales provinciales.

RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 4 AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLO ERAS O STAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Scarleth Jara C., Matias Araya A., Gonzalo Rebolledo D., Carlos Ayala R., Guillermo Reyes, Eduardo Mordojovic Z., David Contreras F., Mónica Martínez M.

Hospital del Salvador/ Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN: Uno de los mecanismos con mayor eficacia demostrada para el manejo perioperatorio de los pacientes quirúrgicos, corresponde a los protocolos de recuperación mejorada ERAS o STAR (eStrategias para Adelantar la Recuperación) como denominación local.

OBJETIVOS: Describir los resultados obtenidos en un rango 4 años implementando el protocolo STAR en adherencia, estancia hospitalaria, complicaciones y reingresos a 30 días en cirugía colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo estadística descriptiva no concurrente, sujetos seleccionados sometidos a cirugía colorrectal electiva. Entre agosto 2018 a mayo 2022 manejo con protocolo STAR. Se registró variables demográficas, adherencias, complicaciones y reingreso a 30 días. Las variables continuas se describieron mediante mediana, varianza, promedio y desviación estándar (SD). Variables categóricas descritas mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADO: Se analizaron 321 pacientes bajo el protocolo STAR, de los cuales 46.1% son de sexo masculino. El promedio de edad fue de 67.2 (SD 14.23), HTA 52.3%, DM2 19.6%. La adherencia a cada intervención del programa fue la siguiente: se realizó educación de enfermería en el 100% pacientes, preparación de colon 80.6%, se administró carga de carbohidratos en un 85%, de los cuales 86.8% lograron tolerancia completa, profilaxis de trombosis intraoperatoria 95.9%, profilaxis antibiótica 100%. Se realizó un 69.5% de cirugías de colon, el restante en cirugías de recto, se realizó cirugía laparoscópica en el 83.5% de los pacientes. Solo 3 pacientes (0.93%) requirieron sonda nasogástrica, uso de drenaje en un 33.7%, usaron sonda foley 97.5% durante 2 días promedio, el promedio de volumen de suero fisiológico intraoperatorio fue de 4.14 ml/Kg/Hr, la anestesia peridural post operatorio fue requerida en 32%, prevención de hipotermia 89.4%, profilaxis de náuseas y vómitos 86.6%, recibieron régimen el día cero 54.2% y el día uno un 95.3% de la población en estudio, de los cuales 35.8% fue régimen liviano. Kinesioterapia día cero 62.6%, con un promedio de 2.6 días de kinesioterapia. Eliminación de gases promedio fue de 1.3 días. La mediana de estadía STAR fue de 3 días (varianza 18.01, SD 4.25). STAR tuvo 75 23.3% complicaciones, donde 5.91% fueron complicaciones mayores (Clavien ≥ 3). Reingresos 7.47% y 1 fallecido.

CONCLUSIÓN: La implementación de un protocolo de recuperación avanzada logra una mediana de estadía hospitalaria de 3 días de los pacientes sometidos a una cirugía colorrectal, con una tasa similar a la descrita en la literatura de morbilidad y reingresos.

IMPLEMENTANDO UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN ACCELERADA (ERAS O STAR) EN CIRUGÍA COLORRECTAL: DESCRIPCIÓN DE LOS PRIMEROS 10 CASOS DEL HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES, PUNTA ARENAS

V. Vargas, V. Maluenda, P. Carrasco, A. Cisternas, M. Hernández, V. Figueroa, K. Antiquera, M. Cárdenas, K. Vega, J. Maurer

Hospital Clínico Magallanes

INTRODUCCIÓN: Los protocolos de recuperación acelerada en cirugía han demostrado múltiples beneficios en la evolución postoperatoria de los pacientes, disminuyendo la estadía hospitalaria, las complicaciones y mejorando la satisfacción usuaria. Requieren de un equipo multidisciplinario afiatado y un registro sistemático de los datos, además de un cambio de paradigmas del manejo pre, intra y postoperatorio, lo que hace compleja su implementación.

OBJETIVOS: Presentar los primeros diez casos incluidos en el protocolo en un hospital público de región extrema.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo. Se incluyeron pacientes electivos de cirugías resectivas colorrectales que cumplieran criterios de inclusión descritos en protocolo. Descripción de variables demográficas, clínicas, adherencia, complicaciones y reingreso.

RESULTADO: Se operaron diez pacientes, ocho mujeres, cinco oncológicos y cinco diverticulares, entre octubre de 2021 y Junio de 2022. Las edades fluctuaron entre los 51 y los 88 años (promedio de 61.5 años), las cirugías realizadas fueron 7 sigmoidectomías, una RAB y dos hemicolectomías derechas, todas laparoscópicas. La estadía hospitalaria promedio fue de 2.5 días. Todos los pacientes cumplieron con la educación por enfermera, asistencia nutricional, prehabilitación kinesiológica y evaluación anestésica. El día previo a la cirugía todos los pacientes recibieron profilaxis antitrombótica, y sólo las cirugías de colon izquierdo utilizaron preparación mecánica y antibiótica. Todos cumplieron con la carga de carbohidratos preoperatoria. No se utilizó analgesia con opiáceos en ningún paciente, usando analgesia multimodal, con catéter peridural en nueve de los pacientes. Ninguno salió de pabellón con sonda vesical, sonda nasogástrica o drenaje intraabdominal. Todos iniciaron régimen y kinesioterapia durante las primeras cuatro horas postoperatorias en recuperación. Hubo un reingreso por complicación Clavien-Dindo IIIb al día cuarto postoperatorio.

CONCLUSIÓN: El presente trabajo demuestra la factibilidad del diseño e implementación de un programa de recuperación acelerada en un hospital público de zona extrema. Los buenos resultados iniciales reflejan la cohesión del equipo de trabajo, logrando, mediante la protocolización, mejoras en el cuidado de los pacientes y

