TOMO DE RESUMENES XCVI CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA 2024

JulioYarmuch[1a]
Alejandro Barrera[2b]
[1]Editor Revista de Cirugía
[2]Presidente Sociedad de Cirurgia de Chile

Contenidos.....i

CIRUGÍA BARIÁTRICA..... 1

INTUSUSCEPCIÓN TARDÍA DE ENTERO-ENTERO ANASTOMOSIS TRAS BYPASS GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO INUSUAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....2

PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA SECUNDARIA A ESTENOSIS YEYUNAL POSTERIOR A TROMBOSIS PORTO MESENTÉRICA EN CONTEXTO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA.....3

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POSTERIOR A BPGL EN Y DE ROUX EN EL POSTPARTO INMEDIATO CON RECONSTRUCCIÓN DE Y DE ROUX AL ESTÓMAGO EXCLUIDO.....4

SÍNDROME “CANDY CANE” DESPUÉS DE UN BYPASS GÁSTRICO, CON O SIN HERNIA HIATAL CONCOMITANTE: UN ENEMIGO ESCONDIDO QUE PROVOCA SÍNTOMAS DURANTE EL POSTOPERATORIO.....5

TROMBOSIS PORTAL POST BYPASS GÁSTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 6

FILTRACIÓN POSTGASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA LAPAROSCÓPICA REPORTE DE CASO.....7

OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE BALÓN GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO.....9

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO A PROPÓSITO DE UN CASO.....10

ASOCIACIÓN DE ACTIVIDAD LABORAL EN LA PÉRDIDA DE PESO POSTERIOR A MANGA GÁSTRICA.....11

STRIPPING ESOFÁGICO COMO COMPLICACIÓN POST GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA. REPORTE DE CASO..... 12

MANGA GÁSTRICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS, REPORTE DE CASO..... 13

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.....14

CÁNCER DE TIROIDES PRIMARIO OCULTO: NÓDULO MALIGNO EN QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO..... 15

CÁNCER DE PARATIROIDES: EXPERIENCIA EN DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN 20 AÑOS..... 16

SERIE DE CASOS DE TUMOR FIBROSO SOLITARIO EN CABEZA Y CUELLO, UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE..... 17

MELANOMA EN PILOMATRIXOMA PIGMENTADO, UNA ENTIDAD INFRECUENTE..... 18

METÁSTASIS DE MELANOMA EN ESÓFAGO: REPORTE DE CASO.....19

PILOMATRIXOMA GIGANTE Y DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN UN ADULTO: REPORTE DE CASO.....20

METÁSTASIS CEREBRAL POR CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES, VARIEDAD CÉLULAS ALTAS. REPORTE DE UN CASO.....21

IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA RETROAURICULAR. RESULTADOS DE EXPERIENCIA INICIAL EN CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO..... 22

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OSTEOMALACIA INDUCIDA POR TUMOR: REPORTE DE CASOS..... 23

DISECCIÓN LINFONODAL YUGULAR ROBÓTICA..... 24

METÁSTASIS PAROTÍDEA DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL, PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 25

PERFORACIÓN ESOFÁGICA CERVICAL POR EXOESQUELETO DE MOLUSCO: REPORTE DE UN CASO..... 26

ABSCESO TIROIDEO LUEGO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 27

TRAUMA PENETRANTE CERVICAL EN UN CENTRO DE ALTA INCIDENCIA, EXPERIENCIA DE 4 AÑOS..... 28

EFICACIA DE LA TERAPIA ASISTIDA POR VACÍO EN EL MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE FARINGOPLASTIA POST LARINGECTOMÍA TOTAL EN CÁNCER DE LARINGE. EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO..... 29

CIRUGÍA GENERAL..... 30

PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE: UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA PERITONEODIÁLISIS. REPORTE DE UN CASO..... 31

DIVERTÍCULO DE MECKEL INCIDENTAL ASOCIADO A OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO EN UN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO..... 32

ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES DE PARTES BLANDAS QUE REQUIRIERON HOSPITALIZACIÓN EN DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN HNAN..... 33

ENDOMETRIOSIS APENDICULAR COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA..... 34

REPORTE DE CASO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR SÍNDROME DE WILKIE, UN DESAFÍO ETIOLÓGICO..... 35

CAMBIOS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA APENDICITIS AGUDA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2020..... 36

CATASTROFE ABDOMINAL: “CUANDO LA ESPERANZA PARECE PERDIDA”..... 37

VÓLVULO GÁSTRICO COMO COMPLICACIÓN DE HERNIA HIATAL, PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS..... 38

ABSCESO DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIO A FÍSTULA CUTÁNEA CAUSADO POR CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO..... 39

APLICACIÓN DE LA SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE SHOCK DE LA EMERGENCIA DE CIRUGÍA DE ADULTOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA..... 40

TORACOTOMÍA DE EMERGENCIA EN TAPONAMIENTO CARDÍACO POSTERIOR A IMPLANTE DE MARCAPASOS..... 41

RESULTADOS DE CIRUGÍA EN GANGRENA DE FOURNIER, EN PACIENTES MANEJADOS EN EL HOSPITAL EL PINO. PERÍODO DE ESTUDIO 2019-2023.....42
ESPLENECTOMÍA EN CONTEXTO DE TRAUMA, INDICACIONES Y MANEJO ALTERNATIVO.....43
HEMOGLOBINURIA POSTERIOR A HEMOPERITONEO..... 44
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS, REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL BASE PUERTO MONTT..... 45
DIVERTICULITIS DE MECKEL - UN CASO ESPECIAL..... 46
CISTOADENOMA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO: REPORTE DE UN CASO.....48
TUMOR GIGANTE DEL RETROPERITONEO, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....49
HERNIA DE GARENGEOT ASOCIADA A APENDICITIS AGUDA, PRESENTACIÓN DE UN CASO.....50
PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA POR TUBERCULOSIS INTESTINAL VS ENFERMEDAD DE CROHN, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO. REPORTE DE UN CASO..... 52
PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE FASCITIS NECROTIZANTE Y APENDICITIS AGUDA EN HERNIA DE GARENGEOT.....53
CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL: TÉCNICA DE INSERCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA.....54
PSEUDOANEURISMA ATRUMÁTICO DE ARTERIA HEPÁTICA EN HOMBRE DE 69 AÑOS – REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 55
PERFORACIÓN DE YEYUNO PROXIMAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS YEYUNAL COMPLICADA - REPORTE DE CASO.....56
PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR TRICOBEZOAR..... 57
APENDICITIS AGUDA POR CUERPO EXTRAÑO: UN POSTÓN SORPRESA, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 58
HERNIA DE GARENGEOT: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HERNIA CRURAL CON APENDICITIS AGUDA ASOCIADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....59
ÍLEO BILIAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 60
HERNIA DE GARENGEOT, PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE LA HERNIA FEMORAL; REPORTE DE UN CASO.....61
APENDICITIS AGUDA, UN DIAGNÓSTICO QUE TODAVÍA NOS SORPRENDE CLÍNICAMENTE. DESCRIPCIÓN DEL SIGNO TQP..... 62
NEUROMA APENDICULAR, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA.....63
HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: UN DIAGNÓSTICO TARDÍO QUE PASA MUCHAS VECES DESAPERCIBIDO.....6

ANGIOMIOFIBROBLASTOMA VULVOPERINEAL. REPORTE DE UN CASO 65
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INTERNA A TRAVÉS DE BRECHA MESENTÉRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO 66
QUISTE ESPLÉNICO GIGANTE NO HIDATÍDICO: HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE CON GASTROENTERITIS AGUDA 67
ABSCESO SUBFRÉNICO COMO COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA TARDÍA DE UNA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA 68
APENDICITIS AGUDA EN CONTEXTO DE MALROTACIÓN INTESTINAL. 2 CASOS EN 1 SEMANA 69
HERNIA INTERNA PARADUODENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO 70
FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTE ADULTO JOVEN INMUNODEPRIMIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO 71
HERNIA CRURAL COMPLICADA CON CONTENIDO ÚNICO DE TROMPA DE FALOPIO: REPORTE DE UN CASO 72
COLITIS FULMINANTE POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO 73
APLICABILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN QUIRÚRGICA 74
MUCOCELE APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO 75
GANGRENA DE FOURNIER COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE APENDICITIS AGUDA 76
PERFORACIÓN VESICAL SECUNDARIO A CATÉTER URINARIO PERMANENTE: UNA CAUSA INFRECUENTE ABDOMEN AGUDO 77
IMPACTO DE COVID 19 EN CIRUGÍAS DE URGENCIA EN CHILE ENTRE 2014-2023 78
DISTRIBUCION ESTACIONAL DE CIRUGÍAS DE URGENCIA EN CHILE ENTRE 2014-2023 79
HERNIAS INFRECUENTES CON CONTENIDO APÉNDICE VERMIFORME: HERNIA DE AMYAND Y HERNIA DE GARENGEOT, PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS 80
LINFOMA T INTESTINAL, CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO A PROPOSITO DE UN CASO 81
¿FONENDOSCOPIO O BISTURÍ? CIRUGÍAS DE URGENCIA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL SUR AUSTRAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO INICIAL 82
DUODENO-YEYUNO ANASTOMOSIS COMO ALTERNATIVA EN LA RESOLUCIÓN DE ÚLCERA DUODENAL PERFORADA COMPLEJA: REPORTE DE UN CASO 83
HERNIA DE AMYAND, COMO HALLAZGO INCIDENTAL INTRA PABELLÓN EN PACIENTE CON HERNIA DE INGUINAL COMPLICADA 84
HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS AGUDA PERFORADA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO 85
HERNIA INTERNA EN EL ADULTO EN RELACIÓN A ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL NEONATAL: REPORTE DE CASO 86

QUISTE HIDATIDICO GIGANTE CON COMPROMISO OSEO..... 87
TUBERCULOSIS PERITONEAL EN CONTEXTO QUIRÚRGICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO..... 88
INFARTO OMENTAL, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO SUBESTIMADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.....89
COMPORTAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN PIE DIABÉTICO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL..... 90
COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 91
APENDICITIS AGUDA SECUNDARIA A TRAUMA ABDOMINAL CERRADO. REPORTE DE UN CASO.....92
TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE CON LESIÓN HEPÁTICA Y VESICULAR INADVERTIDA, REPORTE DE CASO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.....93
ÍLEO MECÁNICO POR INTUSUSCEPCIÓN TUMORAL. REPORTE DE UN CASO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO..... 94
MANEJO LAPAROSCÓPICO DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL DEL NORTE GRANDE DE CHILE.....95
HEMORRAGIA RENAL ESPONTÁNEA O SÍNDROME DE WUNDERLICH COMO CAUSA DE HEMOPERITONEO. REPORTE DE UN CASO..... 96
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BALÓN GÁSTRICO PERFORADO.....97
PSEUDOQUISTE ABDOMINAL GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....98
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS CONGÉNITAS, A PROPÓSITO DE TRES CASOS.....99
QUISTE DE NUCK ABSCEDADO: PATOLOGÍA POCO FRECUENTE, PERO CON SIGNIFICANCIA CLÍNICA, QUIRÚRGICA Y ANATÓMICA.....100
GASTRECTOMÍA TOTAL POR VÓLVULO GÁSTRICO PERFORADO COMO COMPLICACIÓN DE HERNIA HIATAL: REPORTE DE UN CASO.....101
PROTESIS BILIAR LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO III. REPORTE DE UN CASO..... 102
PARAGANGLIOMA SIMPÁTICO EXTRA ADRENAL UBICADO EN LA RAÍZ DEL MESENTERIO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 103
HERNIA DE AMYAND Y APENDICITIS AGUDA: UN CASO RARO QUE DESAFÍA LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA.....104
HERNIA DE GARENGEOT: APENDICITIS ASOCIADA A HERNIA FEMORAL ATASCADA. REPORTE DE UN CASO..... 105
APENDICITIS AGUDA EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: ¿AÚN UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO?..... 106
TRICOBEZOAR GÁSTRICO GIGANTE, REPORTE DE UN CASO..... 107

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE VÓLVULO GÁSTRICO COMPLICADO SECUNDARIO A HERNIA HIATAL TIPO IV. REPORTE DE CASO..... 108

LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO. REPORTE DE CASO..... 109

RELEVANCIA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN ESPLENOMEGALIA REFRACTARIA A TRATAMIENTO SECUNDARIA A MIELOFIBROSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.....110

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 111

UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA. ¿SIGUEN ESTANDO VIGENTES?.....112

LINFOMA DE BAJO GRADO CON DEBUT EXTRANODAL PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....113

COLECISTITIS AGUDA Y COLECISTECTOMÍA DEL REMANENTE VESICULAR POST COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....114

CIRUGÍA DE MAMA..... 115

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES: APROXIMACIÓN A UNA REALIDAD LOCAL EN BASE A LA EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.....116

PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CON O SIN PEMBROLIZUMAB: DATOS DE LA VIDA REAL.....117

RECIDIVA LOCAL DE CARCINOMA DUCTAL *IN SITU*. ¿CUÁNDO SOSPECHAR? A PROPÓSITO DE UN CASO..... 118

METÁSTASIS MAMARIA BILATERAL DE CÁNCER GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO.....119

MIOFIBROBLASTOMA MAMARIO EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO: REPORTE DE CASO..... 120

USO DE COLGAJO ADIPOFASCIAL EPIGÁSTRICO COMO ALTERNATIVA ONCOPLÁSTICA EN CÁNCER DE MAMA, REPORTE DE UN CASO..... 121

BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA GUIADO POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA..... 122

CÁNCER DE MAMA A PARTIR DE BI-RADS 4 Y 5 EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE SANTIAGO.....123

IMPACTO DE ONCOTYPE EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN CLÍNICA DÁVILA: EXPERIENCIA CLÍNICA 2021-2024..... 124

HAMARTOMA GIGANTE DE MAMA, UNA LESIÓN INUSUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO... 125

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA..... 127

REPARACIÓN EN UN TIEMPO DE UN TRAUMA FACIAL GRAVE MEDIANTE COLGAJOS REGIONALES MÚLTIPLES..... 128

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS GIGANTE DE CUERO CABELLUDO RECONSTRUIDO CON COLGAJO LIBRE DE *LATISSIMUS DORSI*: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 129

RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA DE DESFORRAMIENTO TRAUMÁTICO COMPLETO DE DEDO ANULAR DERECHO CON COLGAJO DE MCGREGOR ADELGAZADO. REPORTE DE UN CASO.....130

PRESENTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA DE MASCULINIZACIÓN EN TRANSGÉNERO HOMBRES. SERIE DE CASOS.....131

DEFORMIDAD FACIAL EN MENTÓN DE BRUJA: PRESENTACIÓN DE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA..... 132

GLUTEOPLASTÍA HÍBRIDA: UNA ALTERNATIVA SEGURA PARA LA CIRUGÍA DE AUMENTO GLÚTEO..... 133

USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA E INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE AUMENTO GLÚTEO..... 134

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA INCISIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A ABDOMINOPLASTÍA CLÁSICA. ENSAYO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO.....135

USO DE EXPANSORES TISULARES DE CUERO CABELLUDO EN CRANEOPLASTÍAS. EXPERIENCIA EN INSTITUTO DE NEUROCIRUGÍA ASENJO/HOSPITAL DEL SALVADOR.....136

RETIRO DE PRÓTESIS MAMARIAS Y ALTERNATIVAS DE REMODELACIÓN..... 137

RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA DE DEFECTO POSTRAUMÁTICO DE LABIO SUPERIOR CON COLGAJO GOLDSTEIN BILATERAL: REPORTE DE UN CASO..... 138

COBERTURA DISTAL DE PULGAR CON COLGAJO DE MOBERG MODIFICADO. REPORTE DE UN CASO..... 139

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES TRANSGÉNERO HOMBRES EN ESPERA DE MASTECTOMÍA BILATERAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS..... 140

COLGAJO DEL RECTO ANTERIOR COMO COBERTURA DE DEFECTO ESTERNAL SECUNDARIO A MEDIASTINITIS.....141

CIERRE DE FÍSTULA RECTOCUTÁNEA AMPLIA CON COLGAJO MEDIAL DE MUSLO EN V-Y TRAS RESECCIÓN DE ANGIOMIXOMA AGRESÍVO PÉLVICO: REPORTE DE UN CASO..... 142

USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL DE DONANTE VIVO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UNA CONTRACTURA CERVICAL POR SECUELA DE QUEMADURA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....143

RESECCIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR UTILIZANDO TÉCNICA DE “LIFTING DE LABIOS EN CUERNO DE TORO”, PRESENTACIÓN DE UN CASO..... 144

USO DE INJERTOS AUTÓLOGOS DE DERMIS CON PRESIÓN NEGATIVA COADYUVANTE PARA COBERTURA DE ZONAS COMPLEJAS.....145

COLGAJO LIBRE ALT (ANTEROLATERAL THIGH) EN DOS TIEMPOS: UNA OPCIÓN DE SALVATAJE O PARA CENTROS DE BAJO VOLUMEN..... 14

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSTERIOR A MASTECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR GUSTAVO FRICKE..... 147

MEJORÍA EN SATISFACCIÓN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO MASCULINO: CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS EN PACIENTES TRANS HOMBRES.....148

USO DE HIALURONIDASA PARA EL MANEJO DE EXTRAVASACIÓN DE FLUIDOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.....149

ENFERMEDAD DE MONDOR, REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO..... 150

COLGAJO INDIO MODIFICADO PARA COBERTURA DE DEFECTO NASAL COMPLEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 151

ANÁLISIS DE RESULTADOS EN REALIZACIÓN DE INJERTOS CUTÁNEOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ DESDE 2020-2024.....152

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS NO QUIRÚRGICOS; COMO MANEJARLAS Y PREVENIRLAS..... 153

SEGURIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ABDOMINOPLASTIA RECONSTRUCTIVA TRAS SU REINICIO LUEGO DE LA PANDEMIA EN HOSPITAL CLÍNICO LA FLORIDA.....154

COLGAJO KEYSTONE COMO COBERTURA DE DEFECTOS ESTERNALES, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 155

CARACTERIZACIÓN DEL TÓRAX EN POBLACIÓN CHILENA MASCULINA: SERIE DE CASOS.....156

USO DE COLGAJO INGUINAL PEDICULADO: UNA COBERTURA ELEGANTE PARA TIEMPOS MÁS CIVILIZADOS.....157

SERIE DE CASOS: COLGAJO CRUZADO ABDOMINAL PARA COBERTURA DE MIEMBRO SUPERIOR, EXPERIENCIA EN 9 AÑOS.....158

USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL COMO COBERTURA DEFINITIVA EN HERIDAS COMPLEJAS. SERIE DE CASOS..... 159

EXPERIENCIA INICIAL EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO DIEP EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DE CHILE.....160

VERSATILIDAD DE COLGAJO DORSAL ANCHO REVERSO PARA COBERTURA DE DEFECTOS DE LA REGIÓN LUMBAR. A PROPÓSITO DE 2 CASOS.....161

RECONSTRUCCION DINÁMICA DE LABIO INFERIOR CON COLGAJO LIBRE RADIAL Y TENDON DE MÚSCULO PALMAR LARGO. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 162

LESIÓN POR PRESIÓN ISQUIÁTICA RECURRENTE RESUELTA CON COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO RECTUS FEMORIS PEDICULADO: REPORTE DE UN CASO..... 163

COLOPROCTOLOGÍA..... 164

FÍSTULA RECTO-UTERINA COMO COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 165

LEIOMIOMA COMO AUMENTO DE VOLUMEN PERIANAL, REPORTE DE UN CASO..... 166

CÁNCER DE MUÑÓN APENDICULAR, REPORTE DE UN CASOPaula Salamanca Y., Valeria Agurto R., Alejandro J. ZárateUniversidad Finis Terrae, Clínica las Condes.INTRODUCCIÓN: La apendicectomía es una de las cirugías de urgencia más frecuente. Se han reportado casos de apendicitis del muñón. No obstante, las neoplasias del muñón son infrecuentes.OBJETIVOS: Presentar el caso de un hombre apendicectomizado que desarrolla un adenocarcinoma en el muñón apendicular.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.RESULTADO: Paciente masculino de 64 años, con antecedentes de apendicectomía por peritonitis apendicular a los 10 años y colecistectomía. Consulta por dolor abdominal y baja de peso de 10 kilogramos en el último mes. No refiere sangrado ni fiebre. En la primera evaluación presenta tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis que informa proceso inflamatorio de colon derecho, con colección adyacente de 3x2 cm. Obs: diverticulitis; se trata médicamente con antibióticos. En el control, 3 semanas después, el paciente persiste con síntomas y se realiza una tomografía computada que informa un engrosamiento irregular del polo cecal, asociado a saliente de perfil posterior. Obs neoplasia/proceso inflamatorio. Al examen, paciente enflaquecido, con abdomen distendido y sensible en hemiabdomen derecho. Exámenes: hemoglobina 11,5 g/dl, albúmina 3,3 mg/dl y antígeno carcinoembrionario 3,6 ng/mL. Cirugía: Laparoscopía exploradora evidencia una masa tumoral de la zona posterior del ciego y del mesocolon cecal, firmemente adherido hacia posterior. Se convierte cirugía y se realiza una colectomía derecha con criterio oncológico y una ileostomía. Alta al sexto día sin eventos adversos. Anatomía patológica: adenocarcinoma túbulo-papilar infiltrante moderadamente diferenciado desarrollado en extremo proximal apendicular. Infiltra subserosa y contacta superficie perforada. Márgenes quirúrgicos proximal y distal negativos. Disección ganglionar de 20 linfonodos sin evidencia de metástasis. Estadío pT4a, pN0, M0.CONCLUSIÓN: En la literatura se reconoce que el muñón apendicular post apendicectomía puede tener complicaciones como la apendicitis (1 de cada 50.000 personas aproximadamente) y en casos muy infrecuentes un cáncer. En nuestro caso, la edad de presentación coincide con lo reportado (entre 40 y 75 años), así como también sus síntomas similares a los mencionados en los reportes. Al ser una patología muy infrecuente la sospecha clínica es baja, por tanto, en este caso inicialmente se trató como una diverticulitis de colon derecho. Luego con los nuevos estudios se sospechó un tumor. El tratamiento fue una hemicolectomía derecha con disección oncológica destacando el recuento de 20 linfonodos y márgenes negativos. En resumen, este caso nos refuerza la necesidad de considerar patologías del muñón apendicular en pacientes apendicectomizados..... 167

INTUSUSCEPCIÓN COLORECTAL CAUSADA POR PÓLIPO MALIGNO COLÓNICO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 168

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES SIGNIFICATIVAS POSTERIOR A HEMORROIDECTOMÍA..... 169

MELANOMA RECTAL LOCALMENTE AVANZADO TRATADO CON CIRUGÍA E INMUNOTERAPIA. LECCIONES DE UN CASO CON MÁS DE 2 AÑOS DE SOBREVIDA LIBRE DE ENFERMEDAD....170

CURVA DE APRENDIZAJE Y SEGURIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESECCIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER DE COLON DERECHO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO EMPAREJADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN.... 171

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA DURANTE LA COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA....172

IMPACTO DE LA QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CRS Y HIPEC POR PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DE ALTO GRADO DE ORIGEN APENDICULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.... 173

SÍNDROME DE VALENTINO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.... 174

ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSIS MANUAL INTRACORPÓREA EN COLECTOMÍAS DERECHAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS....175

ADENOCARCINOMA APENDICULAR DE CÉLULAS DE GOBLET. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.... 176

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS INTESTINAL Y SUS RESULTADOS FUNCIONALES EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN....177

TRATAMIENTO DE FISTULAS PERIANALES COMPLEJAS MEDIANTE USO DE PLASMA RICO EN FIBRINA Y LEUCOCITOS. PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.....178

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE LESIONES RECTALES: DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA INICIAL....179

RESECCIÓN MULTIVISCERAL PÉLVICA CON RESECCIÓN VASCULAR Y ÓSEA TRAS BYPASS FEMORO-FEMORAL EN RECIDIVA DE CÁNCER DE COLON CON COMPROMISO DE LA ARTERIA ILÍACA COMÚN....180

ESCISIÓN TOTAL DE MESORRECTO (TME) ROBÓTICA CON TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS CON DISPARO ÚNICO (TTSS) EN UN CÁNCER RECTAL T1 SM3 – VIDEO.... 181

ABORDAJE MIXTO (LAPAROSCOPICO/TRANSPERINEAL) PARA LA RESECCIÓN DE LEIOMIOMA DEL TABIQUE RECTOVAGINAL.... 182

ADAPTACIOŃ TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO STOMA QUALITY OF LIFE AL ESPAÑOL CHILENO.... 183

LINFADENECTOMÍA LATERAL LAPAROSCÓPICA DERECHA EN CÁNCER DE RECTO MEDIO GUIADA POR VERDE DE INDOCIANINA....184

COMPARACIÓN DE ANASTOMOSIS ILEOTRANSVERSA MECÁNICA Y MANUAL CON TÉCNICA LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA....185

AUMENTO DE VOLUMEN PERIANAL SECUNDARIO A HIDRADENOMA PAPILÍFERO: REPORTE DE UN CASO..... 186

DIVERTICULITIS APENDICULAR, UNA ENTIDAD INFRECUENTE..... 187

GIST DE RECTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TUMORES DE RECTO..... 188

NEOADYUVANCIA PARA GIST RECTAL CON IMATINIB Y POSTERIOR RESECCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 189

SÍNDROME DE LYNCH: CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS DEL REGISTRO DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN.....190

CALIDAD DE LA PIEZA OPERATORIA EN COLECTOMÍAS DERECHAS POR LAPAROTOMÍA TRANSVERSA EN CÁNCER DE COLON..... 191

CARCINOMA MEDULAR DE COLON: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....192

HEMICOLECTOMÍA DERECHA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA CON ESCISIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON Y ESPLENECTOMÍA EN-BLOC PARA UN CÁNCER DE COLON TRANSVERSO.....193

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA INTERNA ESTRANGULADA POR BRIDA FIRME DEL TERCIO DISTAL DEL APÉNDICE CECAL CON LA RAÍZ DEL MESENTERIO. REPORTE DE UN CASO.....194

SOBREVIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO Y RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA TRAS NEOADYUVANCIA..... 195

METÁSTASIS RECTAL DE CÁNCER CERVICOUTERINO: REPORTE DE UN CASO..... 196

ADENOCARCINOMA DE LA ILEOSTOMÍA TERMINAL EN UNA PACIENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. REPORTE DE UN CASO.....197

CARCINOMA MEDULAR DE COLON: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS..... 198

MANEJO DE DERMATITIS PERIOSTOMAL POR FÍSTULA ENTERO-ATMOSFÉRICA EN PACIENTE CON ABDOMEN ABIERTO. REPORTE DE UN CASO.....199

ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL: REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 200

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA COLORRECTAL EN EL CONTEXTO DE UN PROTOCOLO ERAS®.....201

METÁSTASIS CECAL COMO RECIDIVA DE CÁNCER PULMONAR, UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE: REPORTE DE CASO.....202

VALOR PREDICTIVO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA PARA DESCARTAR DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA..... 203

EXPERIENCIA DE USO DE ENDOPROTESIS COLONICA COMO PUENTE A CIRUGÍA ELECTIVA EN LA REGIÓN DE LOS RÍOS..... 204

CÁNCER COLORRECTAL EN LA XIV REGIÓN: UN ANÁLISIS ACTUALIZADO DE SU INCIDENCIA..... 205

ASOCIACIÓN ENTRE COLECISTECTOMÍA Y CÁNCER COLORRECTAL: UN LLAMADO A LA CAUTELA..... 206

USO RACIONAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS..... 207

CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN UN TUMOR NEUROENDOCRINO DE INTESTINO DELGADO BORDERLINE RESECABLE: REPORTE DE CASO..... 208

RESECCIÓN QUIRÚRGICA EN DOS TIEMPOS DEL CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN): REPORTE DE CASO..... 209

INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR NEUROENDOCRINO EN LA XIV REGIÓN..... 210

EVISCERACIÓN INTESTINAL TRANSVAGINAL, COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA HISTERECTOMÍA: REPORTE DE CASO..... 211

HERNIA OBTURATRIZ SINTOMÁTICA: REPORTE DE CASO..... 212

COLONOSCOPÍA CON PROPOFOL: ¿ES POSIBLE SIN ANESTESIÓLOGO?..... 213

RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS EN RESECCIONES ANTERIORES DE RECTO TRAS APLICACIÓN DE TERAPIA NEOADYUVANTE TOTAL (TNT) EN CÁNCER DE RECTO EXTRAPERITONEAL..... 214

EVALUACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICO (ENDO-VAC) EN FILTRACIÓN DE CIRUGÍA COLORRECTAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS..... 216

METÁSTASIS OVÁRICA GIGANTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN CÁNCER DE COLON. TUMOR DE KRUKENBERG..... 217

MANEJO QUIRÚRGICO DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO..... 218

RESECCIÓN TOTAL DEL MESORRECTO UTILIZANDO LA TÉCNICA DE TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS DE GRAPADO ÚNICO (TTSS) EN CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS PRECOCES DE UNA SERIE DE 21 CASOS..... 219

RESULTADOS A 30 DÍAS EN PACIENTES OPERADOS POR ADENOCARCINOMA COLORRECTAL POR VÍA ROBÓTICA..... 220

EXPERIENCIA EN GIST COLORRECTAL EN EL EQUIPO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU EN EL PERÍODO 2015-2024..... 221

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO-IMAGENOLÓGICO..... 222

RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL, CON EXTRACCIÓN DE PIEZA POR ORIFICIO NATURAL CON GRAPADO ÚNICO PARA ANASTOMOSIS COLORRECTAL, EXPERIENCIA EN HOSPITAL PROVINCIAL..... 223

ACTINOMYCES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN HOMBRE OCTOGENARIO CON TUMOR DE COLON COMPLICADO. REPORTE DE CASO..... 22

ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA CON STAPLER 100 MM. ¿TIENE VENTAJAS?.....225

RENDIMIENTO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES EN EL PERÍODO 2019-2023 EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ..... 226

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL A CAUSA DE TUMOR GIST CECAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR DE COLON. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO..... 227

ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN DE COLONOSCOPÍAS MEDIANTE TEST DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES (TSOD): RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE INTERCONSULTAS.....228

HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR CIRUGÍA MAGNÉTICA: PRUEBA DE CONCEPTO.....229

ADENOCARCINOMA MUCINOSO EN EL CONTEXTO DE ABSCESO APENDICULAR: REPORTE DE CASO.....230

DIVERTICULITIS AGUDA CECAL: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 231

INVAGINACIÓN ILEO-COLÓNICA POR LIPOMA ILEAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....232

LINFONODOS PÉLVICOS LATERALES Y NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO. RESULTADOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO..... 233

EXENTERACIÓN ANTERIOR PÉLVICA POR ADENOCARCINOMA APENDICULAR, CON INFILTRACIÓN VESICAL Y UTERINA EN PACIENTE JOVEN EMBARAZADA..... 234

SCHWANNOMA DE COLON SIGMOIDES, MANEJO QUIRÚRGICO Y TRATAMIENTO..... 235

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA EDUCATIVA COLOPROCTOLOGICA PARA PACIENTES.....236

SARCOMA EN SITIO IRRADIADO POST RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE RECTO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....237

CARCINOMA DE RECTO ESCAMOSO ESTADIO IV A, CON RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA, POSTERIOR A QUIMIOTERAPIA..... 239

ENTEROBIUS VERMICULARIS COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO..... 240

HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL, REPORTE DE UN CASO..... 241

CÁNCER DE RECTO METASTÁSICO A GLÁNDULA TIROIDES: CASO CLÍNICO..... 242

ABORDAJE MIXTO (LAPAROSCOPICO/TRANSPERINEAL) EN LA RESECCION DE UN CORDOMA SACROCOCCÍGEO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.....243

EVALUACIÓN DE SOBREVIDA Y CORRELACIÓN CLÍNICO- PATOLÓGICA EN RESECCIONES MULTIVISCERALES EN CÁNCER DE COLON T4B..... 244

SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK: CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA SECRETORA GRAVE. REPORTE DE UN CASO.....245

LINFADENECTOMÍA LATERAL EN CÁNCER DE RECTO MEDIO, PRIMER CASO EN EL HOSPITAL PÚBLICO DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO..... 24

PROCTITIS SIFILÍTICA QUE SIMULA UNA NEOPLASIA RECTAL: REPORTE DE UN CASO... 247

TÉCNICA DE TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS CON GRAPADO ÚNICO (TTSS) EN CIRUGÍA DE RESERVORIO ILEAL. RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE UNA EXPERIENCIA INICIAL.....248

IMPLANTE TUMORAL EN UNA FÍSTULA ANORRECTAL POR CÁNCER DE COLON, UN CASO CLÍNICO..... 249

LEIOMIOMA PERIANAL: REPORTE DE UN CASO..... 250

ESCISIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON POR LAPAROSCOPÍA. RESULTADOS COMPARATIVOS CON EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRADICIONAL..... 251

MYCETOMA INTRAVESICAL, QUE SEMEJA UNA FÍSTULA COLO-VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 252

CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA UTILIZANDO VERDE DE INDOCIANINA..... 253

LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS CON COMPROMISO COLORRECTAL EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 254

TUMOR DE COLISIÓN EN EL RECTO. ENFRENTANDO LO INESPERADO CON DETERMINACIÓN Y CONOCIMIENTO..... 255

RESECCIÓN DE EXTENSIÓN LATERAL EN EL RECTO MEDIO-INFERIOR. SUPERANDO OBSTÁCULOS CON ALTERNATIVAS INNOVADORAS.....256

MEGACOLON IDIOPÁTICO: DIAGNÓSTICO RARO Y MANEJO QUIRÚRGICO DESAFIANTE.....257

FÍSTULA ENTERO-ATMOSFÉRICA EN PACIENTE CON ABDOMEN ABIERTO: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 258

QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA Y CITORREDUCCIÓN COMO TRATAMIENTO PARA LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....259

LÍNFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL EN CÁNCER DE RECTO, PRIMERA EXPERIENCIA.....260

EXENTERACIÓN PÉLVICA CON Y SIN RESECCIÓN ÓSEA EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO O RECURRENTE.....261

SERIE PROSPECTIVA CÁNCER DE COLON EN HOSPITAL DE QUILPUÉ.....262

RESULTADOS DE UN PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE WATCH AND WAIT EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO..... 263

RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA ACREDITADO DE ERAS® EN CIRUGÍAS RESECTIVAS COLORRECTALES.....264

PROTEÍNA C REACTIVA COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES, RESULTADOS PRELIMINARES EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO..... 265

SEGUIMIENTO COLONOSCÓPICO DE PÓLIPOS DE COLON..... 266

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SEVERA SECUNDARIA A ÚLCERA ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA.....26

MANEJO DE PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE IDIOPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 268

NEUMOMEDIASTINO COMO MANIFESTACIÓN DE DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL..... 269

LAPAROTOMIA DIAGNÓSTICA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA DE DIAGNÓSTICO ESQUIVO.....270

CARCINOMA DE COLON CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....271

ABSCESO DEL MÚSCULO PSOAS COMO PRESENTACIÓN DE TUMOR APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....272

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL POST-HARTMANN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA..... 273

COLGAJO DE LIMBERG AMBULATORIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOXÍGEA..... 274

DRENAJE DE MUCINA Y OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA COMO TERAPIA PUENTE PARA CRS/HIPEC EN PSEUDOMIXOMA PERITONEII CON ASCITIS MUCINOSA A TENSIÓN..... 275

CASO CLINICO TUMOR DESMOIDES INTRAABDOMINAL EN PACIENTE CON POLIPOMATOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR 276

PREVENCIÓN Y BÚSQUEDA ACTIVA DE LA FILTRACIÓN COLORRECTAL. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO 7 PILARES..... 277

REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL PERINEAL - ABORDAJE PERINEAL..... 278

CIERRE DE ILEOSTOMÍA EN ASA: ÍLEO POSTOPERATORIO Y PREVALENCIA DE FACTORES RELACIONADOS..... 279

COLOPEXIA VENTRAL CON MALLA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE COLON POST CIRUGÍA DE RESECCIÓN TOTAL DE MESORRECTO CON RESECCIÓN INTERESFINTERIANA POR CÁNCER DE RECTO INFERIOR..... 280

NEOPLASIAS MALGINAS PRIMARIAS SINCRÓNICAS: CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR CON CARCINOMA DE COLON. REPORTE DE UN CASO INUSUAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....281

RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DE RECTO: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES Y COMPLICACIONES DEL HOSPITAL DEL SALVADOR.....282

LINFADENECTOMÍA LATERAL PÉLVICA EN CÁNCER DE RECTO.....283

IMPLEMENTACIÓN DE ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA: RESULTADOS INICIALES.....284

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ÍLEON DISTAL SECUNDARIO A ENDOMETRIOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 285

A PROPÓSITO DE UN CASO: RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA DE ABSCESO DEL PSOAS POR DIVERTICULITIS COMPLICADA.....286

REPORTE DE CASO: LEIOMIOMA PARARRECTAL..... 287

RESULTADOS DE CIRUGÍAS DE URGENCIAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON ANASTOMOSIS PRIMARIAS Y OSTOMÍAS EN HCUCH..... 288

CÁNCER COLORRECTAL GES. TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DESDE SU IMPLEMENTACIÓN EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT..... 289

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE OBSTRUCCIÓN MALIGNA..... 290

ENDOSCOPIA..... 291

IMPLEMENTACIÓN DE LA DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA PARA LA RESECCIÓN DE LESIONES EPITELIALES GÁSTRICAS: EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 100 CASOS..... 292

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN NONAGENARIOS CON COLANGITIS AGUDA: UN ENFOQUE MODERNO PARA UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA..... 293

¿PUEDE LA CPRE SALVAR A LOS NONAGENARIOS DE LA COLANGITIS Y PERMITIRLES SOBREVIVIR COMO LA POBLACIÓN GENERAL EN CHILE?..... 294

COLÉDOCO-DUODENO ANASTOMOSIS POR ENDOSONOGRAFÍA EN PACIENTE CON ANATOMÍA ALTERADA: REPORTE DE UN CASO..... 295

TERAPIA ENDOSCÓPICA AL VACÍO EN PERFORACIONES ESOFÁGICAS..... 296

DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES RETROPERITONEALES POR PANCREATITIS NECROHEMORRÁGICA. EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS..... 297

USO DE BALÓN BILIAR DE 3 LÚMENES COMO PRÓTESIS EN COLÉDOCO, VÍA ANTERÓGRADA, PARA COLELITIASIS CON COLEDOCOLITIASIS EN RENDEZVOUS SECUENCIAL..... 298

ESÓFAGO NEGRO, DIAGNÓSTICO INESPERADO DE CAUSA DESCONOCIDA..... 299

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA. RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 23 CASOS CONSECUTIVOS..... 300

RENDEZ VOUS POR ENDOSONOGRAFÍA FRENTE A CPRE FRUSTRA..... 301

CARACTERIZACIÓN DE LAS COLONOSCOPÍAS Y SUS RESPECTIVOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UN CENTRO (HOSPITAL DIPRECA, 2022-2023)..... 302

CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN COLONOSCOPÍAS EN EL HOSPITAL DIPRECA, DESDE EL AÑO 2022 AL 2023..... 303

HEMOPERITONEO POST ERCP. REPORTE DE UN CASO..... 304

TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL COMO TRATAMIENTO PARA LA FILTRACIÓN ANASTOMÓTICA COLORRECTAL. UNA SERIE DE CASOS..... 305

ESOFAGOGÁSTRICO 306

RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LA REGIÓN DE AYSÉN 307

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE. ¿QUÉ HACER CUANDO LA ESD NO ES FACTIBLE? 308

QUISTE ESPLENICO MESOTELIAL. REPORTE DE UN CASO 309

TERAPIA DE CONVERSIÓN EN CÁNCER GÁSTRICO OLIGOMETASTÁSICO: ¿A QUIÉNES OPERAR? 310

CIRUGIA DE MERENDINO LAPAROSCOPICA. UNA ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE TUMORES BENIGNOS DE GRAN TAMAÑO DE LA UNION GASTROESOFAGICA. REPORTE DE UN CASO 311

TIEMPO TORÁCICO POR VTC EN PRONO DE ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER: TÉCNICA PASO A PASO 312

AMPLIACIÓN DE LAS INDICACIONES DE LA GASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA LAPAROSCÓPICA 313

GASTRECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA Y RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX CON ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL MANUAL. TÉCNICA SIMPLIFICADA CON SUTURA BARBADA 314

HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA POR ÚLCERAS DE CAMERON: EL ROL DE LA CIRUGÍA EN SU RESOLUCIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO 315

GIST GÁSTRICO ACCIDENTADO RESUELTO POR LAPAROSCOPIA: REPORTE DE UN CASO CON GEN C-KIT NEGATIVO 316

METÁSTASIS CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA Y ASINTOMÁTICA DE RECIDIVA EN CÁNCER GÁSTRICO 317

DIVERTÍCULO DUODENAL PERFORADO RESUELTO MEDIANTE MANEJO MÉDICO, A PROPÓSITO DE UN CASO 318

CÁNCER GÁSTRICO 2 AÑOS DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL. REPORTE DE UN CASO 319

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA GASTRODUODENAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: REPORTE DE CASO 320

METÁSTASIS COLÓNICA DE PRIMARIO GÁSTRICO: REPORTE DE CASO 321

GASTRECTOMÍAS POR CÁNCER GÁSTRICO EN CENTRO DE REFERENCIA AL SUR DE CHILE REVISIÓN HISTÓRICA 2017-2023 322

TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO Y PANCREÁTICO SINCRÓNICO. GASTRECTOMÍA EN MANGA Y PANCREATECTOMÍA DISTAL EN UN TIEMPO. REPORTE DE CASO 323

SOBREVIDA ALEJADA Y MORBIMORTALIDAD DE LA ESOFAGUECTOMÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOQUIMIOTERAPIA CON ESQUEMA CROSS 324

FACTORES ASOCIADOS A ESTADIA HOSPITALARIA PROLONGADA TRAS GASTRECTOMÍA POR CANCER EN HOSPITAL LA FLORIDA 325

GASTRECTOMÍA TOTAL ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS POSTOPERATORIOS Y CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS ONCOLÓGICOS..... 326

FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTES PARA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS GASTRECTOMÍA POR CANCER: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE UNA COHORTE DE PACIENTES..... 327

ESOFAGECTOMÍA TOTAL USANDO EL NUEVO STAPLER ENDRIVE ZERO.....328

LIPOMA GÁSTRICO SINTOMÁTICO, UNA ENTIDAD INHABITUAL: REPORTE DE CASO..... 329

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA EN ACALASIA ESOFÁGICA.....330

EVALUACIÓN DE SOBREVIDA A LARGO PLAZO Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER ESOFÁGICO EN ESTADIO T1 SOMETIDOS A ESOFAGECTOMÍA..... 331

VÓLVULO Y NECROSIS GÁSTRICA COMO RESULTADO DE UNA RECIDIVA PRECOZ EN HERNIOPLASTÍA HIATAL ELECTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....332

METÁSTASIS DE MELANOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER GÁSTRICO. REPORTE DE CASO.....333

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE CÁNCER GÁSTRICO OPERADOS EN HOSPITAL LA FLORIDA.....334

CIRUGÍA DE URGENCIA DE HERNIA HIATAL MIXTA COMPLICADA. REPORTE DE CASO.... 335

CASO CLÍNICO MALROTACIÓN INTESTINAL: UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA Y DESAFIANTE PARA EL CIRUJANO..... 336

TUMORES NEUROENDOCRINOS DE INTESTINO DELGADO. ¿ES COMPLETAMENTE NECESARIO LA ETAPIFICACIÓN CON PET CT PARA IDENTIFICAR EL PRIMARIO?..... 337

GIST GÁSTRICO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD. ¿LOGRAMOS UNA SOBREVIDA ADECUADA?..... 338

NECROSIS ISQUÉMICA DEL REMANENTE GÁSTRICO POST GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....339

ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA TRANSTORÁCICA CON TÉCNICA ESTANDARIZADA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA.....340

SÍNDROME DE PINZAMIENTO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA.....341

ENUCLEACIÓN DE LEIOMIOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA POR LAPAROSCOPÍA. UNA ALTERNATIVA CONSERVADORA EN UNA LOCALIZACIÓN DIFÍCIL...342

PÁNCREAS ECTÓPICO EN PARED GÁSTRICA COMO ETIOLOGÍA DE ÚLCERA GÁSTRICA GIGANTE. REPORTE DE CASO.....343

SÍNDROME DE HAMMAN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA..... 344

TUBERCULOSIS PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS 345
RESECCIÓN DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO POR VIDEOTORACOSCOPÍA 346
ESOFAGECTOMÍA TOTAL MÍNIMAMENTE INVASIVA TRANSTORÁCICA EN SEMIPRONO CON ASCENSO GÁSTRICO (TÉCNICA DE MCKEOWN) CON USO DE VERDE DE INDOCIANINA 347
GASTRECTOMÍA SUBTOTAL COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN POLIPOSIS GÁSTRICA SINTOMÁTICA RECIDIVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO 348
HEMOPERITONEO POR RUPTURA ESPLÉNICA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA HERNIA HIATAL COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO 349
DISECCIÓN SUBMUCOSA INTRAGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA 350

HEPATOBILIAR 351

COLANGIOGRAFÍA FLUORESCENTE DE RUTINA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA 352
INCIDENCIA DE CÁNCER DE VESÍCULA EN COLECISTECTOMÍAS REALIZADAS EN HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN DURANTE LOS AÑOS 2018 A 2023 353
RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA POSTERIOR A QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN Y CIRUGÍA DE CONVERSIÓN. REPORTE DE CASO 354
PÓLIPOS VESICULARES: CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN POBLACIÓN CHILENA 356
REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LESIÓN DE VÍA BILIAR HANNOVER D4 357
RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON Y SIN HIPERTENSIÓN PORTAL: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES 358
NEOPLASIA FUSOCELULAR MIOFIBROBLÁSTICA PANCREÁTICA: ANÁLISIS DE UN CASO SINGULAR 359
TUMOR DE FRANTZ, NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: REPORTE DE SERIE DE CASOS EN HOSPITAL PÚBLICO METROPOLITANO 360
¿ES POSIBLE ALCANZAR LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN HOSPITAL REGIONAL DE CHILE? 361
RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA EN METÁSTASIS HEPÁTICAS DE GIST GÁSTRICO POSTERIOR A TERAPIA CON IMATINIB: REPORTE DE UN CASO 362
COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN UN CENTRO UNIVERSITARIO 363
QUISTECTOMÍA EN QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO 364
RECONSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR. SERIE DE CASOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO 365

TRASPLANTE HEPÁTICO SPLIT: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE SOBREVIDA 366
QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PRESURIZADA EN AEROSOL (PIPAC) EN CARCINOMATOSIS POR CÁNCER DE PÁNCREAS 367
VESICULAR BILIAR GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO 368
DUPLICACIÓN VESICULAR COMO HALLAZGO INESPERADO EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR COLELITIASIS: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA 369
PREVALENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA POST PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN CENTRO REGIONAL 370
TÉCNICA QUIRÚRGICA: HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA CON ABORDAJE PEDICULAR 371
VÓLVULO DE VESÍCULA: REPORTE DE CASO CLÍNICO 372
MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFANGIOMA PANCREÁTICO SINTOMÁTICO: REPORTE DE UN CASO 373
CARACTERIZACIÓN ANATOMORADIOLÓGICA DEL TRONCO DE HENLE EN PANCREATODUODENECTOMÍAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS 374
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POST HEPÁTICO-YEYUNO ANASTOMOSIS. RESOLUCIÓN HÍBRIDA DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE 375
ANÁLISIS DE 10 AÑOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN EL HOSPITAL LA FLORIDA 376
REPARACIÓN DE LESIÓN DE VÍA BILIAR ROBOT ASISTIDA CON SISTEMA DA VINCI X R 377
EXPERIENCIA EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN HOSPITAL CLÍNICO DRA. ELOISA DÍAZ LA FLORIDA 378
COLECISTITIS AGUDA A CONSECUENCIA DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO 379
EXPERIENCIA INICIAL EN RESECCIONES HEPÁTICAS MENORES POR ABORDAJE ROBÓTICO 380
¿CÓMO INICIAR UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN HPB? 381
RECURRENCIA TARDÍA EN PARED ABDOMINAL POR CÁNCER DE VESÍCULA: REPORTE DE CASO 382
LESIÓN DE VÍA BILIAR: EXPERIENCIA REGIONAL 383
PANCREATECTOMÍA TOTAL: RESULTADO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 384
DOBLE CISTO-GASTRO ANASTOMOSIS POR PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO BILOBULADO CON COLECISTECTOMÍA EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO. UNA TÉCNICA EN DESUSO EN LA ERA ENDOSCÓPICO-RADIOLÓGICA 385
CÁNCER DE PÁNCREAS CON METÁSTASIS TARDÍA HACIA LA PARED ABDOMINAL: UBICACIÓN Y TEMPORALIDAD POCO HABITUAL 386

DESPLAZAMIENTO DE PRÓTESIS BILIAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL..... 387

COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A COLEDOCOLITIASIS EN RELACIÓN A MIGRACIÓN DE CLIP DE COLECISTECTOMÍA PREVIA. REPORTE DE UN CASO..... 388

METÁSTASIS CERVICAL DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO, PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE: REPORTE DE CASO..... 389

USO DE STENT BIODEGRADABLE EN VÍA BILIAR COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE ESTENOSIS EN ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CAROLI, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 390

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POST ERCP CON EVOLUCIÓN A SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO..... 391

GASTRO YEYUNOANASTOMOSIS AL ASA BILIAR PARA ACCESO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA..... 392

PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL, 14 AÑOS DE EXPERIENCIA Y RIESGO DE FÍSTULA PANCREÁTICA SEGÚN MÉTODO DE SECCIÓN EN UN CENTRO UNIVERSITARIO..... 393

PANCREATECTOMÍA CENTRAL COMO ALTERNATIVA QUIRÚGICA PARA PRESERVACIÓN DE PARÉNQUIMA..... 394

REPARACIÓN DE CONDUCTO HEPÁTICO COMÚN Y PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DERECHA POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE CASO..... 395

HEPATICOYEYUNO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA POR LESIÓN DE VÍA BILIAR STRASBERG..... 396

HERNIAS..... 397

HERNIA DE SPIEGEL BILATERAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HERNIA INGUINAL..... 398

TUMOR DESMOIDES RECIDIVADO Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL..... 399

HERNIA DE GARENGEOT. UNA RARA PRESENTACIÓN DE APENDICITIS AGUDA..... 400

HERNIA DE AMYAND CONCOMITANTE CON VEJIGA EN SACO HERNIARIO, ABORDAJE TRANSPERITONEAL CON VIDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 401

TUMOR DESMOIDES DE PARED ABDOMINAL Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 402

EXPERIENCIA CON HUGO-RAS PARA REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL, VENTRAL Y HIATAL..... 403

AUMENTO DE VOLUMEN DORSOLUMBAR Y HERNIAS DE GRYNFELT COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POCO FRECUENTE. REPORTE DE CASO..... 404

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE HERNIAS DE AMYAND TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE EN EL SERVICIO DE PARED ABDOMINAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CHILE (2017-2023)..... 40

ANÁLISIS CLÍNICO, QUIRÚRGICO Y RESULTADOS DE LA REPARACIÓN DE HERNIAS LATERALES DE LA PARED ABDOMINAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD....406

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI GIGANTE EN PACIENTE ADULTO: PRESENTACIÓN DE CASO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO.... 407

NEURECTOMÍA SELECTIVA EN PACIENTE CON INGUINODINIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.... 408

USO DE PNEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREOPERATORIO (PPP) COMO TRATAMIENTO DE HERNIAS INCISIONALES DE LA PARED ABDOMINAL GIGANTES: REPORTE DE CASOS.... 409

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES OPERADOS POR HERNIA INCISIONAL UMBILICAL POST COLECISTECTOMÍA....410

HERNIA INGUINOESCROTAL COMPLICADA CON PERFORACIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE CASO....411

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO SOMETIDOS A HERNIOPLASTIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE DE 10 AÑOS.... 412

REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES GRANDES CON TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES, EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO....413

HERNIA INGUINAL RECIDIVADA COMPLICADA, MANEJO POR TREPP, UNA ALTERNATIVA NOVEDOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.... 414

ANALGESIA MULTIMODAL EN HERNIOPLASTÍA DE LICHTENSTEIN: EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ Y TARDÍO.... 415

ANÁLISIS DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO SOMETIDOS A CIRUGÍA DE HERNIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE DE 10 AÑOS....416

HERNIA EPIGÁSTRICA CON CONTENIDO DE COLON ASCENDENTE NEOPLÁSICO EN UNA PACIENTE QUE INGRESA POR PANCREATITIS AGUDA BILIAR: REPORTE DE UN CASO....417

HERNIA DE GRYNFELT: REPORTE DE UN CASO.... 418

EXPERIENCIA INICIAL DE USO DE MALLAS TITANIZADAS EN REPARACIÓN HERNIARIA. REPORTE DE UN CASO....419

RESOLUCIÓN DIFERIDA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN CONTEXTO DE HERNIA INCISIONAL GIGANTE....420

PRIMERAS 100 HERNIAS RESUELTAS POR VIA MINIMAMENTE INVASIVA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.... 421

HERNIA CRURAL CON DESLIZAMIENTO DE OVARIO Y TROMPA UTERINA EN UNA ADULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.... 422

HERNIOPLASTÍA INGUINAL ROBÓTICA: EXPERIENCIA INICIAL Y SEGUIMIENTO A UN AÑO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.... 423

TÓRAX....424

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL LAVADO TORÁCICO VS USO DE PLEUROSTOMÍA, EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO.... 425

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN DOS TIEMPOS DE SECUESTRO MÚLTIPLE....426

TUMOR TRITÓN MALIGNO DE PARED TORACOABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO INFRECUENTE....427

DESEMPEÑO Y VIABILIDAD DE LA CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA: ESTUDIO MONOCÉNTRICO DE UN AÑO....428

HERNIA INTERCOSTAL TORACOABDOMINAL ESPONTÁNEA ASOCIADA A TOS: REPORTE DE UN CASO.... 429

LIGADURA CONDUCTO TORÁCICO ROBÓTICA GUIADA CON VERDE INDOCIANINA..... 430

TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE POST NEUMONECTOMÍA - A PROPÓSITO DE UN CASO....431

CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO ECTÓPICO MEDIASTÍNICO PRIMARIO, REPORTE DE UN CASO....432

EFECTIVIDAD DEL USO DE ALECTINIB COMO TERAPIA NEOADYUVANTE EN CARCINOMA DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS CON ALK MUTADO EN ESTADIO IIIA: REPORTE DE UN CASO.... 433

ECOGRAFÍA EPI-AÓRTICA COMO RUTINA PARA ELECCIÓN DEL SITIO DE CANULACIÓN AÓRTICA EN CIRUGÍA CARDÍACA....434

FRACTURA ESTERNAL EN TRAUMA CERRADO DE TÓRAX. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU EN BASE A UNA SERIE DE CASOS....435

HEMOTÓRAX MASIVO ESPONTÁNEO SECUNDARIO A ARTERIA INTERCOSTAL EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1....436

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: SERIE DE CASOS Y EXPERIENCIA CLÍNICA....437

EXPERIENCIA EN EL USO DE OSTEOSÍNTESIS MEDIANTE EL SISTEMA STRACOS EN FRACTURAS COSTALES TRAUMÁTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DURANTE 2019-2024.... 438

REPORTE DE CASO: BLACK PLEURAL EFFUSION SECUNDARIA A FÍSTULA PANCREÁTICO PLEURAL....439

EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DURANTE 2019-2024....440

AGGREGATIBACTER ACTINOMYCETEMCOMITANS PULMONAR QUE IMITA TUMOR DE PANCOAST....441

¿SON NECESARIAS LAS PLEUROSTOMÍAS EN RESECCIONES PULMONARES? ANÁLISIS DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN AUSENCIA DE DRENAJES PLEURALES.... 442

LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR, UNA RARA CAUSA DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO....443

MUCORMICOSIS PULMONAR POR *CUNNINGHAMELLA*, REPORTE DE CASO....44

TUMORES DE MEDIASTINO ANTERIOR Y POSTERIOR: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN 15 AÑOS....445
TÉCNICA QUIRÚRGICA: RESECCIÓN DE CONDROSARCOMA ESTERNAL....446
NEUROFIBROMA DE MEDIASTINO....447
ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA MEDIASTÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO....448
SÍNDROME DE OCUPACIÓN PLEURAL COMO PRESENTACIÓN RARA DE UN MENINGOCELE INTRATORÁCICO....449
SECUESTRO PULMONAR EN LÓBULO SUPERIOR DERECHO Y PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA CONTRALATERAL: UN RARO CASO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA PULMONAR....450
LINFANGIOMA COMO PRESENTACIÓN DE QUISTE MEDIASTÍNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO....451
CASO DE ROTURA TRAQUEAL IATROGÉNICA Y SU MANEJO CON STENT TRAQUEAL....452
TUMOR DE MEDIASTINO ABORDADO POR VATS: REPORTE DE CASO....453
REPORTE DE DOS CASOS DE ELASTOFIBROMA DORSI....454
USO DE VAC EN EMPIEMA PLEURAL COMPLEJO....455
IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN PULMONAR EN PACIENTES SOMETIDOS A NEUMONECTOMÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE PARÁMETROS CLÍNICOS Y FUNCIONALES....456
TERATOMA DE MEDIASTINO ANTERIOR, REPORTE DE UN CASO....457
LINFOMA MALT PRIMARIO PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO....458
CORRECCION DEL *PECTUS EXCAVATUM* MEDIANTE EL SISTEMA “PECTUS UP”....459
ASCENSO TRAQUEAL MEDIANTE LIBERACIÓN HILIAR Y PERICÁRDICA PARA RESECCIÓN DE REESTENOSIS TRAQUEAL....460
EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA FIBRINÓLISIS INTRAPLEURAL CON ALTEPLASE Y ESTREPTOQUINASA EN DERRAMES PLEURALES COMPLICADOS (2018-2024)....461
FISTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR SECUNDARIA A TRAUMATISMO TORÁCICO POR ARMA DE FUEGO....462
OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR TRAUMATISMO TORÁCICO CONTUSO, CASO CLÍNICO....463
TRAUMA TÓRACO ABDOMINAL CERRADO CON NECESIDAD DE RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA: UN ACCIDENTE POR VIGA DE MADERA EN ASERRADERO....464
CONDROSARCOMA TRAQUEAL: PRIMER REPORTE DE CASO EN CHILE....465
ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO DE DIFÍCIL MANEJO SECUNDARIO A RESECCIÓN PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO....466
EMPIEMA NECESSITATIS, REPORTE DE UN CASO....467

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO RECURRENTE COMO PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ EN PACIENTE JOVEN..... 468

CÁNCER DE PULMÓN MULTIFOCAL T4N1M0 (III-A) CON RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA TRAS TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA E INMUNOTERAPIA SEGUIDO DE CIRUGÍA..... 469

DESCENTRALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA EN CHILE: PRIMERA LOBECTOMÍA EN MANGUITO CON VERDE INDOCIANINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA..... 470

DISFAGIA LUSORIA POR ARTERIA SUBCLAVIA ABERRANTE, EN DEBUT DE TUMOR DE MEDIASTINO..... 471

ABORDAJE QUIRÚRGICO EN DOS TIEMPOS DE TUMOR DE MEDIASTINO POSTERIOR CON EXTENSIÓN CERVICAL, LIPOSARCOMA DE MEDIASTINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA..... 472

BULLA GIGANTE VS NEUMOTÓRAX: REPORTE DE UN CASO..... 473

RESECCIÓN DE TUMORES NEUROGÉNICOS INTRATORÁCICOS DE UBICACIÓN COMPLEJA MEDIANTE CIRUGÍA TORÁCICA ASISTIDA POR ROBOT..... 474

CIRUGÍA TORÁCICA ASISTIDA POR ROBOT (RATS): RESULTADOS A UN..... 475

DESARROLLO DE PROGRAMA DE EBUS-TBNA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE UN CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO DOCENTE. RESULTADOS A 1 AÑO..... 476

NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PULMÓN Y TERAPIAS TARGET, EXPERIENCIA RECIENTE DE INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX..... 477

ABORDAJE TORACO - ABDOMINAL EN TUMORES DEL MEDIASTINO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS..... 478

NEUMONECTOMÍA POR METÁSTASIS DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES, REPORTE DE UN CASO..... 479

CIERRE DE VENTANA DE CLAGETT EN EMPIEMA POST NEUMONECTOMÍA POR NEUMONÍA NECROTIZANTE. REPORTE DE UN CASO..... 480

EXPERIENCIA EN LOBECTOMÍAS PULMONARES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DURANTE 2014 – 2024..... 481

TRAUMA TORACICO PENETRANTE QUE REQUIRIÓ MANEJO QUIRÚRGICO, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUERTO MONTT..... 482

MANEJO DE TUMORES ENDOBRONQUIALES. MANEJO POR BRONCOSCOPIA INTERVENCIONAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS REPRESENTATIVOS..... 483

CASO CLÍNICO: LESIÓN TRAUMÁTICA DE CONDUCTO TORÁCICO, UNA CONDICIÓN MÉDICA INFRECUENTE..... 484

LOBECTOMÍA ROBÓTICA FRANCESA EN ADENOCARCINOMA PULMONAR BIFOCAL..... 485

MUCORMICOSIS PULMONAR: REPORTE DE DOS CASOS..... 486

NEUMOTÓRAX PRIMARIOS ESPONTÁNEOS Y SU RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA, SERIE DE CASOS LOCAL DESDE AÑO 2018 A JUNIO 2024 EN HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO....487

TUMORES MEDIASTINALES EN CENTRO ONCOLOGICO DE SANTIAGO....488

METASTASECTOMÍA PULMONAR EN HOSPITAL EDUARDO PEREIRA: EXPERIENCIA PRELIMINAR....489

TIMECTOMIA ASISTIDA POR ROBOT EN CENTRO ONCOLOGICO DE SANTIAGO....490

TRAUMA....491

LESIÓN DE COLON POR ARMA DE FUEGO, REPARACIÓN PRIMARIA SIN DERIVACIÓN PROXIMAL, CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA....492

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA MANEJO DE LESIÓN DIAFRAGMÁTICA EN TRAUMATISMO PENETRANTE TORACOABDOMINAL: SERIE DE CASOS....493

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN CON TRAUMA RECTAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS....494

RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A TORACOTOMÍAS DE REANIMACIÓN. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 6 AÑOS....495

TRAUMA CERVICAL PENETRANTE EN POBLACIÓN CIVIL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DOCENTE EN CHILE ENTRE 2019-2024....496

TRANSFUSIÓN MASIVA V/S ULTRAMASIVA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS EN PACIENTES SHOCK HEMORRÁGICO TRAUMÁTICO....497

A PROPÓSITO DE UN CASO: EXPLORACIÓN DE LESIONES POR ARMA BLANCA EN TRAUMA ABDOMINAL COMPLICADA CON ABSCESO DEL PSOAS POSTERIOR....498

VASCULAR....499

TROMBOSIS AORTO-ILÍACA SUBAGUDA CONCOMITANTE EN PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR GUIADO POR ULTRASONIDO INTRAVASCULAR....500

OCLUSIÓN AÓRTICA AGUDA: EXPERIENCIA DE 44 AÑOS EN UN ÚNICO CENTRO....501

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO ABERDEEN PARA VENAS VARICOSAS EN POBLACIÓN CHILENA....502

MANEJO DE FISTULA LINFOCUTÁNEA POSTERIOR A SAFENECTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO....503

EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ANEURISMAS BRONQUIALES EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA, UN REPORTE DE CASO....504

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA AORTO CAVA SECUNDARIA A ANEURISMA AORTO ILIACO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA....505

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO, EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO....506

DISPOSITIVOS BIFURCADOS ILÍACOS: RESULTADOS A MEDIANO PLAZO.....507
DUPLICACIÓN Y TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR: REPORTE DE UN CASO Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.....508
ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL ROTO: UNA SERIE DE CASOS EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.....509
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA MICÓTICO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS.....510
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA PROXIMAL ASOCIADA A SÍNDROME DE MAY THURNER: MANEJO INNOVADOR DE UN CASO EN EL HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA, VALPARAÍSO CHILE.....511
EXPERIENCIA EN MANEJO DE ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO CON CÉLULAS MADRES AUTÓLOGAS UTILIZANDO IMPRESIÓN 3D.....512
DESAFÍOS Y ÉXITO EN MANEJO DE ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....513
ABORDAJE DE TRAUMA VASCULAR ARTERIAL EN SERVICIO DE URGENCIA DE HOSPITAL BASE VALDIVIA AÑOS 2020 – 2022.....514
USO DE PROSTAGLANDINAS E1 COMO ALTERNATIVA A LA AMPUTACIÓN EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA NO REVASCULARIZABLE. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL HOSPITAL EL SALVADOR EN EL USO DE TERAPIA CON ALPROSTADIL.....515
EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS COMPLEJOS DE LA AORTA ABDOMINAL CON ENDOPRÓTESIS MODIFICADAS GUIADAS POR IMPRESIÓN 3D.....516
PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA SUPERFICIAL IZQUIERDA POSTERIOR A INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL FEMORAL, REPORTE DE UN CASO.....517
USO PIONERO DE PRÓTESIS DE PERICARDIO OVINO EN TRAUMA POR ARMA DE FUEGO.....518
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TRAUMA PENETRANTE DE AORTA TORÁCICA.....519
ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA EN MUJERES JOVENES.....520
EMBOLECTOMÍAS POR ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES, UN ANÁLISIS DE RESULTADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL.....521
PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA. UNA INFRECUENTE COMPLICACIÓN POST COLECISTECTOMÍA.....522
REPARACIÓN ABIERTA DE ANEURISMA ILÍACO COMÚN GIGANTE ROTO. REPORTE DE UN CASO.....523
PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL COMPLICADO.....524
DISECCIÓN DE ARTERIA HEPÁTICA COMÚN, A PROPÓSITO DE UN CASO.....525

TERAPIA ENDOVASCULAR EN ANEURISMA POPLÍTEO CAUSADO POSTERIOR A ARTROSCOPIA CON RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTARIA EN RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO..... 526

ANEURISMA MICÓTICO DE AORTA VISCERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.....527

MANEJO HÍBRIDO DE LA ISQUEMIA DE EXTREMIDADES DE INJERTO AORTOILIACO POSTERIOR A UNA REPARACIÓN DE ANEURISMA, A RAÍZ DE UN CASO.....528

ATERECTOMÍA ORBITAL PARA LA PREPARACIÓN DE VASO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ISQUEMIA CRÓNICA AMENAZANTE DE LA EXTREMIDAD..... 529

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR COMO ALTERNATIVA AL MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA. REPORTE DE 2 CASOS..... 530

MANEJO HÍBRIDO DEL TRAUMA PENETRANTE DE ARCO AÓRTICO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS Y BYPASS CARÓTIDO-CAROTÍDEO, REPORTE DE CASO.....531

TROMBOSIS VENA ILIACA IZQUIERDA SECUNDARIO A SINDROME DE MAY-THURNER. MANEJO ENDOVASCULAR EN PRESENTACIÓN AGUDA Y CRÓNICA.....532

ONCOLOGÍA..... 533

PERITONITIS APENDICULAR COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT: REPORTE DE UN CASO..... 534

PARAGANGLIOMA METASTÁSICO MALIGNO POSITIVO A NORMETANEFRINA Y 3-METOXITIRAMINA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 535

REVISIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCERES DIGESTIVOS EN CHILE: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS..... 536

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 537

METÁSTASIS EN PUERTO DE TROCAR LAPAROSCÓPICO POR ADENOCARCINOMA INCIDENTAL DE VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE CASO..... 538

QUIMIOTERAPIA PRESURIZADA EN AEROSOL (PIPAC). INDICACIONES Y RESULTADOS..... 539

ANGIOMIXOMA INVASOR AGRESIVO. REPORTE DE 7 CASOS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 540

HALLAZGO DE MIXOMA CARDÍACO: EL GRAN IMITADOR..... 541

NEOPLASIA CARDÍACA MÚLTIPLE SINCRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE COMPLEJO DE CARNEY..... 542

ESTUDIO RETROSPECTIVO: INCIDENCIA DE SARCOMAS EN HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA, EXPERIENCIA ÚLTIMOS 10 AÑOS..... 543

NEOPLASIA APENDICULAR. UN DESAFÍO EN EVOLUCIÓN CONSTANTE.....544

LIPOSARCOMA GIGANTE DEL RETROPERITONEO, A PROPÓSITO DE UN CASO EN HOSPITAL EDUARDO PEREIRA.....545

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO INTRAABDOMINAL, REPORTE DE CASO.....546

CIRUGÍA DE WHIPPLE: EXPERIENCIA Y RESULTADOS. HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ. (2020-2024)..... 547

TIROIDECTOMÍAS Y CÁNCER DE TIROIDES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ (2019-2024)..... 548

SIMULACIÓN, EDUCACIÓN..... 549

PRIMERA EXPERIENCIA EN LA CREACIÓN DE UNA ESCALA OSAT DISEÑADA A PARTIR DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL..... 550

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SIMULADOR DE BAJO COSTO PARA LA ENSEÑANZA DE CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA..... 551

TRÁNSITO HIDATÍDICO HEPATO-TORÁCICO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS..... 552

EXPLORACIÓN DE LA MENTALIDAD EN CIRUJANOS Y MÉDICOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO TRANSNACIONAL..... 553

EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA EN UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA GENERAL EN EL SUR DE CHILE..... 554

FORTALECIENDO UN EQUIPO QUIRÚRGICO: IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN EFECTIVA DE PROBLEMAS MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA MATRIZ DE IMPACTO Y ESFUERZO..... 555

CALIBRACIÓN ESTANDARIZADA DE EVALUADORES PARA POTENCIAR LA ENSEÑANZA DE HABILIDADES LAPAROSCÓPICAS A TRAVÉS DE RETROALIMENTACIÓN REMOTA Y ASINCRÓNICA..... 556

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA RETROALIMENTACIÓN EN ENTORNOS DIGITALES..... 557

RELACIÓN ENTRE CARGA MENTAL EVALUADA CON NASA-TLX Y EL DESEMPEÑO EN UN EXAMEN DE COMPETENCIAS QUIRÚRGICAS..... 558

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS MEDIANTE MICRO-CREDENCIALES DIGITALES PARA ESTUDIANTES DE PREGRADO..... 559

RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA (ERAS)..... 560

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA ACREDITADO DE ERAS® EN CIRUGÍA COLORRECTAL..... 561

PREHABILATACIÓN DURANTE PERÍODO PREOPERATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICOSergio Sotelo H., Felipe Díaz C., Víctor Ramírez R., Javier Vidal C..... 562

CIRUGÍA BARIÁTRICA

INTUSUSCEPCIÓN TARDÍA DE ENTERO-ENTERO ANASTOMOSIS TRAS BYPASS GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO INUSUAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pascale Sallaberry S., Vicente Fernández R., Leopoldo Díaz F.Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: La obesidad mórbida es un problema de salud creciente a nivel mundial. El bypass gástrico en Y de Roux es una cirugía bariátrica efectiva pero no exenta de riesgos. Entre las complicaciones poco frecuentes, pero graves, está la intususcepción de asa delgada, cuyo tratamiento varía desde la reducción simple hasta la resección intestinal. OBJETIVOS: Presentar caso de una paciente con intususcepción tardía de asa delgada manejada exitosamente con reducción del asa, sin resección.MATERIAL Y MÉTODO: Una mujer de 43 años, con bypass gástrico previo, presentó dolor abdominal intenso y vómitos. Los exámenes revelaron una posible hernia interna complicada. Se realizó una laparoscopía exploradora, que evidenció una intususcepción intestinal en la entero-entero anastomosis. Se convirtió a laparotomía para reducir el asa invaginada, la cual se encontraba viable. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta. A los 6 meses de seguimiento, se encontraba en buenas condiciones.RESULTADO: La intususcepción intestinal tras bypass gástrico es infrecuente (0,64%), más común en mujeres, y puede manifestarse años después. Su causa es incierta, pero se asocia a alteraciones en la motilidad intestinal, cambios anatómicos y pérdida de peso. El diagnóstico es difícil por la inespecificidad de los síntomas. La tomografía es clave para visualizar la intususcepción. El tratamiento quirúrgico es esencial, eligiendo entre reducción o resección según la viabilidad del tejido.CONCLUSIÓN: La intususcepción de asa delgada en pacientes con bypass gástrico es un desafío clínico que requiere considerar cuidadosamente las opciones terapéuticas. Aunque la resección puede disminuir la recurrencia, cada caso debe evaluarse individualmente. La comprensión de esta complicación y su manejo adecuado son cruciales para mejorar los resultados a largo plazo en pacientes bariátricos.

PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA SECUNDARIA A ESTENOSIS YEYUNAL POSTERIOR A TROMBOSIS PORTO MESENTÉRICA EN CONTEXTO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA

Constanza Alarcón, Nidia Vukasovic, Francisca Morales, Pedro Amat, José Amat, Marco VargasClínica Dávila y Hospital San José.INTRODUCCIÓN: La trombosis venosa porto mesentérica es una complicación infrecuente que afecta a menos del 1% de los pacientes sometidos a gastrectomía en manga laparoscópica, y generalmente se maneja de manera conservadora. La isquemia intestinal secundaria a esta trombosis es rara, ya que normalmente solo se obstruye un segmento corto de la parte superior de la vena mesentérica, preservando las arcadas venosas y las vasa recta sin daño significativo, lo cual facilita el desarrollo de irrigación colateral que previene complicaciones isquémicas severas, dentro de las que se encuentra la estenosis yeyunal. OBJETIVOS: Reportar caso infrecuente de perforación de víscera hueca secundaria a estenosis yeyunal posterior a trombosis porto mesentérica en contexto de gastrectomía en manga laparoscópica. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica electrónica y revisión bibliográfica utilizando PubMed con términos MeSH: Cirugía bariátrica, perforación intestinal, trombosis. RESULTADO: Paciente masculino de 35 años con obesidad mórbida, resistencia a la insulina e hígado graso se realiza gastrectomía en manga laparoscópica. Dado de alta al primer día postoperatorio sin incidentes. Evoluciona tórpidamente, con diagnóstico de trombosis venosa porto mesentérica a las 3 semanas postoperatorias. Posteriormente paciente refiere vómitos alimentarios frecuentes, se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que informa estenosis de asa de yeyuno muy probablemente post isquémica. Se planifica resolución quirúrgica electiva, previo a lo cual paciente consulta en servicio de urgencia por cuadro de abdomen agudo, hemodinámicamente inestable, se realiza TAC abdomen y pelvis con contraste con leve neumoperitoneo, sugerente de perforación de víscera hueca y marcado engrosamiento parietal de asa de intestino delgado predominante de yeyuno, sugerente de fenómenos isquémicos. Se realiza laparoscopía exploradora evidenciando perforación yeyunal a un metro de ángulo de treitz con ovillo de asas intestinales friables, de paredes engrosadas con bridas firmemente adheridas, todo aplastronado con epiplón. Se decide minilaparotomía realizando resección intestinal más entero anastomosis mecánica. Paciente evoluciona favorablemente y se mantiene en controles post operatorios sin complicaciones. CONCLUSIÓN: La estenosis yeyunal se debe sospechar siempre en casos de trombosis venosa porto mesentérica, con el fin de realizar el estudio y eventual resección quirúrgica previo a la complicación, disminuyendo así la morbimortalidad asociada. Si bien existen muy pocos reportes de casos asociados a la estenosis yeyunal posterior a trombosis porto mesentérica, todos concluyen que la isquemia transitoria juega un papel crucial al provocar un estado intermedio entre la recuperación completa y la perforación, asociado a la inflamación local y la fibrosis.

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POSTERIOR A BPGL EN Y DE ROUX EN EL POSTPARTO INMEDIATO CON RECONSTRUCCIÓN DE Y DE ROUX AL ESTÓMAGO EXCLUIDO

Francisco Rodríguez V.[1], Rubén Lima F.[1], José Salazar V.[1], Francisco Gálvez P.[21]Departamento de Cirugía Clínica RedSalud Elqui; [2]Departamento de Ginecología y Obstetricia Clínica RedSalud Elqui. INTRODUCCIÓN: La obesidad representa una verdadera epidemia a nivel mundial. La cirugía bariátrica es el tratamiento con los mejores resultados a largo plazo. El bypass gástrico (BPGL) presenta buenos resultados, sin embargo, no está exento de morbilidad tanto a corto como a largo plazo. Un grupo de pacientes puede presentar obstrucción intestinal en el seguimiento, secundario a hernias internas o bridas. Una causa rara descrita de obstrucción intestinal posterior a BPGL es la intususcepción intestinal.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de una complicación infrecuente tardía del BPGL en el contexto de postparto inmediato con una reconstrucción inhabitual. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica. Análisis retrospectivo. RESULTADO: Paciente sexo femenino de 23 años, con antecedente de BPGL por obesidad mórbida en el año 2022, primigesta, ingresa de manera electiva para su parto con 40 semanas de edad gestacional que se realiza sin incidentes el 30/01/2024. En el post-parto inmediato evoluciona con dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos, hematemesis, exámenes de laboratorio con elevación de parámetros inflamatorios, TAC de Abdomen y Pelvis informa obstrucción intestinal de alto grado, por lo que ingresa a pabellón de urgencia, laparoscopía exploradora evidencia dilatación patológica de asas, por lesión incidental de asa se decide conversión a laparotomía, en donde se identifica intususcepción de asa pancreatobiliar en pie de Y de Roux con segmento de 50 cms. aprox de intestino necrótico, que se reseca y se debe reconstruir anastomosis en Y de Roux. Paciente evoluciona de manera estacionaria, se realiza TAC con contraste oral y ev que resulta positivo para filtración. Ingresa nuevamente a pabellón de urgencia el 02/02, en donde se identifica filtración desde asa biliopancreática desvitalizada e isquémica, se reseca a nivel del Treitz y se realiza reconstrucción con ascenso de asa a estómago excluido y nueva Y de Roux. Paciente queda laparostomizada requiriendo dos aseos y laparorrafia. Evoluciona favorablemente, siendo dada de alta desde sala básica. Biopsia compatible con segmentos de intestino delgado con extensos infartos hemorrágicos. CONCLUSIÓN: La intususcepción tiene un rango de presentación del 0.1-0.3% después de un BPGL, y puede llegar a asociarse a un alta mortalidad materna y perinatal, de un 6% y un 26%, respectivamente. El conocimiento clínico de las complicaciones bariátricas, así como el alto índice de sospecha, deben tomarse en cuenta siempre que se presente algún paciente con este antecedente y dolor abdominal agudo, especialmente si es sugestivo de oclusión intestinal. La reconstrucción de la Y de Roux al estómago excluido es una opción segura para realizar en casos en donde el asa pancreatobiliar no permita una reconstrucción habitual.

SÍNDROME “CANDY CANE” DESPUÉS DE UN BYPASS GÁSTRICO, CON O SIN HERNIA HIATAL CONCOMITANTE: UN ENEMIGO ESCONDIDO QUE PROVOCA SÍNTOMAS DURANTE EL POSTOPERATORIO

Deycies Gaete L., Sebastian Sapiain G., Ítalo Braghetto M., Owen Korn B., Ana María Burgos, Manuel Figueroa G., Ramón SanzHospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El Síndrome “Candy Cane” (SCC) es una complicación infrecuente del Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL), causado por redundancia en el extremo yeyunal del asa ciega de la gastroyeyuno anastomosis (GYA), ya sea por dilatación progresiva de esta, o, por exceso de largo en su confección.OBJETIVOS: Nuestro objetivo es describir las características y el manejo del SCC, asociado a no a hernia hiatal (HH) concomitante.MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de pacientes que desarrollaron SCC después de un BGL realizado en un centro entre el 2010 y el 2022. Incluye pacientes con síntomas esofagogástricos después del BGL, asociados a la presencia de un asa larga ciega del extremo yeyunal de la GYA. Se realizaron cuestionarios clínicos, radiografías con contraste oral, endoscopia digestiva alta, manometría, y, pHmetría de 24 horas. Se comparó la respuesta al tratamiento médico y quirúrgico. La cirugía de revisión implicó; resección del extremo redundante del asa yeyunal, reconfección del pouch gástrico, y, reparación de la hernia hiatal cuando estaba presente.RESULTADO: Se incluyen 21 pacientes con SCC después del BGL. El 81% eran mujeres con una edad media de 49 ± 11 años. Diecinueve pacientes habían sido sometidos a BGL primario, y dos, fueron transformados de Gastrectomía Vertical a BGL. El tiempo medio desde BGL hasta la aparición de los síntomas fue 7,4 años. El dolor abdominal, los síntomas de reflujo (regurgitación y pirosis) y los vómitos fueron la tríada observada con mayor frecuencia, sin diferencias entre pacientes con y sin HH ($p<0,05$). La endoscopia digestiva alta reveló HH concomitante en 47,6%, esófago de Barrett en 14,3%, esofagitis erosiva en 33,3%, y, úlcera anastomótica en 4,8%. La radiología con contraste oral mostró un asa yeyunal ciega ≥5cm en el 71,43%, y, un pouch gástrico aumentado de tamaño en el 57,14%. Los pacientes con asas yeyunales ciegas más grandes experimentaron emesis persistentes, además, uno de ellos, tuvo torsión del asa lo que provocó disfagia. Otros hallazgos encontrados fueron; defectos del esfínter esofágico inferior, motilidad esofágica anormal y reflujo ácido patológico. El tratamiento médico no logró controlar los síntomas, lo que llevó a una cirugía de revisión con resolución de los síntomas en la mayoría de los pacientes.CONCLUSIÓN: El SCC es una entidad rara que puede causar síntomas esofagogástricos posterior a un BGL, pudiendo o no asociarse a HH. Si se sospecha, y se confirma, se debe elegir la mejor opción de tratamiento para su resolución.

TROMBOSIS PORTAL POST BYPASS GÁSTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Julián Cristi M., Hélène François C., María de los Ángeles Guitart A., Ignacio Gutiérrez M., Catalina Fuentes P., Diego ValenzuelaClínica Dávila.INTRODUCCIÓN: La trombosis portal es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave de la cirugía bariátrica, con un impacto significativo en la morbimortalidad del paciente. Dentro de los últimos estudios, se estima que su incidencia es cercana al 0,419%, siendo menor en el bypass gástrico que en la gastrectomía en manga (1 - 2%). OBJETIVOS: A continuación, se presenta el caso de una paciente de 31 años, con diagnóstico de trombosis portal post bypass gástricoMATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 31 años, operada de bypass gástrico hace 17 días, con antecedentes de obesidad y resistencia a la insulina. Consulta por dolor abdominal de 1 día de evolución, epigástrico irradiado a dorso, asociado a distensión abdominal, náuseas y vómitos. Niega diarrea o fiebre. Al examen físico destaca hemodinamia estable, normocárdica, afebril, abdomen sensible a palpación, sin signos peritoneales. Exámenes de laboratorio destaca PCR 15.21, ácido láctico 11.3, leucocitos 11000, perfil hepático normal. En AngioTC de abdomen y pelvis se observa trombosis venosa portomesentérica extensa con asas de calibre e irrigación conservadas. Se hospitaliza en UTI para estudio y manejo, iniciando anticoagulación con HBPM que luego se traslapa a Rivaroxabán y se realizan estudios complementarios en busca de trombofilias adquiridas o congénitas. Estudio de SAF y lupus resultan negativos, Antitrombina III 59.5% PS 103.6% PC 78%, mutación del gen de protrombina negativo. Además, destaca que la paciente no es usuaria de ACO, no fuma, y solo tiene abuela paterna con antecedente de trombosis. Se complementa estudio con AngioTC de tórax que informa tromboembolismo pulmonar multisegmentario del lóbulo inferior derecho, sin signos de sobrecarga de cavidades derechas. RESULTADO: Durante la hospitalización evoluciona favorablemente, imágenes de control sin cambios sin signos de complicaciones. Al noveno día es dada de alta, con tratamiento anticoagulante oral e indicación de control con hematología, a quien le impresiona déficit de antitrombina III, sin corroborar diagnóstico debido a anticoagulación farmacológica. Se deja al menos 6 meses anticoagulada y se indica nuevo estudio, sin anticoagulación. CONCLUSIÓN: La trombosis portal es una complicación infrecuente, con consecuencias potencialmente graves para los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, y es aún más infrecuente en pacientes sometidos a bypass gástrico, es por ello que se debe mantener un alto índice de sospecha, debido a que los signos y síntomas son inespecíficos.

FILTRACIÓN POSTGASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA LAPAROSCÓPICA REPORTE DE CASO

José Rodríguez, Héctor Rivas, Daniel Jardel Universidad Diego Portales.INTRODUCCIÓN: La gastrectomía en manga laparoscópica fue inicialmente propuesta como un procedimiento previo al by-pass gástrico en pacientes obesos mórbidos, con índice de masa corporal sobre 50, y con alto riesgo operatorio. Es una técnica puramente restrictiva. Consiste en realizar un tubo gástrico de aproximadamente 150 cc a partir de la curvatura menor del estómago, utilizando suturas tipo engrapadora o stapler con el fin de disminuir el volumen del estómago. En los últimos años se ha convertido en un procedimiento quirúrgico definitivo para el tratamiento de la obesidad debido a sus buenos resultados (1,2). La gastrectomía en manga laparoscópica (LSG) es actualmente el procedimiento bariátrico más común y representa casi el 50% de todos los procedimientos bariátricos realizados en todo el mundo (3). Sin embargo, el procedimiento no está exento de complicaciones. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran las filtraciones, hemorragia, formación de abscesos, fístulas, estenosis y obstrucción e hiperacidez (2,4,5) La fuga de la línea de grapas gástrica (GL), también llamada insuficiencia de la línea de grapas es una complicación importante de la LSG, con una incidencia del 2,1% (1,1-5,3%) (6). Esta complicación no sólo es grave, sino que también pone en peligro la vida, con una mortalidad específica que oscila entre el 0,2 y el 3,7%. (7). GL también se asocia con una morbilidad significativa que resulta en costes médicos adicionales y seguimiento ambulatorio (8). La fuga de la línea de grapas gástrica sigue siendo la primera complicación después de este tipo de cirugía, y a menudo ocurre en la parte superior parte de la línea de grapas (9-12). Según un metaanálisis reciente (13), este evento adverso tiene una incidencia del 2,2%. Debido a la variedad de técnicas disponibles, existentes. No hay pautas estandarizadas para el tratamiento de la filtracion gástrica. Centrándose en el manejo endoscópico, el tratamiento de la fuga históricamente implicaba dispositivos de cierre (endoclips, clips sobre el endoscopio y pegamento biológico) o dispositivos como Stents metálicos cubiertos autoexpandibles. Más recientemente, se han informado buenos resultados utilizando un stent de doble espiral (SDE) para el drenaje interno de la fuga gástrica, permitiendo una estancia hospitalaria más corta y facilitar el manejo perioperatorio. Por estas razones, SDE se está convirtiendo en el estándar del tratamiento de la fuga gástrica en muchos centros. El principio es guiar endoscópicamente el drenaje a través de la línea de grapado para favorecer el drenaje interno de la cavidad del absceso y la obstrucción del orificio de la fuga e inducir la reepitelización mecánica a lo largo de su recorrido. Hasta la fecha, muchos estudios han investigado la seguridad y eficacia de SDE, pero los resultados siguen siendo inconsistentes y sólo un número limitado de muestra. Actualmente, la estrategia de tratamiento óptima para el GL sigue sin estar clara, pero la mayoría OBJETIVOS: Presentar un reporte detallado de un caso específico Filtración postgastrectomia vertical en manga laparoscópica Análisis de la incidencia y diagnóstico de la filtración postgastrectomia Contribuir al conocimiento científico sobre el manejo y tratamiento de complicaciones postgastrectomia exponer la experiencia sobre el manejo más efectivas para las complicaciones postoperatorias, como el uso de stents endoscópicos para el tratamiento de filtraciones gástricas MATERIAL Y MÉTODO: Masculino de 25 años de edad con antecedente de obesidad mórbida e Hipot4 ingresa para realización de gastrectomía vertical en manga por vía laparoscópica. Se realiza sin incidentes con alta al día siguiente. Al 7mo día post operatorio consulta al servicio de urgencia por presentar dolor epigástrico irradiado a fosa lumbar izquierda, omalgia izquierda, taquicardia (130 lpm), fiebre (38°C). Normotenso, eupneico. Bajo la sospecha inicial de filtración se solicita laboratorios y escáner, informando: Hb: 16.5, GB: 22.8, PCR: 47.71 y TAC: reportando filtración, con formación de colecciones no organizadas hidroaéreas con predominio del componente de gas. Se confirma diagnóstico y se ingresa para manejo en UTI, con antibioticoterapia, instalación de endoprótesis esófago-estómago y sonda nasoyeyunal. Se realiza TC control reportando: stent esofágico con su extremo distal en la unión gastro-esofágica y una sonda enteral con su extremo distal ubicado en la tercera porción del duodeno. El lumen del esófago y estómago están levemente dilatados y presenta contenido homogéneo hipodenso. Evolucionando sin dolor abdominal, manteniendo subfebril, tolerando nutrición enteral y signos vitales normales. Al 6to día post instalación de prótesis se controla con RX EED: Sonda enteral con extremo distal situado en la tercera porción duodenal. Endoprótesis esofágica permeable. Pequeña filtración en la pared lateral izquierda de la unión gastroesofágica, inmediatamente distal al borde más caudal de la prótesis. Se retira prótesis esofágica a los 7 días de instalada sin incidentes. Control de filtración. En 3 días post retiro de prótesis con TC AP no observando medio de contraste extraluminal. Con aumento de tamaño de la colección periesplénica, la que actualmente presenta morfología loculada y paredes levemente engrosadas que realzan con el uso de medio de contraste, tamaño 11 x 6,6 cm en sus ejes axiales mayores y 15 cm en su eje coronal mayor. Esta colección comprime el bazo deformándolo. Nuevamente son visibles colecciones hidroaéreas adyacentea a la curvatura mayor del estómago de hasta 6 cm y al hilio esplénico de hasta 4 cm en su eje axial mayor, sin cambios significativos. Es evaluado por radiología intervencional, se instala drenaje y se aspiran 250 cc de contenido purulento. Se toma muestra para cultivos queda con drenaje a caída libre Los días subsiguientes se presenta débito del drenaje se mantuvo entre 75 – 100 cc de contenido purulento. 5 días post instalación de drenaje percutáneo, por buena evolución, mejora de parámetros inflamatorios, estabilidad hemodinámica

buena tolerancia oral, se indica alta médica y seguimiento ambulatorio. Dos semanas post altas, paciente se mantiene afebril, sin dolor, buena tolerancia oral. Pigtail: 70 ml seropurulento. TAC AP: colección peri esplénica casi resuelta. Colección peri-manga 5-6 cm de diámetro. Sin indicación de punción. Se maneja con tratamiento antibiótico y observación. RESULTADO: A dos semanas post alta, el paciente se mantuvo estable, afebril y con una adecuada tolerancia oral. Se observaron mejoras en las colecciones peri esplénicas y peri gástricas a través de TC, sin necesidad de intervención adicional. El seguimiento a largo plazo mostró una continua mejora en los parámetros inflamatorios y hemodinámicos, con una adecuada pérdida de pesoCONCLUSIÓN: Este caso ilustra la complejidad y los desafíos del manejo de las fugas post GLM. La sospecha, rápida identificación y tratamiento de la fuga de la línea de grapas son cruciales para evitar complicaciones mayores. El uso de stents endoscópicos, como se muestra en este caso, puede facilitar un tratamiento efectivo, reduciendo la estancia hospitalaria y permitiendo una rápida reanudación de la nutrición oral. La inserción de drenajes percutáneos, cuando sea necesario, también juega un papel fundamental en la resolución de colecciones postoperatorias. La evolución favorable del paciente subraya la importancia de un manejo multidisciplinario y un seguimiento riguroso. A pesar de la alta incidencia de fugas, los avances en técnicas endoscópicas y la utilización de stents han mejorado significativamente los resultados clínicos, ofreciendo tasas de éxito elevadas y reduciendo la necesidad de intervenciones quirúrgicas adicionales. El manejo exitoso de las complicaciones post LSG, como la fuga de la línea de grapas, requiere una combinación de técnicas endoscópicas y manejo intervencional oportuno. La experiencia en el uso de stents endoscópicos y drenajes percutáneos puede marcar la diferencia en la recuperación del paciente, minimizando la morbilidad y mejorando los resultados a largo plazo.

OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE BALÓN GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO

Hans Urquhart Carreño, Kristian Grego Parra, José Tomas Jofre, Fernanda GaldamesHospital de Quilpué.INTRODUCCIÓN: La obesidad es uno de los principales problemas de salud en la actualidad. Esta tiene un manejo multimodal, en el que la cirugía bariátrica ha tomado un rol protagónico dentro de las opciones terapéuticas. Asimismo, el uso de dispositivos como balones intragástricos transitorios se ha incorporado como una alternativa de tratamiento. La migración de un balón intragástrico es una complicación infrecuente de esta terapia, cercana al 1,4% de los casos. Si el balón permanece más del tiempo recomendado este riesgo aumenta. La obstrucción intestinal secundaria a la migración es aún menos frecuente, estimada en hasta 0.8% según reportes. OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con obstrucción intestinal secundaria a migración de balón intragástrico y las opciones de tratamiento.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico de paciente femenina con cuadro clínico e imágenes compatibles con obstrucción intestinal secundaria a migración de balón intragástricoRESULTADO: Paciente femenina de 42 años, obesa, con antecedente de instalación de balón intragástrico hace 2 años que consulta en servicio de urgencia por dolor abdominal, vómitos biliosos y ausencia de deposiciones de 4 días de evolución. Niega cambios de coloración en la orina. Al examen físico, destaca deshidratación leve y abdomen sin irritación peritoneal. En la Tomografía Axial Computarizada (TAC) se evidencia dispositivo en yeyuno proximal, con dilatación patológica de asas de intestino delgado proximal. Se realiza diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a balón gástrico migrado. Se decide un manejo por vía laparoscópica dado variables clínicas favorables: ausencia de shock, sin sospecha de compromiso de asa, sitio de obstrucción cercano al ligamento de Treitz y sin cirugías abdominales previas. Se realiza una enterotomía inmediatamente proximal a la zona de cambio de calibre, extrayendo el balón migrado y se efectúa enterorrafia, decidiendo no dejar drenaje testigo. La paciente evoluciona satisfactoriamente y se da de alta al quinto día. CONCLUSIÓN: El uso de estos dispositivos para el manejo de la obesidad va en aumento, por lo que es importante conocer las posibles complicaciones y cómo abordarlas. La literatura sobre esta complicación es escasa; de los reportes de casos disponibles, el 70% fueron manejados por laparotomía media. La resolución laparoscópica, aunque poco practicada, en pacientes seleccionados, parece ser una opción segura. Por último, en el reporte se observa una larga estadía del balón como factor contribuyente a su migración, por lo que merece importancia educar sobre los tiempos óptimos de retiro del dispositivo y conocer los síntomas que puedan orientar al paciente a consultar. El uso de drenaje es controversial y queda a criterio del cirujano.

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Ignacio Muñoz R., Constanza Laplagne J., Erick Magariños E.Clínica Dávila; Universidad Diego Portales,INTRODUCCIÓN: La intususcepción se define como la invaginación de una porción del intestino dentro de otra, resultando en una obstrucción intestinal potencialmente severa. El bypass gástrico altera significativamente la anatomía del tracto gastrointestinal, creando áreas de unión entre diferentes segmentos intestinales que pueden favorecer la formación de puntos de invaginación. Esto puede deberse a movimientos peristálticos inusuales, adherencias postoperatorias o cambios en la motilidad intestinal.OBJETIVOS: Describir caso de intususcepción intestinal en paciente post operado de bypass gástrico mostrando el manejo dado en este caso.MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de un paciente con esta patología que consultó y se manejó de manera exitosa en nuestra institución. RESULTADO: Paciente femenina de 50 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento, operada de bypass gástrico hace 18 años. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal epigástrico de inicio súbito, de 7 horas de evolución, con eliminación de gases por ano, sin otros síntomas asociados. La tomografía computarizada con contraste evidencia: extensa invaginación yeyuno-yeyunal en relación a anastomosis entero-enteral, presentando el asa invaginada un moderado engrosamiento parietal estratificado con extenso edema submucoso. Sin focos de necrosis transmural ni neumatosis parietal. Se realiza laparoscopia exploradora, se evidencia gran dilatación de asas, a 150 centímetros de la gastro-yeyuno anastomosis, se encuentra proceso de invaginación intestinal de asa enteral distal hacia proximal larga de al menos 20 centímetros, la cual se reduce y se realiza enteropexia proximal a la entero-entero anastomosis. Evoluciona de manera favorable, sin dolor, sin complicaciones postoperatorias, por lo que tras 5 días de hospitalización es dada de alta. CONCLUSIÓN: La intususcepción es una complicación rara pero potencialmente mortal del bypass gástrico, que se encuentra descrita en la literatura internacional, pero no en la literatura nacional de manera reciente. Es crucial estar alerta a los síntomas de intususcepción en pacientes post-bypass gástrico, como dolor abdominal cólico intermitente, náuseas, vómitos y distensión abdominal. El diagnóstico temprano y la intervención quirúrgica inmediata son fundamentales para evitar complicaciones graves como la necrosis intestinal y el shock séptico. En este contexto, es fundamental comprender las bases fisiopatológicas y el manejo adecuado de la intususcepción yeyuno-yeyunal como complicación tardía del bypass gástrico, con el fin de mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de los pacientes intervenidos.

ASOCIACIÓN DE ACTIVIDAD LABORAL EN LA PÉRDIDA DE PESO POSTERIOR A MANGA GÁSTRICA

Vicente Fernández R., Sebastián Aravena Á., Natalia Villalon, Won Hee Kim, Cristóbal Ignacio Villalón Parra, Andrés Ponce S., Fernando MuñozHospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: La Gastrectomía en Manga ha demostrado ser una intervención efectiva para la reducción de peso y las condiciones asociadas a la obesidad. Sin embargo, los resultados postoperatorios pueden variar entre pacientes debido a una diversa combinación de factores. Un potencial factor que puede contribuir en la baja de peso posterior a la cirugía es el tipo de actividad laboral de los pacientes.OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es comparar la pérdida de peso postoperatoria entre pacientes activos en el ejército y aquellos que no tienen esta ocupación.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas de los pacientes sometidos a gastrectomía en manga entre el 2016 y 2020 en el hospital militar de Santiago y se realizó una comparación de las medias de pérdida de peso a los 6 meses postoperatorio entre el grupo de militares activos y aquellos que no lo eran utilizando una prueba T de Student.RESULTADO: Entre el 2016 y el 2020 fueron operados 124 pacientes de los cuales 57 (46%) eran militares activos y 67 (54%) eran no militares activos. El grupo de militares activos tenía una edad promedio de 38 años y presentaban en un 33% HTA, 8,7% DM, 53% esteatosis hepática y 42% dislipidemia. Mientras que el de no militares activos tenía una edad promedio de 46 años y presentaban en un 40% HTA, 12% DM, 51% esteatosis hepática y 31% dislipidemia. Los resultados a los 6 meses mostraron que la media de pérdida de peso del primer grupo fue de 27,2 kg, mientras que la del segundo grupo fue de 22,6 kg. El estadístico T calculado fue de 3,7641, superando el valor crítico de T de 1,6574 para una prueba de una cola y de 1,9796 para una prueba de dos colas. Los valores P obtenidos fueron de 0,0001292 y 0,0002584, indicando una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$). CONCLUSIÓN: Los resultados sugieren que los pacientes militares activos sometidos a una gastrectomía en manga presentan una mayor pérdida de peso, estadísticamente significativa, a los 6 meses de seguimiento en comparación a pacientes no militares activos. Si bien se requieren más estudios, la investigación aporta evidencia sobre la influencia que puede tener la ocupación laboral en los resultados de la cirugía metabólica.

STRIPPING ESOFÁGICO COMO COMPLICACIÓN POST GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA. REPORTE DE CASO

Camila Sotomayor L., Nicolás Quezada S., Herta Sagredo T., Alberto Espino E., Hugo Richter R. Departamento Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de manga gástrica complicada con filtración de línea de grapas manejada inicialmente con aseo quirúrgico y prótesis autoexpansible, con posterior stripping esofágico secundario a retiro de prótesis, tratado de forma endoscópica. OBJETIVOS: Presentar alternativas de manejo frente a complicaciones descritas.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica de la paciente y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente 38 años, con diagnóstico de obesidad y comorbilidades. Se realiza manga gástrica laparoscópica, sin incidentes intraoperatorios. Día 1 postoperatorio cursa con dolor abdominal y aumento discreto de parámetros inflamatorios, se toma TC de abdomen y pelvis con contraste iv + oral que demuestra cambios postquirúrgicos habituales, sin colecciones ni filtración de la manga gástrica. Por persistencia de síntomas se realiza radiografia EED contrastado que muestra filtración de línea de grapas y colección adyacente. Se decide realizar laparoscopía exploradora, que evidencia filtración puntiforme tercio superior y torsión de manga gástrica. Se realiza rafia primaria de zona de filtración e instalación de prótesis endoscópica. Se mantiene además con antibióticos endovenosos, reposo digestivo y nutrición parenteral. Evoluciona de manera favorable, sin dolor abdominal, con tolerancia oral progresiva y disminución de parámetros inflamatorios. Se realizan imágenes de control que no informan signos de filtración ni colecciones. Al décimo día post procedimiento se realiza EDA para retiro de prótesis, donde ocurre desprendimiento de la mucosa esofágica, por lo que se traslada pabellón y se realiza nueva EDA bajo anestesia general, donde se reintroduce a distal mucosa esofágica desprendida y se fija con nueva prótesis. Fluoroscopía con contraste en pabellón sin evidencia de filtración. Posteriormente, la paciente evoluciona con vómitos y dolor abdominal, por lo que se decide retiro de prótesis, en dicha EDA se evidencia mucosa desprendida previamente con aspecto negruzco en 2/3 del largo total y >75% de la circunferencia, por lo que se reseca y se retira prótesis. Post procedimiento evolución favorable, menor dolor y mejor tolerancia oral. Se maneja con Prednisona v.o asociada a budesonida en nebulizaciones para prevención de estenosis. 21 días post procedimiento incial se realiza EDA de control que muestra esofago reepitelizado casi en 100%, sin estenosis esofágica, manga sin torsión. Paciente con buena tolerancia v.o, parámetros inflamatorios y nutricionales normales, escaso dolor epigástrico que responde a analgesia, por lo que se decide alta y control ambulatorio. CONCLUSIÓN: Aquí describimos un evento adverso relacionado con el uso de prótesis esofágica autoexplansible, es decir, la extracción de capas superficiales de tejido esofágico y el tratamiento completamente endoscópico y farmacológico de esta complicación. En conclusión, la experiencia de cirujano, endoscopista y la disponibilidad de varias herramientas endoscópicas permitieron el tratamiento de este evento adverso grave en una paciente post cirugía bariátrica.

MANGA GÁSTRICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS, REPORTE DE CASO

Bárbara Araneda G., Sergio Chaparro B., Roberto Valenzuela R. Clínica Isamédica.INTRODUCCIÓN: Situs inversus es una condición congénita poco frecuente en la cual los órganos abdominales y torácicos se encuentran dispuestos opuesto a su posición normal, tiene incidencia de 1/10.000 habitantes. La manga gástrica es una intervención quirúrgica comúnmente utilizada para el tratamiento de la obesidad mórbida, que implica la reducción del tamaño del estómago para limitar la ingesta de alimentos y promover la pérdida de peso. Sin embargo, en pacientes con situs inversus, la realización de la manga gástrica plantea consideraciones adicionales debido a la ubicación atípica de los órganos.OBJETIVOS: - Presentar caso clínico de paciente con situs inversus sometida a manga gástrica - Considerar opción de técnica quirúrgica para este tipo de situación clínico - Fomentar el rol del estudio preoperatorio como fundamental para planificación de la cirugía.CONTENIDO DE VIDEO: Presentación del caso clínico, estudio baritado preoperatorio, grabación de la cirugía.

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

CÁNCER DE TIROIDES PRIMARIO OCULTO: NÓDULO MALIGNO EN QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO

Francisca Briceño M., Javiera Berríos H., Andrés Steuer H., Leonardo Cárcamo G.Universidad Austral de Chile. INTRODUCCIÓN: El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente, con una incidencia en Chile de 7,86 casos nuevos por 100.000 habitantes al año. Más del 90% son cánceres diferenciados de tiroides, predominando el papilar. Los quistes del conducto tirogloso (QCT) son la patología congénita más común de esta glándula, presentes en un 7% de la población. Pueden malignizarse en adultos (40-60 años) en alrededor de 0.7-1.5%, diagnosticándose principalmente de manera postoperatoria.OBJETIVOS: Presentar un caso infrecuente de diagnóstico intraoperatorio de QCT en el contexto de un cáncer de tiroides con primario desconocido.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica y revisión de ficha clínica del paciente.RESULTADO: Paciente femenina de 47 años con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo. Presentó adenopatía cervical de 14 mm en grupo III derecho de 8 meses de evolución, asintomática. La ecografía tiroidea mostró un linfonodo de 11 x 6 x 14 mm con características atípicas. La PAAF encontró dos grupos epiteliales con atipia nuclear leve y una tiroglobulina de aspirado de 21.000 ng/ml. Con sospecha de cáncer de tiroides con primario oculto y metástasis ganglionares, se decidió realizar tiroidectomía total con vaciamiento cervical central y lateral. Durante la disección de la pirámide de Lalouette, se identificó un remanente tiroideo en conducto tirogloso persistente, con un nódulo duro adherido al hioides, concretándose la operación de Sistrunk. Además, se hallaron adenopatías sospechosas en nivel II y III. La biopsia informó carcinoma papilar de tiroides multifocal en lóbulo derecho, istmo y tejido tiroideo con relación a QCT, con márgenes negativos. Linfoganglios tumorales 1/36. Etapificación AJCC 8th Edition Pt(m)1ª N1b. El comité oncológico decidió Radioyodoterapia adyuvante.CONCLUSIÓN: El cáncer de tiroides primario en QCT es infrecuente y su diagnóstico preoperatorio es raro. Este caso es notable por la presentación de un carcinoma tiroideo como adenopatía con primario desconocido y el diagnóstico intraoperatorio de un foco tumoral en QCT. La pertinencia de una tiroidectomía total en neoplasias de QCT es controversial, estimándose que 11-25% presentan focos en sus lóbulos. En este caso, la identificación intraoperatoria del conducto tirogloso persistente y la resección del quiste fueron esenciales para obtener márgenes negativos.

CÁNCER DE PARATIROIDES: EXPERIENCIA EN DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN 20 AÑOS

Lucas Fuenzalida M., Rodrigo Jiménez Y., Daniel Rappoport W., Francisco Rodríguez M., Patricio Cabané T., Patricio Gac E.Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El carcinoma de paratiroides (CP) es una entidad infrecuente; representando al 1% de los casos de hiperparatiroidismo primario. Su diagnóstico es complejo, requiriendo una alta sospecha clínica, combinada con hallazgos bioquímicos, imagenológicos y anatomopatológicos. Su tratamiento se basa en la cirugía, requiriendo resección en bloque con estructuras contiguas para lograr márgenes negativos.OBJETIVOS: El objetivo del siguiente estudio es realizar un reporte descriptivo de una serie nacional, su diagnóstico y manejo a lo largo de los últimos 20 años, en un centro universitario. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y descriptivo, de los casos de CP diagnosticados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el período comprendido entre enero de 2001 a diciembre de 2021.RESULTADO: Se identificaron dieciocho casos de CP, once pacientes masculinos y siete femeninos, con una mediana de edad de 58 años. Hubo sospecha preoperatoria de CP en siete pacientes (38,9%). La calcemia preoperatoria promedio fue de 13,7 mg/dl +/- 2 DE; mientras que la calcemia postoperatoria fue de 10,7, 9,5 y 9 mg/dl los días 1, 3 y 14, respectivamente. La mediana de PTH preoperatoria fue de 833,5 pg/ml +/- 411 DE; con valores a los 15 y 30 minutos de la resección de 83,6 y 45,6 pg/ml, respectivamente; y 26,5 pg/ml a las 24 horas del postoperatorio. La mediana del tiempo operatorio fue de 120 minutos +/- 56 DE. Las cirugías realizadas fueron: tiroidectomía total + tumorectomía en 7 casos, lobectomía tiroidea + tumorectomía en 6 casos, tumorectomía en 3 pacientes y paratiroidectomía subtotal en 2 pacientes. El diámetro tumoral más grande fue de 7,5 cm y 5 casos tuvieron infiltración del tejido circundante. Se realizó disección central del cuello profiláctica en 5 pacientes, ninguno con afectación metastásica.CONCLUSIÓN: El CP es una enfermedad compleja e infrecuente, que requiere tratamiento multidisciplinario principalmente con cirugía.

SERIE DE CASOS DE TUMOR FIBROSO SOLITARIO EN CABEZA Y CUELLO, UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE

Verónica Hamilton Miranda, Josefa Ribao Bravo, Daniel Rappoport Wurgaft, Ingrid Plass Del Corral, Jeanie Slater, Felipe Capdeville Fuenzalida, Fabio Valdés Gutiérrez, Arturo Madrid MoyanoClínica Alemana de Santiago.INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario (TFS) es un tumor de partes blandas de origen mesenquimático. Se localiza principalmente intratorácico (pleural) e intraabdominal. El TFS de cabeza y cuello es poco frecuente (10-15% de todos los extrapleurales) y en la literatura al respecto existen solo series de casos pequeñas. Se presenta una serie de casos de los TFS de cabeza y cuello tratados en Clínica Alemana de Santiago.OBJETIVOS: Presentar serie de casos de tumor fibroso solitario en cabeza y cuello en una clínica privada de Santiago de Chile. MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta una serie de casos clínicos de TFS en Clínica Alemana de Santiago, entre los años 2015 y 2024. Se registraron datos demográficos, localización de tumor, marcadores tumorales, tamaño y recidiva para realizar serie descriptiva. RESULTADO: Se presentan 5 casos en un período de 9 años. 3 pacientes de sexo masculino y 2 femenino. El rango etáreo fue desde 19 a 85 años, con una mediana de 59 años. Las localizaciones de tumores fueron principalmente región parotídea (4 casos) y cavidad oral (1 caso). El tamaño varió entre 20 y 33 mm, con un promedio de 28 mm. 4 pacientes tuvieron marcadores positivos (CD34 y STAT6). 1 paciente requirió re-operación por borde positivo y 1 paciente tuvo una recidiva a los 4 años con necesidad de nueva cirugía. CONCLUSIÓN: El TFS en cabeza y cuello constituye un desafío para el cirujano ya que debe conocer y así sospechar la patología. Localizaciones descritas de cabeza y cuello en la literatura son en mucosa yugal, cavidad nasal, faringe y órbita. Nuestra serie no se condice con esta información ya que las principales fueron región parótidea y luego cavidad oral. Dentro del grupo de estos tumores, un 10-30% tienen características de malignidad, lo que hace la cirugía el tratamiento de elección actualmente. Uno de los principales objetivos de manejo es disminuir la recidiva, la cual tiene un alto riesgo (hasta 40%), dándose principalmente en los primeros 5 años de la cirugía inicial. Es por esto que se debe realizar seguimiento prolongado con imágenes, lo que no se cumplió en el único caso de recidiva que hemos tenido hasta la fecha (paciente abandonó seguimiento). El conocimiento actual se basa principalmente en series de casos y reportes de casos, por lo que aún está pendiente definir una estrategia de tratamiento estándar para este tipo de tumores.

MELANOMA EN PILOMATRIXOMA PIGMENTADO, UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Claudia Salazar F., Lucas Fuenzalida M., Camilo Huerta M., Valentina Núñez P., Javiera Araya S., Florencia Danioni H., Patricio Gac E.Hospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El pilomatrixoma corresponde a un tumor anexial benigno derivado de las células matriciales del folículo piloso, con mayor incidencia en edad pediátrica. Generalmente son lesiones únicas y constituyen el 0.12% de todas las neoplasias cutáneas. Clínicamente se presenta como una tumoración solitaria, dérmica o subcutánea, de consistencia firme-elástica. El curso clínico generalmente es benigno, aunque está descrita su rara transformación maligna. La presencia de melamina o melanocitos es infrecuente, por lo que la variante de pilomatrixoma pigmentado es una entidad escasamente reportada, correspondiendo a menos de un 10% de los casos descritos. La literatura actual no describe casos de melanoma maligno originado desde pilomatrixoma pigmentado.OBJETIVOS: Se presenta este caso por sus características clínicas inusuales.MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta reporte de caso, paciente de sexo femenino de 21 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, quien presenta lesión cutánea en cara anterior de muslo izquierdo de 9 meses de evolución. Se realiza biopsia excisional que informa Pilomatrixoma con lesión melanocítica epiteloidea pigmentada atípica. Se amplió estudio inmunohistoquímico con PRAME positivo débil, p16 expresión parchada irregular (15%), HMB-45: positivo difuso, Ki-67 25%, melan-A positivo. Este patrón inmunofenotipico favorece melanoma, por lo cual se concluye que la lesión corresponde a melanoma de tipo nevo azul celular maligno originado en pilomatrixoma pigmentado. Dado el resultado se complementa estudio con PET-CT que no muestra evidencia de diseminación. Se realiza ampliación de márgenes y biopsia de linfonodo centinela inguinal izquierdo previamente marcado, se informa biopsia en cicatriz de muslo izquierdo hiperplasia melanocítica focal sin evidencias de malignidad, ganglio centinela sin evidencia de neoplasia. RESULTADO: La paciente actualmente cursa su postoperatorio de manera favorable, es derivada a equipo de oncología para establecer seguimiento y controles. CONCLUSIÓN: La literatura actual no describe casos clínicos correspondientes a melanoma maligno originado en pilomatrixoma pigmentado, por lo que es importante reconocer esta entidad para determinar su manejo clínico.

METÁSTASIS DE MELANOMA EN ESÓFAGO: REPORTE DE CASO

Francisca González S., Jaime Morán T., Sergio Ahumada F., Camilo Sánchez G., Catalina Fuchs G., Francisca López B., Luymar Petit G., Camila Pacheco H., Juan López O., Pablo Meyer-Schölle M.Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La metástasis de melanoma en el esófago es una entidad clínica poco frecuente, asociada a un pronóstico desfavorable. La diseminación hacia el tracto gastrointestinal ocurre en el 4% de los casos y de ellos el 9% corresponde a metástasis esofágicas.OBJETIVOS: En este reporte, se informa caso clínico de paciente que cursa con disfagia progresiva a 6 años de resección de melanoma, que el estudio histopatológico concluyó metástasis esofágica de primario conocido.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 82 años con antecedente de melanoma acral plantar resecado en 2018 con resultado de biopsia: T2b Clark IV, Breslow 2 mm y márgenes negativos entre 1-2 mm. Se realiza ampliación de márgenes quirúrgicos y biopsia de linfonodo centinela, ambos con resultados negativos para células neoplásicas. Paciente cursa con nuevas lesiones a 5 cm de cicatriz previa en 2020, con resultado de biopsia T1a Clark III Breslow 0.5 mm y márgenes negativos a 5 mm, sin cirugías posteriores. Cuatro años después, paciente evoluciona con disfagia progresiva lógica, se estudia con endoscopia y tomografía computarizada que demuestra lesión protruyente pigmentada de 2 cm de diámetro que ocupa el 100% del lumen esofágico, con biopsia que informa hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con metástasis de melanoma. RESULTADO: Paciente es presentado a comité oncológico, que decide realizar gastrostomía, inmunoterapia con Nivolumab e ingreso a cuidados paliativos.CONCLUSIÓN: El tracto gastrointestinal es un sitio frecuente de metástasis de melanoma, siendo el órgano más comprometido el intestino delgado. No obstante, su diagnóstico constituye un desafío debido a lo infrecuente de la presencia de manifestaciones clínicas, lo que se asocia a estados avanzados de la enfermedad y tasas de supervivencia bajas. De acuerdo a la literatura, la metástasis esofágica de melanoma corresponde al 9% de las lesiones secundarias en el tracto digestivo, y estás pueden evidenciarse de manera simultánea al diagnóstico de la lesión primaria o años después. La clínica más frecuentemente reportada corresponde a dolor epigástrico y, como en el caso del paciente reportado, disfagia, que constituye el síntoma que motivó su reconsulta. La presencia de lesiones metastásicas suele ser mayor a la apreciable clínicamente. Series de autopsias describen una presencia de hasta 60% de metástasis gastrointestinales, con un 2% de diagnóstico previo al deceso. La supervivencia a los 5 años se estima entre un 0 y 4%.

PILOMATRIXOMA GIGANTE Y DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN UN ADULTO: REPORTE DE CASO

Martin Sánchez N., Daniela Leporati J., Francisco Silva V., Cristian Guerman G., Carla Lillo M., Juan Vargas C.Instituto de Cirugía, Hospital Base de Valdivia.INTRODUCCIÓN: El pilomatrixoma es una neoplasia benigna de la piel, con una incidencia de 0,001-0,0057% entre los tumores cutáneos. Usualmente se presenta como un tumor firme, menor a 3 cm, y de crecimiento lento en la cabeza y el cuello. El pilomatrixoma gigante, una variante infrecuente, puede alcanzar 5 cm o más. Debido a su difícil diferenciación clínica e imagenológica de patologías malignas y el desarrollo de complicaciones por su crecimiento, se justifica su resección quirúrgica. OBJETIVOS: Presentar el caso clínico sobre pilomatrixoma gigante con presentación atípica en un adulto y los resultados de resección quirúrgica.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de un caso clínico a partir de la ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Paciente masculino de 57 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca por cardiopatía congénita, hipotiroidismo y diabetes mellitus tipo 2. Consultó en dermatología por una lesión dolorosa, indurada y bien delimitada de 9x8 cm en la región interescapular, con 5 meses de evolución. Inicialmente se diagnosticó un quiste epidérmico infectado, se administró antibioterapia y se decidió su extirpación. Tras 9 meses, la lesión aumentó a 11x11 cm, adherida a la piel suprayacente, con zonas pétreas y dolorosa. Evaluado en cirugía a los 12 meses, la masa alcanzó 20x20 cm sin adherencia a planos profundos. La tomografía computarizada mostró una masa heterogénea vascularizada de 15x12 cm con amplio plano de clivaje con el músculo. La biopsia core por ecografía reveló epitelio escamoso, células eosinofílicas anucleadas y láminas de queratina, sugiriendo un pilomatrixoma. Se decidió resección quirúrgica con un margen de 2 cm y hasta el plano muscular. La biopsia de la pieza resecada mostró material calcificado pastoso granular sin atipias, confirmando un pilomatrixoma gigante con márgenes negativos. El defecto de 15x7 cm se cubrió con un injerto dermo-epidérmico del muslo lateral derecho. En dos semanas, el injerto presentó un prendimiento del 100% y al mes, la cicatrización fue casi completa sin complicaciones ni recurrencia.CONCLUSIÓN: Este caso destaca por presentar un tumor infrecuente con características clínicas inusuales, incluyendo un rápido crecimiento y gran tamaño. Son escasos los reportes de pilomatrixomas mayores de 10 cm y suelen presentar dolor, ulceración e infección al igual que nuestro paciente. Las características radiológicas, aunque imprecisas, orientan el diagnóstico. Ambas modalidades de biopsia fueron concluyentes, pero solo la escisión completa permitió descartar malignidad con certeza. El margen de 2 cm fue óptimo, concordante con la literatura (1-3 cm) para lograr márgenes negativos y así reducir el riesgo de recurrencia.

METÁSTASIS CEREBRAL POR CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES, VARIEDAD CÉLULAS ALTAS. REPORTE DE UN CASO

Katherine Hernández O., Karina Toledo V., Verónica Vidal P., Melissa Mellado P., Carol Vargas Q.Hospital Puerto Montt. INTRODUCCIÓN: El cáncer papilar de tiroides es una neoplasia endocrina frecuente, cuya incidencia ha aumentado por el mayor acceso a técnicas de diagnóstico por imágenes. Aunque generalmente tiene un buen pronóstico, aproximadamente el 15% de los casos puede desarrollar metástasis a distancia. Siendo las metástasis cerebrales infrecuentes y generalmente asociadas al cáncer folicular de Tiroides y al cáncer Papilar variante células altas.OBJETIVOS: En este reporte, se informa un caso de metástasis cerebral por cáncer papilar de tiroides, variedad células altas.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente femenino de 79 años con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus, con aumento de volumen cervical de 6 meses de evolución. Ecotomografía cervical: lesión infiltrativa de lóbulo tiroideo derecho (LTD) sospechosa de 40x50x35 mm, asociado a adenopatía cervical derecha de 43x35x24mm, sugerente de diseminación tumoral ganglionar. TIRADS 5. Nódulo hiperecogénico tiroideo izquierdo de 12x9x5 mm. TIRADS 3. Ecotomografía tiroidea de etapificación: Masa sólida ovoidea en LTD hipoecogénica, heterogénea con calcificaciones de 47.2 mm diámetro mayor. En nivel IV derecho masa sólida ovoidea idéntica a masa tiroidea de 45.2mm diámetro mayor. Punción por aguja fina (PAAF) nódulo tiroideo derecho: Carcinoma papilar Bethesda VI. PAAF adenopatía Nivel IV: Células neoplásicas de aspecto epitelial. Tomografía (TC) de tórax contrastado: sin diseminación torácica. En comité oncológico de tiroides se decide tiroidectomía total con disección linfonodal central + disección radical clásica derecha con neuromonitor. Quedando postoperatoriamente R2 con pastilla tumoral sobre tráquea y mediastino superior. Paciente en postoperatorio inmediato evoluciona con crisis hipertensiva que no responde a labetalol, asociado a desorientación con agitación psicomotora. TC cerebro: lesión frontal nodular expansiva. Se maneja con anticonvulsivantes y corticoides indicados por neurocirugía. RNM cerebro: metástasis lóbulo frontal. Se programa pabellón para metastasectomía cerebral a los 13 días postoperatorio. Biopsia pieza quirúrgica: Carcinoma de tiroides multifocal. Carcinoma papilar variedad células altas (60%) asociado a componente clásico y folicular. Tamaño tumoral 4,5x3,5x3cm, márgenes quirúrgicos (+) hacia posterior. Permeaciones linfovasculares y perineurales presentes, Linfonodos: 0/26. Biopsia metastasectomía cerebral: Metástasis nodular de carcinoma sólido en tejido nervioso. Inmunohistoquímica positiva para pancitoqueratinas, citoqueratina 7 y TTF1, Napsina-A en células aisladas. Citoqueratina 20, GATA3, S100 negativos. Se decide a través de comité oncológico RAI 150 mCi. Paciente fallece a los dos meses post operatorio en contexto de neumonía adquirida en la comunidad.CONCLUSIÓN: El caso presentado evidencia correlación con la literatura, donde se destaca metástasis cerebral por cáncer papilar de tiroides variedad células altas, con incidencia entre 1 -3 %, constituyendo una metástasis rara en esta patología, asociada a un pronóstico desfavorable con reducción significativa de la sobrevida.

IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA RETROAURICULAR. RESULTADOS DE EXPERIENCIA INICIAL EN CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO

Arturo Madrid M.[1], María Trinidad González D.[2], Pablo Repullo S.[2], Felipe Capdeville F.), Rodrigo Montes F.[1], Daniel Rappoport[1], Hugo Rojas P.[1], Fabio Valdes[1], Luis Felipe Zanolli D.[1], Ingrid Plass D.[11]Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica Alemana de Santiago; [2]Servicio de Cirugía General, Hospital Padre Hurtado, U del Desarrollo Santiago.INTRODUCCIÓN: Tradicionalmente el abordaje hacia el compartimiento cervical lateral se ha realizado de manera abierta con una cervicotomía transversa que puede dejar importantes secuelas estéticas y/o funcionales. Esto ha dado paso al desarrollo de nuevas técnicas que buscan minimizar dichas complicaciones, dentro de las cuales el acceso retroauricular con asistencia robótica ha mostrado internacionalmente excelentes resultados. OBJETIVOS: Comunicar nuestra experiencia inicial en la implementación del acceso quirúrgico por vía retroauricular con asistencia robótica, evaluando resultados estéticos, seguridad clínica y oncológica. MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a cirugía robótica retroauricular en Clínica Alemana de Santiago entre septiembre de 2023 y julio de 2024. El abordaje quirúrgico se realizó mediante una incisión retroauricular tipo “facelift” modificado y se utilizó el Sistema Robótico Da Vinci Xi.RESULTADO: Serie de 22 pacientes, mayormente disecciones laterales de cuello (DLC) selectivas, resecando niveles IIa, IIb, III y IV en todos los casos. Fueron tratados 19(86%) Carcinomas Papilares de Tiroides y un Carcinoma Epidermoide Orofaríngeo HPV+. Además, se realizó una lobectomía tiroidea y una resección de quiste branquial cervical lateral complicado. Un 72.7% (16/22) de los pacientes fueron mujeres, con un rango de edad de 12-62 años. La estadía postoperatoria intrahospitalaria promedio fue de 2.6días (rango 2 - 4 días). En todos los casos se usó hemostático local Surgicell Powderr y drenaje en lecho quirúrgico, que fue retirado en 24 horas. La mediana del tiempo en consola fue de 45 minutos, con un rango de 24-60 minutos. En cuanto a complicaciones, se registró un hematoma menor del colgajo cutáneo (4,5%) y seis (27.2%) paresias por tracción de XI par craneal. Para las DLC, la mediana de linfonodos resecados fue de 39 linfonodos (rango 20- 65). El tiempo de seguimiento promedio es de 5 meses (1-10 meses), sin recidivas pesquisadas a la fecha. CONCLUSIÓN: El abordaje retroauricular combinado con la asistencia robótica abre una nueva opción quirúrgica para lesiones tumorales y disecciones linfáticas cervicales. Presenta rápida recuperación y bajos niveles de dolor. Además, de las evidentes ventajas estéticas al ocultar la incisión en el área retroauricular, sobre la línea del pelo. Las complicaciones observadas fueron de baja complejidad y el número de linfonodos resecados fue mayor a lo recomendado para la DLC. Esta experiencia inicial sugiere que este abordaje es factible, seguro, oncológicamente eficaz, con un evidente beneficio cosmético.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OSTEOMALACIA INDUCIDA POR TUMOR: REPORTE DE CASOS

María Trinidad González D.[1], Rodolfo Arjona F.[2], Pamela Trejo P.[3], Luis Moya C.[4], Matías Gómez G.[5], Ingrid Plass D.[6], Arturo Madrid M.[61]Residente de Cirugía General, U. del Desarrollo Santiago; [2]Docente Morfología Facultad de Medicina, U. del Desarrollo Santiago; [3]Servicio de Endocrinología, Clínica Alemana de Santiago; [4]Servicio de Traumatología, Clínica Alemana de Santiago; [5]Servicio de Otorrinolaringología, Clínica Alemana de Santiago; [6]Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica Alemana de Santiago, U del Desarrollo.INTRODUCCIÓN: La osteomalacia inducida por tumor (OIT) es un síndrome metabólico paraneoplásico infrecuente que presenta tumores mesenquimáticos que producen factor de crecimiento de fibroblastos-23 (FGF-23). Esto provoca hipofosfatemia y disminución de la activación renal de vitamina D, llevando a una alteración de la mineralización ósea, y provocando dolor óseo, debilidad y fracturas.OBJETIVOS: Presentar una serie de pacientes diagnosticados y tratados por una OIT.MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan tres casos clínicos de pacientes OIT, detallando sus métodos diagnósticos, manejo quirúrgico, respuesta a tratamiento y seguimiento.RESULTADO: Pacientes de 48, 57 y 68 años, en que se pesquisa una osteomalacia severa secundaria a hipofosfatemia de origen tumoral. En todos los casos se sospecha la OIT según su clínica y exámenes de laboratorio, y se realiza una confirmación imagenológica con PET-CT DOTATE. En dos de los casos se trata de tumores en localización subcutánea (muslo y brazo), y se logra una resección quirúrgica completa del tumor, lo cual resulta en una remisión total de la enfermedad. El caso restante, se trata de un tumor en senos paranasales, logrando sólo su resección parcial, dado su compromiso intracraneal, obteniendo una respuesta clínica y bioquímica pobre. Todos los casos se mantienen en seguimiento hasta la fecha. CONCLUSIÓN: La OIT es una entidad poco frecuente, pero con importante sintomatología para quienes lo padecen, presentando múltiples fracturas y dolor, cómo en los casos presentados. Para su diagnóstico oportuno, es fundamental mantener una alta sospecha clínica y buscar una hipofosfatemia con elevación de fosfatasa alcalina (FA), FGF23 elevado y reabsorción tubular de fosfato disminuida. La confirmación diagnóstica se logra mediante un PET-CT DOTATATE. Su único tratamiento curativo es quirúrgico, con resección tumoral completa, lo cual se logró en 2 de los tres pacientes presentados. El seguimiento se aconseja, con imágenes y laboratorio, aunque las recurrencias son poco frecuentes. La OIT tiene una gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes, por lo que es de vital importancia su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, dado que una resección tumoral completa logrará la remisión total de la enfermedad y su sintomatología.

DISECCIÓN LINFONODAL YUGULAR ROBÓTICA

María Trinidad González D.[1], Daniel Rappapor W.[2], Ingrid Plass D.[2], Fabio Valdes G. [2], Felipe Capdeville F.[2], Hugo Rojas P.[2], Rodrigo Montes F.[2], Luis Felipe Zanolli de S.[2], Arturo Madrid M.[21]Residente Cirugía general, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado; [2]Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica Alemana, Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: El cáncer papilar de tiroides (CPT) es una patología frecuente posicionándose como el séptimo cáncer con mayor incidencia a nivel mundial. En los últimos años, se han desarrollado diversos accesos quirúrgicos con el fin de realizar procedimientos técnicamente seguros y oncológicamente equivalentes a las técnicas abiertas clásicas, pero con mejores resultados funcionales y estéticos. Aparece así, la alternativa robótica cómo una opción para la disección linfonodal yugular por cáncer papilar de tiroides. Dicho procedimiento, es realizado mediante un acceso retroauricular, logrando excelentes resultados oncológicos y funcionales, y ofreciendo una alternativa con evidentes ventajas estéticas. OBJETIVOS: Presentar un vídeo mostrando, paso a paso, la técnica quirúrgica de una disección cervical selectiva robótica mediante acceso retroauricular.CONTENIDO DE VIDEO: Presentamos el caso de un hombre de 35 años con CPT, con un nódulo de 12 mm en lóbulo tiroideo derecho y adenopatías yugulares ipsilaterales identificadas a la ecografía de etapificación. Dichas adenopatías, de hasta 14 mm, se visualizan en el grupo III, IV y VI, presentan tiroglobulina de > 5000 ng/mL y citología compatible para metástasis de CPT. Se realiza en el mismo tiempo quirúrgico una tiroidectomía total y disección cervical central abiertas, mediante una cervicotomía transversa central de 3 cm. En el tiempo cervical lateral, se realiza un vaciamiento yugular selectivos niveles II, III y IV derecho, con técnica robótica y a través de un acceso retroauricular derecho. Técnica: paciente bajo anestesia general y técnica esteril, en posición decúbito con lateralización de la cabeza a izquierda. Incisión retroauricular derecha y elevación de colgajo retroauricular con electrobisturí, identificando nervio auricular mayor ipsilateral y vena yugular externa. Disección cervical IIa y III bajo visión directa, identificando y preservando nervio accesorio ipsilateral con neuromonitorización intraoperatoria. Instalación de separador Thompson y acople (“docking”) de Sistema quirurgico Da Vinci con tres brazos: el central, la cámara, y laterales con pinza Maryland y bisturí Armónico. Disección robótica de grupos III y IV, identificando y preservando nervio vago, vena yugular interna y nervio frénico ipsilaterales. Pieza quirúrgica a estudio diferido. Aseo local y hemostasia prolija bajo maniobra de valsalva. Aplicación de Surgicel Powder e instalación de drenaje Blake número 15 a lecho quirúrgico. Cierre por planos. La técnica robótica para la disección cervical lateral se presenta como una alternativa segura, viable, con beneficios claros dados por su recuperación rápida y resultados estéticos y funcionales destacables.

METÁSTASIS PAROTÍDEA DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL, PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cristóbal Maíz H., Sebastian Bravo C., William Acero B., Katherine Romero O., Sebastian Urrutia C., Sergio Vargas M.Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder Servicio de Cirugía Cabeza y Cuello. Universidad San Sebastián, Chile, Facultad de Medicina, Posgrado de Cirugía General. INTRODUCCIÓN: El cáncer de células de Merkel es un tumor neuroendocrino cutáneo, maligno y poco frecuente. Su incidencia no está bien definida, debido a su rareza y escasez de análisis retrospectivos internacionales. Se estima que en Europa representa menos del 1% de todas las neoplasias malignas cutáneas. Su etiología se asocia a infección por el poliomavirus de células de Merkel y radiación ultravioleta, encontrándose principalmente en áreas de piel fotoexpuesta. Puede presentarse como un engrosamiento dérmico o nódulo eritematoso de consistencia firme, indoloro, color rojo violáceo y de rápido crecimiento. El diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímico.OBJETIVOS: Reportar un caso de Carcinoma de Células de Merkel con metástasis en glándula parótidaMATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínicoRESULTADO: Paciente femenina con historia de aumento de volumen preauricular izquierdo. Ecografía evidencia lesión de 16x13x16 mm redondeada, hipoecogénica y vascularizada en espesor de parótida izquierda, asociada a múltiples adenopatías a nivel de triángulo submandibular y carotídeo. Se clasifica mediante PAAF como Milán 5. Se realiza parotidectomía profunda y suprafacial parcial donde macroscópicamente impresiona tumor benigno en cola de parótida que va desde lóbulo profundo al superficial sin infiltrar nervio facial, sin infiltración de tejido parotídeo. Se secciona tumor preservando nervio facial. Biopsia informa fragmento de tejido fibroso, con áreas linfoides, infiltrado por carcinoma neuroendocrino de células grandes de alto grado. Borde quirúrgico profundo comprometido. Lóbulo superficial: linfonodo pericarotídeo extensamente infiltrado por carcinoma neuroendocrino de células grandes, de alto grado, asociado a focos de necrosis geográfica. PET-CT informa cambios postquirúrgicos en la glándula parótida izquierda con nódulo de discreto hipermetabolismo. Además, se observan adenopatías cervicales izquierdas hipermetabólicas en nivel II. Sin alteraciones sospechosas de diseminación a distancia. Se decide ampliación de parotidectomía (paciente no desea parotidectomía total) con disección cervical lateral radical modificada izquierda. Biopsia de cola parótida informa presencia de tejido fibroso cicatricial e inflamatorio crónico, sin compromiso neoplásico. Disección cervical izquierda: 2/38 linfonodos comprometidos por Carcinoma de Células de Merkel. Se decide realizar radioterapia adyuvante. Nuevo PET-CT informa sin signos de recidiva local, diseminación linfática ni metástasis a distancia.CONCLUSIÓN: El cáncer de células de Merkel es un tumor cutáneo poco frecuente y agresivo que puede pasar desapercibido y confundirse con lesiones benignas, por lo que es importante conocer esta patología ya que la sospecha clínica y el diagnóstico precoz influyen en su pronóstico y tratamiento.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA CERVICAL POR EXOESQUELETO DE MOLUSCO: REPORTE DE UN CASO

Melissa Mellado P., Verónica Vidal M., Katherine Hernández O., Francisco Canales S., Carol Vargas Q., Vicente Asenjo B.Hospital Puerto Montt.INTRODUCCIÓN: La perforación esofágica por cuerpo extraño es una condición poco frecuente pero potencialmente mortal que puede llevar a serias complicaciones como mediastinitis, sepsis, fístulas y estenosis esofágica. La ingesta de cuerpos extraños representa el 12% del total de las causas. El tratamiento definitivo dependerá de la etiología, localización y tiempo de evolución de la perforación. El diagnóstico y tratamiento tempranos son cruciales, pues el retraso mayor a 24 horas aumenta significativamente la mortalidad.OBJETIVOS: Reportar un caso de perforación esofágica por exoesqueleto de molusco con diagnóstico tardío.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. RESULTADO: Paciente femenino de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de tiroides de riesgo intermedio (en espera de cirugía) y aneurisma cerebral operado el año 2008 sin secuelas. Consultó en urgencias por sensación de cuerpo extraño esofágico de 2 días de evolución tras consumo de empanada de mariscos. Radiografía de cuello y tórax sin hallazgos patológicos, otorgándose el alta. Al día siguiendo, por segunda oportunidad, consulta por persistencia de sintomatología. Al examen físico de ingreso hemodinamicamente estable, sin apremio ventilatorio, importante hematoma faríngeo. Laboratorios destacó leucocitosis 17.400 mm3 y proteína C reactiva 23 mg/dL. Tomografía contrastada de cuello evidenció cuerpo extraño hiperdenso de 2 cm en esófago cervical con engrosamiento parietal. Se hospitaliza con antibioticoterapia empírica con ceftriaxona/ metronidazol. Se planificó exploración cervical a través de cervicotomia transversa + extensión izquierda evidenciando perforación de 3mm en esófago cervical posterolateral izquierdo con cuerpo extraño asociado, correspondiente a exoesqueleto de molusco de 20x5mm, hematoma retroesofágico de 200 cc aproximadamente, sin secreción purulenta. Se realizó aseo, rafia esofágica en un plano y parche con musculatura pretiroidea + drenaje al lecho. Presentó un postoperatorio favorable, decidiendo alta a los 6 días post cirugia con leve disfonía que ameritó nasofibrolaringoscopía ambulatoria describiéndose inmovilidad cordal izquierda en línea media, inició terapia fonoaudiológica con buena respuesta. A los 36 días post operatorio, secundario a evolución clínica satisfactoria se realiza tiroidectomía total + disección lateral derecha sin incidentes.CONCLUSIÓN: La perforación esofágica por cuerpo extraño es una emergencia médica/quirúrgica que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico eficiente y precoz. Los avances en las técnicas de imagen para el diagnóstico han mejorado significativamente el tiempo de pesquisa inicial, permitiendo un diagnóstico y tratamiento precoz, ya sea endoscópico o quirúrgico, lo cual es clave para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico del paciente.

ABSCESO TIROIDEO LUEGO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisca Honold, Nicolás Pimentel, Francisca CorreaHospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: Los abscesos tiroideos son poco frecuentes porque la glándula es relativamente resistente al desarrollo de infecciones debido a su abundante irrigación sanguínea, su cápsula bien desarrollada y su alto contenido de yodo.OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es informar de un caso poco frecuente de absceso tiroideo luego de una infección respiratoria alta.MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza reporte de caso de paciente con absceso tiroideo derecho con cultivo positivo para *K. pneumoniae*, luego de haber cursado cuadro de infección respiratoria alta. A partir de lo anterior se desarrolla una breve revisión de la literatura.RESULTADO: La etiología de los abscesos tiroideos es en ocasiones iatrogénica o debida a anomalías anatómicas congénitas, pero con frecuencia son idiopáticos. Se debe mantener un alto grado de sospecha en pacientes que presentan dolor y edema cervical anterior. El diagnóstico temprano y el tratamiento con drenaje del absceso y antibióticos sistémicos son vitales para asegurar buenos resultados en esta rara afección potencialmente mortal.CONCLUSIÓN: El absceso tiroideo es un diagnóstico poco frecuente, pero puede provocar una morbilidad significativa. Por lo tanto, los médicos deben conocer el diagnóstico para poder iniciar un tratamiento agresivo de forma temprana.

TRAUMA PENETRANTE CERVICAL EN UN CENTRO DE ALTA INCIDENCIA, EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

María Ignacia Añazco G., Veronica Hamilton M., Juan Carlos Aguayo R., Gustavo Vial O., Michelle Erazo A., Rodrigo Castro S. Hospital Padre Alberto Hurtado, UDD.INTRODUCCIÓN: El trauma penetrante cervical (TPC) puede presentar una morbilidad y mortalidad significativa asociada a lesiones vasculares y/o aerodigestivas. Durante el último tiempo el tratamiento del TPC ha evolucionado, y desde el año 2001 se ha introducido el concepto de “No zone approach” para el manejo del TPC en pacientes hemodinámicamente estables, esto asociado al desarrollo del estudio por métodos de imágenes, específicamente la angiografía por tomografía computarizada (AngioTC). Este nuevo enfrentamiento ha permitido, además de demostrar ser efectivo en identificar y excluir lesiones vasculares y/o aerodigestivas, disminuir el número de exploraciones cervicales no terapéuticas en los pacientes, sin incrementos de la mortalidad y morbilidad asociados según lo reportado en estudios internacionales. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir la caracterización clínico y quirúrgica de los pacientes con TPC en Servicio de Urgencia (SU) del Hospital Padre Hurtado (HPH), a través de identificar necesidad de estudio con imagenes, lesiones locales asociadas, necesidad de resolución quirúrgica y mortalidad asociada en contexto del “No zone approach” implementado en nuestro centro. MATERIAL Y MÉTODO: Para esta serie de casos retrospectiva se revisaron atenciones de SU, fichas clínicas, protocolos quirúrgicos, epicrisis y atenciones ambulatorias. Se incluyeron pacientes con herida penetrante cervical que ingresaron al SU entre agosto 2020 y junio 2024. Se excluyeron los traumas contusos y aquellos catalogados como no penetrantes.RESULTADOS: Ingresaron 18 pacientes con diagnóstico de TPC, de ellos 16 fueron hombres (88.89%) y 2 fueron mujeres (11.11%). Las principales lesiones asociadas fueron vasculares (8 venosas y 4 arteriales), vía aérea se vio afectada en 5 pacientes (27.78%) y esofago en 1 paciente (5.56%). Al ingreso 14 del total de pacientes ingresan hemodinámicamente estables (77.78%). De los pacientes, 14 fueron sometidos a estudio con AngioTC de cuello y 12 del total requirieron de manejo quirúrgico en pabellón (66.67%). La mediana de estadía hospitalaria es de 5 días (0-41 días). Sin necesidad de reintervenciones. De los 18 pacientes del estudio se reporta 1 caso de mortalidad (5.56%), cuya etiología fue lesión por arma de fuego asociado a lesión de arteria subclavia y tronco braquiocefálico derecho que ingresó hemodinámicamente inestable a SU. CONCLUSIÓN: El TPC constituye una patología poco frecuente, y el enfrentamiento inicial en pacientes hemodinámicamente estable con AngioTC es ampliamente utilizada en nuestro hospital. Se reporta una baja morbilidad y mortalidad asociada.

EFICACIA DE LA TERAPIA ASISTIDA POR VACÍO EN EL MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE FARINGOPLASTIA POST LARINGECTOMÍA TOTAL EN CÁNCER DE LARINGE. EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Bárbara Gómez Q., Andrés Torrealba B., Luis Arratia T., Mónica Jiménez S., Jean Pierre Droguett G., Valentina Cerdán L., Cristian Gottschalk S.Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía Adulto. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.INTRODUCCIÓN: La terapia asistida por vacío es ampliamente usada en patología esofágica, sin embargo, presenta escasa literatura sobre su uso en faringe. El carcinoma escamoso es la histología más frecuente de los tumores laríngeos, el 50% se ubican en la glotis y el 30% son supraglóticos. La laringectomía total se describe como tratamiento quirúrgico en estadío T4a, y está asociada a complicaciones postoperatorias hasta en el 70% de los casos, siendo la más frecuente, la fístula faringocutánea.OBJETIVOS: Describir la técnica de curación asistida por vacío en el tratamiento de la dehiscencia de faringoplastia en el postoperatorio de laringectomía total.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de casos de pacientes del Hospital Hernán Henríquez Aravena Temuco, operados durante el 2024 por el Equipo de Cirugía Cabeza y Cuello, con diagnóstico de carcinoma escamoso de laringe T4aN0M0, sometidos a laringectomía total con faringorrafia primaria y cobertura con colgajo muscular pectoral.RESULTADO: Paciente masculino de 66 años, tabaquismo suspendido, presentó hematemesis con compromiso hemodinámico en su 18° día postoperatorio. Con apoyo de videolaringoscopio se constató dehiscencia de faringoplastía con sangrado activo de foco no precisable; se instala esponja de poliuretano porosa con sistema de vacío a -100 mmHg continuo (Endo-sponge artesanal). Paciente se mantuvo en UTI bajo sedación media y nutrición enteral (gastrostomía) con cambio de dispositivo cada 5 días. Se evidenció formación progresiva de tejido granulatorio hasta resolución del defecto al día 25 desde primer endo-sponge. Se logra realimentar y es dado de alta con régimen oral. Paciente masculino, 67 años, Tabaquismo IPA 20, evolucionó con fístula salival en 7° día postoperatorio. La Videofaringoscopía revela dehiscencia de faringoplastía, instalándose Endo-sponge artesanal. Paciente permanece bajo sedación profunda y nutrición enteral por sonda nasogástrica. Evaluado al 6° día desde instalación del sistema aspirativo, se evidencia cierre del defecto.CONCLUSIÓN: La dehiscencia de faringoplastía conlleva una morbilidad considerable. El uso de colgajos disminuye la tasa de fístulas salivales. Presentamos 2 casos en los que se extrapola el uso de Endo-sponge desde la cirugía endoscópica terapéutica esofágica, al manejo de defectos faríngeos. Si bien aún no se ha difundido su uso, la experiencia local inicial es comparable con la literatura internacional al evitar reexploraciones quirúrgicas y disminuir la morbimortalidad producto de fístulas, pudiendo llegar a ser extrapolable para otras patologías benignas o malignas de la faringe.

CIRUGÍA GENERAL

PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE: UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA PERITONEODIÁLISIS. REPORTE DE UN CASO

Josefa Erazo N., Enrique Biel W., Lorena Gárate G., Oscar Gamarra Ch.Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: La Peritonitis Esclerosante Encapsulante (ESP) secundaria a diálisis peritoneal (DP), es una entidad infrecuente (0.7-3.3%) y de alta mortalidad, caracterizada por fibrosis difusa de la membrana peritoneal y posterior encapsulamiento con formación de adherencias intestinales, pudiendo complicarse con obstrucción intestinal. El apoyo imagenológico permite diagnóstico preoperatorio oportuno y planificación quirúrgica anticipándose a los hallazgos intraoperatorios. La tomografía axial computarizada (TAC) permite su clasificación identificando parámetros estandarizados: calcificaciones y engrosamiento peritoneal, dilatación de asas y ascitis loculada, engrosamiento parietal y encapsulamiento intestinal. El tratamiento quirúrgico permite tratar la complicación aguda y toma de muestras para estudio histológico. El manejo puede contemplar adherenciolisis y decorticación, resección intestinal con anastomosis primaria o confección de estomas, y no está exento de complicaciones, entre ellas, la aparición de fístulas enterocutáneas. OBJETIVOS: Presentar un caso de ESP secundaria a DP complicada con obstrucción intestinal, su diagnóstico, tratamiento quirúrgico y revisión de la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente intervenida 2024 en un centro universitario. Revisión Pubmed con término de búsqueda: “encapsulating sclerosing peritonitis”. RESULTADO: Mujer de 46 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica desde los 15 años de edad, hiperparatiroidismo terciario operado y trasplante renal de donante vivo relacionado, que requirió nefrectomía del injerto a los 10 años post-transplante, fecha desde la cual se encuentra en PD. Ingresa a Servicio de Urgencias por cuadro de dolor y gran distensión abdominal, vómitos y aumento de parámetros inflamatorios con hemocultivo positivo para *E. coli*, iniciándose tratamiento para peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Presenta evolución tórpida, estudiándose con TAC que muestra imagen altamente sugerente de ESP. Por mala respuesta a manejo médico inicial, se decide laparotomía exploradora evidenciando engrosamiento calcificado del peritoneo parietal y epiplón desde donde se biopsia, además de gran compromiso inflamatorio del peritoneo visceral sin evidencia de perforaciones intestinales ni necrosis ni cambio de calibre evidente. Se realiza adherenciolisis y liberación de la ascitis loculada, teniendo favorable respuesta y evolución postoperatoria. El estudio histológico de las muestras de peritoneo confirman ESP. CONCLUSIÓN: La ESP es una complicación grave de la DP. Su diagnóstico y tratamiento oportunos son cruciales para mejorar el pronóstico del cuadro agudo y crónico de esta enfermedad. La cirugía permite tratar la emergencia, en general por obstrucción intestinal, y tomar muestras para estudio y confirmación histológica, pero no revertir el daño ni detener la progresión de EPS. Las complicaciones son relativamente frecuentes y de difícil manejo, como la aparición de fístulas enterocutáneas.

DIVERTÍCULO DE MECKEL INCIDENTAL ASOCIADO A OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO EN UN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO

Sebastian Bravo C., William Acero B., Katherine Romero O.Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder Servicio de Cirugía General Adulto Universidad San Sebastián, Chile, Facultad de Medicina, Posgrado de Cirugía General. INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel es la malformación congénita gastrointestinal más común (aproximadamente el 2% de la población general). Se desarrolla a partir de la obliteración incompleta del canal onfalomesentérico. El riesgo de sufrir complicaciones relacionadas a lo largo de la vida se estima en un 4-40%. El diagnóstico del divertículo de Meckel puede ser difícil ya que la afección permanece asintomática o puede imitar varias enfermedades. Generalmente se realiza durante el examen clínico de presentaciones como sangrado gastrointestinal inexplicable, obstrucción, inflamación o perforación. Las imágenes, especialmente el tránsito intestinal delgado, la tomografía computarizada, incluida la enterografía, y la gammagrafía pueden mostrar características de imagen típicas del divertículo de Meckel y sus complicaciones. La cirugía está indicada en presencia de factores de riesgo de complicaciones: sexo masculino, edad menor de 40 años, divertículo de más de dos centímetros de longitud y presencia de alteración mucosa observada macroscópicamente en la cirugía. La diverticulectomía simple o la resección segmentaria es el tratamiento preferido ya que la tasa de malignidad es baja. La resección seguida de anastomosis parece preferible a la resección en cuña o al grapado mecánico tangencial debido al riesgo de dejar mucosa heterotópica anormal.OBJETIVOS: Reportar un caso de divertículo de Meckel incidental asociado a obstrucción del intestino delgado en un paciente con bypass gástrico.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clıńico.RESULTADO: Paciente masculino de 45 años derivado a la urgencia por cuadro de abdomen agudo de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso y constante, irradiado en faja, asociado a intolerancia oral. Como antecedente quirúrgico, el paciente se había sometido hace 4 meses a un bypass gástrico. Debido a quiebre clínico se realiza tomografía computarizada que informa: signos de obstrucción intestinal de alto grado con cambio de calibre en asas de íleon distal en flanco derecho. Se lleva a pabellón de urgencia. Los hallazgos intraoperatorios se describen: A 80-90cm de válvula ileocecal presencia de divertículo de Meckel. Dentro de lumen de asas de delgado y divertículo de Meckel contenido alimentario de características empastada y encementada. Se realiza resección intestinal y anastomosis manual entero-enteral. Paciente evoluciona de manera favorable y es dado de alta a domicilio al cuarto día post operatorio. Se rescata informe histopatológico compatible con divertículo de Meckel de 5cm. CONCLUSIÓN: El divertículo de Meckel puede presentar complicaciones potencialmente mortales, por lo tanto, es esencial que se conozcan en detalle las características anatómicas y fisiopatológicas para prevenir complicaciones que resultarán en morbilidad y mortalidad.

ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES DE PARTES BLANDAS QUE REQUIRIERON HOSPITALIZACIÓN EN DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN HNAN

Jacqueline Villanueva, Valentina Cabrera, Javier Cotroneo Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso.INTRODUCCIÓN: Las infecciones de tejidos blandos son motivo frecuente de hospitalización en nuestro centro y aún no existe un protocolo que uniforme su manejo. Los criterios de hospitalización se basan en comorbilidades asociadas y presencia de sepsis. Los gérmenes más frecuentes son *Estafilococo aureus* y estreptococo piógenes.OBJETIVOS: Conocer cuáles son las infecciones de partes blandas más frecuentes; los antibióticos utilizados, los días cama, complicaciones para luego realizar un protocolo de manejo más estandarizado.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de cohorte prospectiva. Se incluyeron mayores de 15 años que se hospitalizaron entre mayo 2018 y diciembre de 2019 con los diagnósticos de celulitis, erisipela, fascitis, con y sin complicaciones que hayan recibido o no tratamiento previo. Se excluyeron los pacientes con pie diabético. Evaluamos las variables sexo, edad, comorbilidades, localización, tratamientos antibióticos, días cama, complicaciones, cultivos. RESULTADO: Se hospitalizaron 23 pacientes, 65% hombres, promedio de edad 56 años, el diagnóstico más frecuente fue la Celulitis en el 82% de los casos, con localización en Extremidad inferior en el 70%. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus, insuficiencia venosa y la obesidad en 22%,17% y 13% respectivamente. Sólo en el 13% de los casos se identificó agente causal por hemocultivo o cultivo secreción, el *Estafilococo aureus*. Sólo dos pacientes requirieron intervención quirúrgica un absceso localizado y el otro aseo quirúrgico por Gangrena de Fournier. Se utilizaron 7 esquemas de ATB diferentes, siendo el más frecuente la Cloxacilina en el 30%, con 5 días de hospitalización en promedio. Sin rehospitalización durante el seguimientoCONCLUSIÓN: En base a los resultados estableceremos un protocolo para los pacientes que se hospitalizan por celulitis con el antibiótico más utilizado, Cloxacilina y al mismo tiempo proponer mayor toma de cultivos y antibiogramas.

ENDOMETRIOSIS APENDICULAR COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA

Juan Maturana Arancibia[1], Macarena Vallejos Castillo[2]Universidad de Tarapacá.INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una causa común de abdomen agudo en Chile. La coexistencia de endometriosis pélvica y apendicitis aguda es cada vez más común en pacientes jóvenes. La invasión del apéndice cecal por endometrio es una causa extremadamente rara abdomen agudo tal como ocurrió con esta paciente.OBJETIVOS: Mostrar una causa rara de apendicitis aguda causada por la invasión de tejido endometrial. MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico. Mujer de 30 años que ingresa con TC abdomen y pelvis con contraste compatible con apendicitis aguda. Biopsia posterior muestra apendicitis aguda con endometriosis obstructiva.RESULTADO: Apendicectomía laparoscópica clásica, sin incidentes, y sin evidencia de focos de endometriosis pélvica, cuya biopsia muestra apendicitis con foco de endometriosis obstructiva. CONCLUSIÓN: La endometriosis es una causa extremadamente rara de apendicitis aguda, mostrando una clínica indistinguible de otras causas, y una evolución clásica cuyo diagnóstico definitivo es anátomopatológico.

REPORTE DE CASO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR SÍNDROME DE WILKIE, UN DESAFÍO ETIOLÓGICO

Bárbara Araneda G., Sergio Chaparro B., Miguel Monsalve A., Gonzalo López S., Alanis Díaz G., Mauricio Andrades M.Hospital Regional Franco Ravera Zunino.INTRODUCCIÓN: El síndrome de Wilkie o síndrome arteria mesentérica superior, tiene una incidencia del 0,013 al 0,3% en la población general. Es causa infrecuente de obstrucción intestinal alta, secundaria a una disminución del ángulo entre el origen de la arteria mesentérica superior y la aorta, junto con hipomotilidad gástrica, lo que resulta en la compresión de la tercera porción duodenal. Se debe sospechar ante cuadro de dolor abdominal posprandial, asociado a náuseas y vómitos. Es diagnóstico de exclusión, con imágenes características. OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de obstrucción intestinal debido al síndrome de Wilkie.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y protocolo operatorio del caso a reportar.RESULTADO: Paciente masculino, 28 años, con antecedentes de hidrocefalia con válvula derivativa y epilepsia, ingresa al servicio de cirugía por cuadro de obstrucción intestinal alta, tomografía de abdomen que informa dilatación gastroduodenal sin factor obstructivo evidenciable, sin embargo, se evidencia disminución de ángulo entre arteria mesentérica y aorta. Se realiza laparoscopia exploratoria donde se evidencia pinzamiento de la tercera porción duodenal producido por la arteria mesentérica superior, se realiza duodeno yeyuno-anastomosis, paciente evoluciona de manera favorable por lo que se indica alta al cuarto día post operado.CONCLUSIÓN: Debido a las múltiples causas de obstrucción intestinal, se sugiere alto nivel de sospecha en cuadro clínico sin causa evidente. Este síndrome es resultado de la disminución del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta, lo que provoca compresión extrínseca de la tercera porción duodenal, por lo tanto, en caso de descarte de las otras etiologías se deben buscar los signos imagenológicos sugerentes esta patología como: disminución del ángulo aortomesentérico (cuyo valor normal varía entre 38-65°) y la distancia aortomesentérica (que normalmente oscila entre 10-28 mm).

CAMBIOS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA APENDICITIS AGUDA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2020

Juan Ignacio Silva, Javiera Araya, Matías Panza, Attila Csendes Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente en Chile y a nivel global. Esta patología ha sido ampliamente estudiada a nivel mundial, con una incidencia global de 96,5 c/100.000 habitantes, demostrando grandes diferencias en distintos países, un estudio anterior ha concluido que Chile tiene una incidencia mayor a 150 c/100.000 habitantes, encontrándose en la estratificación más alta de los países estudiados a nivel globalOBJETIVOS: El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia y tasa de incidencia cruda y ajustada de la apendicitis aguda en Chile entre los años 2010 y 2020. Se evaluaron los cambios en la distribución geográfica, la incidencia por región y grupo etario, y la distribución de mortalidad según grupos etarios.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal descriptivo utilizando datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Se analizaron los egresos hospitalarios por apendicitis aguda y derivados según la codificación CIE-10. Se calcularon las tasas de incidencia cruda y se estandarizaron ajustándolas por edad y región mediante el método directo, usando los datos de población del censo 2017 y analizando la significancia estadística mediante el método T-Student, con $p < 0,05$ significativo.RESULTADO: En el período, se registraron 413,941 egresos hospitalarios por apendicitis aguda, un promedio anual de 37,630 casos. La tasa de incidencia ajustada nacional disminuyó un 22.8%, de 191.2 a 168.4 casos por 100,000 habitantes ($p < 0.05$). El año con mayor incidencia fue 2012, con una tasa ajustada de 209.6/100,000 habitantes, el 2020 tuvo la menor incidencia, con 168.5/100,000 habitantes, con Los Ríos presentando la incidencia promedio más alta y Coquimbo la más baja. La tasa cruda de incidencia promedio a nivel nacional fue de 214.4/100,000 habitantes. Geográficamente, se observó una mayor incidencia en regiones del sur comparadas con el norte, con diferencia significativa ($p < 0.05$). El grupo etario más afectado fue de 0-19 años, aunque su porcentaje disminuyó con el tiempo, la incidencia en mayores de 40 años aumentó. La mortalidad total en el período fue 342 pacientes, con mayor mortalidad en el grupo de mayores de 60 años. Las diferencias geográficas y el cambio en la distribución etaria sugieren la necesidad de más investigaciones para comprender factores de riesgo asociados.CONCLUSIÓN: Se concluye que la incidencia de apendicitis aguda en Chile muestra tendencia decreciente y distribución geográfica desigual, con mayor afectación en jóvenes, pero con aumento relativo en adultos mayores, con mayor mortalidad en este grupo etario respecto a edades menores.

CATASTROFE ABDOMINAL: “CUANDO LA ESPERANZA PARECE PERDIDA”

Christian Romero, María Fernanda Brito, Victor Martínez, Haylin Vilches, Nasser Eluzen, Carmelo RomeroHospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: El abdomen abierto o también conocido como protocolo de cierre diferido de pared abdominal, se caracteriza por la ausencia de cierre de la misma tras una intervención quirúrgica, puede resultar de una variedad de causas, incluyendo complicaciones quirúrgicas o como una técnica terapéutica para abordar cuadros clínicos abdominales complejos. Cuando esta condición se combina con inflamación, infección y múltiples cirugías abdominales previas, dando lugar a órganos frágiles, fístulas intestinales y complicaciones adicionales, se configura lo que se conoce como abdomen catastrófico. La fístula enteroatmosférica, es una comunicación entre el tracto digestivo y tejido granulatorio del paciente con abdomen abierto, representa un desafío particularmente complejo. El manejo de estos pacientes requiere un enfoque multidisciplinario centrado en la estabilización hemodinámica, terapia antimicrobiana, nutrición adecuada y el control de la infección. Se han empleado diversas estrategias, así como el sistema de cierre por presión negativa (VAC), para el manejo de las fístulas enteroatmosféricas. La mortalidad asociada a estas condiciones puede ser muy alta, llegando hasta el 50%. Este estudio presenta un caso ilustrativo de manejo exitoso del abdomen catastrófico en el Hospital Regional de Antofagasta, donde se aplicó un enfoque multidisciplinario para abordar esta situación. OBJETIVOS: 1. Demostrar que con la aplicación combinada de Toxina Botulinica , neumoperitoneo y sistema de presión negativa se puede realizar cierre definitivo de pared abdominal. 2. Evidenciar que en un solo tiempo quirúrgico con cirugia definitiva se pudo resolver fístula enteroatmosferica y restablecer el tránsito intestinal. 3. Disminuir tiempo de hospitalizacion, riesgo de mortalidad y los altos costos hospitalarios al manejar pacientes con fístulas enteroatmosfericas complejas de manera integral con técnicas combinadas, tratamiento médico y quirúrgico. CONTENIDO DE VIDEO: Introducción, Métodos, Presentación de caso clínico, Discusión, Conclusiones.

VÓLVULO GÁSTRICO COMO COMPLICACIÓN DE HERNIA HIATAL, PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS

Mesly Albarracín C., Marco Andrade V., Gely Muñoz B., Javier Reyes I., Francisco San Miguel M.Hospital el Pino.INTRODUCCIÓN: El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente, que se presenta habitualmente en pacientes de edad avanzada, y que se define como una rotación total o parcial del estómago de más de 180°, que puede ocurrir en su eje longitudinal (organo-axial) en un 59% de los casos o transversal (mesentero-axial) en un 29% de los casos y que normalmente está en contexto de una hernia hiatal de gran tamaño. El diagnóstico suele ser tardío, con riesgo de isquemia y necrosis gástrica si no se resuelve de manera inmediata. La recurrencia es alta por lo que el tratamiento quirúrgico definitivo es de vital importancia.OBJETIVOS: Presentar un reporte de casos de vólvulo gástrico de nuestro centro, su manejo inicial y tratamiento quirúrgico definitivo.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de serie de casos retrospectivo en el periodo comprendido entre enero a junio del 2023, mediante la revisión de la ficha clínica electrónica del sistema SIDRARESULTADO: Se describen 3 casos de pacientes con vólvulo gástrico secundario a hernia hiatal tipo III, con edades comprendidas entre 50 y 80 años, que presentaron síntomas como dolor torácico, sensación de disnea y vómitos y que fueron sometido a devolvulación endoscópica, posterior cirugía mediante Funduplicatura de Nissen laparoscópico, promedio de hospitalización 3 días, con buena tolerancia a la progresión del régimen.CONCLUSIÓN: El vólvulo gástrico es una patología muy rara, que se debe hacer un diagnóstico temprano, con una manejo inicial adecuado y realizar el tratamiento quirúrgico definitivo en los posible dentro de la misma hospitalización para disminuir y evitar las complicaciones que pueden ser letales para el paciente, por lo tanto es de vital importancia que el cirujano tenga en cuenta este tipo de casos para realizar un enfoque pertinente.

ABSCESO DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIO A FÍSTULA CUTÁNEA CAUSADO POR CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Alex González Arteaga, Jenniffer Pérez OrtizHospital Base Linares.INTRODUCCIÓN: El absceso de pared abdominal secundario a fístula cutánea causado por un cuerpo extraño intestinal es una condición rara pero significativa que puede presentar desafíos diagnósticos y terapéuticos. Presentamos el caso de una paciente femenina de 66 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, quien ingresó con una masa en la región periumbilical que drenaba material purulento, acompañada de síntomas como hiporexia, constipación y fiebre. Tras el drenaje de la masa y la realización de estudios de imagen, se identificó un cuerpo extraño, aparentemente una espina de pez, que había provocado la formación de un granuloma y una fístula cutánea. La paciente fue sometida a una laparotomía exploratoria, durante la cual se extrajo el cuerpo extraño y se realizó una omentectomía. La evolución postoperatoria fue favorable y la paciente fue dada de alta sin complicaciones.OBJETIVOS: Presentación de caso clínico.MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico.RESULTADO: Femenina de 66 años, con antecedentes de DM II, acude a nuestra unidad de salud derivada por la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente por diagnóstico de tumor en el colon (C 18.2). Al ingreso, la paciente refiere un cuadro clínico de 10 días de evolución caracterizado por hiporexia, constipación, sensación de fiebre no cuantificada y la presencia de una masa en el hipogastrio que drena material purulento. Se evidencia una masa de 6 x 6 cm localizada en la región periumbilical, que se proyecta hacia el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha (FID), con cambios tróficos en la piel, eritematosa, dolorosa a la palpación y no móvil. La masa se encuentra lateral a una cicatriz anterior y no muestra signos de reacción peritoneal. Se drena la masa, obteniendo aproximadamente 100 cc de contenido hematopurulento. La citología de la secreción muestra un frotis inflamatorio. Sin embargo, el cultivo y antibiograma no revelan desarrollo bacteriano. Se inicia antibioticoterapia empírica y se solicitan marcadores tumorales, con resultados de ACE 0.86 ng/ml y CA 19-9 0.87 U/ml. Estudios de Imágenes - Ecografía de Partes Blandas del Abdomen**: Se observa una colección en la pared abdominal, región periumbilical derecha, con comunicación con la cavidad abdominal y un volumen aproximado de 100 cc. Adyacente a esta colección, se identifica una imagen lineal ecogénica de 3.29 cm, probablemente un cuerpo extraño. - TC Contrastada de Abdomen y Pelvis (Figura 2) **: Se identifica una colección heterogénea en la pared abdominal anterior infraumbilical, que se extiende hacia la cavidad abdominal en contacto con el techo vesical. Se evidencia un cuerpo extraño en aparente relación con el colon transverso, compatible con enfermedad granulomatosa intestinal, con fistulización hacia la pared anterior y formación de absceso.CONCLUSIÓN: Se realizó una laparotomía exploratoria, evidenciando un granuloma en la pared abdominal anterior infraumbilical, en la línea media, en el sitio de drenaje del absceso original, con un trayecto que comunicaba hacia el peritoneo parietal anterior (Figura 3). Se encontró un plastrón formado por el epiplón mayor, el apéndice cecal y el colon transverso, cubriendo un segmento de íleon fijo a la pared abdominal anterior, con inicio de granuloma en dicho segmento, en el borde antimesentérico a 50 cm de la válvula ileocecal. Se identificó un cuerpo extraño envuelto en el plastrón, que impresionaba como una espina de pez. Se realizó una omentectomía y extracción del cuerpo extraño. La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones clínicas postquirúrgicas. La herida no presentó signos de inflamación, por lo que se le dio de alta a los 7 días de la intervención, posterior a finalizar el esquema antibiótico.

APLICACIÓN DE LA SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE SHOCK DE LA EMERGENCIA DE CIRUGÍA DE ADULTOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA

Kimberly S. Luna D., Hugo F. AlvaradoHospital Roosevelt, Guatemala.INTRODUCCIÓN: El manejo de la vía respiratoria en situaciones de emergencia constituye una parte fundamental del protocolo inicial para atender a pacientes críticos, y su correcta ejecución es crucial para el curso y desenlace del tratamiento. La secuencia adecuada y organizada de los procedimientos en el entorno de urgencias determina el éxito o fracaso de la intervención, destacando la importancia de seguir pautas y protocolos establecidos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención médica. Estos protocolos están diseñados para prevenir las complicaciones esperadas tanto de la enfermedad subyacente como de los posibles efectos secundarios del procedimiento, lo que favorece una gestión más efectiva de los casos clínicos. La aplicación de la Secuencia Rápida de Intubación (SRI) en el entorno de Urgencias se configura como un procedimiento estratégico que anticipa y gestiona los posibles efectos secundarios de los medicamentos empleados, adaptándose al contexto específico de cada paciente. Esta individualización en el manejo reduce el riesgo de complicaciones y favorece una evolución clínica satisfactoria. En este sentido, el cumplimiento riguroso de la SRI en Urgencias para el abordaje avanzado de la vía aérea se rige como un protocolo esencial para mejorar las probabilidades de éxito en la intubación orotraqueal y, en consecuencia, optimizar el pronóstico de los pacientes críticos. Para poder llevar a cabo una Secuencia Rápida de Intubación (SRI) debemos llevar a cabo las 7 p's descritas para el mismo, 1. Preparación 2. Preoxigenación 3. Pre-inducción 4. Sedación / Inducción 5. Paralización 6. Posicionamiento 7. Cuidados Post Intubación. En el Hospital Roosevelt se pretende llevar a cabo una investigación enfocada en la aplicación de la SRI en el manejo de la vía aérea mediante intubación orotraqueal en pacientes atendidos en el área de shock de cirugía, con el propósito de determinar su relevancia y utilidad en este contexto clínico específico. OBJETIVOS: 3.1 Objetivo General 3.1.1 Determinar la aplicación de la secuencia de Intubación rápida orotraqueal en pacientes atendidos en el área de shock de la emergencia de cirugía de adultos en el Hospital Roosevelt, por los residentes de los diferentes años de residencia. 3.2 Objetivos Específicos 3.2.1 Describir los pasos de la secuencia de intubación rápida orotraqueal que no se cumplen en el área de shock de la emergencia de cirugía de adultos en el Hospital Roosevelt por la falta de recursos. 3.2.2 Describir los pasos de la secuencia de intubación rápida orotraqueal que no se cumplen en el área de shock de la emergencia de cirugía de adultos en el Hospital Roosevelt por la falta de conocimiento de los residentes. 3.2.3 Identificar cuáles son los principales insumos faltantes en el área de Shock de la Emergencia para cumplir con la aplicación de la secuencia de Intubación rápida orotraqueal. MATERIAL Y MÉTODO: 4.1 TIPO DE ESTUDIO - Descriptivo, prospectivo, analítico 4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS - Boletas de recolección de datos llenadas por residentes de los diferentes años de cirugía después de realizada una intubación orotraqueal en el área de Shock de la Emergencia de Cirugía del Hospital Roosevelt. 4.3 POBLACIÓN - Pacientes intubados en el área de shock de la emergencia de Cirugía en el Hospital Roosevelt durante el mes de abril. 4.4 MUESTRA 4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN -Pacientes intubados por los diferentes residentes de cirugía en el area de shock de la emergencia de cirugía del Hospital Roosevelt. 4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN - Pacientes intubados en las diferentes áreas del Hospital Roosevelt - Pacientes intubados por médicos jefes del Hospital - Pacientes intubados en sala de operaciones - Pacientes que lleguen intubados extrainstitucionalmente. PROCESO Se utilizará una boleta de recolección de datos, los datos obtenidos después de la recolección de la información se procesarán en el programa Microsoft Excel, que permite organizarlos, empleando escalas cualitativas (nominales y ordinales) y cuantitativas (de razón y proporción) según las variables utilizadas. Los resultados son expresados en gráficas. RESULTADO: Se presentan resultados de 21 pacientes que fueron sometidos a una intubación orotraqueal durante el mes de abril del año 2024 en el área de Shock de Cirugía del Hospital Roosevelt. GRÁFICA NO. 1 nivel de Residencia de quienes realizaron la intubación orotraqueal Fuente: Datos obtenidos de la hoja de instrumento utilizada durante esta investigación. GRÁFICA NO. 2 Fuente: Datos obtenidos de la hoja de instrumento utilizada durante esta investigación. CONCLUSIÓN: El área de Shock de Cirugía del Hospital Roosevelt es el sitio donde ingresa el total de pacientes con historial de trauma, la primera causa de trauma documentada en este centro asistencial es el trauma craneoencefálico, siendo atendidos en su mayoría por los residentes del primer año en un 63%. Previo a la enseñanza del orden de la secuencia rápida de intubación un 89% de los médicos residentes desconocían el orden o los componentes de esta, posteriormente a la enseñanza se evidenció que el 90.5% de los residentes sí realizó la secuencia de intubación de acuerdo a las 7p. Se evidencio que los médicos residentes de los diferentes años el 90% tenían conocimiento parcial de otros medicamentos que son utilizados durante la pre-inducción, inducción y relajación muscular, por lo que es necesario mejorar la educación de los médicos residentes a todo nivel.

TORACOTOMÍA DE EMERGENCIA EN TAPONAMIENTO CARDÍACO POSTERIOR A IMPLANTE DE MARCAPASOS

Luna Elgueta, Carla Muñoz, Pedro DonetchHospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua.INTRODUCCIÓN: La toracotomía de emergencia (TE) se realiza en pacientes que llegan al servicio de urgencias (SU) con inestabilidad hemodinámica y compromiso vital, siendo una indicación común el taponamiento cardíaco. Las heridas cardíacas penetrantes son la causa principal de esta intervención. La lesión pericárdica posterior a la implantación de marcapasos es una complicación poco frecuente pero grave, con alta mortalidad sin un diagnóstico oportuno.OBJETIVOS: Presentación de caso clínico de taponamiento cardíaco posterior a implante de marcapasos donde se realizó toracotomía de emergencia.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico presentado en Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua y revisión bibliográfica.RESULTADO: Mujer, 33 años. Antecedentes de disautonomía maligna e implante de marcapasos dos días previos a la consulta, refirió dolor punzante en hombro izquierdo que aumentó progresivamente, asociándose a diaforesis y palidez. Electrocardiograma y telemetría de los marcapasos normales. Paciente no respondió a tratamiento analgésico y evolucionó con dificultad respiratoria, requiriendo traslado al Hospital Regional de Rancagua. Ingresó soporosa, hipotensa (83/38 mmHg), con llene capilar enlentecido. Ecografía FAST evidenció derrame pericárdico moderado, realizándose pericardiocentesis, drenando 60 ml de sangre. Mantuvo inestabilidad hemodinámica y se trasladó a pabellón para realizar TE. Se realizó abordaje anterolateral izquierdo y pericardiotomía longitudinal con extracción de sangre y coágulos; aproximadamente 250 ml, no se observó laceraciones ni perforaciones cardíacas, sólo sangrado en napa en sitio de inserción de marcapasos. Se realizó masaje cardiaco interno, se instaló dos drenajes pleurales y se cerró la cavidad. Ecografía bedside posterior evidenció contractilidad cardiaca global conservada y derrame pericárdico leve. Evolucionó favorablemente hasta el alta clínica a su domicilio.CONCLUSIÓN: El manejo rápido y efectivo del taponamiento cardíaco mediante la TE es clave en la disminución de la mortalidad. La evaluación clínica, la historia médica y el uso de la ecografía FAST desempeñan un papel crucial en el diagnóstico y la indicación de TE. La lesión pericárdica secundaria a la implantación del marcapasos representa un desafío clínico importante, subrayando la importancia de mantener un alto índice de sospecha de complicaciones relacionadas con dispositivos cardíacos implantables en pacientes con síntomas agudos.

RESULTADOS DE CIRUGÍA EN GANGRENA DE FOURNIER, EN PACIENTES MANEJADOS EN EL HOSPITAL EL PINO. PERÍODO DE ESTUDIO 2019-2023

Carol Escalona Boada, Jaime Esteban Castiblanco, Manuel Rodríguez Contreras, André Mesías, Joaquín Ponce Henríquez, Vicente Fernández Rodríguez, Jorge Arche Prats, Sergio Aranda GancedoHospital El Pino.INTRODUCCIÓN: La gangrena de Fournier se describe como una fascitis necrotizante de la región genitoperineal, que ocurre tanto en hombres como en mujeres y que es provocada por una infección polimicrobiana sinérgica entre microorganismos aerobios y anaerobios.1 Existe gran cantidad de factores predisponentes, dentro de los que destacan la diabetes mellitus, el alcoholismo y la inmunodepresión de diferentes causas2. Esta tiende a propagarse a lo largo de los planos fasciales con afectación inicial de los planos fasciales superficiales (fascia de Colles), la infección de la fascia de Colles puede luego propagarse al pene y al escroto a través de la fascia de Buck y Dartos, o a la pared abdominal anterior a través de la fascia de Scarpa, o viceversa.3 Aunque esta entidad clínica se atribuye epónimamente al venereólogo parisino Jean- Alfred Fournier, quien la describió como una gangrena fulminante del pene y el escroto en hombres jóvenes, Baurienne en 1764 y Avicena en 1877 habían descrito la misma enfermedad anteriormente. 4 A pesar del tratamiento oportuno y agresivo, la afección es potencialmente mortal, ya que la mayoría de los estudios informan tasas de mortalidad de entre el 20% y el 40% con un rango del 4-88%.3 El desbridamiento quirúrgico precoz de los tejidos necróticos y la administración de antibióticos son fundamentales en el tratamiento de la GF.4 OBJETIVOS: Describir los resultados de cirugía en Gangrena de Fournier, en pacientes manejados en El Hospital El Pino, periodo de estudio 2019-2023.MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un diseño de tipo transversal, en que se evaluará la evolución clínica de pacientes manejados quirúrgicamente con diagnóstico de (GF) en El Hospital El Pino, periodo de estudio 2019-2023. Dado que se pretende evaluar a la totalidad de los pacientes, intervenidos durante el periodo, no se realizará un cálculo de tamaño muestral.RESULTADO: Nuestro estudio se trata de un diseño de tipo transversal, en que se evaluará la evolución clínica de pacientes manejados quirúrgicamente con diagnóstico de (GF) en El Hospital El Pino, periodo de estudio 2019-2023. En este periodo se hospitalizaron en nuestro centro un total de 43 pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier la edad media de ellos fue de 57 años, 57,83 18 (41.86%) de los cuales fueron mujeres y 25 (58.13%) son hombres. Con respecto al estado nutricional de los pacientes atendidos por este diagnóstico 68,29% de ellos tenían un IMC igual o mayor a 20, con respecto a las comorbilidades asociadas, destaca que 76,74% de los pacientes tenían diabetes, 60,47% hipertensión y 60,47%, sin diferencias significativas entre ellas. El 69,77 % de los pacientes observados tuvieron su primera intervención quirúrgica en menos de 24 horas de su llegada a urgencias (tabla 2) y 100% de ellos fue tratado con antibióticos de amplio espectro. Con respecto a las comorbilidades que se asociaron durante la estadía hospitalaria, se evidencio, 34,88% desarrollaron anemia, 20.93% tuvo algún tipo de trastorno hidroelectrolítico, 11.63 % tuvo curso con desnutrición hipoproteica, 20,93% presentó durante su hospitalización insuficiencia respiratoria y 18,60% insuficiencia cardiaca sin embargo no hubo una diferencia significativa entre ellas. En total la mortalidad de los pacientes ingresados por gangrena de fournier en el periodo de estudio fue del 16.28%. Para la confirmación diagnóstica al total de los pacientes se le solicitó tomografía axial computarizada a su ingreso 97,22% de ellas confirmaron diagnóstico de gangrena de fournier. La media de intervenciones quirúrgicas que requirieron los pacientes con gangrena de Fournier de este estudio fue de 7.39 (tabla 3 y 4), el 100% de los pacientes tenía compromiso de más de 50% del perine; solo 18,60% de los pacientes ingresados requirió de colostomía para derivación fecal; para el cierre definitivo del defecto posterior a la debridación a 27.91% de ellos se les realizó colgajo para el cierre, mientras 72.09% tuvieron un cierre por segunda intención, con respecto a complicaciones de las cirugías realizadas el 8% de los pacientes tuvo complicaciones tipo 1 y 2 en la escala de Clavien Dindo. Analizando la estadía hospitalaria en pacientes con gangrena, la media de días de hospitalización fue de 56 días. De todos los pacientes hospitalizados por esta causa sólo 25,58% ameritó ingreso a una unidad de Cuidados intensivos (UCI), el promedio de estadía en UCI fue de 7,74 días. CONCLUSIÓN: La gangrena de Fournier sigue siendo una causa potencialmente letal de infección en el área perineal, el desbridamiento quirúrgico precoz antes de las primeras 24 horas y el antibiótico de amplio espectro sigue siendo un elemento fundamental en el manejo de la misma. Además, que el uso de tomografía axial computarizada ha facilitado el diagnóstico de manera precoz. La diabetes y el IMC sobre 20 se han visto implicados en la mayoría de las series publicadas sobre esta enfermedad como las comorbilidades más frecuentemente asociadas a la misma. Ambas son gran causa de morbilidad en el mundo moderno, lo que consecuentemente podría verse implicados en más casos de hospitalización por esta infección, esto ya confiere una causa importante de costos hospitalarios.

ESPLENECTOMÍA EN CONTEXTO DE TRAUMA, INDICACIONES Y MANEJO ALTERNATIVO

Javiera Campos M., Camila Sotomayor L., Ricardo Bahamondes A., Alejandro Tallar N.Hospital San José.INTRODUCCIÓN: El bazo es el órgano lesionado con mayor frecuencia en el trauma abdominal cerrado, presentándose en 30 a 50% de los casos, principalmente por su localización y fragilidad. Su tratamiento ha estado en constante cambio, siendo hoy en día más utilizado el manejo conservador por sobre el intervencional y quirúrgico. Sin embargo, en ciertos casos debido a la gravedad de la lesión, el compromiso vascular o la inestabilidad hemodinámica la esplenectomía resulta inevitable.OBJETIVOS: Reportar caso clínico de paciente en el cual se realizó una esplenectomía posterior a un trauma toracoabdominal cerrado y realizar revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica del paciente y revisión de la literatura utilizando Pubmed.RESULTADO: Paciente de 72 años, consulta en el servicio de urgencias tras caída desde escalera de 3 metros de altura presentando contusión toracoabdominal. Se realiza TC abdomen y pelvis con contraste que informa múltiples fracturas costales, derrame pleural laminar, hemoperitoneo, pero radiólogo no hace referencia al bazo. Posteriormente, paciente cursa con taquicardia y caída de hematocrito hasta 21%, por lo que se decide realizar AngioTC abdomen y pelvis en que destaca progresión de hemoperitoneo en contexto de lesión esplénica (grado IV). Se decide realizar laparotomía exploradora. Se evidencia hemoperitoneo de aproximadamente 1 litro y laceración esplénica extensa con compromiso del hilio grado IV, por lo que se realiza esplenectomía. Luego de 6 días post operado y tras evolución favorable, se decide alta del paciente.CONCLUSIÓN: El manejo del trauma esplénico ha evolucionado en las últimas décadas, prefiriendo cuando es posible el manejo conservador, como observación del paciente a través de técnicas imagenológicas, pasando por manejos intervencionales como la angioembolización y reservando el manejo quirúrgico para cuando es estrictamente necesario; disminuyendo así la morbimortalidad y complicaciones que trae consigo una esplenectomía. El manejo conservador requiere de intensa monitorización, examen físico exhaustivo, pruebas de laboratorios frecuentes que evidencien un sangrado importante, por ejemplo, la caída del hematocrito o hemoglobina. Para orientar el manejo se utiliza la clasificación creada en 1989 por la Asociación de Cirugía del Trauma (AAST) que divide al trauma en cinco grados de acuerdo a extensión del hematoma y profundidad del daño apreciado en un estudio tomográfico. Actualmente el tratamiento conservador está recomendado para lesiones I-III; los estadios mayores (IV y V) o cualquier grado, siempre y cuando exista compromiso hemodinámico, implican tratamiento intervencional o quirúrgico.

HEMOGLOBINURIA POSTERIOR A HEMOPERITONEO

Owen Korn, Álvaro Morales, Sebastián Sapiain, María Jesús VialDepartamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: Introducción: En 1959, Cohn et al, publicaron en JAMA, el primer caso de hemoglobinuria secundaria a reabsorción de hemoperitoneo. En los últimos 65 años, solo se ha publicado en la literatura un caso en 2009, se reporta en tercer caso. OBJETIVOS: Objetivos: Reporte del tercer caso clínico registrado y revisión de la fisiopatología e implicancias diagnósticas y terapéuticas de esta entidad.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso: Paciente hombre de 19 años con antecedentes de colecistolitiasis, se realiza colecistectomía laparoscópica electiva. El primer día postoperatorio evolucionó con taquicardia y lipotimia. El segundo día post cirugía los análisis de sangre presentan una caída en los niveles de hemoglobina (Hb) respecto del preoperatorio de 15 g/dL a 9,4 g/dL. La ecografía abdominal mostró líquido libre en los espacios perihepático y periesplénico y en el espacio parietocólico derecho. Hemodinámicamente estable, con presiones arteriales medias >65 mmHg y con buen estado general, por lo que se manejó de forma conservadora con buena respuesta clínica. Recibe alta médica al tercer día postoperatorio en buenas condiciones. Al octavo día postoperatorio consultó en servicio de urgencias por presentar “orina con sangre” sin otros síntomas relevantes, También refiere leve equimosis y ligero dolor en heridas operatorias, en buenas condiciones y estable hemodinámicamente. El análisis de orina con tira reactiva fue positivo para un estimado de 300 eritrocitos/uL y un urobilinógeno de 4 mg/dL; en particular, solo se visualizaron entre 5 y 10 glóbulos rojos en el microscopio. El laboratorio confirmó niveles de hemoglobina estables desde el momento del alta, bilirrubina total de 2,83 mg/dL con bilirrubina directa de 1,38 mg/dL, transaminasas elevadas <2 veces el rango normal, fosfatasa alcalina y gamma glutamiltranspeptidasa <1,5 veces el rango normal. La tomografía computarizada abdominopélvica reveló líquido libre con densidad sanguínea en los cuadrantes abdominales derechos, concordantes con ecografía previa al momento del alta y una colangiografía por resonancia magnética que descartó lesiones de la vía biliar. Fue hospitalizado y manejado de manera conservadora, con hidratación intravenosa y analgesia estándar. Se realizaron análisis seriados de orina y sangre, con un aclaramiento significativo del aspecto macroscópico de la orina y el análisis de orina con tira reactiva mostró una disminución en la cantidad de glóbulos rojos estimados, sin aparición de glóbulos rojos en microscopía. Paralelamente, hubo una tendencia a niveles más altos de Hb en sangre en el control del undécimo día postoperatorio. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a los 4 días de internación. RESULTADO: Discusión: Hay datos limitados sobre la relación entre el hemoperitoneo y la hemoglobinuria. Hasta donde sabemos, solo hay dos reportes de casos en la literatura publicada. El primer caso publicado fue el de una paciente con hemorragia ginecológica posparto, y el otro post esplenectomía laparoscópica electiva. Ambos grupos sugirieron que existía una transfusión autóloga de glóbulos rojos a la vasculatura desde la cavidad peritoneal a través de los estomas diafragmáticas, esto fue demostrado en estudios fisiológicos del siglo XX. Curiosamente, hay datos de que estos glóbulos rojos son reabsorbidos y reaparecen en la circulación en 1 o 2 semanas. Estos datos, sin embargo, no explican la aparición de hemoglobinuria en estos pacientes. Sin embargo, esto puede explicar por qué hay un rápido aumento de los niveles de hemoglobina después de una hemorragia peritoneal importante sin transfusión heteróloga. Cuando se produce hemoperitoneo masivo, hay un proceso de hemólisis dentro de la cavidad peritoneal, y está hemoglobina libre es reabsorbida por la serosa peritoneal ingresando a la circulación sistémica; este proceso comienza aproximadamente después del cuarto día del hemoperitoneo2. Esta hemoglobina “libre” se une a la haptoglobina hasta que este sistema se satura, luego comienza se filtra a través del glomérulo hacia los túbulos renales, siendo reabsorbida hasta alcanzar un umbral. Cuando se supera este límite aparece la hemoglobinuria, sin evidencia de eritrocitos a la microscopía. El momento de aparición de la hemoglobinuria en los casos descritos en la literatura, ocurrían al 7° día postoperatorio, similar a lo ocurrido en este caso, donde fue notada por el paciente al 8° día y confirmada en el laboratorio el mismo día. De acuerdo con la evolución descrita en los reportes publicados, la hemoglobinuria fue disminuyendo progresivamente, hasta el décimo día postoperatorio. Es importante considerar la hemoglobinuria en pacientes postoperados que llegan a urgencias como diagnóstico diferencial de “orina con sangre” o coluria. Cabe destacar que, en este caso, también se observó una concentración elevada de bilirrubina en sangre y orina, lo que en el contexto de una colecistectomía debería hacer sospechar una posible lesión de la vía biliar. En este contexto, y ante una imagen que muestra una vía biliar indemne, la hemoglobinuria debe hacer sospechar de un proceso hemolítico, tal vez en el contexto de una reabsorción de un hematoma o hemoperitoneo. Este fenómeno, descrito en 1931 por Robertson en pacientes traumatizados, con la afirmación “La hemoglobinuria seguirá a la hemorragia, en cualquier parte del cuerpo”, es una herramienta semiológica olvidada hace mucho tiempo que merece ser considerada nuevamente entre las herramientas de diagnóstico de la medicina moderna.CONCLUSIÓN: Conclusión: La Hemoglobinuria en el postoperatorio es un signo poco discutido en la literatura. Se propone interpretarlo como un signo semiológico que haga sospechar de un sangrado clínicamente oculto e incite a realizar un estudio más ampliado.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS, REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL BASE PUERTO MONTT

Edison Arciniegas, Francisca Mayorga, Katherine Romero, Bernardita MenéndezHospital Puerto Montt.INTRODUCCIÓN: El situs inversus totalis (SIT) es una malformación congénita infrecuente la cual se hereda de forma autosómica recesiva. Consiste en la alineación errónea de los órganos, los cuales se encuentran situados en el lado opuesto del cuerpo. Tiene una incidencia de 1 en 10.000 a 20.000 nacimientos vivos. La asociación entre pacientes portadores de SIT y patología de vesícula biliar es poco frecuente, reportando una incidencia de 0,0049% en Estados Unidos y 0,001% en México. Actualmente, la colecistectomía laparoscópica es ampliamente utilizada en el manejo de la patología biliar, sin embargo, en pacientes con SIT hasta el año 2018, sólo se han reportado 92 casos en la literatura inglesa.OBJETIVOS: Presentar un caso de colecistitis aguda en un paciente con SIT, caracterizando su presentación y manejo.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y protocolo operatorio.RESULTADO: Paciente femenina, 23 años, con antecedentes de asma y situs inversus totalis, consulta en servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución, caracterizado por dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo, asociado a vómitos. Al exámen físico destaca dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo en inspiración profunda, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita exámenes de laboratorio y ecografía que evidencian signos de colecistitis aguda por lo que se hospitaliza para resolución quirúrgica. En el acto operatorio se instalan trócares en zona umbilical, subxifoideo, hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo. Se visualiza hígado y vesícula en hipocondrio izquierdo, la cual se encontraba distendida con paredes finas, conducto cístico fino, arteria cística posterior, ganglio cístico hipertrófico. Se disecciona estructuras hasta visión de seguridad de strasberg, ligadura con clips y sección de conducto cístico y arteria cística. Se completa ectomía en retrograda. Exéresis en endobag por puerto umbilical, revisión de hemostasia y aseo. Extracción de trocares y cierre por planos; procedimiento realizado sin incidentes.CONCLUSIÓN: La colecistitis aguda en pacientes con Situs Inversus, plantea un desafío clínico dado su presentación clínica en el lado contralateral, siendo así un factor de riesgo para confusiones en hipótesis clínicas y diagnóstico tardío en caso de no conocer el antecedente de esta patología. El estudio de imagen es de suma relevancia en estos casos, tanto para el diagnóstico, como para planificar su abordaje. En cuanto al manejo quirúrgico, se requiere de un operador con experiencia debido al desafío que conlleva la disección de estructuras por la anatomía en forma de “espejo”.

DIVERTICULITIS DE MECKEL - UN CASO ESPECIAL

Jorge Labra Rojo, Carol Escalona, Daniela Colina, Eduardo Pérez Jara y Jorge Arche Prats Universidad Andrés Bello.INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel es una anomalía congénita más común del aparato gastrointestinal. Se presenta principalmente en niños menores de 2 años, sin embargo, pueden ser descubiertos de forma incidental hasta edad adulta. Se presenta más frecuentemente en paciente con otras malformaciones congénitas. Este divertículo verdadero, suele estar ubicado cercano a la válvula ileocecal, y puede contener dos tipos de tejido gástrico o pancreático. Puede presentarse con síntomas como rectorragia, dolor abdominal inespecífico o cuadros clínicos sugerentes a una obstrucción intestinal, hemorragia digestiva baja, perforación intestinal, apendicitis o peritonitis. Las complicaciones asociadas se manifiestan habitualmente en hombres con tasa del 4%. El tratamiento de divertículo de Meckel sintomático es quirúrgico por vía laparoscópico o abierto.OBJETIVOS: El objetivo del presente es mostrar el hallazgo de dos patologías congénitas infrecuentes en la cirugía de urgencia, junto a su enfrentamiento quirúrgico y en el seguimiento postoperatorio.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico de Diverticulitis de Meckel Paciente de 26 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal, fosa ilíaca derecha, tipo cólico, que se irradia a fosa lumbar, asociada a diarrea, hipoingesta, anorexia sin fiebre. Al examen físico dirigido de ingreso destaca abdomen blando, depresible, doloroso, signos de irritación peritoneal, signos positivos McBurney (+), Blumberg (+), Psoas (+), Rovsing (+). En exámenes de ingreso presenta parámetros inflamatorios elevados. En imágenes de ingreso presenta TC de abdomen y pelvis con hallazgos sugerentes de Diverticulitis de Meckel asociado a apéndice vermiforme ubicado en fosa ilíaca derecha de aspecto flegmonoso (Ver Figura 1). Se realiza cirugía laparoscópica con hallazgos de apéndice cecal flegmonosa con base apendicular y divertículo de Meckel perforado contenido por plastrón a mesocolon proximal a la válvula ileocecal a 110 cm de válvula ileocecal y a 240 cm del ángulo de Treitz. Se efectúa resección intestinal de 10 cm a nivel ileal, luego anastomosis termino terminal manual (Ver figura 2). Resultado de biopsia: Divertículo de Meckel con tejido de predominio ileal. En postoperatorio cursa con tratamiento antibiótico con Ceftriaxona + metronidazol. En lo cardiológico se pesquisa soplo tricuspídeo, que se estudia con ecocardiograma (alteraciones del septum) y angioTAC de tórax (Drenaje venoso anómalo de pulmón derecho a aurícula derecha, generando dilatación de cavidades derechas e hipertensión pulmonar PSAP 55 mmHg), confirmando otra anomalía congénita: Síndrome de cimitarra. Paciente evoluciona de forma favorable, sin complicaciones quirúrgicas, por lo que se decide el alta a los 7 días de postoperatorio. Se realiza control al primer mes y el tercero, sin nuevos hallazgos.RESULTADO: Discusión clínica La diverticulitis de Meckel es la anomalía congénita más común del aparato gastrointestinal y del intestino delgado causada por la obliteración incompleta o completa del conducto vitelino (onfalomesentérico) en la 5ta a 7ma semana del desarrollo embrionario que surge por la cara antimesentérica de la porción media o distal del íleon, siendo así un divertículo verdadero. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, y son descubiertos incidentalmente por estudios de imágenes. Los síntomas más comunes son el dolor abdominal y sangrado gastrointestinal en la primera década de vida. En niños representa el 50% aproximadamente de todos los sangrados gastrointestinales en menores de 2 años 3,4. Está presente en el 2% de la población, con incidencia variable entre 0.6 y 4%, siendo más frecuente en hombres que mujeres en razón de 2:1 (3.4). Los pacientes con otras malformaciones de tracto gastrointestinal, sistema nervioso o cardiovascular tiene más riesgo de tener un divertículo de Meckel. En población pediátrica, su ubicación habitual es a 2 pies proximales a la válvula ileocecal, de tamaño habitual 2 pulgadas de largo o menos. En cuanto a la histología, puede contener 2 tipos de tejido gástrico o pancreático. El bicarbonato secretado por el páncreas en el duodeno neutraliza el ácido secretado por la mucosa gástrica. En un divertículo de Meckel con tejido gástrico ectópico se secreta ácido que no se neutraliza lo que da resultado la ulceración de la mucosa adyacente, que conduce a sangrado indoloro a distal de divertículo y no en el divertículo mismo6. En niños se presenta dentro de los primeros 10 años, con promedio de 2.5 años con sangrado rectal indoloro descrito como gelatina de grosella o del color del ladrillo, mientras que en adultos puede ser presentado como hemorragia digestiva aguda o crónica (tanto con melena como hematoquecia), obstrucción intestinal por vólvulos o bridas, intususcepción, incarceración del divertículo, diverticulitis, perforación intestinal, apendicitis aguda o inclusive un tumor. Este último se ha asociado a tumores neuroendocrinos, GIST, adenocarcinoma, linfomas y metástasis de otros tumores. Se plantea que para el enfrentamiento inicial de un divertículo de Meckel sintomático pueda ser complementada la clínica con estudios de laboratorio e imagenológico, siendo de estos últimos el de elección: TAC de abdomen y pelvis con contraste. Es útil la angiografía mesentérica cuando existe sangrado mayor de 0,5 ml/min. El manejo de Divertículo de Meckel depende de la sintomatología del paciente: - Cuando es sintomático, el tratamiento consiste en la escisión quirúrgica por vía laparoscópica o abierta, tanto del divertículo como del íleon adyacente. Por último, cabe destacar que divertículo de Meckel se presenta más frecuentemente en paciente con otras malformaciones congénita. En este caso se pesquisa otra anomalía congénita inusual en el postoperatorio.CONCLUSIÓN: En el enfrentamiento del abdomen agudo es infrecuente encontrar al divertículo de Meckel como etiología, dado que es una patología congénita no habitual en edad adulta. Sin embargo, al presentarse como hallazgo prequirúrgico es necesario considerar la mejor manera de abordarlo, qué complicaciones y comorbil

idades asociadas en el postoperatorio puede presentar, por esto tener un conocimiento de esta patología es fundamental para dar el mejor tratamiento a nuestros pacientes.

CISTOADENOMA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO: REPORTE DE UN CASO

Luis Marcano, Jorge Medrano, Camila SepúlvedaHospital Las Higueras Talcahuano.INTRODUCCIÓN: El cistoadenoma seroso ovárico es un tumor derivado del epitelio celómico superficial, casi siempre benigno, aunque pueden ser malignos, especialmente en mujeres posmenopáusicas. Su tamaño es variable, siendo entre 3 y 10 cm lo más frecuente. Rara vez, representan un cuadro de abdomen agudo quirúrgico, pero su consideración ante el compromiso clínico y la inestabilidad hemodinámica precisa una resolución quirúrgica oportuna. Se presenta el caso de paciente femenina, 82 años, hipertensa, postmenopáusica con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de 5 días de evolución, asociado a ausencia de deposiciones, náuseas y vómitos. Al examen físico dolor en hemiabdomen derecho, sensible a palpación con defensa involuntaria en fosa iliaca ipsilateral. Los hallazgos de imágenes demostraron lesión quística ovoidea de aproximadamente 13 cm de diámetro mayor, condicionando compresión y desplazamiento de estructuras abdominales en estrecha relación con el polo cecal, considerándose la posibilidad de un mucocele apendicular. Se realiza laparotomía exploratoria en donde se obtuvo como hallazgos un plastrón conformado por epiplón mayor, asas delgadas y lesión quística tumoral en relación a raíz de mesenterio y ciego de 15cm diámetro aproximadamente con cambios necrohemorrágicos. Se realiza quistectomia más salpingectomia derecha. Paciente con evolución clínica favorable. El reporte histopatológico fue compatible con cistoadenoma seroso. OBJETIVOS: Cistoadenoma como causa de abdomen agudo quirúrgico: reporte de un caso.MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Se realiza laparotomía exploratoria en donde se obtuvo como hallazgos un plastrón conformado por epiplón mayor, asas delgadas y lesión quística tumoral en relación a raíz de mesenterio y ciego de 15cm diámetro aproximadamente con cambios necrohemorrágicos. Se realiza quistectomia más salpingectomia derecha. Paciente con evolución clínica favorable. El reporte histopatológico fue compatible con cistoadenoma seroso. CONCLUSIÓN:

TUMOR GIGANTE DEL RETROPERITONEO, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Daniela Colina A., Jorge Labra R., Catalina Acuña M., Tamara Daire R., Sergio Aranda G., Marco Andrade V.Servicio de Cirugía Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía. Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: Los quistes retroperitoneales son tumoraciones benignas o malignas originadas en el espacio retroperitoneal, la gran mayoría de ellos presentan características de benignidad, predominan en el sexo femenino y se clasifican fundamentalmente en base a su tejido de origen. El tratamiento depende de la histopatología. Los linfangiomas quísticos son infrecuentes malformaciones congénitas del sistema linfático de crecimiento lento, generalmente detectadas en el periodo perinatal, aunque también pueden surgir en adultos debido a traumas, infecciones o neoplasias. Se describen predominantemente en el cuello y las axilas (95%) y, en menor medida, en el abdomen y el tórax (5%). Estos tumores benignos resultan de obstrucciones congénitas o adquiridas del sistema linfático y se presentan con clínica inespecífica como dolor abdominal y náuseas, siendo a menudo diagnosticados incidentalmente mediante estudios de imagen. El tratamiento más efectivo es la extirpación quirúrgica completa del quiste, ya que la resección parcial o el drenaje simple tienen altas tasas de recurrencia.OBJETIVOS: Reportar los hallazgos clínicos, quirúrgicos, imagenológicos e histopatologías compatibles con tumor retroperitoneal.MATERIAL Y MÉTODO: Se recopilaron variables clínicas, imagenológicas y quirúrgicas a propósito de un caso de linfangioma quístico retroperitoneal. Se realizó análisis descriptivo.RESULTADO: Paciente femenina de 31 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consulta en policlìnico de cirugía hospital el pino por molestias abdominales inespecíficas, se pesquisa en eco abdominal masa quística de gran tamaño que impresiona adherida a riñón izquierdo. Se solicita tomografía la que informa gran masa quístico unilocular de 20x12x27 cm, ocupando todo hemiabdomen izquierdo, extendiéndose desde la región subfrénica izquierda hasta la altura de la bifurcación de las arterias ilíacas ipsilaterales (figura 1,2,3). Desplazando hacia anterior al bazo, páncreas y comprime parcialmente la cámara gástrica. El riñón izquierdo rechazado hacia posterior e inferior. Se complementa estudio con RMN describiendo gran masa quística retroperitoneal con contenido de aspecto hemático proteináceo pudiendo corresponder a un linfangioma. Se solicitan estudios preoperatorios y se programa cirugía Resección de tumor retroperitoneal. Se realiza laparotomía media supra e infraumbilical, al acceder a cavidad se expone masa tumoral. Dado a difícil movilización por gran tamaño de tumor a la liberación de plano posterior se decidió punción del tumor con características quísticas dando salida a 5 litros de líquido verdoso. Se reseca la cápsula tumoral en su totalidad la cual se envía a biopsia diferida. Además, a nivel epigástrico se evidencia estructura que aparenta ser páncreas ectópico adherido el cual se logra y se envía con pieza quirúrgica a biopsia diferida. Se deja drenaje tubular. Estudio anatomopatológico informa hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con quiste linfangiomatoso. En su postoperatorio paciente con buena evolución, dada de alta al 3er día con drenaje y retirando en control ambulatorio a la semana sin incidentes. CONCLUSIÓN: El linfangioma quístico es una patología infrecuente en la que solo un 5% se presenta en el abdomen. Su clínica inespecífica genera que su diagnóstico sea incidental por imágenes. Su tratamiento más efectivo es la exéresis completa del quiste ya que la resección parcial o drenaje tienen altas tasas de recurrencia.

HERNIA DE GARENGEOT ASOCIADA A APENDICITIS AGUDA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lorena Gárate G., Kristian Parra C., Ignacio Santos G., José Manuel Martínez V., Juan Ignacio Chuecas J., Alvaro Gallardo V.Hospital las Higueras, Talcahuano.INTRODUCCIÓN: Resumen: Además de los tipos de hernia de la región inguinal tradicionalmente conocidos, existen otras variantes infrecuentes que deben ser consideradas como diagnósticos diferenciales. Dentro de este grupo se encuentran la hernia de Richter, la hernia de Amyand, la hernia de Littré, la hernia de Spiegel y la hernia de Garengeot. La hernia de Garengeot es una hernia femoral que contiene el apéndice cecal en su saco herniario lo que ocurre en menos del 1% de los casos. Se asocia a apendicitis aguda en un 0.08-0.13% de los pacientes y su causa es la extrangulación por lo cual corresponde a una urgencia quirúrgica. La presentación clínica habitual de la hernia de Garengeot es dolor en región inguinal derecha asociado a masa palpable. El diagnóstico se realiza generalmente de manera incidental en el intraoperatorio. Respecto al manejo quirúrgico no está estandarizado qué técnica utilizar, pero debe incluir la reparación de la hernia y una apendicectomía. A continuación, presentaremos el caso clínico de una paciente que consultó en el servicio de urgencia por dolor abdominal agudo. Al examen físico destaca una masa inguinal derecha dolorosa e irreductible. El TAC de abdomen y pelvis con contraste evidenció una hernia de Garengeot que se manejó con cirugía abierta. Palabras Claves: Hernia femoral, hernia complicada, hernia de Garengeot, apendicitis aguda, apendicectomía, hernioplastia. OBJETIVOS: Introducción: Una hernia femoral es la protrusión de contenido abdominopélvico a través del anillo femoral al canal femoral, este último está delimitado hacia anterosuperior por el ligamento inguinal, hacia inferior por el ligamento de Cooper, hacia lateral por la vena femoral y a medial por el ligamento lacunar. Las hernias femorales corresponden de un 2 a 5% de las hernias de la región inguinal, su prevalencia aumenta con la edad y son de 8 a 10 veces más frecuentes en mujeres. Característicamente presentan un cuello estrecho lo que se traduce en una alta frecuencia de complicaciones como obstrucción intestinal y compromiso vascular de asa intestinal por lo cual tienen indicación quirúrgica siempre, ojalá de forma electiva lo antes posible desde el diagnóstico. La hernia de Garengeot es un tipo de hernia femoral que se caracteriza por tener el apéndice cecal en su saco herniario, lo que ocurre en menos del 1% de los casos. La hernia de Garengeot asociada a apendicitis aguda es más infrecuente aún, estimándose en un 0.08 a 0.13% de los casos. En este contexto, la inflamación del apéndice ocurre por compromiso vascular y no por obstrucción del lumen apendicular por un apendicolito. Los pacientes consultan principalmente por dolor agudo en la región inguinal derecha asociado a una masa palpable irreductible o dolor abdominal agudo periumbilical. Casi un tercio de los pacientes presenta eritema y aumento de temperatura de la piel adyacente a la zona dolorosa, lo cual se asocia a perforación y/o absceso apendicular. Hay pocos casos reportados con diagnóstico preoperatorio hernia de Garengeot ya que la mayoría se diagnóstica de manera incidental en el intraoperatorio en contexto de una hernia femoral complicada. Por lo infrecuente de esta patología es que no hay un manejo estandarizado sobre qué técnica quirúrgica utilizar, si abierta o laparoscópica y la elección dependerá principalmente de las preferencias del cirujano, las condiciones del paciente y sus complicaciones. Algunos autores señalan que la reparación laparoscópica proporciona la ventaja de poder evaluar el resto de la cavidad abdominal, incluyendo el ciego. Lo que sí está claro, es que el tratamiento definitivo para esta patología debe incluir la reparación de la hernia, la apendicectomía y el buen criterio clínico del cirujano. A continuación, presentaremos el caso de una paciente de 70 años, que consultó en el servicio de urgencia por dolor abdominal de 2 días de evolución. Al examen físico destacaba una masa inguinal dolorosa e irreductible. Se solicitó un TAC de abdomen y pelvis con contraste que evidenció una hernia de Garengot con signos de apendicitis aguda, que se manejó con cirugía abierta. MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tromboembolismo pulmonar y depresión, sin cirugías previas. Consultó en Servicio de atención primaria de urgencia por cuadro de 2 días de evolución de dolor en región inguinal y fosa iliaca derecha, asociado a aumento de volumen inguinal irreductible, sin otros síntomas asociados. Se deriva al Servicio de Urgencia del Hospital las Higueras por sospecha de hernia inguinal complicada. A la anamnesis dirigida refiere dolor inicialmente es intermitente y que las últimas 8 horas se hace constante, bien localizado y de aumento progresivo en intensidad. Niega náuseas, vómitos, síntomas urinarios, diarrea y fiebre. Al examen físico se encontraba vigil, con mucosas rosadas, levemente deshidratadas. En la región inguinal derecha presentaba un aumento de volumen de 8 cm aproximadamente, irreductible, indurado, muy doloroso a la palpación, sin cambios inflamatorios en la piel adyacente. Se sospecha de hernia inguinal complicada y se solicitan exámenes de laboratorio general y una tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste. Se indica analgesia y antibióticos profilácticos endovenoso y régimen cero por alta probabilidad de resolución quirúrgica. Los exámenes de laboratorio resultaron dentro de rango normal. El TAC evidenció una hernia femoral que contenía el apéndice cecal en su saco, por lo cual se realiza el diagnóstico de hernia de Garengeot y se hospitaliza para resolución quirúrgica de urgencia por técnica abierta. Se tomó como referencia anatómica el orificio inguinal profundo derecho y 2cm sobre él se realizó una incisión transversa de 5 cm2. Se continuó con disección hasta identificar la línea semilunar, ubicada lateral al músculo recto abdominal para acceder al plano preperitoneal, donde se observó el saco herniario pasando p

debajo del ligamento inguinal confirmando el diagnóstico de hernia femoral. Se redujo la hernia y se realizó la apertura del saco para explorar el contenido confirmando la presencia del apéndice cecal inflamado y con zonas necróticas, sin perforación ni compromiso de la base apendicular. Se continuó realizando la ligadura de la base apendicular y apendicectomía. Posteriormente se realizó el cierre del defecto femoral con una herniorrafia primaria con puntos separados utilizando prolene 2/0. La cirugía finalizó sin complicaciones y la paciente se mantuvo hospitalizada tres noches en cama básica, principalmente para manejo del dolor. Se da de alta en buenas condiciones generales, con dolor leve en zona de herida quirúrgica sin signos de complicación, con buena respuesta a analgesia, alimentándose vía oral con buena tolerancia, deambulando con faja elástica y con parámetros inflamatorio.RESULTADO: Discusión: La hernia femoral es la menos frecuente de las hernias de la región inguinal. Es de 8 a 10 veces más frecuente en mujeres y su prevalencia aumenta con la edad. Este fué considerado como un diagnóstico diferencial en nuestra paciente ya que cumplía con las características clínicas y epidemiológicas. La hernia de Garengeot es un tipo de hernia femoral muy infrecuente, que contiene el apéndice cecal dentro de su saco herniario y la asociación con apendicitis aguda es más infrecuente aún. Probablemente, a esto se deba que la mayoría de los casos se diagnostica de manera incidental durante el intraoperatorio, en contexto de una hernia femoral derecha complicada. En este caso el diagnóstico de hernia de Garengeot fue preoperatorio, siendo fundamental para ello el TAC de abdomen y pelvis con contraste, que mostró el ciego y el apéndice elongados y el apéndice pasando por debajo del ligamento inguinal hacia el canal femoral. El diagnóstico de apendicitis aguda se confirmó en el intraoperatorio y se manejó como una apendicitis aguda común, con apendicectomía y biopsia diferida. Respecto a la técnica quirúrgica, quizás este sea el punto con más opiniones y diferencias ya que al no existir consenso sobre cuál es el abordaje más apropiado, si abierto, laparoscópico o mixto, este dependerá principalmente del criterio y las preferencias del cirujano, debiendo considerar las condiciones del paciente y sus posibles complicaciones. Lo que sí está claro, es que el tratamiento definitivo para la hernia de Garengot es la reparación de la hernia asociada a una apendicectomía. En este caso, por asociarse a apendicitis aguda, en paciente añosa, preferimos no utilizar malla en la reparación del defecto herniario. CONCLUSIÓN: La hernia de Garengeot es una presentación infrecuente de una hernia femoral, que se pesquisa generalmente en contexto de un cuadro de complicación y durante su resolución quirúrgica. El TAC de abdomen y pelvis con contraste es imprescindible para su diagnóstico preoperatorio y su manejo, es siempre quirúrgico, pudiendo ser por vía abierta o laparoscópica y sus tres pilares son la reparación de la hernia, la apendicectomía y el buen criterio clínico del cirujano.

PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA POR TUBERCULOSIS INTESTINAL VS ENFERMEDAD DE CROHN, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO. REPORTE DE UN CASO

Luymar Petit, Matías Campos, Francisca López, Alejandro Iglesias, Carlos Meléndez, Paula Rojas, José Castro, Nicolle Pinto, Diego Gianetti, Juan WerlingerHospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La tuberculosis intestinal es una manifestación clínica poco común inicial de la tuberculosis y representa aproximadamente 5% de los casos extrapulmonares. El mayor desafío es establecer el diagnostico porque las características clínicas no son típicas. OBJETIVOS: Presentar caso de paciente que debuta con clínica de dolor abdominal de larga data, que inicialmente se sospecha de enfermedad autoinmune, sin embargo, evoluciona con perforación de víscera hueca. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión ficha clínica, imágenes y protocolo operatorio del caso. Revisión bibliográfica.RESULTADO: Mujer de 73 años, diabética, hipertensa, insuficiencia cardiaca. Consulta en urgencias por presentar 3 meses de evolución dolor abdominal difuso, diarrea, vómitos. Paciente había consultado hace 2 meses en otro centro hospitalario donde realizan estudio de imágenes, TC Abdomen y pelvis describe ileitis distal ulcerativa y colitis cecal. Se plantea etiología autoinmune versus infecciosa y se deja alta con control ambulatorio para definir etiología. Por persistencia de sintomatología y compromiso del estado general, desorientación y fiebre cuantificada hasta 39°c, consulta a urgencias Hospital san juan de Dios. Ingresa en malas condiciones generales, hipotensa, mal perfundida, examen físico destaca dolor a la palpación difusa de abdomen con signos de irritación peritoneal, parámetros inflamatorios elevados, trombocitopenia leve, hiponatremia moderada, función renal conservada. TC abdomen y pelvis (13/03/24) Leve hidroneumoperitoneo compatible con perforación de víscera hueca, secundaria a defecto parietal de un asa de íleon en fosa ilíaca derecha. Acentuados signos de ileocolitis asociados a adenopatías necróticas y tenue engrosamiento peritoneo-omental difuso. Se inicia reanimación con volumen, antibioticoterapia y cirugía de urgencia. Ingresa a pabellón (13/03/24) se realiza laparotomía exploradora donde se observa peritonitis de cuatro cuadrantes, 3 lesiones en íleon distal a 90, 80 y 50m cm de la válvula ileocecal, una de ellas perforada. Se resecan 50 cm de Íleon distal y se realiza anastomosis entero-enteral. Intestino delgado remanente 300 cm. Durante cirugía requiere apoyo de DVA. Se extuba a los 2 días posterior a cirugía. Gen Xpert de líquido peritoneal positivo, Gen Xpert de aspirado traqueal positivo, por lo que se mantiene en aislamiento aéreo durante estadía. Evoluciona con buena mecánica ventilatoria, con bajo requerimientos de oxígeno suplementario hasta la suspensión. TAC Tórax 16/03: derrame pleural bilateral con atelectasia subsegmentaria pasiva bibasal. Nódulos pulmonares bilaterales de posible origen inflamatorio infeccioso. Se inicia terapia endovenosa con Isoniazida, Rifampicina y Levofloxacino, posteriormente se decide traslape a vía oral con Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol hasta completar 50 dosis diarias con control de BK mensual. Evoluciona con parámetros inflamatorios a la baja. Por desfuncionalización en contexto de estadio UPC se egresa con hospitalización domiciliaria donde permanece hasta el cumplir objetivos de habilitación, obteniendo alta médica el 14/04/2024.CONCLUSIÓN: Por las características clínicas, endoscópicas e histopatológicas similares entre la enfermedad de Crohn ileocólica y la tuberculosis intestinal, la tinción acidorresistente y el cultivo de tejido son las pruebas criticas para diferenciar estas dos condiciones. No existe una directriz clara para distinguir las distintas formas de ileitis y sigue teniendo importancia la epidemiologia y características clínicas.

PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE FASCITIS NECROTIZANTE Y APENDICITIS AGUDA EN HERNIA DE GARENGEOT

Valeska López S., Javiera Lyon B., Sebastián Sapiain G., Cristóbal Fuentes S., Tomás Malagueño T.Hospital Padre Hurtado, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: La hernia de Garengeot, es una hernia femoral cuyo contenido incluye al apéndice cecal. Fue descrita a mediados del año 1700, se han publicado alrededor de 222 reportes de casos en el mundo y sólo 1 con fascitis necrotizante simultánea. Epidemiológicamente, predomina en el género femenino con edad media de presentación de 70 años. El cuadro clínico de esta hernia atascada es indistinguible de cualquier hernia femoral atascada, se presenta con dolor inguinal o abdominal y puede evidenciarse una masa o eritema regional. Debido a que el anillo herniario femoral es estrecho, el proceso inflamatorio queda limitado, favoreciendo que el cuadro sea más local. De no ser diagnosticado y tratado oportunamente, puede evolucionar con enfisema subcutáneo o fascitis necrotizante. Desde el punto de vista quirúrgico, en los casos descritos, un 84% cursa con apendicitis aguda y presentan una progresión a gangrena o perforación mayor que en las apendicitis habituales. El abordaje quirúrgico habitual es una incisión de McEvedy la que permite realizar una apendicectomía y reparación de la hernia. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico inhabitual de fascitis necrotizante y apendicitis aguda simultánea en hernia de Garengeot.MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 64 años, consulta por aumento de volumen en región inguinal derecha con piel eritematosa, centro necrótico y exudado purulento, de una semana de evolución. Es su segunda consulta tras ser diagnosticada con celulitis y tratada con antibióticos orales en APS, con mala respuesta clínica. Exámenes de laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados, cultivo positivo para E. coli multisensible. TC compatible con fascitis necrotizante más hernia en zona inguinal derecha no complicada. Se hospitaliza para resolución quirúrgica. En hallazgos intraoperatorios, hernia de Garengeot derecha con apéndice perforado en su tercio distal, base sana. Fascitis necrotizante extensa de la región inguinal derecha, sin compromiso perineal. Se realiza aseo quirúrgico sin incidentes, se deja zona abierta y apendicectomía por vía laparoscópica. La paciente evoluciona favorablemente con requerimiento de múltiples aseos quirúrgicos. Durante la hospitalización se complementa el manejo quirúrgico con analgesia y antibioticoterapia.RESULTADO: A pesar de su baja incidencia es importante detectar de manera oportuna una hernia de Garengeot cursando con una apendicitis aguda, ya que éstas presentan mayor riesgo de complicaciones graves.CONCLUSIÓN: Desde el punto de vista quirúrgico, debido a la baja prevalencia, no existen protocolos estandarizados para abordar esta patología, por lo que adquiere relevancia compartir la experiencia del manejo de este caso. Para definir un protocolo universal se requieren más estudios.

CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL: TÉCNICA DE INSERCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA

Paulina Abara C., Antonella Sanguineti M., Constanza Dictter R., Tomás González A.Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal ha emergido como una excelente alternativa como terapia de sustitución renal respecto a la hemodiálisis en contexto de enfermedad renal crónica terminal. Las técnicas laparoscópicas ofrecen una instalación más segura y con mejores resultados en términos de posicionamiento, menores tasas de revisión y menor tiempo de espera para su uso. La inserción laparoscópica del catéter de diálisis peritoneal ha evolucionado rápidamente, existiendo múltiples versiones de la misma con el objetivo de obtener mejores resultados. Entre las variantes de esta técnica se encuentra descrita la fijación con sutura del catéter al peritoneo, la cual ha demostrado reducir la tasa de migración del catéter.OBJETIVOS: El objetivo es presentar un video de técnica quirúrgica de la inserción laparoscópica de un catéter de diálisis peritoneal con fijación peritoneal, mostrando de forma detallada cada paso de la técnica para poder estandarizarlo, realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.CONTENIDO DE VIDEO: Se muestra la técnica de inserción laparoscópica de un catéter de diálisis peritoneal instalado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, mostrando y explicando de forma detallada cada paso de la técnica, y además se muestra cómo se comprueba la funcionalidad del catéter.

PSEUDOANEURISMA ATRUMÁTICO DE ARTERIA HEPÁTICA EN HOMBRE DE 69 AÑOS – REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Isidora Belletti S.[1], Eduardo Pérez J.[1], Nicolás Zugbe G.[2], Javier Reyes I.[1] [1]Universidad Andrés Bello, Servicio de Cirugía, Hospital El Pino; [2]Unidad de Radiología Intervencional, Hospital Barros Luco Trudeau.INTRODUCCIÓN: El pseudoaneurisma de la arteria hepática (PAH) es una entidad infrecuente. Representa el 50% de los aneurismas de esta arteria, cuya incidencia es del 0.002%. Es más frecuente durante la sexta década de la vida, con un predominio masculino de 3:2, y suele ocurrir tras un trauma hepático o lesión iatrogénica. OBJETIVOS: Presentar un caso infrecuente de PAH atraumático y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso observacional, descriptivo y transversal, de paciente con PAH atraumático en Hospital El Pino (HEP), San Bernardo, junio 2024.RESULTADO: Paciente masculino de 69 años, antecedente de HTA. Consulta en Urgencias HEP por dolor abdominal de 4 días de evolución, exacerbándose hasta EVA 8/10. Al examen físico, hipotenso, taquipneico, diaforético, palidez mucocutánea, dolor a la palpación en epigastrio y mesogastrio con leve defensa muscular. Antecedente de trauma abdominal por arma blanca hace más de 20 años, sin cirugías recientes. En sus laboratorios destaca anemia moderada y alza de parámetros inflamatorios. AngioTAC de Abdomen y Pelvis: colección hemática en parénquima hepático en lóbulo derecho, con lesión sugerente de pseudoaneurisma de rama segmentaria, sin sangrado activo. Hemoperitoneo. Ateromatosis aórtica. La angiografía muestra un pseudoaneurisma del lóbulo hepático derecho en segmento VIII de 17 mm x 9 mm con extravasación y un segundo pseudoaneurisma lateral de 4 x 5 mm sin sangrado activo. Se embolizan ambos satisfactoriamente. Se emboliza rama de arteria hepática derecha para disminuir flujo aferente hacia hematoma. Angiografía de control satisfactoria. Procedimiento sin incidentes. Paciente se traslada a UTI para monitorización continua y manejo interdisciplinario. Desarrolla hepatitis isquémica, pero evoluciona favorablemente, normalizando perfil hepático, sin caída de hematocrito ni hemoglobina; hematoma sin signos de infección.CONCLUSIÓN: El PAH es una patología rara pero potencialmente mortal. La causa más frecuente es traumática o iatrogénica, aunque la etiología atraumática más común es la ateroesclerosis (30%-50%). Su hallazgo es generalmente incidental. La clínica es inespecífica, pudiendo presentarse con dolor abdominal, ictericia, fiebre, hemorragia digestiva, hemobilia y/o shock. Sin embargo, también puede ser silente, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha en pacientes que consultan por dolor abdominal y compromiso hemodinámico. En este caso, el paciente no tenía antecedente de trauma o cirugías recientes, por lo que podría estar asociado a sus patologías de base: HTA no controlada y ateroesclerosis. Su manejo es multidisciplinario, siendo el gold standard la angiografía con embolización, que resuelve la condición y salva la vida del paciente, como ocurrió en este caso.

PERFORACIÓN DE YEYUNO PROXIMAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS YEYUNAL COMPLICADA - REPORTE DE CASO

Daniel Jardel S., Héctor Rivas M., Jose Rodríguez R, Eduardo Castro A.Clínica Dávila.INTRODUCCIÓN: Los divertículos yeyunales constituyen el 1-2% de toda la enfermedad diverticular y su prevalencia se estima entre 0,1-2,3% en series cadavéricas. Se presentan con mayor frecuencia en hombres entre la 6ta y 7ma década de vida y suelen asociarse a divertículos colónicos. Habitualmente asintomáticos, son hallazgos incidentales en estudios radiológicos o laparotomías por otras causas. Pueden presentar síntomas inespecíficos, y en un 10- 20% de los casos pueden presentar complicaciones agudas. Las más frecuentes son la diverticulitis con o sin perforación y la hemorragia intraluminal. OBJETIVOS: A continuación, se presenta el caso de una perforación de yeyuno proximal secundaria a diverticulitis yeyunal complicada, manejado de forma quirúrgica.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 60 años sin antecedentes de relevancia. Consulta por 30 hrs de dolor abdominal tipo cólico en flanco y fosa ilíaca izquierda, sin otros síntomas asociados. Al examen físico presenta signos de irritación peritoneal en las zonas descritas. Laboratorio con leve elevación de parámetros inflamatorios. TC de abdomen y pelvis reporta la existencia de engrosamiento parietal de yeyuno donde se identifica una saliente de perfil que presenta cambios inflamatorios adyacentes, edema del tejido adiposo adyacente y burbujas de gas en situación extraluminal, compatible con diverticulitis yeyunal complicada con signos de perforación. Se decide laparotomía exploradora de urgencia. A 30 cms del ángulo de treitz se encuentran 4 divertículos yeyunales en borde mesentérico de aprox. 2 cm cada uno, uno de ellos con perforación contenida por epiplón. Se decide resección de aprox 30 cm de intestino delgado incluyendo divertículos ya mencionados y se realiza entero anastomosis primaria mecánica laterolateral con refuerzo manual. Se explora el resto de la cavidad abdominal sin hallazgos patológicos agudos, sólo múltiples divertículos colónicos no complicados. Se instala drenaje en relación a anastomosis.RESULTADO: Paciente evoluciona durante postoperatorio con débito hemático moderado por drenaje, sin complicaciones abdominales ni compromiso hemodinámico, manejado de forma conservadora. Evoluciona con buena tolerancia oral y sin signos de complicaciones. Al día 14 de hospitalización se retira drenaje y se da de alta. Biopsia de pieza operatoria confirma enfermedad diverticular de yeyuno proximal complicada con perforación.CONCLUSIÓN: Los divertículos yeyunales son entidades patológicas poco frecuentes, que suelen asociarse con divertículos de otras zonas del intestino. Suelen ser hallazgos incidentales. Aún menos frecuente es la perforación intestinal por esta causa, como es el caso expuesto. El diagnóstico clínico en casos agudos es poco presumible y el estudio de elección es el TC de abdomen y pelvis con contraste, el cual puede mostrar engrosamiento de la pared de un asa intestinal con presencia de aire extraluminal. El tratamiento se recomienda sólo en casos sintomáticos, siendo la resección del segmento afectado el manejo de elección. Dada la baja prevalencia de esta enfermedad es poco probable su sospecha preoperatoria, sin embargo, es de suma importancia considerarlo como un diagnóstico diferencial de abdomen agudo.

PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR TRICOBEZOAR

Rafael Cárdenas A., María José Navarrete A., Romina Gallardo L.Universidad de Santiago de Chile.INTRODUCCIÓN: Los bezoares son materiales extraños no digeribles que se encuentran en el tracto gastrointestinal. El tricobezoar se encuentra constituido por pelo enmarañado que ocupa la luz intestinal generando casos de oclusión intestinal. La tricofagia es una afección poco frecuente que afecta predominantemente a mujeres jóvenes, que suele ser más crónico en la adolescencia. El manejo es frecuentemente quirúrgico cuando se acompaña con síntomas de obstrucción intestinal. Frecuentemente los bezoares se acompañan con malnutrición lo cual puede afectar la cicatrización tras un procedimiento quirúrgico aumentando la morbimortalidad en el paciente. OBJETIVOS: Describir nuestra experiencia acerca de un caso de tricobezoar manejado con resección masiva de intestino delgado y laparostomía contenida repetitiva.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 16 años de edad con antecedentes de tricofagia en psicoterapia, acude a servicio de urgencia en contexto de cuadro de obstrucción intestinal con signos de complicación y desnutrición. TAC de abdomen y pelvis contrastado informa enteropatía de aspecto inflamatorio multisegmentaria y hallazgos sugerentes a bezoar. Laparotomía exploratoria evidencia abdomen congelado, líquido libre intestinal, abscesos y fibrina interasas, estallido intestinal a 90 centímetros del ángulo de treitz, múltiples perforaciones intestinales a diferentes niveles y gran bezoar que compromete intestino delgado, válvula ileocecal y ciego. Se realiza extracción de bezoar distal al estallido y enterotomía en colon ascendente para extracción en ciego, además de resección de intestino delgado de 60 cm sin anastomosis y cierre primario de defectos. Queda laparostomizada con evolución tórpida con dehiscencia de suturas requiriendo múltiples aseos, resecciones intestinales y anastomosis. Finalmente, la paciente requirió de seis procedimientos quirúrgicos en total, laparostomía contenida repetitiva y nutrición parenteral intermitente durante su hospitalización, la cual se mantuvo al alta.RESULTADO: Se incluyeron cuatro reportes de casos de pacientes con trichobezoar, los cuales evidencian que la Endoscopia Digestiva Alta tiene la ventaja de la visualización directa de la masa y el eventual tratamiento terapéutico directo. Se han propuesto varias modalidades terapéuticas, en casos confirmados de tricofagia, la EDA puede evitar la necesidad de intervención quirúrgica, sin embargo, posee la limitación del tamaño del bezoar y la densidad y dureza del cabello. Otra opción quirúrgica es la laparoscopia en combinación con una minilaparotomía.CONCLUSIÓN: La experiencia señala la importancia del diagnóstico precoz y el manejo adecuado, destacando que la endoscopia diagnóstica en tricofagia confirmada podría haber sido crucial para evitar progresión de la enfermedad y una intervención quirúrgica mayor. En situación de urgencia el abordaje de elección continúa siendo la laparotomía exploratoria.

APENDICITIS AGUDA POR CUERPO EXTRAÑO: UN POSTÓN SORPRESA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Vega Q., Bárbara Merino A., Oscar Ariscain J., Juan Peraza F.Hospital las Higueras de Talcahuano, Concepción. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda (AA) es la inflamación del apéndice, caracterizándose por dolor abdominal agudo de horas de evolución, con o sin sintomatología clásica, como vómitos, diarrea y fiebre. Es la urgencia quirúrgica del adulto más frecuente en nuestro medio. La obstrucción del apéndice por coprolitos es la etiología más frecuente, seguido de hipertrofia linfoide y adherencias intestinales. No obstante, una de las causas puede ser oclusión por cuerpo extraño. OBJETIVOS: Se presenta un caso excepcional respectivo a la patología, por su carácter anecdótico y para hacer énfasis en su manejo quirúrgico independiente de la causa.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina, 49 años consulta en Urgencias por dolor abdominal de 2 días, iniciado en mesogastrio, que migró a fosa iliaca derecha e hipogastrio, asociado a náuseas. Al examen físico destacó resistencia muscular generalizada y signos de irritación peritoneal presentes, y en laboratorio se evidenciaron parámetros inflamatorios elevados. En scanner abdominopélvico se informa apendicitis aguda de ubicación caudal y polo cecal, con imagen metálica de aproximadamente 1,5 cm de diámetro por 2 cm de longitud ocupando su lumen. Se realiza resolución quirúrgica vía laparoscópica, donde se encontró apendicitis cecal aguda necrótica no perforada, con cuerpo extraño metálico en su interior, realizándose apendicectomía sin complicaciones intraoperatorias. Evoluciona favorable clínicamente, con indicación de alta al día siguiente.RESULTADO: Tejido biopsiado evidenció fragmento de apéndice cecal de 6 cm de longitud por 0.8 cm de diámetro máximo menor, y pieza metálica compatible con perdigón de aproximadamente 1,5 cm de diámetro por 1,7 cm de longitud. CONCLUSIÓN: El mecanismo etiológico más frecuente de la apendicitis aguda es la obstrucción de su lumen. Su generación por cuerpo extraño es excepcional, con pocos casos descritos en la literatura, y una incidencia menor al 1%, y se ha visto por materiales como tornillos, perdigones, entre otros. El diagnóstico de la patología sigue siendo clínico, pero orienta al cuerpo extraño su aparición en imagenología, y su confirmación será intraoperatoria. Dentro de su resolución quirúrgica, se prefiere la apendicectomía laparoscópica independiente del material causante. Puede presentar complicaciones propias de apendicitis como perforación y peritonitis, así como respectivas al cuerpo extraño, como inflamación sistémica y colección. Se recomienda al cirujano manejar la apendicitis aguda por cuerpo extraño como cualquier AA, con su clásico manejo quirúrgico.

HERNIA DE GARENGEOT: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HERNIA CRURAL CON APENDICITIS AGUDA ASOCIADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Vega Q., Bárbara Merino A., Óscar Ramos R., Francisco Silva F., Valentina Ramos V., Ignacia Silva R. Hospital Clínico Herminda Martin, Servicio de Urgencias, Chillán. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán. Universidad de Concepción, Concepción.INTRODUCCIÓN: La hernia de De Garengeot (HDDG) es la hernia crural con apéndice cecal en su interior. Es muy infrecuente, reportándose una incidencia de 1% de las hernias femorales, y causa inusual de dolor inguinal agudo. Fue descrita por primera vez por el cirujano René-Jacques Croissant De Garengeot en 1731. Hay poca literatura respectiva a este cuadro clínico, por lo cual su manejo no está del todo precisado. La mayoría de los casos descritos son mujeres sobre los 70 años, y se han sugerido como factores de riesgo son la multiparidad, tabaquismo y tos crónica. Dentro de sus complicaciones se encuentra la perforación apendicular, fascitis necrotizante, e incluso la muerte. OBJETIVOS: Exponer un caso clínico de dicha patología, destacando su poca incidencia y la importancia de un diagnóstico oportuno. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina, 95 años, sin antecedentes relevantes, acudió a servicio de urgencias por dolor inguinal derecho intenso, de 4 días sin vómitos ni fiebre. Al examen físico abdomen blando, no doloroso, con aumento de volumen de 3 x 3 centímetros en región crural derecha, irreductible y dolorosa. Con diagnóstico preoperatorio de hernia femoral complicada, se decide realizar intervención quirúrgica de urgencia. En hallazgos a la exploración quirúrgica en región crural se evidenció apéndice congestivo. Se realizó apendicectomía clásica y reparación de defecto crural. Paciente evolucionó favorable clínicamente, sin complicaciones post quirúrgicas, por lo que se decidió su alta dos días posterior a la operación. RESULTADO: Al intraoperatorio se evidenció apendicitis aguda en interior de hernia crural. CONCLUSIÓN: La HDDG es una situación clínica insólita, y es frecuente que se encuentre con apendicitis aguda en su saco herniario. La imagenología puede ocupar un rol importante en su diagnóstico, destacando la ecografía y el scanner de abdomen y pelvis. No existe un gold estándar para su manejo, por lo cual se considera un desafío al momento de afrontar quirúrgicamente su resolución, pudiendo realizarse vía laparoscopía, laparotomía, entre otras técnicas quirúrgicas. Independiente de ello, es importante su corrección quirúrgica pronta al diagnóstico para evitar las complicaciones propias de una hernia complicada.

ÍLEO BILIAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Vega Q., Bárbara Merino A., Pola Avilez P., Óscar Ramos R., Francisco Silva F., Valentina Ramos V., Ignacia Silva R. Hospital Clínico Herminda Martin, Servicio de Urgencias, Chillán. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán. Universidad de Concepción, Concepción.INTRODUCCIÓN: El íleo biliar (IB) es una complicación excepcional de la litiasis biliar, más frecuente en pacientes sobre la sexta década, con una incidencia del 2 – 3%. Es responsable de menos del 0,5% de los pacientes con obstrucción intestinal (OI) mecánica. La vía de entrada es mediante fístula biliar – entérica. El diagnóstico suele realizarse en el intraoperatorio por su clínica intermitente y estudios inconclusos. A pesar de su rareza, el IB trae consigo alta morbimortalidad, por lo que es sustancial tenerlo como diagnóstico diferencial al momento de enfrentar pacientes con sospecha de OI. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico respectivo a la patología para destacar la importancia de su diagnóstico precoz para un manejo oportuno, logrando evitar la morbimortalidad que conlleva. MATERIAL Y MÉTODO: Masculino de 75 años, sin antecedentes médicos, acude a Urgencias por dolor abdominal de un día de evolución asociado a vómitos persistentes. Exámenes sanguíneos evidencian signos de inflamación y falla renal aguda prerrenal. Tomografía abdominal contrastada evidencia OI mecánica a nivel del íleon por IB, asociado a fístula colecistoduodenal. Se realiza laparotomía exploratoria hallando asas distendidas de íleon asociado a cálculo biliar intraluminal de 3 centímetros; se realiza enterotomía y enterorrafia. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones postquirúrgicas, siendo dado de alta en 5 días. RESULTADO: Al intraoperatorio se evidenció cálculo biliar obstruyendo la luz intestinal a nivel de íleon. CONCLUSIÓN: La OI mecánica es una de las principales urgencias quirúrgicas, presentando una clínica clásica relativamente sencilla de identificar. Dentro de sus etiologías, hay que considerar el ileo biliar, sobre todo en pacientes añosos, para lograr evitar su morbimortalidad y realizar su resolución quirúrgica atingente. La alta sospecha clínica, así como el apoyo en imagenología, forman la piedra angular para lograr un manejo óptimo de esta patología.

HERNIA DE GARENGEOT, PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE LA HERNIA FEMORAL; REPORTE DE UN CASO

Dominique Krauss S., Benjamín Dublé M., José Poblete P., Marcelo Torres C.Universidad de los Andes, Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de la Florida. INTRODUCCIÓN: Las hernias femorales son una patología frecuente en nuestro medio, siendo las mujeres las principales afectadas (razón 13:1). De estas sólo un 0,8% presenta como contenido el apéndice cecal, definido en la literatura como Hernia de Garengeot. OBJETIVOS: El objetivo de este reporte es mostrar un caso de esta entidad y discutir sobre el manejo óptimo a entregar frente a esta patología poco conocida. MATERIAL Y MÉTODO: Mujer 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial y alergias medicamentosas entre ellas al yodo. Consulta por inguinodinia de un día de evolución, sin alteraciones al laboratorio, pero con mal manejo sintomático, por lo que se solicita un scanner sin contraste, que informa hernia femoral derecha con contenido apéndice cecal, sin signos de complicación. Se decide manejo sintomático y resolución quirúrgica diferida. Paciente reconsulta a las 48 horas por exacerbación de sintomatología, a la evaluación se observa taquicardica, subfebril, con aumento de volumen inguinal derecho no reductible, asociado a eritema e hiperemia. En paraclínicos destaca leucocitosis (13400) y discreta alza de PCR (0,7). Dado el antecedente de la consulta previa, se decide resolución quirúrgica de urgencias. Se realiza abordaje abierto con incisión derecha tipo Nyhus, donde se evidencia hernia crural derecha atascada, un saco herniario de 6 cm con contenido apéndice cecal sin signos de apendicitis aguda, se reduce contenido herniario y se realiza herniorrafía con sutura ethibon punto discontinuo. Evoluciona favorablemente y se decide alta médica a las 48 horas postoperatorias. RESULTADO: La hernia de Garengeot fue descrita en 1731, por René Garengeot que identificó un apéndice no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia crural, diferenciándola de la hernia de Amyand que se define como una apendicitis aguda dentro del saco herniario. Entre los factores desencadenantes de esta patología se encuentra un ciego largo y móvil con extensión a la pelvis, observado en mujeres añosas. Clínicamente es difícil de diferenciar de cualquier hernia femoral atascada, por lo que su diagnóstico preoperatorio es infrecuente, siendo un hallazgo intraoperatorio en la mayoría de los casos. El tratamiento de elección es mediante la reparación herniaria de urgencias, asociada o no a una apendicectomía, esto debido a que no existe consenso aún sobre la apendicectomía reglada, si no presenta un proceso agudo. CONCLUSIÓN: La presencia del apéndice cecal dentro del saco herniario es rara, con una tasa baja de diagnóstico preoperatorio, pero cuando se sospecha, se debe realizar un manejo quirúrgico de urgencias para evitar complicaciones futuras.

APENDICITIS AGUDA, UN DIAGNÓSTICO QUE TODAVÍA NOS SORPRENDE CLÍNICAMENTE. DESCRIPCIÓN DEL SIGNO TQP

Rodrigo Torres-Quevedo Q., Rogelio Parra V., Cristóbal Pérez S., Raúl Orellana S., Nicolás Pérez T.Universidad de Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias. Su diagnóstico es eminentemente clínico y el objetivo de este trabajo es presentar el signo Torres-Quevedo-Parra (TQP). Se diseñó un estudio de prueba diagnóstica. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con dolor abdominal agudo y se excluyeron pacientes con antecedentes de apendicectomía. Se reclutaron 356 en un servicio de urgencias de un hospital público durante el periodo del 31 de julio de 2023 al 14 de julio de 2024. Se investigó la presencia del signo TQP, definido como positivo cuando el paciente experimenta dolor localizado y punzante al comprimir la fosa iliaca derecha con el paciente en decúbito lateral izquierdo, y negativo cuando el dolor es difuso o se irradia al flanco derecho. Los resultados mostraron una sensibilidad del 94.1% y una especificidad del 96.7%, con un valor predictivo positivo de 97.5% y un valor predictivo negativo del 92.5%. La exactitud fue del 95.2%. El signo TQP se presenta como una nueva herramienta diagnóstica prometedora para la apendicitis aguda.OBJETIVOS: La apendicitis aguda sigue siendo un desafío diagnóstico en la medicina de urgencias. La identificación temprana y precisa de esta condición es crucial para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas. Este estudio tiene como objetivo presentar el signo TQP como una herramienta diagnóstica novedosa para la apendicitis aguda.MATERIAL Y MÉTODO: Se diseñó un estudio de prueba diagnóstica en el que se incluyeron 356 pacientes ingresados con sospecha de apendicitis en el servicio de urgencias de adultos de un hospital público. El estudio se llevó a cabo desde el 31 de julio de 2023 hasta el 14 de julio de 2024 e incluyó pacientes mayores de 15 años de la red pública y el extrasistema que consultaron por dolor abdominal agudo, se excluyeron pacientes con apendicectomía previa. Se investigó la presencia del signo TQP, definido como positivo cuando el paciente experimenta dolor localizado y punzante al comprimir la fosa iliaca derecha con el paciente en decúbito lateral izquierdo, y negativo cuando el dolor es difuso o se irradia al flanco derecho. Los resultados del diagnóstico de apendicitis fueron confirmados por biopsia (Gold standard).RESULTADO: Se incluyeron 356 pacientes, 184 hombres y 172 mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 91 años. De los pacientes, 204 presentaron apendicitis confirmada por biopsia, mientras que 152 no presentaron apendicitis. El signo TQP mostró una sensibilidad del 94.1% y una especificidad del 96.7%. El valor predictivo positivo fue del 97.5%, y el valor predictivo negativo del 92.5%, con una exactitud del 95.2%. CONCLUSIÓN: Los resultados de este estudio indican que el signo TQP es una herramienta diagnóstica altamente sensible y específica para la apendicitis aguda. La alta exactitud y los valores predictivos positivos y negativos sugieren que el uso del signo TQP puede mejorar el diagnóstico oportuno de la apendicitis, reduciendo así la necesidad de procedimientos diagnósticos más costosos e invasivos. Es importante seguir investigando y validando esta herramienta en diferentes poblaciones y entornos clínicos, como pueden ser los servicios de pediatría. El signo TQP se presenta como una nueva herramienta diagnóstica para el diagnóstico clínico de apendicitis que, debido a su elevada sensibilidad y especificidad, permitiría hacer un diagnóstico más oportuno, centrándose en un diagnóstico clínico el cual produce un ahorro en costos tanto monetarios como de tiempo.

NEUROMA APENDICULAR, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA

Ana Gómez A., Antonio Mercandino S., Pablo González B., Macarena Martínez C., Joaquín Zambrano F, Patricio Toro E.Hospital Carlos Cisternas, Departamento de Cirugía General.INTRODUCCIÓN: El neuroma apendicular, descrito por primera vez por Masson en 1928, es una lesión proliferativa del apéndice caracterizada por la proliferación de células endocrinas y nervios. Los síntomas imitan una apendicitis aguda, y el diagnóstico se realiza principalmente mediante examen histopatológico después de una apendicectomía. OBJETIVOS: Este estudio busca investigar la prevalencia y las características del neuroma apendicular en pacientes sometidos a apendicectomías de urgencia.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el Hospital Carlos Cisternas, Calama, entre enero de 2017 y marzo de 2022. Se incluyeron pacientes sometidos a apendicectomías de urgencia con diagnóstico anatomopatológico de neuroma apendicular, excluyendo casos asociados con síndromes MEN IIb, ganglioneuromatosis y schwannomas. La recolección de datos se llevó a cabo mediante Excel, y se analizaron variables demográficas, parámetros de laboratorio, informes de imagenología, detalles quirúrgicos y hallazgos histológicos. Las muestras fueron revisadas por dos patólogos para confirmar el diagnóstico. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para el análisis descriptivo, y el programa estadístico STATA 17 para el análisis de datos.RESULTADO: Se analizaron 1,642 pacientes sometidos a apendicectomías de urgencia, con una distribución de género de 53.8% masculino y 46.2% femenino. La edad promedio fue de 31.6 años. Se diagnosticaron 10 casos de neuroma apendicular (0.61%), con una edad media de presentación de 41.2 años. Todos los pacientes presentaron dolor abdominal en fosa iliaca derecha, y los análisis de laboratorio mostraron un recuento leucocitario medio de 9,472 y una media de PCR de 52.06 mg/L. Se realizaron tomografías a seis pacientes, con hallazgos compatibles con apendicitis aguda en cuatro casos. Todos los pacientes fueron operados mediante cirugía abierta. Histológicamente, todos los casos confirmaron la presencia de neuroma apendicular.CONCLUSIÓN: El neuroma apendicular puede confundirse fácilmente con apendicitis aguda debido a la similitud de los síntomas clínicos. Este estudio confirma que la prevalencia del neuroma apendicular es baja pero significativa como diagnóstico diferencial. La mayoría de los casos se diagnostican incidentalmente post-apendicectomía, lo que resalta la importancia de una evaluación histopatológica detallada. El tratamiento adecuado es la apendicectomía, y el seguimiento muestra que los pacientes permanecen asintomáticos sin complicaciones mayores. La importancia radica en su potencial de evolución a neoplasias carcinoides y su contribución al dolor abdominal crónico.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: UN DIAGNÓSTICO TARDÍO QUE PASA MUCHAS VECES DESAPERCIBIDO

Karla Zambrano V., Camila Concha P., Macarena Rivera Z., Katherinne Coronado S., Javier Hurtado S.Hospital San José.INTRODUCCIÓN: Las hernias diafragmáticas traumáticas son una complicación poco frecuente (2.5-5%) pero letal (25%) del trauma torácico, principalmente causadas por traumatismos contusos (75%) y con mayor prevalencia en el hemitórax izquierdo (69%). Su diagnóstico oportuno es crucial para un manejo adecuado, ya que suelen presentarse de forma asintomática o con síntomas inespecíficos, dificultando su detección inicial.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de hernia diafragmática traumática y sus complicaciones.MATERIAL Y MÉTODO: Analísis de caso clıńico sucedido en Hospital San José y revisioń bibliografica.RESULTADO: Paciente masculino de 41 años con antecedente de trauma torácico por arma blanca hace dos años, consulta por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, náuseas, vómitos, fiebre y ausencia de deposiciones durante 15 días. El examen físico revela una cicatriz en la región dorsal izquierda, murmullo pulmonar abolido en el mismo lado y sensibilidad abdominal en hipocondrio izquierdo. Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste evidencia un empiema pleural izquierdo masivo con colapso pulmonar ipsilateral. Se ingresa al paciente con diagnóstico de empiema pleural izquierdo y se instala una pleurostomía, que drena 1300 ml de contenido intestinal fétido. Se realizan toracotomía anterolateral izquierda exploradora y laparotomía exploradora, evidenciando un defecto diafragmático izquierdo con herniación de cuerpo gástrico perforado, adherencias firmes, necrosis en las curvaturas mayor y menor y epiplón necrótico. Se realiza resección gástrica parcial y gastrostomía. El paciente presenta una evolución tórpida, requiriendo reingresos a pabellón para aseo quirúrgico toracoabdominal por dehiscencia del muñón gástrico distal y reinstalación de tubos pleurales. Finalmente, se realiza un último aseo quirúrgico e instalación de drenajes abdominales, con cierre de la pared abdominal. El paciente permaneció en la unidad de cuidados intensivos con antibioticoterapia de amplio espectro y ventilación mecánica invasiva. Tras una evolución clínica favorable, se realiza la extubación y se traslada a sala de cirugía, donde se retiran los drenajes y se decide el alta hospitalaria.CONCLUSIÓN: Las hernias diafragmáticas traumáticas son una complicación poco frecuente pero letal del trauma torácico, caracterizadas por un diagnóstico desafiante en adultos debido a su presentación asintomática o con síntomas inespecíficos en la fase subaguda o latente. En este caso, la hernia diafragmática se manifestó inicialmente como un empiema pleural, lo que ilustra la dificultad diagnóstica y la importancia de considerar esta entidad en pacientes con antecedentes de trauma torácico, tanto contuso como penetrante.

ANGIOMIOFIBROBLASTOMA VULVOPERINEAL. REPORTE DE UN CASO

Carlos Morales M., Valeria Galáz K., Brandon Valencia-Coronel C., Valentina Durán E., Erik Manríquez A., Diego Romero V. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: El angiomiofibroblastoma es una lesión mesenquimatosa benigna, bien circunscrita, muy poco frecuente, ocurre casi exclusivamente en la región vulvovaginal de las mujeres. Clínicamente son tumores de crecimiento lento, la identificación y el manejo adecuado de esta neoplasia es crucial debido a su rareza y la posibilidad de confundirse con otras lesiones malignas. Se presenta el caso clínico de una mujer de 44 años con un tumor vulvoperineal de 12 años de evolución, cuyo informe histológico e inmunohistoquímico confirmó que se trataba de un angiomiofibroblastoma.OBJETIVOS: El objetivo es realizar la presentación el caso de un angiomiofibroblastoma originado a nivel vulvar demostrando la importancia en los hallazgos histológicos y de inmunohistoquímica para diferenciarlo de otros tumores localizados en esta región.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una recolección de los datos demográficos, presentación clínica, resultados de exámenes, procedimientos y detalles de la cirugía desde la ficha clínica. Se realizó un análisis del caso y de la literatura asociada. RESULTADO: Describimos el caso de una paciente de 44 años de edad que presentaba una lesión vulvar pediculada indolora en el labio mayor izquierdo, caracterizado por una proliferación benigna de células ligeramente epitelioides, con numerosos vasos sanguíneos y bien limitada. Por inmunohistoquímica fue inmunorreactiva para receptor nuclear de estrógeno y focalmente para receptor nuclear de progesterona, CD34 y CD68. CONCLUSIÓN: Aunque el angiomiofibroblastoma es una entidad poco frecuente, su reconocimiento y correcto diagnóstico es importante ya que el tratamiento estriba en una resección simple, con excelente pronóstico y sin recurrencia.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INTERNA A TRAVÉS DE BRECHA MESENTÉRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina Morales C.[1], Nicolás Campaña W.[1,2], Gely Muñoz B.[2], Mesly Albarracín C.[21]Departamento de Cirugía Hospital de Urgencia Asistencia Pública; [2]Departamento de Cirugía Clínica Indisa.INTRODUCCIÓN: Las hernias internas se definen como una protrusión anormal de una víscera desde un compartimento abdominal a otro. Son raras, con una incidencia menor al 1% en autopsias, siendo más comunes en niños, secundarias a traumatismos, inflamación y/o cambios postquirúrgicos como bypass gástrico. Esta entidad es la responsable de menos del 10 % de las obstrucciones intestinales. OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente, adulto mayor, con cuadro de obstrucción intestinal, por una hernia interna a través de brecha mesentérica, sin factores de riesgo asociados.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y protocolo operatorio. RESULTADO: Paciente masculino de 80 años, con antecedente de hernioplastía inguinal izquierda electiva. Consulta por 48 horas de evolución de dolor epigástrico irradiado a fosa iliaca derecha. Además, refiere 4 días de ausencia de deposiciones, náuseas y vómitos a repetición. Ingresa estable, deshidratado leve, con abdomen distendido, doloroso y blumberg positivo. Tacto rectal con ampolla rectal vacía. En el laboratorio destaca parámetros inflamatorios levemente elevados. TC de abdomen y pelvis con signos de oclusión intestinal probablemente por adherencias, con compromiso de asa de intestino delgado a partir del íleon distal, asociado a líquido intraperitoneal de moderada cuantía. Se realizó laparotomía de urgencia encontrando obstrucción intestinal en asa cerrada con compromiso de 60 cm de asa intestinal a 200 cm de ángulo de Treitz, determinada por hernia interna en brecha mesentérica y líquido libre de abundante cantidad turbia. Se realiza sección de brida desde mesenterio a asa intestinal descrita, liberando intestino comprometido en su totalidad. Debido a aspecto necrótico, se decide resección sección intestinal 10 cm proximal y distal de sitio descrito, sección de mesenterio y entero anastomosis mecánica l-l aniso peristáltica. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones postoperatorias. CONCLUSIÓN: La obstrucción intestinal es un cuadro clínico frecuente en los servicios de urgencia. Las hernias internas son una causa rara de obstrucción intestinal en adultos, por lo tanto, es importante tenerlas en cuenta en pacientes sin antecedentes de cirugías abdominales previas, traumatismos o inflamación peritoneal, para así lograr una resolución quirúrgica temprana, disminuyendo su gran morbimortalidad asociada.

QUISTE ESPLÉNICO GIGANTE NO HIDATÍDICO: HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE CON GASTROENTERITIS AGUDA

Camila P. Samaniego S., Liliana Sanhueza P., Sofía Pumarino L., María José Martínez S., Álvaro Paredes Q., Felipe Castillo H.Hospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: El quiste esplénico es una patología poco frecuente, de origen parasítico (principalmente hidatídico en Chile) o no parasítico (quiste simple o primario, o secundario). Suele ser asintomático y ser detectado incidentalmente mediante estudios de imagen. En caso de producir síntomas, estos suelen ser inespecíficos y deberse a efecto de masa, causando saciedad precoz y dolor en el cuadrante superior izquierdo. En el laboratorio pueden presentar anemia, trombocitopenia o coagulopatía. En la ecografía, los quistes aparecen como estructuras circulares y homogéneas con una pared fina, pueden tener septos finos, irregularidades o calcificaciones. Puede ser de manejo expectante en caso de quistes pequeños y asintomáticos. Aquellos de mayor tamaño, se debe considerar manejo activo por riesgo de complicaciones como rotura, infecciones o hemorragia abdominal. Algunas opciones son esplenectomía parcial o total, drenaje percutáneo, inyección de agentes esclerosantes, fenestración o marsupialización.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de paciente con cuadro clínico de gastroenteritis aguda y hallazgo incidental de quiste esplénico gigante no hidatídico, con revisión bibliográfica breve de dicha patología. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica breve y reporte de caso clínico.RESULTADO: Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 27 años que consulta por cuadro de 2 días de dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. Se estudia con ecografía y tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste, que evidencia lesión quística esplénica de aproximadamente 22 x 20 x 18 cm, sin septos ni nódulos parietales, con efecto de masa sobre glándulas suprarrenales y estómago. Estudiada por equipo de cirugía digestiva con resonancia magnética de bazo y páncreas además de serología negativa para hidatidosis, por lo que se decide quistectomía con esplenectomía total abierta, previa inmunización. Se realiza cirugía laboriosa donde se evidencia quiste esplénico gigante con múltiples adherencias a órganos adyacentes, de contenido seroso oscuro y calcificaciones en periferia. Biopsia compatible con quiste epitelial esplénico, sin signos de malignidad. Evoluciona favorablemente en el postoperatorio inmediato y sin complicaciones, siendo dada de alta al cuarto día post operatorio. Posteriormente evoluciona asintomática y sin complicaciones en controles posteriores. CONCLUSIÓN: El quiste esplénico simple es una patología infrecuente, generalmente asintomática y diagnosticado como hallazgo por imagen. En el caso presentado con una lesión quística de gran tamaño con efecto de masa y alto riesgo de complicaciones. Se realizó esplenectomía total mediante cirugía abierta. Sin embargo, la decisión de manejo debe adecuarse según las características del quiste y del paciente, logrando preservar tejido esplénico en algunos casos.

ABSCESO SUBFRÉNICO COMO COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA TARDÍA DE UNA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Nyckolas Torres A.[1], Hernán Arancibia A.[2], Sebastián Cid H.[3], Sofía Toro A.[1], Paloma Sotomayor M.[1], Consuelo Contreras R.[1], Andrés Novoa M.[1], Florencia Pinto F.[11]Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile; [2]Cirujano General, jefe de Equipo de Cirugía General, Hospital Dr Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile. [3]Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.INTRODUCCIÓN: Un absceso subfrénico (AS) es una colección ubicada entre el diafragma y el colon transverso. La mayoría, secundarios a la contaminación directa en procedimientos quirúrgicos. Se desconoce su epidemiología específica, pero la cirugía biliar y gástrica causan un 52% y la apendicectomía un 8%. Su presentación clínica asocia fiebre, dolor en cuadrante abdominal superior y omalgia. Sin el tratamiento adecuado puede evolucionar hacia el shock séptico. Tiene una mortalidad entre un 11 y 31%.OBJETIVOS: Presentar un caso de AS post quirúrgico como complicación tardía de una apendicitis complicada, resuelto de forma mínimamente invasiva en Hospital Dr. Gustavo Fricke y realizar una revisión de la literatura relacionada.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión bibliográfica.RESULTADO: Paciente masculino de 42 años, apendicectomizado hace 7 meses,cuyo protocolo quirúrgico describe: plastrón apendicular abscedado, con destrucción completa del tercio medio y punta del apéndice con salida de apendicolitos a cavidad. Consulta en urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a omalgia, compromiso del estado general, sensación febril, náuseas y tinnitus. Al examen físico abdomen doloroso en cuadrante afectado, sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio destacan leucocitosis: 13.700 células/mm3 y Proteína C reactiva: 24 mg/dL. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste (TC AP c/c) muestra AS derecho de 9x7 centímetros. Se realiza drenaje percutáneo bajo ecografía por radiólogo intervencional, dando salida de abundante material purulento. El paciente evoluciona de manera favorable inicialmente, por lo que es dado de alta. Reconsulta tras un mes por cuadro similar a la inicial. TC AP c/c señala colección subfrénica de 8.3x6.5 cm. Se maneja con antibiótico biasociado y drenaje laparoscópico, con hallazgo intraoperatorio de múltiples adherencias hepatofrénicas, colección subfrénica derecha y un fecalito al interior de la colección que se retira en bolsa. Posteriormente con buena evolución clínica, disminución de síntomas y actividad inflamatoria.CONCLUSIÓN: El AS es una complicación infrecuente de la apendicitis aguda que ocurre en pacientes con apendicitis complicada como nuestro caso. Si bien en la apendicectomía se logró realizar un buen control de la base, al extraer parte del apéndice quedó un apendicolito en el espacio subfrénico derecho generando un absceso. Para el drenaje de estas colecciones se recomienda la vía percutánea, mientras que si esta falla, se debe realizar una intervención quirúrgica, ambas asociadas a tratamiento antibiótico de amplio espectro dada la etiología del AS.

APENDICITIS AGUDA EN CONTEXTO DE MALROTACIÓN INTESTINAL. 2 CASOS EN 1 SEMANA

Matías Lam A., André Mesías H., Jorge Arche P., Sergio Aranda G.Hospital El Pino, Universidad Andrés Bello.INTRODUCCIÓN: La malrotación es una entidad poco frecuente en niños y aún menos en adultos. La malrotación intestinal (MRI) es una anormalidad congénita de la rotación embriológica del intestino. Se define como una anomalıá de la rotacioń y fijacioń del intestino medio. Es un trastorno poco común que se encuentra en solo aproximadamente uno de cada 10.000 individuos. La mayoría de los casos (50%) de malrotacioń intestinal se presentan entre el primer y sexto mes de vida con vomitos biliosos, el 40% se presenta antes del primer anõ de vida y el 10% se presenta en preescolares y escolares. La prevalencia de esta patologıá es del 0.2-1% en la poblacioń adulta, en una proporcioń entre hombres y mujeres de 2 a 1. Su rareza, puede llevar a un diagnośtico erroneo. Frente a una apendicitis aguda en estos pacientes, el falso negativo de los exámenes aumenta los resultados adversos como la rotura del apeńdice o formacioń de abscesos.OBJETIVOS: Evaluar el estudio y manejo de la apendicitis aguda en contexto de una malrotación intestinal a partir del reporte de 2 casos que se presentaron en el Hospital el Pino en menos de 1 semana.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de casos clínicos, observacional.RESULTADO: Se presenta el siguiente reporte de 2 adultos que acuden a la urgencia del Hospital el Pino en menos de una semana, ambos con dolor abdominal agudo atípico (no característico de apendicitis), parámetros inflamatorios elevados e imágenes (TC) compatibles con apendicitis aguda (AA) y malrotación intestinal (MR). Dado el conocimiento previo de esta rara condición (malrotación intestinal), se planificó cirugía laparoscópica con adecuación de la instalación del instrumental quirúrgico. Ambos pacientes fueron resueltos satisfactoriamente. CONCLUSIÓN: La sospecha y el diagnóstico de la apendicitis aguda en pacientes con malrotación intestinal puede ser más desafiante y llegando a requerir técnicas de diagnóstico adicionales, como la tomografía computarizada (TC) abdominal, RNM o la ecografía, para confirmar el diagnóstico. El manejo más aceptado es el quirúrgico, siendo, según la evidencia actual, la cirugıá laparoscopica la herramienta más efectiva para llevar a cabo este procedimiento, permitiendo ajustar el abordaje y la instalación de trócares, según los hallazgos visualizados en los exámenes de imagenología.

HERNIA INTERNA PARADUODENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carol Escalona B., André Mesías H., Jorge Arche P., Sergio Aranda G.Servicio de Cirugía Hospital El Pino, Universidad Andrés Bello.INTRODUCCIÓN: Una hernia interna se define como la protrusión de vísceras abdominales, a través de una abertura peritoneal, que puede ser congénita o adquirida; suponen el 0,5 a 1 % de todas las obstrucciones intestinales agudas, con una mortalidad global entre el 20 – 50%. Las hernias producidas a través de un orificio natural pueden clasificarse en: Hernias del foramen de Winslow, paraduodenal, transmesenterica, transomental, pericecal, intersigmoidea, supravesical y pélvicas. Las hernias paraduodenales, representan alrededor del 50% de todas las hernias internas, las cuales a su vez pueden ser divididas en derechas o izquierdas. Las hernias paraduodenales izquierdas (HPDI), representan el 75% de las hernias paraduoneales, también denominadas hernias de la fosita de Landerzt, hernias mesentericoparietales, entre otras. En la HPDI, las asas yeyunales más proximales, ingresan posteroinferiormente a través del defecto mesocolico, quedando atrapadas en la fosa de Landzert y luego se extienden hasta el mesocolon descendente y porción izquierda del mesocolon transverso. La edad de diagnóstico de las HPDI va desde la primera infancia a la edad adulta, con un pico de frecuencia entre los 40-60 años, la distribución de sexo es de 3 varones por cada mujer. El principal problema de las hernias internas radica en el desarrollo impredecible de la obstrucción intestinal aguda, que a menudo es precedida por un período variable de malestar abdominal. El encarcelamiento y la estrangulación del contenido herniario pueden llevar al desarrollo de isquemia intestinal, perforación, y peritonitis con sepsis abdominal secundaria, que alcanza tasas de mortalidad de aproximadamente 20%. Se ha descrito que el paciente puede tener una larga historia de indigestión, vómitos y distensión que se remontan a la infancia y que pueden incluso aliviarse con cambio posturales. Debido a la clínica inespecífica la Tomografia computarizada (TC), se ha convertido en la imagen de primera línea para diagnóstico temprano y planificación de la intervención quirúrgica, con una sensibilidad y especificidad del 94-100% y del 90-95% respectivamente. El manejo quirúrgico clásicamente se realiza con laparotomía media, donde se identifica el saco herniario, el contenido se debe disecar del orificio de entrada de la fosa de Landzert, inferior a la arcada vascular descrita por la Vena mesentérica inferior (VMI), en su trayecto ascendente y Arteria cólica izquierda (ACI). Si es necesario se puede ampliar el orificio de entrada dividiendo la VMI; Posterior a la reducción del intestino, se repara el defecto de entrada con puntos simples de material no absorbible. Actualmente, el manejo laparoscópico electivo de la hernia paraduodenal ha sido propuesto por varios grupos, quienes han reportado sus resultados, sin embargo, la distensión abdominal y la presencia de un gran contenido intestinal son factores que llevan a la conversión del procedimiento laparoscópico a uno abierto.OBJETIVOS: Reportar caso clínico de obstrucción intestinal por una hernia paraduodenal izquierdam describiendo hallazgos clínicos, imagenológicos y el manejo quirúrgico.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico. Observacional.RESULTADO: Presentamos un caso de paciente femenina de 57 años, con un cuadro de 3 semanas de evolución de constipación, que progresa a dolor intenso EVA 10/10, por lo cual consulta al servicio de urgencia, se le indica estudio de imagen con TC, que reporta un punto de obstrucción periumbilical con dilatación patológica de asas delgadas de hasta 36 mm, en este contexto, se le realiza laparotomía exploradora con los hallazgos intraoperatorias de una hernia interna paraduodenal izquierda, en este contexto, se decide realizar una laparotomía exploradora, identificándose en el intraoperatorio: un saco herniario paraduodenal izquierdo de aproximadamente 15 cm, conteniendo 2 metros y medio aproximadamente de yeyuno e íleon proximal, un anillo de 5 cm aproximadamente delimitado por los vasos mesentéricos inferiores que amerito la disección de los mismos para la liberación de las asas, la cuales presentaban una dilatación importante, congestión linfática y zonas con parches blanquecinos, que retomaron su coloración normal al ser liberadas; por último se realizó la rafia del defecto con sutura irreabsorbible, la paciente evolucionó en su postoperatorio de manera satisfactoria.CONCLUSIÓN: Las hernias internas son una causa infrecuente de obstrucción intestinal, de ellas, las paraduodenales izquierdas son las más frecuentes y la génesis de estas remontan al desarrollo embriológico. Debido a la clínica inespecífica, el uso actual de la Tomografía Axial computarizada ha permitido un diagnóstico diferencial más precoz, a pesar de esto, el diagnóstico definitivo y su clasificación final se sigue realizando en el intraoperatorio, el retraso en la identificación del cuadro, conlleva al desarrollo de complicaciones como la isquemia, perforación y peritonitis con sepsis abdominal secundaria, las cuales generan el aumento en la morbimortalidad asociada, por ello es importante su diagnóstico precoz y manejo oportuno.

FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTE ADULTO JOVEN INMUNODEPRIMIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Milisa Barraza C., Geraldine González T., Gustavo Morales C., Sofia Pizarro G., Antonella Aguirre B., Sebastián Cruz M., César Navarro A.Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen, Chile. Facultad de medicina, Universidad de Atacama, Chile. INTRODUCCIÓN: La diverticulitis aguda (DA) corresponde a la manifestación más común de la enfermedad diverticular, su presentación y gravedad varía ampliamente, desde oligosintomática hasta la perforación, que causa sepsis y/o muerte. La fístula colovesical (FCV) es una complicación conocida, poco frecuentes de DA. La probabilidad que se presente es del 2-18%, siendo más común en varones en la sexta década de vida[1-2]; sus síntomas son neumaturia, fecaluria e infecciones urinarias. Sin embargo, es poco probable que se presente una FCV sin episodios previos de diverticulitis[3]. Últimamente existe mayor interés en el estudio y manejo de pacientes inmunodeprimidos, los que se les asocian una mayor tasa de complicaciones y mortalidad que la población general, por el retraso en el diagnóstico y su menor capacidad de limitar procesos infecciosos[4]. OBJETIVOS: Presentación de caso de fístula colovesical secundaria a DA en adulto-joven inmunodeprimido. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y sistemática de literatura. RESULTADO: Paciente masculino de 41 años con antecedente de enfermedad de Behcet en tratamiento crónico con corticoides, e infecciones del tracto urinario a repetición. Consulta en urgencias por 2 días de evolución de orinas oscuras de mal olor, fecaluria y neumaturia, sin otros síntomas asociados. Se decide hospitalización donde se realiza estudio con Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis con contraste con hallazgos que sugieren posible fístula colovesival. Se complementa estudio con Uretrocistoscopía, evidenciando presencia de material fecaloideo, y Colonoscopía que reporta DA con material purulento en porción sigmoidea. Junto a equipo de Urología, se realiza Sigmoidectomía + Anastomosis termino-terminal con Reparación Vesical; cursando con un postoperatorio tórpido, presentando incialmente dehiscencia de anastomosis, ameritando una colostomía tipo Hartmann. Posteriormente, y como consecuencia de una neumonía intrahospitalaria, presenta evisceración contenida que se complica con infección de herida, por lo que es llevado para nueva laparotomía, aseo quirúrgico y reparación de pared abdominal; mientras se mantuvo con antibioterapia de amplio espectro. Posterior a manejo multidisciplinario y mejoría clínica, se decide alta médica con controles periódicos en policlínico. CONCLUSIÓN: La incidencia de diverticulitis en pacientes inmunodeprimidos es relativamente más frecuente y de morbimortalidad mayor que la población general. Las manifestaciones clínicas pueden verse disminuidas, lo que puede dificultar el diagnóstico y aumentar la presencia de complicaciones. El uso de corticoesteroides se relaciona fuertemente al desarrollo de abscesos diverticulares y complicaciones menos frecuentes. Las acciones inmunosupresoras y antiinflamatorias pueden haber contribuido también a enmascarar el cuadro y al desarrollo de mayores complicaciones postoperatorias.

HERNIA CRURAL COMPLICADA CON CONTENIDO ÚNICO DE TROMPA DE FALOPIO: REPORTE DE UN CASO

Melissa Mellado P., Francisco Canales S., Katherine Hernández O., Carol Vargas Q.Servicio Cirugía, Hospital Puerto Montt.INTRODUCCIÓN: La hernia femoral o crural es una variedad de hernia de la región inguino-crural cuya incidencia aumenta con la edad, observándose con mayor frecuencia en mujeres entre los 40-70 años. La mayor parte de los casos su contenido está dado por intestino, colon u omento, siendo infrecuente encontrar vejiga, ovario, útero o anexos. El tratamiento quirúrgico se debe realizar lo más precozmente posible debido a la alta tasa de complicaciones.OBJETIVOS: Reportar un caso de hernia crural complicada con contenido anexial. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. RESULTADO: Paciente femenino de 51 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de dolor hipogástrico, lumbalgia, náuseas y aumento de volumen inguinal de 3 días de evolución. Evaluada en primera instancia por ginecología, se describe masa inguinal de 4 cm dolorosa. Se realizó ecografía transvaginal en la que se informó ovario izquierdo con lesión bilocular sin vascularización al doppler, de 4,5 cm, sin otros hallazgos. Laboratorios normales. Se realizó tomografía computada que evidenció aumento de volumen de la región inguinal izquierda, con importantes cambios inflamatorios, correspondiente a hernia crural que impresiona contener en el saco, parte del anexo izquierdo. Se realiza laparotomía exploradora donde se confirma presencia de trompa de falopio izquierda como contenido de saco de hernia crural, sin contener ovario el cual presenta quiste simple asociado de 4 cm aproximadamente. Se logra reducir contenido, sin embargo, dado que trompa izquierda se encontraba necrótica se decide salpingectomía, se culmina con aseo a cavidad con abundante suero fisiológico y hernioplastia definitiva diferida. CONCLUSIÓN: Las hernias crurales representan aproximadamente el 2- 4 % de todas las hernias abdominales. El contenido anexial es muy poco frecuente, por lo que el diagnóstico clínico e imagenológico son cruciales para el tratamiento oportuno, mejorando tanto los resultados de la cirugía como la calidad de vida de los pacientes.

COLITIS FULMINANTE POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO

Geraldine González T., Milisa Barraza C., Gustavo Morales C., Sofia Pizarro G., Antonella Aguirre B., Sebastián Cruz M., Cesar Navarro A.Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen, Chile. Facultad de medicina, Universidad de Atacama, Chile. INTRODUCCIÓN: El *clostridium difficile* (CD) es un bacilo gram positivo, anaerobio y formador de esporas, principal agente causal de las diarreas asociadas al uso de antibióticos (1). Está implicado en la aparición de colitis fulminante; entidad clínica grave caracterizada por el desarrollo de una inflamación aguda del colón asociada a toxicidad sistémica que puede evolucionar a perforación intestinal, megacolon tóxico, sepsis y/o muerte. La incidencia de infección por CD es 5 a 10 veces más alta en pacientes ancianos comparada con los pacientes jóvenes (2), Alcanza una mortalidad que oscila entre el 30 a 90% (1). La colitis fulminante representa entre 3-15% de las infecciones por CD y de estos pacientes aproximadamente un 30% necesitara cirugía de urgencia. OBJETIVOS: Presentación de caso de colitis fulminante por CD en paciente joven. MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso y revisión de la literatura clínica.RESULTADO: Paciente de sexo masculino, 20 años, con antecedente de epilepsia estructural. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) por estatus convulsivo refractario. Durante su hospitalización presenta crisis convulsivas a repetición de difícil manejo, requiriendo sedación profunda, y apoyo con ventilación mecánica invasiva (VMI). Evoluciona con neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMS), recibiendo antibioterapia de amplio espectro. A los 10 días de hospitalización evoluciona con cuadro caracterizado por deposiciones liquidas persistentes, se solicita PCR de deposiciones evidenciando *Clostridium difficile*. Se maneja con Vancomicina durante 12 días, dado deterioro clínico se solicita Tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con hallazgos compatibles con pancolitis y moderada ascitis. Progresa a colitis fulminante con shock séptico, luego de 48 horas de tratamiento médico y ante deterioro clínico progresivo se decide realizar laparotomía de urgencia. En intraoperatorio se evidencia abundante ascitis, colon dilatado con importante edema de paredes y del tejido pericólico. Se realiza colectomía total más ileostomía terminal. Evoluciona en post operatorio con mejoría progresiva en UCI, suspensión de drogas vasoactivas, extubación y buena respuesta a tratamiento anticonvulsivante. Paciente evoluciona sin complicaciones quirúrgicas y se logra dar de alta. CONCLUSIÓN: La colitis fulminante por CD es una entidad grave, resulta fundamental el diagnostico oportuno y el tratamiento precoz para reducir la morbimortalidad. El tratamiento quirúrgico está recomendado en caso de fracaso de tratamiento médico y complicaciones como perforación o peritonitis. El tratamiento de elección en estos casos es la colectomía total e ileostomía, proporcionando una ventaja de supervivencia en comparación con la administración continua de antibióticos (3).

APLICABILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN QUIRÚRGICA

Brandon Valencia-Coronel, Claudia Marín Heise, Julián Peña Herrera, Maria Renee Gómez Zúñiga, Erik Manríquez, Mariano Giménez, Julián Varas.Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Dr. Sotero del Río, Universidad de Estrasburgo.INTRODUCCIÓN: Los Grandes Modelos de Lenguaje (LLMs, por sus siglas en inglés) muestran potencial para el procesamiento de información médica, pero su aplicación en el campo de la cirugía sigue sin ser totalmente explorada. Este estudio evalúa la efectividad de una técnica de "zero-shot prompting" para la generación de resúmenes de información quirúrgica en cirugía general utilizando LLMs. OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de una técnica de "zero-shot prompting" modificada para generar resúmenes de información quirúrgica en cirugía general utilizando Grandes Modelos de Lenguaje (LLMs). Además determinar la calidad y utilidad de la información quirúrgica generada por LLMs en términos de precisión, relevancia, comprensión, claridad, coherencia y utilidad práctica, según la evaluación de cirujanos formados.MATERIAL Y MÉTODO: Catorce cirujanos formados (9 hombres, 5 mujeres; edades entre 32 y 49 años) de diversas especialidades evaluaron resúmenes quirúrgicos generados por LLMs, en este caso se utilizó la plataforma ClaudeAI creada por Anthropic sobre patologías esenciales en cirugía general. Se crearon resúmenes que abarcaban diversas patologías quirúrgicas de cirugía general utilizando la técnica de "zero-shot prompting" modificada. Los participantes calificaron los resúmenes en una escala Likert de 5 puntos en cuanto a precisión, relevancia, comprensión, claridad, coherencia y utilidad práctica. Se utilizaron estadísticas descriptivas, pruebas t y el alfa de Cronbach para el análisis. Las estadísticas descriptivas y las pruebas t se calcularon utilizando Python. La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.RESULTADO: Todos los aspectos evaluados recibieron altas calificaciones (medias entre 4.00 y 4.57). Las pruebas t mostraron que todas las calificaciones fueron significativamente superiores. La encuesta demostró alta consistencia interna (α de Cronbach=0.82). La claridad recibió la puntuación media más alta (4.57), mientras que la utilidad práctica obtuvo la puntuación más baja pero aún favorable (4.00).CONCLUSIÓN: La técnica modificada “zero-shot prompting" utilizando 7 parámetros para la extracción de información quirúrgica utilizando LLMs para la educación en cirugía general demostró una alta efectividad en todos los criterios evaluados. Este enfoque muestra un potencial significativo para mejorar el acceso a información quirúrgica precisa y relevante, lo que podría mejorar la extracción de información en cirujanos en formación. Se requiere más investigación para validar estos hallazgos en diversos entornos clínicos.

MUCOCELE APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Benjamín Miranda N., Mathias Johow R., Loreto Boetsch C., Aldo Cuneo G.Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: El mucocele apendicular es una dilatación quística del apéndice ileocecal. Es de baja frecuencia, encontrándose en aproximadamente 0.3% de las apendicectomías y representa cerca del 8% de los tumores apendiculares. Predomina en el sexo femenino, sobre todo entre los 50 a 60 años. Es frecuentemente producido por la obstrucción del lumen apendicular por las secreciones intestinales, lo que se conoce como un mucocele simple. Sin embargo, existen lesiones neoplásicas mucinosas apendiculares como los pólipos serrados del apéndice, la neoplasia mucinosa apendicular (que se subdivide en sus variantes de bajo grado o LAMN, y de alto grado o HAMN) y adenocarcinomas mucinosos del apéndice. La variante LAMN suele ser la más reportada. Carece de un cuadro clínico característico y el hallazgo incidental en imágenes es la presentación más frecuente, aunque puede imitar una apendicitis aguda o manifestarse como un tumor de fosa ilíaca derecha. Un 10-15% de los casos puede evolucionar a un pseudomixoma peritoneal que corresponde a la perforación y diseminación de las neoplasias apendiculares hacia la cavidad peritoneal. Presentamos el caso de un mucocele apendicular detectado de forma accidental mediante imágenes. OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente de 53 años que desarrolla un mucocele apendicular del tipo LAMN.MATERIAL Y MÉTODO: revisión de ficha clínica, imágenes y biopsia operatoria.RESULTADO: Paciente de sexo femenino, de 53 años, con antecedente de hipertensión arterial, se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen en contexto de un cólico renal. Como hallazgo se describe una estructura tubular hipodensa adyacente al polo cecal. Se realizó seguimiento imagenológico durante dos años, mostrando un crecimiento considerable respecto a los estudios previos, donde se describe una estructura tubular quística dilatada de 4.7 y 2.2 cm adyacente al polo cecal compatible con un mucocele apendicular. Se descartó la invasión del ciego, así como otras alteraciones a nivel colorrectal mediante una colonoscopia. Se decidió la resolución quirúrgica de la lesión mediante una apendicectomía laparoscópica. La biopsia informó una neoplasia mucinosa apendicular LAMN con bordes limpios. CONCLUSIÓN: el mucocele apendicular es infrecuente y puede debutar como un abdomen agudo, una masa en la fosa ilíaca derecha o como un hallazgo incidental en imágenes. El tratamiento es quirúrgico dado el riesgo de presentar una neoplasia maligna subyacente o perforación del apéndice con una consecuente implantación peritoneal. El tipo de seguimiento y su duración dependerá de la calidad de la resección quirúrgica y la histopatología.

GANGRENA DE FOURNIER COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE APENDICITIS AGUDA

Macarena Martínez Campillay, Joaquín Zambrano Freire, Pablo González Bobadilla, Ana Gómez Abreu, Antonio Mercandino SepúlvedaHospital Carlos Cisternas.INTRODUCCIÓN: La gangrena de Fournier corresponde a una infección grave de partes blandas, asociada a una alta tasa de mortalidad. La apendicitis aguda es una de las enfermedades abdominales quirúrgicas más frecuentes en el mundo, y un número muy acotado puede debutar con una gangrena de Fournier. En este trabajo expondremos el caso de un adulto joven de 18 años que consulta en el servicio de urgencias tras un cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal inespecífico y compromiso del estado general, se realiza control de exámenes que evidencian elevación de parámetros inflamatorios, y una tomografía computarizada, que evidencia apendicitis aguda retrocecal con signos de complicación. OBJETIVOS: Reporte de caso y revisión bibliográficaMATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico y revisión bibliográficaRESULTADO: Un paciente de sexo masculino de 18 años de nacionalidad boliviana, sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta en el servicio de urgencias tras un período de 5 días de dolor abdominal difuso, asociado a compromiso del estado general, fiebre, astenia y adinamia. Al interrogatorio dirigido se rescata dato de la familia que paciente habría llegado recientemente a la ciudad tras 3 días de viaje en bus desde Santa Cruz. Consulta inicialmente en el servicio de urgencias del hospital a los 3 días de evolución del cuadro, sin embargo, se retira del establecimiento antes de poder realizar una evaluación más exhaustiva. A las 48 h nuevamente consulta por progresión de los síntomas, asociado a compromiso del estado general, compromiso cualitativo de conciencia, fiebre, astenia, y distensión abdominal. Al ingreso destaca taquicárdico (frecuencia cardíaca 145 lpm), hipertenso (225/109), normotérmico (36,8°C). Sin embargo, a las 6 h persiste taquicárdico (125 lpm), y ahora destaca hipotenso (88/59), febril (38°C). Destaca abdomen distendido, sensible de manera difusa, asociado a signos de irritación peritoneal. Se realiza TR, donde se evidencia eritema perianal, esfínter de tono conservado, resto sin hallazgos patológicos. TAC evidencia apendicitis aguda complicada, por lo que se hospitaliza para resolución quirúrgica, en ingreso a pabellón se evidencia signos compatibles con gangrena de Fournier. Se realiza apendicectomía laparoscópica, evidenciando apendicitis retrocecal perforada con absceso periapendicular, y gangrena de Fournier que comprometía genitales y región perianal.CONCLUSIÓN: La apendicitis aguda como causa de una gangrena de Fournier es extremadamente poco frecuente, con reporte de casos a nivel mundial. Habitualmente se ha descrito en relación a apendicitis aguda retrocecal perforada, con o sin presencia de absceso; la mayoría de los casos reportados a nivel mundial corresponde a hombres jóvenes, con síntomas poco específicos para apendicitis aguda, con diagnóstico tardío.

PERFORACIÓN VESICAL SECUNDARIO A CATÉTER URINARIO PERMANENTE: UNA CAUSA INFRECUENTE ABDOMEN AGUDO

Carolina Espinoza Palma, Francisca Espinoza Palma, Jesús Rojas LizanaUniversidad Católica del Maule. Hospital Regional de Talca.INTRODUCCIÓN: El uroperitoneo secundario a perforación vesical es una entidad poco frecuente, con el trauma cerrado como la causa más común de perforación. Otras etiologías menos frecuentes están asociadas a cirugías, siendo la histerectomía la más común. La ruptura espontánea es aún más rara, y generalmente ocurre en pacientes con patologías urológicas subyacentes o cateterización vesical permanente, lo que dificulta su diagnóstico en urgencias.OBJETIVOS: Reportar dos casos atípicos de abdomen agudo quirúrgico en el servicio de urgencias.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y bases de datos.RESULTADO: Caso Clínico 1: Hombre de 84 años con hiperplasia prostática benigna y sonda Foley permanente. Ingresa con una semana de dolor abdominal, distensión y vómitos de retención. Al ingreso, presenta Gb de 28.150, PCR de 173 mg/L y creatinina de 3,7 mg/dL. La tomografía axial computada revela dilatación intestinal y múltiples niveles hidroaéreos en yeyuno, asociado a líquido libre. Progresa con inestabilidad hemodinámica, por lo que se realiza laparotomía exploradora, evidenciando uroperitoneo de 700 cc asociado a perforación de cúpula vesical de 1 cm. Se realiza sutura en dos planos con vicryl 000, toma de muestra para cultivo y aseo de cavidad. El cultivo intraoperatorio resulta positivo para *E. coli* multisensible. Evoluciona favorablemente en el postoperatorio, siendo dado de alta con antibióticos orales. Caso Clínico 2: Hombre de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, usuario de sonda Foley por hiperplasia prostática benigna y tabaquismo. Consulta por dolor abdominal y hematuria. Al ingreso, presenta Gb de 18.300, PCR de 179 mg/L, creatinina de 0.9 mg/dL y uremia de 91 mg/dL. La tomografía axial computada de abdomen revela extenso líquido libre y cambios inflamatorios, por lo que se realiza laparotomía exploradora, evidenciando protrusión de la sonda Foley a través de la cúpula vesical hacia la cavidad abdominal. Se realiza sutura vesical en dos planos con vicryl 000, se toma biopsia de bordes y aseo de cavidad peritoneal. El cultivo intraoperatorio resulta positivo para *Enterococcus faecalis*. Evoluciona favorablemente y es dado de alta con antibióticos orales. La biopsia diferida informa tejido fibromuscular con infiltrado inflamatorio compuesto predominantemente por polimorfonucleares, asociado a signos de reparación, negativo para neoplasia. CONCLUSIÓN: El diagnóstico etiológico es difícil cuando no hay antecedentes de trauma o cirugías. Debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes adultos mayores, especialmente en aquellos con cateterización vesical permanente.

IMPACTO DE COVID 19 EN CIRUGÍAS DE URGENCIA EN CHILE ENTRE 2014-2023

Cristobal Pérez Castillo, Fernanda Uarac Rozas, Valentina Duran Espinoza, Maximiliano López MuñozUniversidad de Concepción, Pontificia Universidad Católica, Universidad San Sebastian.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 tratamiento quirúrgico precoz. La realización de este procedimiento disminuye la mortalidad en múltiples escenarios. En nuestro país se realizan en promedio 66.000 al año. Sin embargo, desde el inicio de la pandemia las atenciones regulares de salud se vieron muy afectadas.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, durante y después de la pandemia en los hospitales públicos de nuestro país.MATERIAL Y MÉTODO: Diseño transversal. Se analizó la base de datos proporcionada por DEIS entre los años 2014-2023, identificando todos los hospitales del servicio público de nuestro país con servicios de cirugía que realizaron al menos una cirugía de urgencia 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 tres grupos según antes (años 2014-2019), durante (años 2020-2021) o después (2022-2023) de la pandemia. 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 2014 hasta el 2019 se realizaron en promedio 64.958 cirugías de urgencia por año. Durante los años de pandemia se realizaron 67.534 cirugías en promedio. Los años post pandemia registraron un promedio de 69.410 cirugías. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos antes y durante la pandemiaCONCLUSIÓN: 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. Probablemente esto se mantuvo estable debido a que la naturaleza de los cuadros quirúrgicos no se verían influenciados por el Sars CoV-2. Por otro lado, corresponden a patologías de riesgo vital cuya resolución no puede postergarse.

DISTRIBUCION ESTACIONAL DE CIRUGÍAS DE URGENCIA EN CHILE ENTRE 2014-2023

Cristóbal Pérez Castillo, Fernanda Uarac Rozas, Emilio Aguilera Carvallo, Eduardo Romero Chaparro, Nicolás Seguel Vera Universidad de Concepción, Universidad de Los Andes, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: La cirugía de urgencia es un servicio del sistema de salud que se encarga de la atención de pacientes que necesitan una evaluación y un tratamiento quirúrgico de rápida resolución. La realización de este tipo de procedimientos disminuye la mortalidad en múltiples escenarios. En Chile se realizan en promedio 66.000 al año, 1.270 por semana. Sin embargo, no está descrito como se distribuyen a lo largo del año.OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir la distribución de las cirugías de urgencia según las estaciones del año en hospitales públicos de nuestro país. MATERIAL Y MÉTODO: Diseño transversal. Se analizó la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) entre los años 2014-2023, identificando todos los hospitales o centros del servicio público donde se entrega la prestación de cirugía de urgencia. Se excluyeron los centros que no hubiesen realizado al menos una prestación. Se identificó la variable número de cirugías de urgencia semanal (Semanas 1 a 52). Se clasificaron los resultados según semana y se agruparon en 4 grupos según estación, Verano (1-12,52), Otoño (13-25), Invierno (26-38), Primavera (39-51). Luego se analizan los resultados y se comparan con los promedios anuales.RESULTADO: Se analizaron un total de 10 años, representado 520 semanas entre los años 2014-2023. Cada año se realizaron de media 66.112 cirugías de urgencia, con un promedio semanal de 1271 procedimientos. Durante el verano se realizaron 1.323 cirugías semanalmente, lo que representa un aumento del 4,1% por sobre el promedio. Otoño e invierno tuvieron promedios de 1.238 cirugías semanales, representando una baja de -2,6% respecto al promedio anual. Primavera tuvo un resultado de 1.281 intervenciones, lo que representa un alza de 0,7%. CONCLUSIÓN: A pesar de las diferencias climáticas, recesos escolares, festividades u otros eventos que caracterizan cada estación, hubo una distribución homogénea entre las diferentes estaciones del año. Por otro lado, corresponden a patologías de riesgo vital cuya resolución no puede postergarse.

HERNIAS INFRECUENTES CON CONTENIDO APÉNDICE VERMIFORME: HERNIA DE AMYAND Y HERNIA DE GARENGEOT, PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Josefina Campos S., Fabián Álvarez F., Víctor Jerez M., Andrés Iglesias B.Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico Universidad Católica, Hospital Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: La presencia de apéndice vermiforme dentro del contenido herniario es un hallazgo infrecuente y en general posee una presentación clínica atípica. Las hernias inguinales (HI) con apéndice en su contenido (inflamado o no) son denominadas Hernias de Amyand (HA). Estas representan el 0.28% a 1% de las hernias inguinales y la mayoría de las veces se presentan como hernias estranguladas y son un hallazgo intraoperatorio. Por otro lado, las hernias femorales (HF) que contienen apéndice son denominadas de Garengeot, con incidencia de 0.9% de las HF. El canal femoral, debido a su rigidez y estrechez, genera mayor tasa de estrangulación (14-56%) que las hernias inguinales (6-10%) y en todos los casos requieren tratamiento quirúrgico. Las hernias femorales son más frecuentes en mujeres que en hombres con una relación 2:1. Ambas entidades son relevantes debido a su presentación clínica, hallazgos habitualmente intraoperatorios y poseen ciertas consideraciones en su manejo quirúrgico. OBJETIVOS: No aplica.MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan dos casos clínicos de hernias conteniendo apéndice cecal: una de Amyand en Hospital Sotero del Río y otra de Garengeot en Hospital Clínico UC. Se cuenta con documentos fotográficos.RESULTADO: Caso 1. Hombre de 79 años, consulta en urgencias por HI atascada, con Tomografía Computada (TC) compatible. Se decide resolución quirúrgica, evidenciando apéndice cecal sano en saco herniario. Se realizó hernioplastia según técnica Lichtenstein debido a ausencia de contaminación, sin apendicectomía. Evolucionó sin dolor, sin complicaciones. Caso 2. Mujer de 75 años, consultó por cuadro de HI derecha complicada, con ecografía que sugiere apéndice cecal complicado contenido en hernia. Se decide resolución por abordaje inguinal, se evidencia HF, requiriendo apendicectomía y herniorrafia según técnica McVay. Paciente evoluciona con seroma sobreinfectado requiriendo drenajes múltiples y antibioticoterapia, con respuesta favorable, sin recidiva herniaria.CONCLUSIÓN: El diagnóstico preoperatorio de ambas entidades suele ser por imagen (TC o Ecografía) y es excepcional, debido a que su manifestación clínica es de una hernia estrangulada y dista de una apendicitis aguda convencional. El abordaje quirúrgico estándar de oro es mediante reparación abierta por vía anterior, siendo una buena opción quirúrgica en caso de HF un abordaje por técnica de Nyhus o McVay, así como laparotomía infraumbilical en casos de perforación. La reparación inguinal prefiere técnicas sin uso de malla (Bassini o Shouldice), sin embargo, existen grupos que defienden el uso de mallas, dependiendo del nivel de contaminación secundario a la indemnidad apendicular.

LINFOMA T INTESTINAL, CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO A PROPOSITO DE UN CASO

Dayana Alejandra Espin Játiva, Daniel O. Caiña González Juan David, Claudia Meza Sánchez, Bertha Marjorie González Rodríguez, Álvaro Ariel Amaya VelascoServicio de Cirugía General, Hospital de Trauma y Emergencias "Dr Federico Abete", Malvinas Argentinas. INTRODUCCIÓN: Los tumores de Intestino Delgado son casos muy raros, descritos en la literatura en menos del 2% de todas las neoplasias gastrointestinales, con una prevalencia en la población de sólo del 0,6%. OBJETIVOS: El reporte de este caso hace referencia a un paciente masculino de 78 años que acude por sus propios medios a la guardia por cuadro clínico sugerente de abdomen agudo, sin antecedentes relevantes que hagan sospechar de esta entidad. Además, se realiza una revisión de la literatura médica sobre esta patología y sus distintas complicaciones, salvaguardando el no discriminar patologías inusuales dentro de los diagnósticos diferenciales, pese a su baja incidencia. MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico de paciente adulto mayor, que acude con clínica de abdomen agudo, y durante intraoperatorio presenta cerca del ángulo de Treiz perforación secundario a linfoma T intestinal.RESULTADO: La anatomía patológica reporta solución de continuidad del intestino delgado, proliferación mono morfa de aspecto plasmocitoide a tipificar con IHQ. Con conclusión: cuadro histológico e inmunofenotipo vinculables a infiltración por linfoma T (NOS). Paciente comienza egresa posterior a adecuada tolerancia oral; con seguimiento pertinentes con Oncología y Hematología. CONCLUSIÓN: El linfoma tipo T intestinal constituye una entidad muy infrecuente dentro de la población occidental, corresponden entre el 15 y el 20% del total de tumores malignos del intestino delgado, en general son menos comunes y pueden estar o no asociados a enteropatía; estos últimos son de alto grado de malignidad. Las complicaciones más graves y poco frecuentes constituyen abdomen agudo secundario a obstrucción o a perforación, como es nuestro paciente, por lo cual no se debe desestimar esta patología.

¿FONENDOSCOPIO O BISTURÍ? CIRUGÍAS DE URGENCIA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL SUR AUSTRAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO INICIAL

Matías Riquelme Ortega, Cecilia Cisternas Marín, Ivonne Zarate GeisseHospital Clínico de Magallanes.INTRODUCCIÓN: Las Unidades de Urgencias son servicios con alta demanda asistencial, donde los recursos son limitados, por lo que conocer la epidemiología local permite mejorar la atención. La patología quirúrgica es un aspecto importante a diagnosticar, dado que son tiempo dependiente, y la demora en su sospecha y manejo implica una mayor morbimortalidad y mayores costos, tanto para la persona como al sistema de salud.OBJETIVOS: Determinar cuántas de las consultas realizadas en las unidades de urgencia requieren un manejo quirúrgico de urgencia. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo utilizando una base de datos con las atenciones realizadas en los servicios de atención de urgencias del Hospital Clínico de Magallanes y las intervenciones quirúrgicas realizadas entre el 01/01/2024-30/06/2024. Posteriormente se seleccionaron todas las cirugías realizadas en usuarios provenientes de unidades de urgencia. Se analizaron variables como: sexo, edad, categorización ESI, especialidad quirúrgica y riesgo quirúrgico entre otros. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 25.RESULTADO: En dicho período se realizaron 42.922 consultas en las unidades de urgencia, principalmente mujeres (57.54%) con una edad de 33,31±24,59 años. Se intervino quirúrgicamente de urgencia a 375 (0,87%) de los consultantes. Respecto del usuario intervenido, 51,45% fueron hombres, con 43,32±24,18 años, 60,27% clasificados con ESI-3 al momento de su ingreso y 50,40% fue clasificado con riesgo quirúrgico medio. El 39% de las cirugías corresponden a intervenciones de cirugía general seguido de traumatología con 14,67%. El tiempo desde la llegada al hospital hasta el quirófano fue de 8:26±09:07 horas, interviniendo al 85.60% antes de 12 horas. El 80,80% fue hospitalizado en sala básica y el 14,40% en unidad de paciente crítico.CONCLUSIÓN: Al analizar nuestros resultados observamos que existen pocas atenciones que requieren cirugías de urgencia, lo que se debe a la existencia de patologías quirúrgicas que se manejan de forma diferida y el perfil de consulta de baja gravedad en las unidades de urgencia hospitalaria. Respecto de las especialidades quirúrgicas, concordamos con la literatura internacional, siendo las patologías de cirugía general las más frecuentes. Finalmente concluimos que, a diferencia de los centros de trauma, la proporción entre consultas médicas e intervenciones quirúrgicas de urgencia es baja, lo que permite intervenir a los usuarios en las primeras 12 horas, disminuyendo las posibles complicaciones lo que se refleja en la alta proporción de pacientes hospitalizados en sala común.

DUODENO-YEYUNO ANASTOMOSIS COMO ALTERNATIVA EN LA RESOLUCIÓN DE ÚLCERA DUODENAL PERFORADA COMPLEJA: REPORTE DE UN CASO

José Castro G., Alejandro Iglesias M., Gabriela Smith P., Rocío Vera P., Rocío Witto E., Catalina Fuchs G., Luymar Petit G.Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: El manejo quirúrgico de la úlcera duodenal (UD) perforada es un desafío para el cirujano, quien debe conocer distintas alternativas de resolución de esta patología. Los defectos duodenales que involucran >50% del perímetro son infrecuentes, con reportes de incidencia de 1,23%, sin embargo, reportan una morbimortalidad muy superior a las úlceras de menor tamaño. Frente a estos casos existen diversas alternativas quirúrgicas descritas en la literatura como la utilización desde parches de serosa utilizando un asa yeyunal, hasta técnicas resectivas como la antrectomía incluyendo el defecto duodenal, con diferentes tipos de reconstrucciones. La inestabilidad hemodinámica con la que frecuentemente se presentan estos pacientes, nos llevan a plantear la duodeno-yeyuno anastomosis al defecto como una alternativa quirúrgica que involucra la confección de una anastomosis.OBJETIVOS: Reporte de un caso clínico de UD compleja perforada resuelto con una duodeno-yeyuno anastomosis al defecto duodenal.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica y ficha clínica.RESULTADO: Paciente de 71 años con antecedentes de DM2 HTA, consulta en urgencias por epigastralgia de 2 meses de evolución, palidez mucocutánea, baja de peso de 5 kilos y 1 episodio de vómito. Ingresa con inestabilidad hemodinámica, anemia severa y signos tomográficos compatibles con una úlcera en la primera porción del duodeno con pequeño foco de sangrado activo y probable contenido hemático en su lumen. Manejo endoscópico insatisfactorio, ingresando a pabellón para una laparotomía exploratoria. Dentro de los hallazgos se describe perforación en segunda porción del duodeno que compromete aproximadamente 60% del total de la circunferencia por cara anterior, respetando la papila duodenal. Se realiza una duodeno-yeyuno anastomosis laterolateral a 30 cm del ángulo de Treitz, con técnica manual al defecto duodenal utilizando un plano de Monocryl TM, quedando con una laparotomía contenida en base a la inestabilidad clínica durante la cirugía. En la segunda exploración, no se evidencia filtración de anastomosis, completando el cierre de la pared abdominal. Evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al décimo día post quirúrgico. Actualmente en seguimiento ambulatorio no se reportan síntomas de reflujo ni déficit nutricionales. CONCLUSIÓN: La UD perforada compleja es un escenario desafiante para todo cirujano, quien debe contar con un arsenal de alternativas en la resolución quirúrgica de esta patología. La duodeno-yeyuno anastomosis al defecto duodenal parece una alternativa que involucra la confección de una anastomosis a considerar en pacientes con defectos duodenales que comprometan más del 50% del perímetro del asa intestinal.

HERNIA DE AMYAND, COMO HALLAZGO INCIDENTAL INTRA PABELLÓN EN PACIENTE CON HERNIA DE INGUINAL COMPLICADA

Ignacio Santos G., Kristian Parra C., Lorena Garate G.Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.INTRODUCCIÓN: La patología herniaria alcanza un 10% de prevalencia en Chile, consecuencia de aquello, es un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias alcanzando a ser la tercera cirugía más frecuente en nuestro país. La hernia de Amyand se define como aquella hernia inguinal que, al interior de su saco, contiene el apéndice cecal, esta condición reviste una baja prevalencia oscilando entre 0,5 -1 % del total de hernias inguinales. Por este motivo y sumado a que el diagnóstico de hernia inguinal complicada es eminentemente clínico, esta patología tiene un bajo índice de sospecha, diagnosticada mayoritariamente en el intraoperatorio. Su tratamiento es quirúrgico, el cual consiste en la apendicectomía, seguida de hernioplastia.OBJETIVOS: Describir una patología de baja frecuencia como hallazgo incidental intra pabellón, manejado de forma exitosa, con buen resultado para el paciente.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha médica y literatura de caso clínico.RESULTADO: Paciente masculino de 65 años, con antecedente de hernioplastia inguinal izquierda, consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por aumento de volumen en región inguinal derecha, no reductible, doloroso, el cual, el día previo a consulta en servicio de urgencias se agudiza, agregando emesis, ausencia de gases, distensión abdominal, cambios cutáneos, por lo que consulta. A la evaluación destaca aumento de volumen inguinal derecho, no reductible, doloroso a la palpación, eritema circundante, al laboratorio destaca alza de parámetros inflamatorios. Cuadro sugerente de hernia inguinal atascada, se define exploración en pabellón Intra pabellón se opta por abordaje inguinal clásico, identificándose hernia inguinal, con anillo de 4 cm, dentro de su saco contiene segmento de íleon distal, ciego y apéndice cecal, con foco de necrosis en mesoapéndice, se procede con apendicectomía, reducción del contenido herniario y hernioplastía inguinal según técnica de Lichtenstein. Paciente evolucionó de manera adecuada durante su postoperatorio, egresando a las 24 horas del acto quirúrgico, posteriormente en control ambulatorio se objetivo sin signos de recidiva ni complicación, biopsia diferida apendicitis crónica. CONCLUSIÓN: Si bien, la hernioplastia y la apendicectomía son las cirugías más frecuentes en el servicio de urgencia, la hernia de Amyand es una entidad poco frecuente, que requiere un diagnóstico precoz para evitar posteriores complicaciones derivadas de la perforación apendicular. En este sentido este reporte contribuye a difundir más esta patología para un adecuado manejo perioperatorio con el fin de dar celeridad a su resolución quirúrgica y así obtener mejores resultados en nuestros pacientes.

HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS AGUDA PERFORADA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Josefina Arellano R., Catalina Barría A., Valentina Castillo D., Matías Salazar P.Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana Santiago.INTRODUCCIÓN: La hernia de Amyand corresponde a la presencia del apéndice cecal en el interior del saco de una hernia inguinal. Es una patología muy infrecuente que reporta una incidencia de un 1% de apéndices sanos, y con apendicitis menor al 0,13%. Actualmente existe controversia del manejo de esta patología, dado el subdiagnóstico y la tendencia actual a reducir hernias inguinales.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un paciente de 56 años con hernia de Amyand con apendicitis aguda perforada y una revisión bibliográfica del tema.MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico de Hernia de Amyand complicada por apendicitis perforada ocurrida en Hospital Padre Hurtado en Santiago de Chile, Febrero del año 2024. Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed con las siguientes palabras clave “Hernia inguinal” “Hernia de Amyand” “Apendicitis” “Hernia complicada” “Apendicitis de hernia Amyand”.RESULTADO: Paciente de sexo masculino de 56 años con hernia inguinal derecha de 7 meses de evolución, consulta por 24 horas de dolor testicular derecho y epigástrico, que alcanza intensidad 10/10 asociado a vómitos, fiebre y anorexia. Al exámen físico se evidencia hernia inguinal derecha dolorosa, irreductible sin cambios tróficos y presencia de signos de irritación peritoneal. Al laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados. Se realiza TAC AP con hallazgos de hernia inguinoescrotal derecha que contiene apéndice vermiforme con signos de apendicitis aguda perforada. Mediante abordaje laparotomía media infraumbilical se realiza apendicectomía y herniorrafia. Procedimiento sin incidentes. Evolución postoperatoria favorable, alta a los 3 días. En control a los 5 meses paciente asintomático.CONCLUSIÓN: Debido a la baja frecuencia de esta patología, existen diversas opiniones sobre el manejo quirúrgico más adecuado tanto del abordaje de la reparación herniaria como del manejo del apéndice cecal. En relación a la reparación de hernias, el uso de mallas corresponde al gold standard. Sin embargo, su uso es controversial en campos contaminados, por lo que, en el contexto de una apendicitis aguda, representa un desafío dado el mayor riesgo de infección y morbimortalidad asociada. Además, la indicación de apendicectomía en casos en los cuales no haya una apendicitis aguda demostrada genera controversia dado la posibilidad de transformar una cirugía limpia a una limpia- contaminada. En el caso presentado se evidenció una hernia de Amyand con apendicitis perforada que representó un desafío quirúrgico, pese a lo cual hubo un buen resultado terapéutico, asintomático y sin evidencia de recidiva.

HERNIA INTERNA EN EL ADULTO EN RELACIÓN A ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL NEONATAL: REPORTE DE CASO

José Castro G., Camila Pacheco H., Gabriela Smith P.Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: Las hernias internas abdominales corresponden a la protrusión de vísceras abdominales a través de un defecto peritoneal o mesentérico en la cavidad abdominal o pélvica, pudiendo ser congénitas o adquiridas. Representan una causa frecuente de obstrucción intestinal en pacientes pediátricos, sin embargo, su incidencia en adultos es de 0,6 - 5,8%, generalmente asociadas a antecedentes de intervenciones quirúrgicas. Pese a su baja incidencia, la morbimortalidad asociada a esta patología es alta, ya que su presencia predispone a obstrucciones intestinales en asa cerrada, con mayor riesgo de compromiso vascular. OBJETIVOS: El objetivo del trabajo es enfatizar la importancia de la sospecha prequirúrgica de una hernia interna como causa de obstrucción intestinal poco frecuente en el adulto. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico de un paciente con diagnóstico de obstrucción intestinal e isquemia mesentérica, identificándose como causa una hernia interna en contexto de antecedente de cirugía abdominal neonatal.RESULTADO: Paciente de 30 años, con antecedente de cirugía neonatal por Divertículo de Meckel. Consulta por cuadro de 4 días de evolución sugerente de obstrucción intestinal. TAC-AP muestra cambio de calibre brusco en intestino delgado e imagen en remolino mesentérico. Ingresa a pabellón donde se identifica obstrucción intestinal en asa cerrada transmesentérica y anastomosis terminoterminal antigua. Se resecan 3 metros de intestino delgado y se dejan cabos ligados, los cuales se anastomosan en un segundo tiempo quirúrgico, dada inestabilidad hemodinámica inicial. Evoluciona con síndrome de intestino corto, se maneja con nutrición parenteral hasta tolerancia oral, y logra egresar en buenas condiciones generales.CONCLUSIÓN: Las hernias internas son una causa de obstrucción intestinal poco frecuente en el adulto. Pese a su baja incidencia, resulta necesario tener un alto índice de sospecha en pacientes con cirugías abdominales previas dada la alta morbimortalidad asociada, tanto a la patología en sí como a las secuelas de una intervención quirúrgica cuando el daño es avanzado e irreversible. No existe una relación temporal entre la intervención quirúrgica y la manifestación de complicaciones, evidenciado lo esencial que es considerar el antecedente quirúrgico neonatal para el enfrentamiento clínico en estos casos.

QUISTE HIDATIDICO GIGANTE CON COMPROMISO OSEO

Jesus Coa Bracho, María Goitia Inojosa, María Rodríguez Izquierdo, Ana Marín MarínHospital General de Victoria, Región de la Araucanía, Hospital de Talagante, Región Metropolitana.INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis parasitaria de distribución mundial, causada por larvas del parásito del género *Echinococcus* spp, cuyo hospedero definitivo principal en Sudamérica, es el perro. Es endémica en Chile, predomina en la zona sur y austral del país, especialmente en la IX región, siendo la hidatidosis hepática la más frecuente 60-75%, seguida de la pulmonar 15-30%, el 5-10% en cavidad peritoneal, dada su alta prevalencia hemos podido observar hidatidosis en localizaciones infrecuentes o poco habituales, como la musculoesquelética, la cual representa 1-5% de todas las hidatidosis humanas. OBJETIVOS: Reporte de caso clínico atípico en la literatura médica.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso clínico y revisión literaria.RESULTADO: Femenina de 60 años de edad, procedente de Lonquimay, ingresa el 02/02/21 con cuadro de dolor en hemiabdomen Derecho, hiporexia, decaimiento y elevación de parámetros inflamatorios de una semana de evolución, niega otra sintomatología. ◦ Al examen físico: Paciente en buena condición general, HDE, febril (38 °C). ◦ Abdomen: blando, depresible doloroso a la palpación en HD, masa palpable HD, RHA (+), sin signos de irritación peritoneal. ◦ TAC Abdomen y pelvis con contraste (02/02/2021): ◦ Extensa lesión con característica de quiste hidatídico en lóbulo hepático derecho. Lesión retroperitoneal derecha que alcanza fosa iliaca derecha con compromiso óseo. Colelitiasis ◦ RNM 08-02-21: Quiste Hidatídico Hepático Gigante. Colección retroperitoneal e inguinal derechas de probable origen hidatídico, con signos de sobreinfección de la colección inguinal superficial. Colelitiasis. Sin evidencia de compromiso óseo. ◦ Biopsia de cresta iliaca 18/03/21: Hidatidosis ósea con infiltración crónica severa y reacción gigantocelular tipo cuerpo extraño. ◦Diagnóstico: Quiste Hidatídico Hepático Gigante complicado ◦Compromiso óseo de cresta iliaca derecha.CONCLUSIÓN: La hidatidosis ósea corresponde a una entidad poco frecuente ya que las larvas del parásito tienen que penetrar dos filtros antes de alcanzar el hueso: hígado y pulmón; sin embargo, es una de las formas más severas de esta infección. Su distribución más frecuente es a nivel vertebral y en ella la localización torácica con compromiso primario del cuerpo vertebral pudiendo presentar extensión intradural, intramedular y a tejidos blandos paravertebrales; siendo huesos largos (fémur y tibia) y pelvis otras localizaciones frecuentes. El tratamiento de elección para la hidatidosis ósea es la extirpación completa de la lesión, sin embargo, en la mayoría de los casos esto no es posible pues se trata de lesiones difusas y extensas en las cuales la terapia eficaz sería mutilante y con secuelas funcionales importantes. En casos de localización pelviana a llegado a plantearse la necesidad de efectuar una hemipelvectomía con conservación del miembro para lograr la exéresis total; en nuestro caso esta posibilidad fue evaluada sin embargo no se realizó. A pesar de su naturaleza parasitaria, reportes aconsejan tratar esta patología quirúrgicamente bajo criterios oncológicos por su comportamiento localmente destructivo.

TUBERCULOSIS PERITONEAL EN CONTEXTO QUIRÚRGICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Jaime Uribe F., Herman Viveros G., Bárbara Cortés T.Universidad del Alba, Hospital de Melipilla.INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) es una infección causada por *Mycobacterium tuberculosis*, con síntomas variables y diagnóstico complejo. La forma abdominal, poco común pero significativa, puede imitar otras afecciones abdominales. La fisiopatología implica la formación de úlceras en la mucosa gastrointestinal. El diagnóstico se realiza mediante varias pruebas, incluida la Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal y la identificación de *M. tuberculosis*. El tratamiento sigue el mismo esquema que la tuberculosis pulmonar y puede durar de 6 a 9 meses. La tuberculosis peritoneal, un desafío diagnóstico, requiere un alto índice de sospecha para un tratamiento oportuno.OBJETIVOS: No aplica según instrucciones, caso clínico.MATERIAL Y MÉTODO: No aplica según instrucciones, caso clínico.RESULTADO: Hombre de 41 años, con antecedente de daño hepático por alcohol y TBC peritoneal que fue identificada en hospitalización previa, consulta en servicio de urgencias por masa umbilical tensa, dolorosa y eritematosa, clínicamente compatible con hernia umbilical complicada, pero en ECOfast se evidencia colección líquida. Se realiza una intervención quirúrgica donde se identifica tuberculoma abdominal, se toma ADA del líquido ascítico que resulta concordante con el diagnóstico. La TAC de seguimiento muestra control de la ascitis y derrame pleural, además de un hemangioma hepático. Tras estabilización y tratamiento exitoso, el paciente es dado de alta con seguimiento continuo.CONCLUSIÓN: Este caso resalta los desafíos en el diagnóstico y manejo de la tuberculosis abdominal, especialmente en pacientes con antecedentes significativos como daño hepático crónico. La presentación inespecífica puede llevar a un retraso diagnóstico, aumentando la morbimortalidad. El valor elevado de ADA en el líquido ascítico y el ECOfast fueron esenciales para el diagnóstico. El tratamiento incluye antibióticos de amplio espectro y antituberculosos, junto con procedimientos quirúrgicos para manejar las complicaciones. El seguimiento a largo plazo y el apoyo multidisciplinario son esenciales para una gestión integral.

INFARTO OMENTAL, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO SUBESTIMADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Bárbara Cortés T., Herman Viveros G., Jaime Uribe F.Universidad del Alba, Hospital de Melipilla.INTRODUCCIÓN: El infarto omental es una causa poco frecuente de dolor abdominal. La obesidad y cirugías previas se consideran un factor de riesgo. Se presenta con dolor abdominal repentino, localizado en el cuadrante inferior derecho o periumbilical, síntomas como fiebre, náuseas y vómitos asociados a irritación peritoneal. La tomografía abdominal (TAC) es el gold standard para el diagnóstico. El tratamiento varía, y la laparotomía con resección omental se reserva para casos resistentes al manejo conservador.OBJETIVOS: No aplica según instrucciones, caso clínico.MATERIAL Y MÉTODO: No aplica según instrucciones, caso clínico.RESULTADO: Paciente de 58 años, con antecedentes quirúrgicos de histerectomía, presenta dolor en fosa iliaca derecha de inicio súbito no asociado a otros síntomas. El examen físico presenta Blumberg positivo. La TAC abdominal revela apéndice cecal sin alteraciones y un área de estriación de planos grasos sugerente de infarto omental, análisis de laboratorio normales. Se realiza tratamiento conservador con antiespasmódicos, analgesia y antibióticos, quedando hospitalizada y se realiza TAC de control a los 3 días, que informa que no se evidencia progresión ni otra patología de indicación quirúrgica. Ante buena evolución se decide alta hospitalaria.CONCLUSIÓN: La importancia de tener el diagnóstico de infarto omental presente es que es uno de los principales diagnósticos diferenciales dentro de abdomen agudo, permitiendo que su resolución no necesariamente sea quirúrgica. Los desafíos del diagnóstico y manejo del infarto omental se basan en la evaluación exhaustiva y selección precisa de pruebas diagnósticas, siendo la TAC abdominal fundamental. El enfoque conservador resultó efectivo, evitando la cirugía.

COMPORTAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN PIE DIABÉTICO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL

Jaime Uribe F., Herman Viveros G., Bárbara Cortés T.Universidad del Alba, Hospital de Melipilla.INTRODUCCIÓN: La Diabetes Mellitus es una enfermedad creciente con altas tasas de morbimortalidad, que puede traer como consecuencia úlceras en pie diabético e infecciones de estas. El cultivo de la herida es crucial para su diagnóstico y tratamiento. Los agentes infecciosos varían según factores como inmunidad, higiene y exposición a infecciones asociadas a la atención médica.OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de los microorganismos en cultivo de herida operatoria de pacientes amputados por pie diabético entre los años 2019 y 2023 en un hospital provincial. Constatar la mejora y cantidad de muestras tomadas cultivo intraoperatorio.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizan protocolos operatorios de amputaciones por pie diabético entre los años 2019-2023 en un hospital provincial. Se consideraron aquellas con toma de cultivo de tejido intraoperatorio y evaluaron antibiograma. Los datos fueron clasificados de manera anónima.RESULTADO: Se evaluaron 431 amputaciones por pie diabético entre 2019-2023 de las cuales 256 cumplen los criterios de inclusión. Los cultivos mostraron mayor frecuencia resultados negativos a las 72 horas (23.71%). En sensibilidad antibiótica, vancomicina fue el más efectivo (18.99%) mientras que eritromicina mostró la mayor tasa de resistencia (18.18%). El microorganismo más resistente fue *Pseudomona aeruginosa*, mientras que el menos resistente *Enterococcus faecalis*.CONCLUSIÓN: Se identifica que la resistencia antibiótica en los últimos años sigue siendo baja, permitiendo el uso de antibióticos de amplio espectro. No se identificaron microorganismos de alta resistencia antibiótica, considerándose aún un centro de baja complejidad. Por otro lado, se ha visto un aumento en la toma de cultivos en los últimos años, pudiendo mejorar los procesos terapéuticos. El tener identificada en la población los microorganismos presentes en pie diabético, permite optar por mejores opciones terapéuticas tanto médicas como quirúrgicas. Además, se deja en constancia la necesidad de regular la frecuencia y toma de cultivos en este tipo de pacientes.

COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudio Mora B.[1], Arleth Salazar O.[1], Kathia Torres O.[1], Michelle Engelshoven J.[1], Barbara Merino A.[1], Luisa Miranda R.[21]Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción. [2]Médico Cirujano, Becada de Cirugía Universidad de Concepción, Servicio de Cirugía Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.INTRODUCCIÓN: El Situs inversus totalis (SIT) es una rara condición genética autosómica recesiva caracterizada por la trasposición de los órganos toracoabdominales, los cuales se disponen como imagen en espejo respecto a la línea media. Esta rara condición afecta a 1 de cada 5.000 a 20.000 personas. A continuación, se presenta una paciente con SIT y cuadro de colecistitis aguda que se resuelve mediante colecistectomía vía laparoscópica. Se reporta el caso de un cuadro frecuente en los servicios de urgencias en una paciente con un síndrome poco común.OBJETIVOS: Describir un caso de colecistitis aguda resuelto vía laparoscópica en una paciente con Situs inversus totalis, presentación clínica y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente intervenida en Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción en 2024. Revisión bibliográfica en base de datos Pubmed con términos de búsqueda: “acute cholecystitis” y “situs inversus totalis”.RESULTADO: Se presenta una paciente femenina de 73 años, con antecedente de SIT y hospitalización reciente por coledocolitiasis parcialmente resuelta con una endoprótesis biliar instalada por Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Fue dada de alta con indicación de nuevo procedimiento en 6 semanas. Consultó nuevamente por dolor abdominal de 1 día de evolución en hemiabdomen izquierdo asociado a náuseas y vómitos, abdomen doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo con Murphy positivo. Los exámenes de laboratorio evidenciaron un patrón colestásico con elevación de parámetros inflamatorios. Se complementa el estudio con una tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis con contraste intravenoso que informó colecistitis aguda litiásica. Se realizó colecistectomía vía laparoscópica sin incidentes con una duración de 75 minutos. Posteriormente se realizó CPRE. La paciente evoluciona favorablemente por lo que fue dada de alta con controles ambulatorios.CONCLUSIÓN: Los pacientes con SIT pueden presentar colelitiasis y colecistitis en una frecuencia similar al resto de la población, sin embargo, los signos y síntomas en estos pacientes son engañosos debido a su anatomía alterada, por lo cual se requiere un alto índice de sospecha. La colecistectomía vía laparoscópica en contexto de SIT representa un desafío para el cirujano, debido a las complicaciones potenciales que existen al enfrentarse a una anatomía atípica.

APENDICITIS AGUDA SECUNDARIA A TRAUMA ABDOMINAL CERRADO. REPORTE DE UN CASO

Antonia Cereceda, Constanza Laplagne, Katherina Herrera, Cynthia Fonseca, Carlos GonzálezClínica Dávila.INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una patología comúnmente asociada con la obstrucción del lumen apendicular. Sin embargo, puede desarrollarse como resultado de una causa rara y escasamente descrita en la literatura: el trauma abdominal cerrado. Este tipo de apendicitis, desencadenada por fuerzas contundentes o por desaceleración que afectan directamente el apéndice, representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo en la práctica clínica.OBJETIVOS: Describir caso clínico de apendicitis aguda traumática.MATERIAL Y MÉTODO: mujer de 32 años sin antecedentes quien sufre un accidente de tránsito. En su primer centro asistencial, 24 hr después del evento, evoluciona con dolor abdominal sordo en hemiabdomen inferior. Tomografía Computarizada informa apendicitis aguda. No cumple ayuno para pabellón y se traslada a segundo centro según su red de prestadores. Ingresa con dolor en fosa iliaca derecha con aumento de la resistencia muscular, Blumberg positivo, signo del cinturón. Nueva TC impresiona, apéndice cecal de 8 mm de diámetro, con mayor realce parietal y líquido libre periapendicular, leve ascitis y hemoperitoneo, signos de laceración/contusión mesentérica con isquemia de las asas de íleon sin signos de perforación. Aparente pequeña laceración esplénica sin signos de sangrado activo. En laparoscopía exploradora observa apéndice cecal dilatada, contundida y con sangre en su lumen, se realiza apendicectomía laparoscópica. Resultado biopsia informa lumen dilatado con abundante material fecaloideo y hemático, apendicitis aguda con hiperplasia folicular linfoide reactiva. Proliferación fibroadiposa parcial distal. RESULTADO: La apendicitis aguda causada por trauma abdominal cerrado es una condición poco común pero posible. El trauma puede desencadenar la inflamación del apéndice vermiforme por contusión directa, compresión o torsión del órgano. Es una consecuencia infrecuente del trauma abdominal. Sin embargo, debe ser considerada en pacientes que presentan síntomas clásicos de apendicitis aguda después de un evento traumático. El diagnóstico puede ser desafiante ya que sus síntomas pueden enmascararse inicialmente por otras lesiones o síndromes traumáticos más prominentes. Por lo que es fundamental mantener un alto índice de sospecha clínica. El tratamiento implica una evaluación exhaustiva para confirmar el diagnóstico, la intervención quirúrgica temprana para evitar complicaciones y la antibioterapia. CONCLUSIÓN: La apendicitis aguda es una patología frecuente en nuestro medio. Sin embargo, su origen traumático es más bien anecdótico, motivo por el cual se describe principalmente en reportes de caso, sin tener descripción de su incidencia total. Es importante considerarla en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal posterior a un traumatismo abdominal.

TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE CON LESIÓN HEPÁTICA Y VESICULAR INADVERTIDA, REPORTE DE CASO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Nicolás Drolett S., Antonia Gómez R., Javiera Hernández M., Rodrigo Peña J., Bárbara Silva P., y Christian Romero B.Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: El manejo conservador del trauma abdominal penetrante por arma blanca es una opción en pacientes estables debido al desarrollo de las pruebas de imagen, permitiendo un diagnóstico y tratamiento menos invasivo, reduciendo el tiempo de recuperación y estadía hospitalaria. Sin embargo, destaca la importancia de al menos 24 horas de observación en centro hospitalario capacitado para cirugía de urgencia debido a la posibilidad de presentar lesiones no visibles en estudios de imagen, las cuales no serán reflejadas por la sintomatología del paciente hasta horas después de ocurrido el trauma.OBJETIVOS: Exponer la importancia de la monitorización continua en el manejo conservador de trauma abdominal a través de la presentación de un caso de lesión hepática y vesicular inadvertida.CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de paciente masculino de 36 años, sin antecedentes, que ingresa en estado etílico, posterior a agresión por terceros con arma blanca, resultando en herida penetrante a nivel de reborde costal derecho de aproximadamente 2 centímetros de longitud, sin sangrado activo. Al examen físico, hemodinámicamente estable y con dolor abdominal difuso EVA 4, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza ecografía FAST, donde se descarta neumotórax y líquido libre en cavidad abdominal. En tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste se evidencia “Pequeño foco de laceración hepática, asociado a leve hemoperitoneo”. Se hospitaliza para observación. 48 horas después presenta dolor abdominal, distensión y vómitos explosivos, al examen físico presenta abdomen blando, depresible, doloroso de manera difusa y blumberg positivo. Se realiza tomografía computarizada de control que reporta “laceración hepática, sin evidencia de sangrado activo actual, engrosamiento parietal de región antropilórica asociado a moderada ascitis y cambios inflamatorios”. Debido a clínica de abdomen agudo inespecífica se decide realizar laparoscopía exploradora. Ingresa a cirugía donde se evidencian aproximadamente 3.000 cc de bilis y sangre libre en los cuatro cuadrantes de cavidad, lesión hepática segmento V grado III con hemorragia activa, lesión vesicular transfixiante grado II con salida de bilis. Se procede con aseo de cavidad, colecistectomía y hemostasia de lesiones hepáticas. Se instalan dos drenajes Jackson-Pratt uno hacia espacio de Morrison y el otro a corredera parietocólica y fondo de saco. Paciente evoluciona favorablemente, tolerando régimen alimentario, se retiran drenajes a los dos días. En este caso, se destaca la importancia de la monitorización del paciente con manejo conservador. De esta forma, disminuimos la mortalidad al evitar el alta precoz, permitiendo la resolución quirúrgica de manera oportuna.

ÍLEO MECÁNICO POR INTUSUSCEPCIÓN TUMORAL. REPORTE DE UN CASO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Alejandro J. Zarate, Valentina Meno P, Fernanda Rifo S, Valeria Agurto R, Paula Salamanca Y.Universidad Finis Terrae, Clínica las Condes.INTRODUCCIÓN: El íleo es uno de los cuadros más frecuentes en el servicio urgencia. A su vez, la intususcepción es la invaginación de un segmento gastrointestinal sobre uno adyacente, lo que puede provocar un íleo.OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con íleo mecánico por instususcepción tumoral.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico. Paciente de 70 años con antecedentes de esclerosis múltiples y una cesárea. Historia clínica un mes de disminución de su frecuencia defecatoria. Y tres días de dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos; en el último día sin eliminación de gases ni deposiciones. Al examen, afebril, sin taquicardia; abdomen cicatriz línea media infraumbilical, distendido, doloroso de forma difusa y masa palpable en hemiabdomen derecho. Exámenes, PCR 37 mg/L. Tomografía computada intususcepción ileocólica con dilatación de asas a proximal. Cirugía, laparotomía exploradora, se confirma intususcepción por tumor de ciego, se realiza colectomía derecha con anastomosis primaria manual. Alta al séptimo día. Anatomía patológica pT3, pN0 (0 de 25 linfonodos). Seguimiento a los 5 años sin evidencias de recidiva clínica ni por exámenes.RESULTADO: Este caso muestra una paciente con intususcepción tumoral, en la que su cirugía se realiza con criterio oncológico. Al ser un estadío II no se derivó a adyuvancia. Si bien la frecuencia de estos casos es baja, hay que considerar en el diagnóstico una causa tumoral para poder hacer una cirugía con ligadura en la base de los vasos y así obtener un recuento linfonodal adecuado.CONCLUSIÓN: En resumen, este caso nos refuerza la necesidad de considerar los diagnósticos diferenciales en los cuadros de íleo, y además en adultos sospechar una etiología tumoral.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL DEL NORTE GRANDE DE CHILE

Antonio Mercandino S, Pablo González B, Macarena Martínez C, Ana Gómez A, Joaquín Zambrano F, Bárbara Carreño M.Hospital Carlos Cisternas.INTRODUCCIÓN: Los pseudoquistes pancreáticos (PP) son acumulaciones de líquido con enzimas pancreáticas, rodeadas por una pared fibrosa sin epitelio verdadero. Requieren tratamiento cuando presentan síntomas como dolor abdominal, saciedad temprana y pérdida de peso, o por complicaciones como infecciones y obstrucciones. Las opciones de manejo incluyen drenaje percutáneo, endoscópico y quirúrgico. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es presentar una serie de 3 casos de drenajes laparoscópicos realizados por el equipo de Cirugía General del Hospital Carlos Cisternas en pseudoquistes pancreáticos sintomáticos y hacer una revisión de la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con PP sintomático desde junio de 2022 hasta enero de 2024. Todos los pacientes contaban con un diagnóstico previo de pancreatitis aguda. Los PP se confirmaron mediante tomografía axial computarizada (TAC), evaluándose su tamaño y localización exacta. Se excluyeron los pacientes con PP complicados y aquellos con necrosis encapsulada. La cistogastroanastomosis se llevó a cabo utilizando enfoques exogástrico y transgástrico, seleccionando la técnica según la localización del pseudoquiste. Todos los procedimientos fueron realizados por un equipo quirúrgico especializado en laparoscopia avanzada. Las variables que se utilizaron fueron clínicas, quirúrgicas, complicaciones postoperatorias y recurrencia a los 6 meses mediante TAC. Para el análisis descriptivo, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. RESULTADO: Durante el período de estudio, se operaron tres pacientes: dos mujeres y un hombre, con una edad promedio de 53.3 años (DS: ±5.1 años). El tamaño medio de los pseudoquistes fue de 15.7 x 12.3 cm (DS: ±3.2 cm x ±2.5 cm). La etiología incluyó pancreatitis alcohólica en un caso y biliar en dos casos. Los principales síntomas presentados fueron saciedad precoz, dolor y distensión abdominal. Se aplicó el enfoque exogástrico en dos casos y el transgástrico en uno. El tiempo quirúrgico promedio fue de 136.7 minutos (DS: ±16.2 minutos) y la estancia hospitalaria promedio fue de 4.3 días (DS: ±0.6 días). No se reportaron complicaciones postoperatorias ni recurrencias durante seis meses de seguimiento. CONCLUSIÓN: Como muestra la literatura, el drenaje mediante cistogastroanastomosis es una técnica segura y efectiva para el manejo de pseudoquistes pancreáticos, especialmente en casos donde el enfoque endoscópico no es viable. Aunque este estudio involucra solo tres casos, los resultados son consistentes con otras investigaciones, apoyando la cistogastroanastomosis laparoscópica como una opción válida.

HEMORRAGIA RENAL ESPONTÁNEA O SÍNDROME DE WUNDERLICH COMO CAUSA DE HEMOPERITONEO. REPORTE DE UN CASO

N. Vergara T., C. Pacheco H., B. Briceño R., M. Morel F.Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La hemorragia renal espontánea no traumática o Síndrome de Wunderlich corresponde a una afección infrecuente. Se caracteriza clínicamente por la tríada de Lenk: dolor abdominal de inicio súbito, aumento de volumen en región lumbar y compromiso hemodinámico. Se manifiesta como hemorragia retroperitoneal afectando los espacios subcapsular y perirrenal, siendo la presencia de hemoperitoneo excepcional.OBJETIVOS: Presentar un caso de Síndrome de Wunderlich como causa poco común de hemoperitoneo con indicación de nefrectomía de urgencia. MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza revisión en base de datos Pubmed y UpToDate con término de búsqueda: “Wunderlich syndrome” y “Spontaneous renal or perirenal hemorrhage”.RESULTADO: Paciente masculino de 34 años, con enfermedad renal crónica de etiología desconocida en hemodiálisis. Consulta por dolor lumbar izquierdo intenso de inicio brusco de una hora de evolución. Ingresa hemodinámicamente estable con abdomen blando y doloroso a la palpación lumbar izquierda. Estudio de ingreso destaca parámetros inflamatorios bajos y hemoglobina en 12.7. AngioTC Abdomen y Pelvis: “voluminoso hematoma perirrenal izquierdo de 10.4 x 12.3 cm, signos de sangrado activo desde polo inferior del riñón y abundante hemoperitoneo”. Se realiza laparotomía exploradora que describe: hemoperitoneo y hematoma retroperitoneal en zona 2 izquierda que diseca mesocolon sigmoides y descendente hasta transverso distal con defecto hacia cavidad peritoneal. Hematoma perirrenal extenso con riñón atrófico. Se realiza nefrectomía total izquierda, aseo quirúrgico e instalación de drenaje. Con requerimientos de vasoactivos, asistencia respiratoria mecánica y necesidad de transfusión de hemoderivados. A las 3 horas postoperatorias con débito hemático de 400cc, requiriendo reexploración: sangrado en napa en lecho quirúrgico, se realiza packing y cierre temporal con bolsa de Bogotá. A las 48 hrs sin sangrado activo, se decide cierre de pared abdominal. Evolución favorable con weaning precoz y hemodinamia autosostenida, egresando al noveno día postoperatorio. Se rescata biopsia que informa carcinoma de células renales papilar con márgenes quirúrgicos negativos. CONCLUSIÓN: Las causas del Síndrome de Wunderlich incluyen neoplasias (30% malignas y 33% benignas), enfermedades vasculares (25%) e infecciosas (12%). En pacientes en hemodiálisis, la disfunción plaquetaria, uso de anticoagulantes y heparinización del circuito extracorpóreo pueden contribuir a esta complicación. La importancia de esta patología radica en su potencial para causar compromiso hemodinámico grave, descartando la posibilidad de realizar manejo conservador vía embolización. En el caso presentado, la presencia de hemoperitoneo, con signos imagenológicos de sangrado activo, y compromiso hemodinámico intrapabellón, corresponden a una indicación de nefrectomía de urgencia. Es esencial que los cirujanos estén familiarizados con este procedimiento para garantizar una atención adecuada en situaciones de emergencia.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BALÓN GÁSTRICO PERFORADO

Gerardo Marchant Guamán Hospital de Rengo.INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal es una condición clínica caracterizada por la interrupción del tránsito intestinal, que puede ser causada por diversas etiologías, incluyendo cuerpos extraños. Los balones gástricos son dispositivos utilizados para el manejo no quirúrgico de la obesidad. Su ruptura es una complicación rara pero significativa que puede llevar a obstrucción intestinal, presentando un desafío diagnóstico y terapéutico.OBJETIVOS: Objetivo Principal: - Describir y analizar un caso clínico de obstrucción intestinal secundaria a la ruptura de un balón gástrico, con el fin de resaltar los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados, así como las estrategias de manejo más eficaces. Objetivos Secundarios: 1. Revisar la literatura existente sobre la incidencia y las causas de la ruptura de balones gástricos y su relación con la obstrucción intestinal. 2. Identificar y discutir las manifestaciones clínicas típicas de esta complicación para mejorar el reconocimiento temprano. 3. Describir las técnicas de diagnóstico más efectiva, incluidas las imágenes y la endoscopia, para confirmar la presencia de un balón roto y desplazado. 4. Evaluar las opciones de tratamiento quirúrgico, comparando los enfoques laparoscópicos y laparotómicos, y discutir las indicaciones para cada uno. 5. Proponer medidas preventivas para minimizar el riesgo de ruptura de balones gástricos y obstrucción subsecuente, basado en el análisis del caso y la revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Historia clínica video de tac.RESULTADO: Se presenta el caso de un hombre de 45 años con obstrucción intestinal secundaria a la ruptura de un balón gástrico. El diagnóstico se confirmó mediante tomografía computarizada y endoscopia. El paciente fue sometida a una laparoscopia exploratoria con extracción del balón roto, sin complicaciones intraoperatorias. La recuperación postoperatoria fue satisfactoria y en el seguimiento a 3 meses, la paciente se encontraba sin síntomas y con una recuperación completa. Este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico oportuno en la resolución de obstrucciones intestinales por balones gástricos rotos, y resalta la efectividad de la laparoscopia como opción terapéutica en estos casos.CONCLUSIÓN: La obstrucción intestinal por balón gástrico roto es una complicación rara pero grave. La identificación temprana y el manejo adecuado son esenciales para reducir la morbilidad asociada. La educación del paciente y el seguimiento continuo son fundamentales para prevenir esta complicación.

PSEUDOQUISTE ABDOMINAL GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonella Aguirre B., Sofía Pizarro G., Milisa Barraza C., Geraldine González T., Gustavo Morales C., Cesar Navarro A., Vladimir Tobar S., Nicolás Martínez F. Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen, Chile. Facultad de medicina, Universidad de Atacama, Chile. INTRODUCCIÓN: La hernia incisional es la complicación tardía más frecuente de la cirugía abdominal. El tratamiento de elección es la reparación con malla protésica, sin embargo, estos materiales no están exentos de complicaciones. Una complicación poco frecuente es el pseudoquiste fibroso gigante, colección líquida de diámetro mayor de 10 cm cuya pared no está revestida por epitelio, sino por tejido conjuntivo fibroso denso. Su incidencia oscila entre 0.45% a 1% y su tratamiento de elección es la resección completa de la cápsula fibrosa. OBJETIVOS: Describir una complicación postquirúrgica poco frecuente de una reparación de una hernia incisional.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico, su manejo quirúrgico y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente femenina de 48 años con obesidad mórbida III, operada 6 veces por hernia abdominal complicada, ingresa al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal asociado a importante aumento de volumen en área quirúrgica. Se realiza TAC abdominal que evidencia voluminosa colección líquida de paredes finas con contenido hipodenso homogéneo, de 30x18x25 cm. Se decide manejo quirúrgico con extirpación de cápsula de seroma abdominal gigante. Se intenta enucleación completa, pero se produce rotura de cápsula con salida de 10 litros de líquido achocolatado espeso, se toma muestra para cultivo y biopsia. Se colocan dos drenajes aspirativos. Evolución con descenso de parámetros inflamatorios, drenajes con secreción serosa en disminución, alta por mejoría clínica. El cultivo del líquido obtenido es estéril con aglomerados de hemosiderina, y el examen anatomopatológico informa una estructura quística uniloculado, fibrosa, que pesa 1.057 g y mide 24x17x9 cm y se asocia a necrosis fibrinoide, inflamación crónica, microhemorragias recientes y antiguas con depósitos de hemosiderina compatible con pseudoquiste abdominal.CONCLUSIÓN: El pseudoquiste fibroso gigante es una rara complicación del tratamiento de las hernias incisionales. Su etiología parece estar relacionada con la formación de seroma o hematoma postoperatorio, pero sigue siendo poco clara. En lo que respecta al material protésico utilizado se ha observado que el polipropileno tiene una mayor tasa de formación de seromas en comparación con otros materiales, principalmente en posición prefascial, lo que podría explicar dicha patología.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS CONGÉNITAS, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Sofía Pinedo R., Amanda Wosiack M., Carolina Rivas F., Carlos Siguenza P., Ramiro Caballero., Stefano Ramolfo P.
Universidad Finis Terrae, Universidad Diego Portales.INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal (OI) es un motivo de consulta frecuente, cuya ubicación más común es el intestino delgado. Algunas de las causas son: bridas, hernias o neoplasias. Las bridas son cordones de tejido fibroso que pueden ser adquiridas o congénitas. En el primer grupo, las postoperatorias son casi un 80% de los casos de OI. Por su parte, las bridas congénitas (BC) son menos frecuentes en el adulto.OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Se presentan 3 casos de OI por BC. Todos corresponden a pacientes masculinos, de 55, 59 y 76 años, respectivamente, sin comorbilidades médicas a destacar y sin antecedentes quirúrgicos intraabdominales. Ingresaron al Servicio de Urgencia por cuadro de dolor abdominal en promedio de 4 días de evolución, asociado a vómitos inicialmente alimentarios y luego fecaloideos, afebriles. Al examen físico destacaban distensión abdominal y timpanismo, dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia y ausentes en un caso, ausencia de deposiciones y de tránsito a gases, ampolla rectal vacía. En laboratorio destacaba función renal alterada con falla prerrenal, alteración hidroelectrolítica y aumento de parámetros inflamatorios. En los tres casos se realizó Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis con contraste, donde como hallazgo común se informó: “Signos de obstrucción intestinal ¿bridas?”. En dos casos se realizó laparoscopía exploradora. En el primer caso, se evidenciaron bridas laxas en cara antimesentérica en asa de yeyuno proximal, que se libera en forma roma. En el segundo caso, brida conformada por divertículo de Meckel, a nivel del íleon contiguo a la válvula ileocecal, liberándose de manera roma. En el último caso, se realizó laparotomía exploradora con brida en fosa iliaca derecha, con revitalización de asa luego de liberación de brida de manera roma. Los tres casos evolucionaron favorablemente, con buena tolerancia oral y deposiciones posteriores. En control al mes, se mantenían sin dolor abdominal ni vómitos, tránsito intestinal adecuado, sin signos de complicación. CONCLUSIÓN: Se presentaron tres casos con clínica similar, compatible con obstrucción intestinal, sin antecedentes quirúrgicos. En todos ellos, como etiología BC, confirmada de manera intraoperatoria. El diagnóstico de OI secundaria a BC sigue siendo un desafío diagnóstico, ya que los exámenes no son específicos, con imágenes como la primera aproximación al diagnóstico, siendo este certero aún solo en el intraoperatorio. Estos hallazgos hacen resaltar la relevancia de la sospecha de la patología como diagnóstico diferencial independiente que no sea la causa más frecuente de OI.

QUISTE DE NUCK ABSCEDADO: PATOLOGÍA POCO FRECUENTE, PERO CON SIGNIFICANCIA CLÍNICA, QUIRÚRGICA Y ANATÓMICA

Fernando Thomas H., Nicolás Barillas O.Hospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El conducto de Nuck se define como la protrusión del peritoneo parietal dentro del canal inguinal femenino debido a una anormalidad en el cierre del proceso vaginal durante el primer año de vida. La falla en el cierre de éste resulta en una comunicación entre la cavidad peritoneal, el canal inguinal femenino y el labio mayor. Es una patología infrecuente, más prevalente en mujeres menores de 5 años, cuya incidencia es aún más baja en adultos. Muchos clínicos y radiólogos no están familiarizados con esta infrecuente estructura anatómica ni de las potenciales patologías que ésta puede desencadenar, por lo que es importante comprender y estar familiarizado con la embriología y anatomía del conducto de Nuck, para llegar al diagnóstico correcto. Existen múltiples patologías que derivan del canal de Nuck, tales como quistes (o hidrocele femenina), hernias, hematomas, endometriosis, infecciones/abscesos, varicocele, entre otros. El quiste de Nuck es la patología más frecuente de este grupo, presentándose como una masa a nivel de la ingle o en el labio mayor, fluctuante, no reductible, que puede o no estar asociada a dolor y que no aumenta de volumen al realizar maniobra de valsalva, a diferencia de una hernia inguinal.OBJETIVOS: Dar a conocer el quiste de Nuck abscedado como patología poco frecuente y de resorte quirúrgico.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de CasoRESULTADO: Paciente femenina de 46 años sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 1 semana de evolución de aumento de volumen en zona inguinal derecha y genital (labio mayor derecho), asociado a dolor. Agrega en los últimos días previo a la consulta eritema en la zona y fiebre. Al examen físico destaca que al valsalva no cambia volumen inguinal. Ingresa con parámetros inflamatorios elevados, sin disfunciones. Se solicitó una Ecotomografía Inguinal la cual informa Quiste de Nuck comlicado, asociado a colección intramuscular-fascial y cambios inflamatorios de partes blandas adyacentes. Se inicia terapia antibiótica empírica, paciente evoluciona con progresión del eritema y aumento de volumen, además de persistencia de parámetros inflamatorios elevados. Se solicita TC de abdomen y pelvis de control donde se describe un Quiste de Nuck sobreinfectado con absceso secundario, que se extiende al ligamento redondo en su porción preperitoneal. Se realiza una exploración quirúrgica del canal inguinal para aseo. Destaca a la exploración del canal inguinal las estructuras anatómicas se encontraban adheridas, engrosadas y edematosas, no pudiendo ser identificadas y aisladas correctamente para el tratamiento quirúrgico definitivo del quiste o del anillo inguinal profundo para evitar recidivas. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta, sin complicaciones posteriores.CONCLUSIÓN: El quiste de Nuck, como la presencia de su conducto, es una entidad clínica poco frecuente y desconocida para la mayoría de los clínicos, la que se puede presentar con complicaciones locales que requeriran intervención quirúrgica, por lo que es importante conocerla y tenerla presente como diagnóstico clínico en la patología inguinal.

GASTRECTOMÍA TOTAL POR VÓLVULO GÁSTRICO PERFORADO COMO COMPLICACIÓN DE HERNIA HIATAL: REPORTE DE UN CASO

Melissa Mellado P.[1], Katherine Hernández O.[1], Arantxa Donoso F.[2], Francisco Canales S.[3] Hospital Puerto Montt, Universidad San Sebastián sede Patagonia.INTRODUCCIÓN: El vólvulo gástrico es una condición muy poco frecuente, su presencia puede variar según factores como la edad, siendo más común en personas mayores, la presencia de condiciones predisponentes como hernias hiatales, anomalías anatómicas, cirugías abdominales previas que puedan alterar la anatomía de los elementos de fijación gástrica. OBJETIVOS: Reportar un caso de vólvulo gástrico.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, colecistectomía laparoscópica, múltiples hernioplastias incisionales y hernia hiatal paraesofágica sintomática en espera de cirugía. Consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal súbito, intenso, acompañado de distensión y náuseas. A su ingresó con abdomen distendido y doloroso a la palpación, Blumberg negativo. Tomografía abdomino pélvica contrastada informa gran hernia hiatal complicada con ascenso del estómago hacia el tórax izquierdo, con rotación del fondo y cuerpo gástrico, marcada dilatación y presencia de aire y líquido. Paciente evoluciona con inestabilidad hemodinámica, por lo que se realiza toracotomía anterolateral izquierda y laparotomía exploradora de urgencia evidenciando debilidad significativa del hemidiafragma izquierda desplazado por gran saco herniario en cavidad torácica que contiene estómago volvulado en su totalidad con perforación en curvatura menor, dando salida a contenido intestinal. Se realizó gastrectomía total enviando pieza operatoria a biopsia diferida, aseo de la cavidad torácica con instalación de pleurostomía. Dada inestabilidad hemodinámica, se decide cirugía de control de daños con cabos abandonados + Abthera. A las 24 horas y tras estabilización en unidad de cuidados intensivos (UCI), es reintervenido, realizándose esófago- yeyuno-anastomosis en Y de Roux, dejando sonda nasoyeyunal de alimentación, drenajes en zona de anastomosis y cierre abdominal. Luego de 10 días en UCI paciente evoluciona favorablemente con terapia antibiótica dual con ceftriaxona y metronidazol. Se retira pleurostomía y drenajes abdominales al quinto y séptimo día respectivamente. Posterior a 12 días de hospitalización se decide alta médica a su domicilio. En control ambulatorio se revisan resultados de biopsia que muestra perforación gástrica asociada a peritonitis fibrinoleucocitaria, hematoma de pared gástrica, gastritis crónica atrófica con focos de metaplasia intestinal congestiva con presencia de Sarcina ventriculi sin focos de atipias. CONCLUSIÓN: Los vólvulos gástricos constituyen una emergencia médica que requiere atención quirúrgica inmediata con la finalidad de mantener la vitalidad gástrica, sin tratamiento oportuno, puede llevar a la muerte del tejido gástrico provocando sepsis u otras complicaciones graves.

PROTESIS BILIAR LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO III. REPORTE DE UN CASO

Sebastián Ayarza, Arquimides BertyHospital de Quilpué. Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: El síndrome de Mirizzi se presenta con relativa frecuencia en nuestro medio y genera un desafío para el cirujano. No es infrecuente encontrar esta entidad en la urgencia o durante una colecistectomía laparoscópica sin tener el diagnóstico previo.OBJETIVOS: Describir el caso de un paciente operado en nuestro centro, que en el intraoperatorio presenta un hallazgo de síndrome de Mirizzi tipo III y es manejado con la instalación de una prótesis biliar laparoscópica.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 76 años con antecedente de vesícula en porcelana, ingresa para colecistectomía laparoscópica. Hallazgo intraoperatorio de vesícula completamente ocupada por un gran cálculo, asociado a síndrome de Mirizzi tipo III. Al despegar la vesícula, se evidencia lesión en la cara anterior de la vía biliar a nivel de la confluencia de los conductos hepáticos. Vía biliar dilatada, múltiples cálculos en su interior, se realiza lavado con suero fisiológico y extracción mecánica de cálculos. Se deja instalada una prótesis de silicona fenestrada de diámetro 14 Fr en forma de “Y”. Sobre ella, se realiza afrontamiento de los bordes de la pared anterior de la vía biliar con puntos.RESULTADO: Queda con drenaje Jackson Pratt de testigo en lecho vesicular, que presenta débitos decrecientes sin salida de bilis. De forma diferida, una semana post cirugía, se realiza colangiografía endoscópica, comprobando la posición y permeabilidad de la prótesis; se realiza papilotomía amplia e instalación de prótesis endoscópica. Es dado de alta sin drenaje. Primer control postoperatorio en buenas condiciones, asintomático, sin alteraciones en perfil hepático. Se solicita colangioresonancia de control.CONCLUSIÓN: El manejo de un paciente con síndrome de Mirizzi sin diagnóstico previo es un desafío durante la cirugía. Existen varias conductas a tomar, desde la colecistectomía parcial hasta la derivación biliodigestiva. Una herramienta útil en pacientes con riesgo o sospecha de presentar esta condición es la colangioresonancia preoperatoria.

PARAGANGLIOMA SIMPÁTICO EXTRA ADRENAL UBICADO EN LA RAÍZ DEL MESENTERIO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

María Jesús Jugo D., María Ignacia Von Bennewitz B., Fernando Muñoz F.Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos que se originan del sistema nervioso simpático o parasimpático, con una incidencia aproximada de 1/100.000 habitantes a nivel mundial. Los paragangliomas simpáticos se presentan principalmente en la médula adrenal, llamados feocromocitomas. Sin embargo, también pueden ubicarse en sitios extra adrenales, siendo los más frecuentes los de cabeza y cuello y luego los abdominales. La presentación de un paraganglioma simpático en la raíz del mesenterio es una entidad sumamente infrecuente, descrita solamente en reportes de casos. A pesar de su baja frecuencia, este debe estar dentro de los diagnósticos diferenciales de tumores abdominales de etiología incierta, especialmente por su presentación clínica inespecífica y muchas veces asintomática.OBJETIVOS: Se presenta un caso con imágenes de paraganglioma simpático extra adrenal ubicado en la raíz del mesenterio, hallazgo poco frecuente.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 74 años con antecedente de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Por episodio de melena se realiza estudio con escáner de abdomen y pelvis donde se evidencia una adenopatía mesentérica móvil, captante de contraste endovenoso, sospechosa de carcinoide. Estudio endoscópico completo descarta lesiones digestivas. Tomografía por emisión de positrones Dotatate muestra adenopatía mesentérica hipercaptante sugerente de compromiso adenopático de tumor neuroendocrino, sin evidencia de tumor primario. Marcadores negativos. Se reseca el tumor mesentérico y segmento intestinal por vía laparoscópica, sin incidentes. Biopsia muestra paraganglioma simpático extra adrenal. Comité oncológico define seguimiento.RESULTADO: Los paragangliomas simpáticos extra adrenales son una entidad infrecuente, cuya ubicación en la raíz del mesenterio es excepcional. El análisis de la literatura evidencia una predominancia de pacientes mujeres y predominio de presentación asintomática. Dentro de los síntomas de presentación se encuentran masa abdominal palpable y molestias o dolor abdominal. Si bien la mayoría de estos tumores son benignos, existe un porcentaje de paragangliomas simpáticos malignos, lo que recalca la importancia de un manejo quirúrgico con resección de la lesión y estudio anatomopatológico.CONCLUSIÓN: Se reporta un caso poco frecuente de paraganglioma simpático extra adrenal ubicado en la raíz del mesenterio en una paciente asintomática cuyo diagnóstico fue incidental. La literatura muestra solamente 36 casos reportados previamente, según la revisión realizada por Lim et al el 2023. Esta entidad debe considerarse dentro de los diagnósticos de tumores abdominales de etiología incierta a pesar de su baja frecuencia, ya que su diagnóstico y manejo implican resección quirúrgica.

HERNIA DE AMYAND Y APENDICITIS AGUDA: UN CASO RARO QUE DESAFÍA LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

Juan Pablo Ruiz, Daniel Montaño, Felicia Meza Hospital Félix Bulnes Cerda.INTRODUCCIÓN: La hernia de Amyand (HA) es una forma rara que incluye el apéndice cecal dentro de una hernia inguinal, inflamada o no, con una incidencia entre 0.28 y 1% de las hernias inguinales. Adicionalmente la incidencia de una apendicitis en el interior del saco es de 0.07-0.13%. Su diagnóstico suele ser intraoperatorio debido a la dificultad para diferenciarla de una hernia incarcerada. A pesar de ser rara, la HA puede tener alta mortalidad si se asocia con complicaciones. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de la hernia de Amyand complicada con apendicitis aguda y discutir las opciones de manejo, comparándolas con el abordaje utilizado en este caso. Se busca resaltar la necesidad de un protocolo estandarizado para el manejo de esta patología, dadas sus potenciales complicaciones y su naturaleza infrecuente.MATERIAL Y MÉTODO: revisión de caso clínico y de literatura nacional e internacional, además de bases de datos y revistas científicas indexadas, junto con una descripción retrospectiva del manejo quirúrgico realizado.RESULTADO: Paciente de 51 años sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos. Consulta al servicio de urgencias por cuadro de 3 días caracterizado por dolor abdominal epigástrico, tipo cólico, EVA 10/10, asociado a náuseas, que migra a fosa iliaca derecha. Al examen Físico: Abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha y región inguinal, sin aumento de volumen palpable. Signos de Blumberg (+) y Dumphy (+). Parámetros inflamatorios normales. Ecografía abdominal con signos de apendicitis aguda sin descripción de hernia. Se realiza apendicectomía laparoscópica evidenciando apéndice cecal flegmonosa dentro del anillo de hernia inguinal derecha, con adherencias firmes a peritoneo parietal. Base sana. No se realiza reparación de defecto herniario en este tiempo quirúrgico. Evolución postoperatoria favorable y es dado de alta para reparación de hernia en diferido. Re consulta 30 días posterior a alta por dolor abdominal asociado a aumento de volumen irreductible en región inguinal derecha, sin signos de obstrucción intestinal. Se confirma diagnóstico con tomografía que evidencia: hernia inguino-escrotal derecha de contenido adiposo con un anillo de aproximadamente 40 mm y un saco de 13 x 6 cm. Es llevado a hernioplastia inguinal con técnica de Liechtenstein, realizada sin complicaciones. En seguimiento hasta la fecha no se reportan intercurrencias. CONCLUSIÓN: La hernia de Amyand es una patología infrecuente, que tiene la capacidad de tener complicaciones severas de no manejarse de forma adecuada. La presentación clínica tiende a ser inespecífica, lo que subraya la importancia del conocimiento del cirujano para su diagnóstico y manejo. En el caso descrito, una ecografía inicial no mencionó la presencia de la hernia, condicionando el plan operatorio. El abordaje quirúrgico es principalmente abierto, aunque la vía laparoscópica ha demostrado beneficios como menor estancia hospitalaria y menos dolor postoperatorio. La reparación del defecto herniario debería realizarse en el primer tiempo quirúrgico o durante la hospitalización. Se recomienda el uso de mallas protésicas, que disminuyen el riesgo de recidiva, pero están contraindicadas en cirugías contaminadas. Se debería utilizar la clasificación de Losanoff y Basson, al momento de decir el uso de malla. En conclusión, la HA requiere un alto índice de sospecha y generalmente se diagnostica intraoperatoriamente. La familiarización del cirujano con el manejo es crucial para evitar complicaciones postoperatorias y mejorar los resultados clínicos.

HERNIA DE GARENGEOT: APENDICITIS ASOCIADA A HERNIA FEMORAL ATASCADA. REPORTE DE UN CASO

Pablo Repullo S., Macarena Ormazábal G., Carla Falcon, Anita Nicolai, Magdalena Cruz, Leonardo Pérez, Diego GarcíaHospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: La Hernia de Garengeot (HG) es un tipo de hernia femoral infrecuente que contiene el apéndice cecal en su interior. Se estima una incidencia de 0.1%-5% de las hernias femorales. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, en la 7ma década de la vida y en contexto de incarceración y apendicitis aguda. Desde su primera publicación en 1.731, solo se han descrito un total de 439 casos, por lo que su diagnóstico sigue siendo dificultoso y aún no hay consenso respecto al manejo quirúrgico. OBJETIVOS: Se presenta el caso de una paciente con HG y apendicitis aguda. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 58 años sin antecedentes de relevancia, consulta en el servicio de urgencia por un cuadro caracterizado por dolor abdominal e inguinal derecho asociado a sensación febril. Se le diagnostica una hernia inguinal atascada por lo que se decide tratamiento quirúrgico. Mediante abordaje inguinal se evidencia contenido purulento por lo que se decide explorar por laparotomía media. Intraoperatoriamente se diagnostica hernia femoral con apéndice necrótico en su interior, tercio distal parcialmente digerido y contenido purulento. Se realizó resección de saco, cierre de defecto y apendicectomía sin incidentes. RESULTADO: La hernia femoral se encuentra dentro de las hernias de pared abdominal menos frecuentes, presentándose comúnmente como una hernia incarcerada. Más aún, la HG es una entidad muy poco frecuente dentro de las hernias femorales. Esto ha perpetuado en su difícil diagnóstico dado el poco conocimiento y baja sospecha de esta enfermedad, además de no llegar a un consenso aún sobre el mejor abordaje para su tratamiento quirúrgico. CONCLUSIÓN: Existe una gran variedad respecto a las situaciones anatómicas que se pueden presentar en los distintos tipos de hernia, como es la HG. Por lo anterior, se debe tener conocimiento de estas variedades para poder tener un diagnóstico seguro y realizar el procedimiento quirúrgico adecuado.

APENDICITIS AGUDA EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: ¿AÚN UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO?

Carlos Arce N., Pablo Rivano G., Angeline San Martín C., Rodrigo Peña J., Erik Suárez B.Universidad de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de apendicitis ha sido históricamente clínico, sin embargo, dada la judicialización quirúrgica y la accesibilidad del estudio imagenológico, existe una tendencia a respaldarse en estudios confirmatorios. El presente trabajo busca objetivar la utilidad del Puntaje de Alvarado en el diagnóstico clínico de apendicitis aguda en la Unidad de Emergencias (UE) del Hospital Regional de Antofagasta (HRA) durante el año 2022, y su correlación con el uso de tomografía computarizada (TC) como método diagnóstico complementario. OBJETIVOS: Objetivo general: objetivar la utilidad del Puntaje de Alvarado en el diagnóstico clínico de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Antofagasta, durante el año 2022. . Objetivos específicos: Determinar la proporción de TC solicitados según riesgo en base a score de Alvarado. Determinar la proporción de TC solicitados según sexo. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional. Se identificaron aquellos pacientes operados bajo diagnóstico de apendicitis aguda en HRA durante el año 2022, excluyendo casos con datos insuficientes, imágenes diagnósticas del extrasistema, menores de 15 años y embarazadas. De 395 pacientes, 221 cumplieron criterios de inclusión. Se revisaron sistemáticamente Datos de Atención de Urgencias (DAU) y Laboratorios para calcular el puntaje Alvarado; posteriormente se registró el informe de TC, mientras que el diagnóstico postoperatorio fue extraído del Protocolo Operatorio.RESULTADO: Total 221 pacientes. 133 hombres y 88 mujeres. La edad promedio fue 34 años, siendo el grupo etario de 15-25 años aquel con mayor número de intervenciones (32.13%). El signo de Blumberg y dolor en fosa iliaca derecha fueron los hallazgos más frecuentes. Respecto al puntaje Alvarado, 61.09% presentó Riesgo Alto (RA), 29.41% Riesgo Moderado (RM) y 9% Riesgo Bajo (RB). Se indicó TC abdomen y pelvis a 142 pacientes (64.25%), siendo un 55.63% (79) RA, 31.69% (45) RM, y 12.68% (18) BR. En proporción, se solicitó TC a un 85.71% de pacientes BR, 69.23% de pacientes RM, y 58.52% de pacientes RA. El Puntaje de Alvarado fue positivo para apendicitis en 99%. La TC confirmó apendicitis en un 95% de los casos. Destaca el sexo femenino del grupo AR por presentar mayor tasa de solicitud de TC, respecto al masculino (75,93% vs 45,68%).CONCLUSIÓN: Se identificó alta sensibilidad del Puntaje de Alvarado y un alto uso de TC en todos los grupos de riesgo, siendo el grupo BR considerablemente más pequeño respecto a los MR y AR. El mayor uso de TC en el sexo femenino es constante en todos los grupos, y más aún en el grupo AR, donde paradójicamente, existe un sobreuso del TC como herramienta complementaria. El sesgo en este trabajo insta al personal de salud a completar los registros de atención de forma más exacta, permitiendo un mejor registro y estudio.

TRICOBEZOAR GÁSTRICO GIGANTE, REPORTE DE UN CASO.

Camila Pacheco H., Sergio Ahumada F., Juan López O., Felipe Santibáñez G., José Castro G., Nikol Vergara T., Brenda Briceño R., Guillermo Starck H.Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía. INTRODUCCIÓN: Los tricobezoares son colecciones de cabello en el tracto gastrointestinal. Usualmente se localizan en estómago, pero pueden llegar a extenderse hasta intestino. Su importancia radica en las múltiples complicaciones que puede producir, algunas de las cuales requerirán manejo quirúrgico. OBJETIVOS: Ilustrar el manejo quirúrgico de una patología psiquiátrica poco frecuente en adultosMATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico. RESULTADO: Paciente femenina de 23 años, con antecedentes de tricotilomanía, gastritis crónica y apendicitis aguda secundaria a obstrucción por tricobezoar a los 15 años. Consulta por cuadro de 2 semanas de dolor epigástrico, aumento de volumen abdominal, hiporexia y vómitos posprandiales. Al examen físico: hemodinamia estable, abdomen con RHA disminuidos, con masa indurada a nivel de epigastrio, dolorosa a la palpación, asociado a resistencia muscular. Estudio inicial destaca Hb 6, Hto 23%, Leucocitos 17150, PQT 1.061.000, y perfil hepático normal. TC Abdomen y Pelvis con contraste informa: “severa dilatación del estómago, sin signos de perforación, con una masa heterogénea en su interior de 21 x 16 x 9 cm que produce compresión extrínseca de la vía biliar, con leve dilatación de la vía biliar intrahepática”. Se transfunden hemoderivados y se decide realizar laparotomía exploradora: “estómago dilatado con contenido indurado, sin perforaciones evidentes. Gastrotomía a nivel de antro, extirpando tricobezoar que ocupa la totalidad de la cámara gástrica, de aproximadamente 35 cm en su curvatura mayor. Envío de pieza a biopsia diferida. Sin lesiones de mucosa gástrica o pared posterior, sin obstrucción a nivel pilórico o de algún otro segmento intestinal. Se realiza gastrorrafia, aseo y cierre”. Paciente con evolución favorable, sin complicaciones quirúrgicas. Completo estudio, destacando hipovitaminosis B y D y anemia ferropénica. Evaluada por psiquiatría, se inician antidepresivos y antipsicóticos. Egresa al noveno día postoperatorio, para continuar manejo psiquiátrico y nutricional en ambulatorio. Se rescata resultado de biopsia que confirma tricobezoar. CONCLUSIÓN: Los tricobezoares representan una manifestación poco frecuente de la tricofagia (1%). Las complicaciones descritas incluyen: obstrucción intestinal, necrosis, perforación, infecciones, colangitis e ictericia obstructiva, entre otras. La primera línea de manejo es endoscópica, pero en casos donde la masa es de gran tamaño se puede plantear el manejo laparoscópico o abierto. El caso presentado destaca el manejo quirúrgico de una patología psiquiátrica donde las complicaciones asociadas pueden tener consecuencias fatales. Se destaca, además, la importancia de mantener este tipo de trastornos bajo el tratamiento adecuado, para así evitar la recurrencia de complicaciones quirúrgicas.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE VÓLVULO GÁSTRICO COMPLICADO SECUNDARIO A HERNIA HIATAL TIPO IV. REPORTE DE CASO

Pablo González Bobadilla, Antonio Mercandino Sepúlveda, Macarena Martínez Campillay, Ana Gómez Abreu, Joaquín Zambrano FreireServicio de Cirugía, Hospital Carlos Cisternas, Calama.INTRODUCCIÓN: Las hernias hiatales tipo IV constituyen una pequeña parte de las hernias hiatales en el cual existe un defecto diafragmático que permite paso además del estómago, de otros órganos abdominales hacia región torácica, incluido omento. Una de las complicaciones de las hernias hiatales en las cuales existe ascenso de un órgano, habitualmente estómago, es el vólvulo gástrico (VG) que constituye una entidad clínica rara en la cual ocurre una rotación anormal de una porción gástrica sobre un eje horizontal-vertical ocasionando obstrucción, compromiso vascular incluso llegando a necrosis o perforación. El abordaje laparoscópico es una opción factible y segura en el manejo en agudo en aquellos en los que no exista perforación, inestabilidad hemodinámica o sepsis severa, pudiendo constituir una opción dentro del arsenal terapéutico para el cirujano general que cuente con entrenamiento en laparoscopia avanzada.OBJETIVOS: Presentar caso de VG cuyo manejo quirúrgico fue realizado por vía laparoscópica.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de literatura.RESULTADO: Paciente de 56 años sin antecedentes médicos previos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 3 días de dolor abdominal difuso asociado a náuseas, vómitos y ausencia de gases. Se realiza estudio con TC Abdomen-pelvis el cual describe hernia hiatal paraesofágica con vólvulo gástrico con importante dilatación de cámara gástrica sin evidencia de perforación. Endoscopia digestiva alta informa cámara gástrica dilatada con áreas levemente isquémicas. Se decide abordaje por vía laparoscópica en la cual se evidencia hernia hiatal con ascenso de fondo-cuerpo-antro gástrico y parte del omento, disecando ambos y reduciéndolos a cavidad abdominal, se cierra defecto hiatal realizando hiatoplastía con material irreabsorbible y confección de fundoplicatura tipo Nissen. Evoluciona de manera favorable, con adecuada tolerancia oral, siendo dado de alta a los 7 días postoperatorio. Se realiza control al mes y al tercer mes manteniéndose asintomático, sin disfagia, sin síntomas de reflujo gastroesofágico.CONCLUSIÓN: La cirugía laparoscópica ha demostrado una opción factible y segura para el manejo de algunos casos en los cuales no exista complicaciones graves como perforación, sepsis severa o inestabilidad hemodinámica, continúa siendo debatido asociar o no de rutina una cirugía antirreflujo, gastropexia o gastrostomía para evitar nuevas volvulaciones. El abordaje laparoscópico ha demostrado ser seguro y factible para el tratamiento del vólvulo gástrico con una baja morbilidad y mortalidad asociada y con los beneficios propios de la cirugía mínimamente invasiva. Para aumentar las posibilidades de éxito quirúrgico, es fundamental el entrenamiento en cirugía laparoscópica avanzada.

LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO. REPORTE DE CASO

Elías Arroyo A., Joaquín Bravo C., Constanza Díaz G., Guillermo Martínez S., Ignacio Miranda C.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: Los linfagiomas mesentéricos quísticos son tumores benignos infrecuentes en adultos, con manifestaciones clínicas inespecíficas, por lo que se debe considerar como diagnóstico diferencial de dolor abdominal. El diagnóstico se realiza por imágenes y se confirma por los hallazgos histopatológicos.OBJETIVOS: Describir un caso clínico de Linfangioma quístico mesentérico.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Mujer de 50 años, sin antecedentes mórbidos. En contexto de estudio por apendicitis se realiza TC de abdomen y pelvis en el cual se describe lesión quística mesentérica por delante del músculo psoas y vena cava inferior que mide 5,7 x 6,1 x 6,2 cm en sus ejes axiales y longitudinal respectivamente, hallazgos compatibles con quiste mesentérico, considerar linfangioma. Se realizó apendicectomía laparoscópica, paciente persiste con episodios de intercurrente de dolor abdominal, TC de control evidencia persistencia de lesión quística. Se realiza laparotomía exploradora con resección de lesión quística en bloque, preservando indemnidad de la capsula. Evaluación post operatoria con íleo postquirúrgico, alta al 5 día postcirugía sin evidencia de otra complicación. Biopsia definitiva informa Linfangioma quístico mesentérico.CONCLUSIÓN: El tratamiento de elección en este tipo de lesión es la cirugía con resección completa de la lesión evitando la rotura de esta, con el fin de prevenir recurrencias (15% en caso de rotura) y evitar diseminación en caso de corresponder a lesión neoplásica.

RELEVANCIA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN ESPLENOMEGALIA REFRACTARIA A TRATAMIENTO SECUNDARIA A MIELOFIBROSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Eduardo Cabezas M.[1], Tomás Lazo B.[2], Andrea Schwenger J.[3], Rebecca Espinoza E.[3], Josefina Rojas T.[3], Nicolás Lapuente N.[1] [1]Residente Cirugía General Universidad de los Andes, Santiago de Chile; [2]Interno Medicina 7° año Universidad de los Andes, Santiago de Chile; [3]Interna Medicina 6° año Universidad de los Andes, Santiago de Chile.INTRODUCCIÓN: Los pacientes con mielofibrosis suelen presentarse con esplenomegalia causada por hematopoyesis extramedular. Esta condición se manifiesta con síntomas debilitantes como dolor abdominal, dificultad para caminar o agacharse, aumento de la saciedad, pérdida de peso, citopenias, hipertensión portal hasta infarto esplénico. En este contexto, realizar una esplenectomía antes de un trasplante de médula ósea es controversial dada la alta morbimortalidad de la cirugía. Sin embargo, en casos de esplenomegalia masiva refractarios a tratamientos farmacológicos, como, por ejemplo, inhibidores de janus quinasa (JAK), la alternativa quirúrgica podría estar indicada con el fin de mejorar la condición clínica y evitar complicaciones propias de la esplenomegalia. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar la aproximación quirúrgica como una opción terapéutica eficaz en casos de esplenomegalia de difícil manejo médico.MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 64 años, con antecedentes de anemia de tres años de evolución, que luego se asocia a episodios de dolor en hipocondrio izquierdo, saciedad precoz, anorexia, somnolencia y sudoración nocturna. Se realizó diversos estudios etiológicos, entre ellos hemograma que evidencia anemia moderada, trombocitopenia leve y leucopenia severa, biopsia de médula ósea que evidencia mielofibrosis JAK 2 positivo, TAC AP esplenomegalia severa con bazo de 19 cm y biopsia esplénica con hematopoyesis extramedular. Se inicia manejo con transfusiones de glóbulos rojos semanales, asociado a terapia farmacológica con Ruxolitinib 10 mg al día (inhibidor JAK 2), durante un año. Sin embargo, a pesar de tratamiento, paciente sufrió empeoramiento de síntomas, agregándose fatiga extrema, bochornos, sudoración nocturna, sin baja de peso. Se realiza nuevo TAC AP que evidencia aumento de tamaño de bazo a 23 cms. Se discute caso en comité, se decide realizar transplante de médula ósea, con previa realización de esplenectomía. Se realiza procedimiento quirúrgico vía abierta en julio 2024. Desde entonces ha evolucionado de manera favorable, mejorando su sintomatología y sus parámetros hematológicos.CONCLUSIÓN: Este caso clínico evidencia la importancia de una evaluación contínua y un enfoque personalizado en el manejo de los síndromes mieloproliferativos. La decisión de someter a la paciente a esplenectomía se fundamentó en la necesidad de controlar el secuestro esplénico y mejorar su hematopoyesis. En esta ocasión, dicha intervención quirúrgica no solo mejoró su calidad de vida en relación a la sintomatología, sino que también contribuyó a una recuperación hematológica significativa. Así, se sugiere que la esplenectomía en ciertos casos puede ser una intervención fundamental en el tratamiento de pacientes con mielofibrosis y esplenomegalia severa.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina Rivas F., Carlos Siguenza P., Amanda Wosiack M., Sofia Pinedo R., Stefano Ramolfo P., Ramiro Caballero. Hospital El Carmen, Universidad Diego Portales, Universidad Finis Terrae.INTRODUCCIÓN: La Obstrucción Intestinal (OI) es una entidad muy frecuente en los Servicios de Urgencia, con diversas causas y síntomas según su ubicación, etiología, tiempo de evolución, entre otros. Los Divertículos de Meckel (DM) tienen una incidencia global de 0,3 al 3%, teniendo como complicación obstrucción intestinal secundaria a bridas. Sin embargo, existe un pequeño grupo de pacientes sin antecedentes previos de cirugías ni traumas abdominales, que desarrollan Bridas Congénitas (BC), en relación al DM, generando todo un desafío al momento del diagnóstico. OBJETIVOS: (Caso clínico, no aplica).MATERIAL Y MÉTODO: (Caso clínico, no aplica).RESULTADO: Paciente masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos conocidos, consulta por dolor abdominal, ausencia de deposiciones y vómitos fecaloideos de 6 días de evolución. Ingresa en regulares condiciones generales, diaforético, hipotenso, taquicárdico. Al examen físico, destaca distensión abdominal y dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal, tacto rectal con ampolla vacía. Se instala sonda nasogástrica, con salida de abundante contenido fecaloideo. Se realiza Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis con contraste, que informa íleo mecánico de intestino delgado con transición en hipogastrio, probablemente determinado por bridas. Tras una adecuada reanimación inicial, se decide realizar laparoscopía exploradora, dando como hallazgo una Brida conformada por divertículo de Meckel, constituyendo un anillo estenosante, a nivel del íleon contiguo a la válvula ileocecal; dilatación de asas de intestino delgado hacia proximal; meso apéndice isquémico, secundario a constricción por brida; apéndice cecal levemente hiperémico no inflamado, base sana, ciego sano. Se realiza resección de brida y apendicectomía laparoscópica, dejando un drenaje tubular en fondo de saco. Completa 7 días de hospitalización con buena evolución, retiro de drenaje al 6 día, buena tolerancia oral y deposiciones sin elementos patológicos. En control postoperatorio al mes, paciente sin dolor ni molestias, tránsito intestinal adecuado, sin signos de complicación. CONCLUSIÓN: La OI secundaria a DM y BC es muy infrecuente en adultos, sin encontrar un reporte claro de su incidencia en la bibliografía disponible. Debido a su rareza, son difíciles de sospechar en el preoperatorio, lo que puede aumentar su morbilidad e incluso mortalidad. A pesar de ser entidades de muy baja frecuencia, no debemos olvidar su existencia, dado que se pueden resolver de manera poco invasiva y con una favorable evolución, si se diagnostican y tratan de forma adecuada.

UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA. ¿SIGUEN ESTANDO VIGENTES?

Catalina San Martín C., Francisca Belmar R., Felipe Farfán F., Felipe Catan G., Mario Uribe M., Francisco Riquelme M., Marco Salazar C., Paula Fluxá R., José Quezada G.Hospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: La colecistitis aguda es una de las complicaciones que con mayor frecuencia nos encontramos en el servicio de urgencia. Por más frecuente que sea este escenario clínico, sigue siendo desafiante el diagnóstico certero de la colecistitis aguda. Dentro de las herramientas que disponemos para sistematizar el diagnóstico de colecistitis aguda están los criterios de Tokio de colecistitis aguda. En general son criterios aplicables en cualquier servicio de urgencia que permiten a la vez estratificar según criterios de gravedad evaluar el posible tratamiento más adecuado. OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio busca analizar a los pacientes que ingresaron con diagnóstico de colecistitis aguda y se les realizó una colecistectomía laparoscópica se relacionan con los resultados de la anatomía patológica.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva, donde se incluyeron pacientes tratados quirúrgicamente por colecistitis aguda entre enero y diciembre del año 2023 en un centro de alta complejidad. Se excluyeron a todos los pacientes que cursan con pancreatitis aguda y colangitis. Se revisaron las fichas clínicas, imágenes preoperatorias, hallazgos intraoperatorios como también los resultados de las biopsias de la colecistectomía. Las variables categóricas se analizaron utilizando test de chi cuadrado, con significancia estadística de $p<0,05$, empleando el programa STATA v18.RESULTADO: Durante el periodo se realizaron 263 colecistectomías con diagnóstico inicial de colecistitis aguda, luego de aplicar los criterios de exclusión se analizalizaron 211 pacientes. 41% fueron hombres, con una mediana de edad de 52 años. De estos pacientes 74% cuentan con criterios de sospecha de tokio para colecistitis aguda y un 69% con criterios definitivos de tokio para colecistitis aguda. Encontrando en el resultado de las biopsias un 89% de los pacientes con signos de colecistitis aguda. De las variables analizadas el diagnóstico definitivo con respecto a la biopsia con colecistitis aguda se establece una relación estadísticamente significativa con un p de 0.003. CONCLUSIÓN: La utilidad de los criterios de tokio de colecistitis aguda, siguen siendo útiles y permiten lograr una relación con elementos clínicos, exámenes de laboratorio e imágenes concordante con los resultados que se pueden encontrar en los hallazgos anatomopatológicos.

LINFOMA DE BAJO GRADO CON DEBUT EXTRANODAL PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Ignacia Von Bennewitz B., María Jesús Jugo D., Ignacio González M.Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: Los linfomas de bajo grado presentan frecuentemente afectación extranodal. Sin embargo, la afectación peritoneal en forma de implantes es infrecuente. El linfoma puede simular una carcinomatosis peritoneal tanto en las manifestaciones clínicas como imagenológicas, lo que puede generar un retraso en el diagnóstico y manejo adecuado. OBJETIVOS: Se presenta un caso clínico con imágenes de linfoma de bajo grado con debut como linfomatosis peritoneal, hallazgo poco frecuente en la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.RESULTADO: Paciente masculino de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Derivado de control de salud preventivo donde, en contexto de radiografía de tórax con hallazgos sugerentes de neumopatía crónica, se realiza escáner de tórax evidenciando lesiones sugerentes de carcinomatosis peritoneal. Al interrogatorio dirigido paciente refiere baja de peso de 9 kilos en 1 año, sin cambios en hábito intestinal ni sintomatología gastrointestinal. Se realiza escáner y resonancia magnética de abdomen donde se describen lesiones que plantean como primera posibilidad carcinomatosis peritoneal. No se identifica lesión primaria. Endoscopía digestiva alta y colonoscopía sin evidencia de lesión primaria. Se decide realizar laparoscopía exploradora donde destaca engrosamiento del epiplón mayor asociado a múltiples nodulaciones en el mismo. Se toman muestras de tejido de nódulos del mesenterio y epiplón, se envían a anatomía patológica confirmando linfoma de células B de bajo grado. Paciente se presenta a comité oncológico donde se define manejo con quimioterapia.CONCLUSIÓN: El linfoma de bajo grado abarca una amplia variedad de formas de presentación, pudiendo simular carcinomatosis peritoneal tanto clínicamente como en imágenes. La presentación clínica e imagenológica del linfoma como linfomatosis peritoneal es prácticamente indistinguible de la carcinomatosis peritoneal si no se realiza estudio histológico. Si bien este cuadro clínico es bastante infrecuente, demuestra que un enfoque diagnóstico riguroso y un estudio histológico precoz son cruciales para distinguir entre linfoma y carcinomatosis peritoneal, asegurando un tratamiento adecuado y oportuno.

COLECISTITIS AGUDA Y COLECISTECTOMÍA DEL REMANENTE VESICULAR POST COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Jesús Jugo D., María Ignacia Von Bennewitz B., Krystel Werner F.Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica es el gold standard para el manejo de la colecistitis aguda en la actualidad, sin embargo, siguen existiendo situaciones donde se deben aplicar medidas de salvataje intraoperatorias, especialmente en casos de colecistitis aguda con inflamación severa de la vesícula biliar y el triángulo de Calot. Dentro de las recomendaciones actuales según las Guías Tokio 2018, una vesícula con inflamación severa se puede manejar de tres formas: colecistectomía subtotal, conversión a cirugía abierta o liberación anterógrada de la vesícula. En ese contexto, la colecistectomía subtotal cumple el rol de medida de rescate ante pacientes sépticos en los que la prioridad es resolver la infección y evitar lesiones de vía biliar. Sin embargo, esta no está exenta de complicaciones como la recurrencia de colelitiasis, colecistitis aguda del remanente y colecistitis crónica.OBJETIVOS: Se presenta un caso clínico con imágenes de colecistitis aguda del remanente vesicular.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico. RESULTADO: Paciente de 62 años, sano, con antecedente de colecistectomía subtotal por colecistitis aguda 3 años previo a la consulta. Acude a urgencias por cuadro de dolor epigástrico de 24 horas de evolución, sin otros síntomas. Del laboratorio destaca leucocitosis y perfil hepático normal. Se solicita escáner donde se observa proceso inflamatorio agudo en remanente vesicular, con litiasis de neoformación. Colangioresonancia confirma colecistitis aguda litiásica del remanente, además de coledocolitiasis. Se realiza papilotomía y extracción de coledocolitiasis mediante colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP). A los dos meses se realiza colecistectomía laparoscópica electiva con hallazgo de coledocolitiasis en colangiografía intraoperatoria, por lo que se realiza nueva extracción de litiasis por ERCP. Biopsia informa fragmento de pared vesicular con signos de colecistitis crónica reagudizada.CONCLUSIÓN: La colecistectomía subtotal es una alternativa aceptable en situaciones quirúrgicas complejas, sin embargo, puede llevar a complicaciones como colecistitis aguda del remanente, entidad poco frecuente descrita en hasta un 2.2% de las colecistectomías subtotales. A pesar de ser un diagnóstico inhabitual, esta debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes colecistectomizados que acuden a urgencias con dolor abdominal. En estos casos, la resolución por vía laparoscópica ha demostrado ser segura y efectiva.

CIRUGÍA DE MAMA

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES: APROXIMACIÓN A UNA REALIDAD LOCAL EN BASE A LA EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Nicolás Berrios C., Jamile Camacho N., María E. Bravo M., Fernando Cádiz V., Eugenio Román L., Camilo Apey R., Pia Pincheira T., Marcela Gallegos A., Carolina Barriga S.Centro de la mama, Clínica Alemana de Santiago.INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama en hombres es una patología infrecuente. Corresponde al 1% de todos los carcinomas mamarios y menos del 1% de la patología maligna masculina. A pesar de su rareza, se ha observado un aumento en la incidencia en los últimos años, lo que subraya la necesidad de comprender esta neoplasia para un manejo más efectivo.OBJETIVOS: Describir las características del cáncer de mama en pacientes hombres atendidos en la Clínica Alemana de Santiago y comparar la realidad observada con la evidencia disponible.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de tipo retrospectivo descriptivo. Se incluyó a todos los pacientes de sexo masculino tratados por cáncer de mama en nuestro centro entre enero de 2014 y abril de 2024. Los datos fueron recolectados de la ficha electrónica de los pacientes.RESULTADO: Se identificaron 10 casos de hombres tratados por cáncer de mama, representando el 0.6% de todos los cánceres de mama tratados en el centro durante el periodo estudiado. La edad media al diagnóstico fue de 61.6 años. El principal motivo de consulta fue una masa retroareolar en un 80% (n:8). Solo un paciente (10%) tenía antecedentes personales de cáncer y dos (20%) tenían antecedentes familiares de cáncer de mama. Todos los casos fueron evaluados con mamografía y ecografía, y el 20% (n:2) también con resonancia magnética. Solo un caso debutó en estadio IV. La mayoría de los casos correspondieron a estadios 0, I y II (80%, n:8) y predominantemente carcinomas ductales invasores (90%, n:9). Todos fueron positivos para receptores hormonales, con un 70% (n:7) mostrando alto índice de proliferación celular y ninguno positivo para HER2. Un 90% (n:9) recibió terapia con intención curativa. De ellos, a todos se les realizó mastectomía total, 66.7% (n:6) con biopsia de linfonodo centinela y 22.2% (n:2) con disección axilar. Un 77.8% (n:7) recibió terapia hormonal con tamoxifeno, un 33.3% (n:3) radioterapia y 44.4% (n:4) quimioterapia.CONCLUSIÓN: Las características de la población estudiada son concordantes con las descritas por series internacionales. No se cuentan con grandes series nacionales con las que comparar los datos. Los tratamientos realizados siguen los lineamientos de la evidencia disponible, favoreciendo la realización de mastectomía total y evitando el uso de inhibidores de la aromatasa. Son pocas las conductas exclusivas para hombres y la mayoría de las conductas son una extrapolación de lo establecido para el tratamiento en mujeres.

PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CON O SIN PEMBROLIZUMAB: DATOS DE LA VIDA REAL

Javier I. Rodríguez, Pablo Moreno, José M. López, Ariel Fuentes, Lidia Medina, Benjamín Walbaum, César Sánchez, Catalina Vargas, Francisco Domínguez, Mauricio Camus, Augusto León, Francisco AcevedoPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: El tratamiento estándar para el cáncer de mama (CM) triple negativo (TN) en etapas tempranas implica el uso de quimioterapia neoadyuvante (QTNA) con carboplatino y, de ser posible, pembrolizumab. Ambos aumentan respuesta patológica completa (pCR) y sobrevida libre de enfermedad (SLE).OBJETIVOS: El objetivo del estudio es comparar pCR, SLE regional (SLEr) y SLE metastásica (SLEm) en pacientes con CMTN que reciben antraciclinas/taxanos con o sin carboplatino y pembrolizumab como tratamiento neoadyuvante.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con CMTN, estadios I-III, tratadas con QTNA en un Hospital Público y un Hospital Clínico-Universitario entre 2017-2024. Criterios de inclusión: uso de al menos una dosis de antraciclinas y una dosis de placlitaxel (AT) con o sin carboplatino (Cb). Todas las pacientes que reciben pembrolizumab (P) reciben Cb también. pCR se definió como ausencia de tumor invasor residual en mama y ganglios axilares. La SLEr y SLEm se midieron desde el diagnóstico hasta el evento o pérdida de seguimiento. Realizamos análisis de regresión para identificar factores asociados con pronóstico.RESULTADO: 213 pacientes fueron incluidas. Mediana de edad: 46 años (r=23 – 79). 43% eran Estadio III. 41.3% se hizo estudio genético: 33% era portadora de una variante patogénica en BRCA1/2. Del total, 48.4% recibió AT, 44.1% ATCb y 7.5% ATCb-P. 58% se realizó mastectomía parcial y 54.8% biopsia de linfonodo centinela. Tasa de pCR: AT 32,0%; ATCb 45.7% y ATCb-P 75.0% (p=0,003). El uso de Cb aumentó pCR (50% vs. 32%, p=0,008), independiente de pembrolizumab (45.7% vs. 32%, p=0,04). A 3 años, la SLEr fue 80.5% vs.100% (p=0,01) y la SLEm 90.9 % vs. 58.8% (p=0,0001) para el grupo con pCR y sin pCR, respectivamente. En aquellos sin pCR, casi la mitad recibió capecitabina adyuvante; su SLEm fue del 67.4% vs. 52.0% (p=0,14). En análisis multivariado, solo pCR se asoció con menor riesgo de recurrencia ipsilateral (HR 0.28, p=0,03). En el caso de metástasis a distancia, solo estadio III vs. I-II (HR 3.0, p=0,001) y pCR (HR 0.2, p=0,001) mostraron asociación significativa.CONCLUSIÓN: En pacientes con CMTN, la QTNA con carboplatino mejora significativamente la pCR, efecto que se incrementa dramáticamente con la adición de pembrolizumab. pCR y estadio son factores independientes asociados con recurrencia, confirmando su relevancia pronóstica. En pacientes cuyos tumores no logran pCR, la capecitabina parece mejorar los resultados, aunque no de manera significativa. Número de pacientes y corto seguimiento pueden haber afectado estos resultados.

RECIDIVA LOCAL DE CARCINOMA DUCTAL *IN SITU*. ¿CUÁNDO SOSPECHAR? A PROPÓSITO DE UN CASO

Jeanne Palet O., Diego Ramírez C., Josefina Rojas T., Rebecca Espinoza E., Andrea Schwenger J.Clínica Dávila.INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es la neoplasia más común y con mayor mortalidad en la mujer. A pesar de los avances en técnicas de imagenología y estudio molecular, algunos casos continúan desafiando su precisión para el diagnóstico de cáncer de mama y la distinción con patología benigna mamaria. El caso clínico presentado ilustra las dificultades inherentes en la identificación de formas de la enfermedad que no siguen el patrón típico, subrayando la importancia de una evaluación exhaustiva y multidisciplinaria para un manejo adecuado y oportuno. OBJETIVOS: Presentación de caso clínico.MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico.RESULTADO: Paciente femenino de 62 años con antecedentes de hipertensión, consultó en unidad de cirugía de mama en Clínica Dávila en abril de 2019 por hallazgos patológicos en mamografía y ecografía mamaria de screening. Al examen físico mamas simétricas, sin lesiones cutáneas, sin palpación de nódulos en ambas mamas, ni ganglios axilares. En ecografía mamaria, realizada en abril 2019, se describe una imagen irregular hipoecogénica en cuadrante superior interno de mama derecha, de 5 x 6 x 4 mm, más alta que ancha, negativo al doppler, y un nódulo de 4 x 2 x 5 mm en el mismo cuadrante, que persiste de estudio previo; se informó como BIRADS 4. En mamografía realizada el mismo día, mismas lesiones se informaron como BIRADS 2. Se realizó biopsia core que informó tejido adiposo y mamario con bicapa epitelial. Se plantearon como principales diagnósticos diferenciales: carcinoma epitelial de mama y cicatriz radiada. Se solicitó inmunohistoquímica que informó pérdida de la expresión de P63 y reacción dudosa para actina músculo liso, siendo sugerente de neoplasia epitelial infiltrante. Además, RE +++ en el 98% de las células tumorales, RP +++ en el 100% de las células tumorales, Her2 negativo (0%) y Ki67 en un 5%. Se diagnosticó neoplasia epitelial infiltrante luminal A. Se realizó RMN de mama, que informó nódulo único de 12 mm en CSI de mama derecha, sin compromiso de linfonodos axilares, y estudios de etapificación con TAC TAP y cintigrama ósea, en los cuales no se evidenciaron signos de metástasis. De esta forma, se concluyó cáncer de mama derecha cT1N0M0. Posterior a comité oncológico, se decidió realizar inmunohistoquímica para calponina con el objetivo de realizar una adecuada distinción entre los principales diagnósticos diferenciales mencionados anteriormente. El estudio concluyó una lesión compatible con una cicatriz radiada, por lo que se realizó una mastectomía parcial. La biopsia diferida de la lesión informó carcinoma ductal in situ de 0,9 x 0,8 cm moderadamente diferenciado, con márgenes libres. Debido a lo anterior, se realizó biopsia de ganglio centinela, que resultó negativo para neoplasia (0/1). Se decidió iniciar tamoxifeno y radioterapia 30 GY en 5 fracciones, la cual fue completada en noviembre del 2019. La paciente se mantuvo en controles cada 6 meses con mamografía y ecografía mamaria. En enero 2022, se pesquisó un nódulo palpable informado como foco de necrosis grasa compatible con cambios postquirúrgicos; se mantiene en seguimiento habitual semestral. En abril 2023, al examen físico se observó leve eritema de la piel en zona postquirúrgica. En la ecografía mamaria se informó distorsión de la arquitectura en CSI, periareolar de la mama derecha, con engrosamiento de la piel y aumento de ecogenicidad cutánea, además de imagen compatible con esteatonecrosis, consistente al paso del transductor, de 28 mm, BIRADS 2. Se indicó mantención del seguimiento semestral. En enero 2024, al examen físico se observó infiltración de piel y eritema sobre CONCLUSIÓN: La tasa de recurrencia local en el carcinoma ductal in situ varía según varios factores, como el tamaño del tumor, el grado nuclear, el margen quirúrgico y el tratamiento recibido. El porcentaje varía ampliamente en los estudios, algunos informando tasas de 10% hasta 30%, a los 5 años (1). La recaída locorregional en CDIS es de un 6% al 15% posterior a cirugía conservadora más radioterapia y el 50% de estas recaídas se presentan como carcinoma invasivo (2). La vigilancia continua y personalizada en pacientes con cáncer de mama tratado es de suma importancia, pues permite detectar posibles recidivas que pueden ser tratadas oportunamente. Asimismo, pueden pesquisar cambios y/o complicaciones secundarias al tratamiento, que deben ser acuciosamente estudiadas. La dermatitis psoriasiforme perivascular linfocitaria, es una condición cutánea que puede desarrollarse como consecuencia de la radioterapia. Este tipo de dermatitis se caracteriza por la presencia de placas eritematosas descamativas similares a las observadas en la psoriasis, acompañadas de infiltración de linfocitos alrededor de los vasos sanguíneos en la dermis superficial y media. (3) Según la literatura, casi la totalidad de los pacientes que reciben radioterapia experimentan algún grado de dermatitis en el área tratada, aunque la severidad varía ampliamente. (4) Específicamente, la dermatitis psoriasiforme perivascular linfocitaria, puede considerarse una manifestación menos común dentro de este espectro, no encontrándose datos actualizados sobre porcentajes de incidencia. Conclusión A pesar de los avances en las técnicas imagenológicas e histopatológicas que se han desarrollado para el estudio del cáncer de mama, la presentación atípica y resultados anatomopatológicos inespecíficos pueden constituir un desafío diagnóstico y terapéutico para el médico tratante. Se requiere una atención integral y continua en estas pacientes, donde la colaboración entre especialistas y una evaluación meticulosa son fundamentales para optimizar los resultados clínicos y su calidad de vida.

METÁSTASIS MAMARIA BILATERAL DE CÁNCER GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO

Carol Vargas Q.[1], Katherine Hernández O.[1], Melissa Mellado P.[1], Sonia Miranda R.[2], Verónica Vidal P.[1], María Altagracia Díaz[3]Hospital de Puerto Montt.INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es uno de los más prevalentes en Chile y el mundo, sin embargo las metástasis mamarias no son usuales, las causas más comunes descritas son: carcinoma de mama contralateral, melanoma, linfoma, tumor pulmonar, renal, y por último, gastrointestinal.OBJETIVOS: En este reporte, se informa un caso de cáncer gástrico con metástasis de mama bilateral. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y literatura.RESULTADO: Paciente femenino de 33 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consultó en urgencia por cuadro de epigastralgia y pérdida de peso involuntaria de 12 kg en los últimos 6 meses. Endoscopia digestiva alta (EDA) evidencia gastropatía congestiva, biopsia: gastritis crónica-activa leve sin atrofia ni metaplasia intestinal, Helicobacter pylori negativo, sin embargo, tomografía abdomino-pélvica (TC-AP) evidenció carcinomatosis peritoneal. Colonoscopía normal. Se realiza laparoscopia exploradora, evidenciándose extenso compromiso peritoneal; biopsia e inmunohistoquímica informan infiltración peritoneal por carcinoma poco diferenciado, con células en anillo de sello, probablemente de origen gástrico. Segunda EDA: linitis plástica con biopsia confirmatoria de carcinoma gástrico mal diferenciado con células en anillo de sello, cT3NxM1, etapa IV. Paciente ingresa a estudio clínico para quimioterapia (QMT) paliativa CAPOX y QMT oral con Capecitabina. En imágenes de control se evidenció zona de realce mal definida en mama derecha y aislados focos en mama izquierda. Se realiza Biopsia core de asimetría focal en cuadrante superior externo (CSE) de mama derecha que informa metástasis de carcinoma con células de anillo de sello de origen gástrico, GATA3 (-) en células neoplásicas con control interno (+). CK7, CK20 (+). Resonancia mamaria confirma lesión extensa. Se decide mastectomía total derecha. Evoluciona con progresión de enfermedad neoplásica, con masa palpable en CSE de mama izquierda, decidiéndo en comité oncológico mastectomía total izquierda de aseo. Biopsia: carcinoma poco diferenciado de células discohesivas con invasión linfovascular presente, tinción positiva para Caderina-E, CDX2, P120, membrana-GATA 3, HER2 Receptores de estrógenos y progesterona negativos. Ki67: cercano 10%, características compatibles con compromiso secundario del tejido mamario por neoplasia de origen gástrico. Paciente se mantiene en cuidados paliativos.CONCLUSIÓN: El caso presentado evidencia correlación con la literatura, donde se destaca metástasis mamaria por carcinoma gástrico asociada a la presencia de células en anillo de sello, con incidencia inferior al 2%, siendo las mujeres jóvenes las más comúnmente afectadas por esta presentación.

MIOFIBROBLASTOMA MAMARIO EN PACIENTE DE SEXO MASCULINO: REPORTE DE CASO

Nicolás Ide W., Daniela Leporati J., Francisca Diéguez V., Carla Lillo M., Juan Vargas C.Instituto de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Base de Valdivia.INTRODUCCIÓN: El miofibroblastoma es un tumor benigno infrecuente de la mama. Predomina en la mama masculina, originando desde células mesenquimales. Fue descrito en 1987 por Wargotz et al. con 16 casos. Desde entonces son pocos los reportes de esta enfermedad y supone un desafío diagnóstico, ya que existen variaciones con diferentes características en imagenología. Se presenta el caso de un paciente masculino con miofibroblastoma y los elementos que definieron su diagnóstico.OBJETIVOS: Caracterizar la presentación de un tumor benigno infrecuente de la mama masculina.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de un caso clínico a partir de la ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Paciente masculino de 63 años, con antecedente de hipertensión arterial y tabaquismo suspendido, sin antecedentes oncológicos familiares. Consultó en unidad de patología mamaria por nódulo mamario izquierdo de 8 meses de evolución, palpable de 6x4 cm parcialmente definido, e indoloro asociado a ginecomastia bilateral, sin telorrea, compromiso de piel y planos profundos ni adenopatías. La mamografía informó BIRADS 4 por mama izquierda con masa lobulada en unión de cuadrantes superiores de 5 cm de diámetro. La ecografía concluyó BIRADS 5 por masa hipoecogénica, irregular y heterogénea de 5 cm, altamente vascularizada, concordante con mamografía. Se realizó una biopsia core que describió tejido mamario infiltrado por neoplasia fusocelular. Se decidió mastectomía simple izquierda para determinar estirpe de tumor de comportamiento incierto, con margen de 1 cm e inclusión de complejo areola-pezón, realizada sin incidentes. Evolucionó sin complicaciones postoperatorias. La biopsia definitiva reporta tumor de 5,1x4x3,7 cm compuesto por células fusadas de núcleo alargado con atipias leves, gruesos haces de colágeno hialino y numerosos vasos capilares dilatados, márgenes negativos, CD34 positivo intenso y extenso, desmina positiva intensa focal, STAT-6, EMA, S-100 y MUC-4 negativos y Ki-67 1-2%, compatible con miofibroblastoma mamario. Al mes postoperatorio, sin complicaciones ni signos de recurrencia. CONCLUSIÓN: El miofibroblastoma es una lesión benigna poco frecuente de los tejidos blandos de la mama. Es difícil de sospechar por su ausencia de hallazgos radiológicos específicos por lo que es de especial importancia descartar patologías malignas. Estas últimas pueden ser confundidas con variantes del miofibroblastoma. Es por esta razón que el tratamiento en este caso clínico fue la escisión quirúrgica del tumor lo que además nos permitió confirmar el diagnóstico de esta enfermedad.

USO DE COLGAJO ADIPOFASCIAL EPIGÁSTRICO COMO ALTERNATIVA ONCOPLÁSTICA EN CÁNCER DE MAMA, REPORTE DE UN CASO

Norma Villalón C.[1], María Constanza Sánchez S.[2], Denisse Vera H.[3], Valentina Ortiz G.[4], Cristian Starck M.[5]
[1]Cirugía de mama - Mastóloga, Hospital San Juan de Dios; [2]Cirugía general, Residente de cirugía de mama; [3]Residente Cirugía General, Universidad Finis Terrae; [4]Interna de medicina, Universidad Católica del Maule; [5]Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica. Institución: Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama (CM) es la neoplasia más frecuente en la población femenina, representando una incidencia de 25 % del total de cáncer en la población femenina. Uno de los pilares del tratamiento es la cirugía, siendo la única opción curativa. Hoy en día, la meta del tratamiento quirúrgico es obtener un resultado oncológico y estético óptimos. De esta forma la cirugía oncoplástica, se ha transformado en la protagonista de muchos procedimientos quirúrgicos.OBJETIVOS: Presentar una alternativa de manejo quirúrgico oncoplástico en una paciente con cáncer de mama.MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 41 años, con antecedente de Artritis Reumatoide, premenopáusica. Derivada a la unidad de patología mamaria (UPM), en enero 2023 por nódulo palpable en mama izquierda (MI), 6 meses de evolución. Ecografía muestra nódulo mal definido, en cuadrante inferior externo MI, 17mm. BIRADS 4. Mamografía con magnificación: imagen nodular indeterminada MI. BIRADS 0. Biopsia core MI: carcinoma ductal infiltrante (CDI), grado 2, con carcinoma ductal in situ (CDIS), grado 2, luminal A, cT1cN0M0, estadio IA. Al examen físico: mamas copa B, nódulo en unión de cuadrantes inferiores MI, 1.7 cm. Axilas y supraclaviculares libres. Estudio genético negativo. Se presenta a comité oncológico y se decide manejo quirúrgico. Dado relación mama/tumor y localización de lesión, se propone efectuar técnica oncoplástica. Finalmente se realiza mastectomía parcial + biopsia linfonodo centinela izquierdo + colgajo adipofascial epigástrico, sin incidentes. Biopsia quirúrgica informa: CDI, grado 1, de 1.6x1.3x1.1 cm, CDIS presente en 15%, grado 2. Bordes quirúrgicos negativos, infiltración linfovascular y perineural negativa. Centinela 0/7 linfonodos libres. Evaluada nuevamente en comité oncológico, se determina completar tratamiento con radioterapia y terapia endocrina adyuvantes. Paciente evoluciona sin complicaciones y actualmente mantiene controles en UPM. CONCLUSIÓN: La elección de la técnica quirúrgica en cáncer de mama depende de varios factores, entre ellos: la localización y tamaño del tumor, las características de la mama (tamaño, ptosis y la relación mama-tumor). La cirugía oncoplástica ofrece una combinación eficaz de tratamiento oncológico y resultados estéticos favorables. Es fundamental una cuidadosa evaluación preoperatoria para seleccionar la técnica más adecuada para cada paciente, considerando anatomía y el tipo de tumor, entregando mejores resultados estéticos, pero siempre primando el resultado oncológico.

BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA GUIADO POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA

Paul Brenner S., Jamile Camacho N., María Eugenia Bravo M., Eugenio Román L., Daniela Ruiz R., Carolina Barriga S., Juan Manuel Donaire A., Alejandra Quintas W. y Fernando Cádiz V.Clínica Alemana de Santiago.INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en la mujer. En Chile se estima que el 77% de los decesos por esta patología son menores a 80 años. Una detección temprana y un manejo adecuado son pilares fundamentales para disminuir la mortalidad en nuestro país. En los casos que tenemos un cáncer de mama precoz, la identificación específica del linfonodo centinela y la biopsia excisional de este es de suma importancia para el pronóstico del paciente. Actualmente existen múltiples técnicas y trazadores para realizar esta intervención. El verde de indocianina es una tinción tricarbocianida fluorescente visible con luz cercana al infrarrojo que tiene múltiples usos actualmente. Desde definir límites en resecciones de metástasis hepáticas, evaluar perfusión en anastomosis o identificar linfonodo centinela en cáncer de mama. Por lo que se confeccionó un material audiovisual de forma de utilización y uso de este en cáncer de mama precozOBJETIVOS: Exponer con material audiovisual técnica de biopsia de linfonodo centinela en cáncer de mama con pacientes de clínica Alemana de Santiago con cáncer de mama precoz unilateral, que se les inyectó aproximadamente 2 horas previo Tc99 y 15 minutos previo al inicio de la intervención se les inyectó 2 mg de verde de indocianina y 5ml de azul patente periareolar del lado afectado. Material audiovisual tomado con cámara SPY-PHI Stryker con infrarrojo cercano, con previo consentimiento de los pacientes. Cuentas de tecnecio detectado con sonda Gamma CONTENIDO DE VIDEO: El verde de indocianina ya ha demostrado ser una herramienta válida para la detección en biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama precoz. En el video podemos ilustrar lo sencillo que es esta técnica y el poco tiempo que agrega a la cirugía. El linfonodo centinela que brilla por el verde de indocianina resultó ser en todos nuestros casos el que más se detectó con la sonda gamma igualmente Según lo descrito en la literatura el verde de indocianina detecta hasta el 99% de los linfonodos centinela y tiene una tasa de falso negativo por debajo del 1%. Dada su rápida curva de aprendizaje, mínimo tiempo extra que añade a la cirugía y sin efectos adversos de toxicidad es una alternativa fundamental por sí sola en centro que no tengan servicio de medicina nuclear y un gran complemento en los centros que cuenten con este servicio, dispongan de este trazador para ser usadas en conjunto para así maximizar los beneficios para el paciente

CÁNCER DE MAMA A PARTIR DE BI-RADS 4 Y 5 EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE SANTIAGO

Sebastián Aravena Á., Montserrat Lemus M., Alex Blamberg T., María Ignacia Von Bennewitz B., Alexander Gallegos S., Juan Pablo Quinteros P., Felipe Fuenzalida S., María Mañana de T. Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo y primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile, ahí radica la importancia del diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. El sistema BI-RADS (Breast Imaging - Reporting and Data System) permite estandarizar la descripción de los hallazgos imagenológicos y su clasificación de riesgo, facilitando la toma de decisiones.OBJETIVOS: Reportar la tasa de malignidad en pacientes con imágenes BI-RADS 4 y 5 durante entre 2018 y 2023 en el Hospital Militar de Santiago y compararlos con la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo en el que se realizó una revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes que obtuvieron resultados BI-RADS 4 y 5 en imágenes mamarias entre 2018 y 2023, en el Hospital Militar de Santiago.RESULTADO: Del total de estudios imagenológicos realizados entre 2018 y 2023, 511 fueron clasificados como BI-RADS 4 y 5. El 84,14% (n=430) correspondieron a BI-RADS 4, mientras que el 15,85% (n=81) fueron clasificados como BI-RADS 5. Se realizaron 401 biopsias percutáneas en nuestro centro, lo que equivale al 78,47% de los casos. Los 110 restantes no se realizaron biopsias en el hospital por distintos motivos. El 75,06% (n=301) fueron ecográficas por punción (core). Se diagnosticó cáncer de mama en 149 pacientes (37,15%). El 26,77% (n=89) de los BI-RADS 4 y el 90,77% (n=59) de los BI-RADS 5 resultaron positivos para cáncer. El 12,75% (n=19) corresponde a carcinoma ductal in situ, de los cuales el 15,73% (n=14) fueron diagnosticados en la categoría BI-RADS 4 y el 8,47% (n=5) en la categoría BI-RADS 5. Por otro lado, el 86,57% (n=129) fueron carcinomas invasores, distribuyéndose 84,27% (n=75) en BI-RADS 4 y 91,52% (n=54) en BI-RADS 5. CONCLUSIÓN: En esta serie retrospectiva que analiza 401 biopsias percutáneas, 26,77% de las lesiones BIRADS 4 y 90,77% de las lesiones BIRADS 5 fueron concordantes con cáncer de mama en el análisis histopatológico. Estos resultados son comparables con la literatura nacional y las series internacionales en los porcentajes de malignidad según BIRADS que en el caso de BIRADS 4 es entre 23-44% y en BIRADS 5 entre 79-100%. La variación del riesgo tendría relación con la indicación del estudio imagenológico, lo mismo que el estadio diagnóstico.

IMPACTO DE ONCOTYPE EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN CLÍNICA DÁVILA: EXPERIENCIA CLÍNICA 2021-2024

Jeanne Palet O., Diego Ramírez C., Karla Olguín U., María de los Ángeles Guitart A., María Francisca Rojas A. Clínica Dávila, Universidad de Los Andes. INTRODUCCIÓN: A pesar de décadas de investigación, el cáncer de mama se mantiene como la neoplasia más común en mujeres, siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Este trastorno heterogéneo presenta distintos subtipos moleculares y características biológicas que atienden a diversos resultados clínicos y enfoques terapéuticos. Por ello, el tratamiento personalizado se ha convertido en la piedra angular de la lucha contra esta enfermedad, permitiendo terapias más efectivas y menos invasivas. El Oncotype DX es un test genómico que evalúa la expresión de un grupo de genes en el tejido tumoral para predecir el beneficio de la quimioterapia y el riesgo de recurrencia en mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos con receptores hormonales positivos y HER2 negativo.OBJETIVOS: En este estudio se busca evaluar la correlación entre la precisión de terapia otorgada por Oncotype DX y los resultados clínicos.MATERIAL Y MÉTODO: Este estudio observacional retrospectivo analiza la experiencia de 20 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama con receptores hormonales positivos y HER2 negativo tratadas en Clínica Dávila desde el 2021 hasta julio 2024, quienes optaron por realizar el test Oncotype para determinar el uso de quimioterapia adyuvante. Para ello, se recolectaron datos de las fichas clínicas de las pacientes, incluyendo edad, características histológicas del tumor, estadio, resultados del análisis genómico, tratamientos recibidos y seguimiento por médicos tratantes. Se registraron los scores de recurrencia (RS) proporcionadas por el Oncotype DX, clasificando a las pacientes en categorías de bajo, intermedio o alto riesgo de recurrencia. Se documentaron las decisiones sobre el uso de quimioterapia adyuvante, basadas en los resultados del test, las características clínicas y las preferencias de las pacientes, las cuales fueron discutidas en comité oncológico. RESULTADO: Del total de 20 pacientes, 6 tenían 50 años o menos, y las otras 14 más de 50 años. En el primer grupo señalado, 1 paciente se vio beneficiada de la QT gracias al Oncotype, equivalente a un 16,7%; mientras que en el segundo grupo fueron 2, es decir un 14,3%. Cabe señalar que de las pacientes que no alcanzaron un RS ≥ 26, hubo 3 (2 con RS=20 y 1 RS=18) que se les indicó de igual forma QT, siendo todas mayores de 50 años, elevando la cifra de este grupo etario a 35,7% beneficiarias del tratamiento. Además, hubo 1 de la cual no se pudo rescatar el resultado exacto del estudio, sino solo que se decidió no hacer QT. Finalmente, un 15% del total de mujeres se vieron beneficiadas por QT según un RS ≥ 26, aunque fueron 6 las que en definitiva recibieron la terapia, lo que correspondería a un 30% de aquellas que se sometieron al estudio. CONCLUSIÓN: El cáncer de mama está rodeado de múltiples desafíos, actualmente la principal preocupación es identificar la terapia sistémica más adecuada. La implementación del test Oncotype DX ha demostrado ser una de las herramientas más adecuadas para guiar decisiones terapéuticas personalizadas en términos de costo efectividad y disminución de morbimortalidad asociada a quimioterapia en la evolución clínica de pacientes con cáncer de mama. De las 20 pacientes que se sometieron al test, sólo 6 (30%) recibieron QT, lo que resalta la utilidad del estudio para identificar a aquellas pacientes en las que se pueden evitar los efectos secundarios y complicaciones asociadas, sin afectar la eficacia del tratamiento. Los resultados sugieren que el uso rutinario del Oncotype DX puede llevar a una mejor asignación de recursos médicos y a una mayor satisfacción del paciente, subrayando la importancia de adoptar un enfoque personalizado en la toma de decisiones que mejoren la calidad de vida de las pacientes al evitar tratamientos innecesarios.

HAMARTOMA GIGANTE DE MAMA, UNA LESIÓN INUSUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Camila Häfelin, Diego Ramírez, Paloma Croxatto, M. Francisca Rojas, Josefina Rojas, Camila Concha, Martin SchwingelerClínica Dávila.INTRODUCCIÓN: Resumen El hamartoma mamario es una entidad benigna y poco frecuente que se presenta como una masa de crecimiento paulatino. A través de una historia clínica detallada y un estudio adecuado, se puede sospechar la presencia de esta patología, a pesar de que su etiología y patogenia son desconocidas. Su tamaño es variable, pudiendo alcanzar diámetros de hasta 15 cm, lo que los clasifica como hamartomas gigantes. Estos últimos requieren una resección más laboriosa y la búsqueda de un resultado estético armonioso. Se presenta el caso de una paciente femenina de 47 años que consultó por aumento de volumen progresivo, no doloroso, en la mama izquierda. Al examen físico se observó una asimetría mamaria con macromastia izquierda. La ecografía mamaria reveló un gran hamartoma de 16 x 12 cm. Se realizó una resección mediante mastectomía parcial con técnica oncoplástica y simetrización mamaria contralateral. OBJETIVOS: Introducción El hamartoma mamario es un tumor benigno y poco frecuente, que representa entre el 0,7% y el 4,8% de todos los tumores benignos de mama (1). Se presenta de manera indolora como una masa de crecimiento gradual, y generalmente se detecta de forma incidental. El peso de los hamartomas varía entre 5 gr y 1500 gr, y su tamaño habitual oscila entre 1 cm y 6 cm. Aquellos que superan los 15 cm de diámetro son clasificados como hamartomas gigantes, siendo uno de los más grandes reportados en la literatura de 20 cm (1). Los hamartomas gigantes son lesiones infrecuentes, representando solo el 0.7% de los hamartomas mamarios. En las imágenes mamarias, se presentan con mayor frecuencia como masas sólidas probablemente benignas, con márgenes circunscritos y densidades variables. Histológicamente, son muy similares al tejido mamario normal, aunque con un componente estromal predominante (2). La biopsia excisional se realiza no solo debido a su gran tamaño, sino también porque pueden estar asociados a lesiones malignas, aunque esto no es frecuente (4). El tratamiento de los hamartomas gigantes implica una resección quirúrgica y la corrección de la asimetría mamaria resultante mediante mastopexia, con o sin implante protésico (5). MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico Paciente femenina de 47 años con antecedentes de hipertensión y resistencia a la insulina consulta por aumento de volumen progresivo, no doloroso en mama izquierda, de 3 años de evolución. Al examen físico, se evidenció una asimetría mamaria determinada por una masa indolora en el cuadrante inferior externo de la mama izquierda de consistencia gomosa, móvil y con bordes parcialmente definidos, de aproximadamente 10 cm, con una distancia clavícula pezón de 28 cm a izquierda y 25,5 cm a derecha. La ecografía mamaria informó un gran hamartoma de 16 x 12 cm, escasamente vascularizado al doppler, con bordes bien definidos. No se identificaron adenopatías axilares. La impresión diagnóstica fue de masa benigna en mama izquierda, clasificada como BIRADS US 2. Se planificó un abordaje multiequipo con la participación del cirujano de mama y del cirujano plástico. La intervención consistió en una mastectomía parcial del lado izquierdo utilizando una técnica oncoplástica con mastopexia en T invertida para resecar de manera amplia el hamartoma gigante. Además, se realizó una mastopexia en T invertida en el seno derecho para lograr la simetría mamaria. El estudio anatomopatológico informó lo siguiente: Tumor mamario izquierdo: en formalina, muestra que pesa 934 g y mide 17 x 14 x 8 cm de diámetro mayor, con losanjo de piel de 9 x 6 cm de diámetro mayor, de superficie cutánea granular blanquecina. Al corte, de consistencia blanda con predominante tejido adiposo, áreas fibrosas blanquecinas asociados también a necrosis grasa, friable. Tejido mamario izquierdo: con aisladas unidades ductolobulillares de arquitectura habitual, conductos dilatados, con cambios fibroadenomatoideos, cambios de células columnares sin atipia, con zonas de acentuada fibrohialinización estromal y presencia de foco extenso de adiponecrosis. Muestra con márgenes quirúrgicos libres. La paciente evolucionó de forma favorable durante el postoperatorio, siendo dada de alta hospitalaria sin evidencia de complicaciones quirúrgicas. Con buena evolución ambulatoria y se mantiene en seguimiento por el equipo de mama y cirugía plástica.RESULTADO: Discusión El hamartoma mamario gigante es una lesión poco frecuente, que se desarrolla lentamente y generalmente es asintomática, aunque puede resultar alarmante al alcanzar un tamaño significativo. Esta entidad se cree subdiagnosticada debido a la falta de estudios dirigidos. En los estudios imagenológicos, estas lesiones se describen como masas sólidas, generalmente ovaladas y bien circunscritas. Microscopicamente, los hamartomas mamarios carecen de una apariencia patognomónica y presentan gran parecido al tejido mamario normal, motivo por el cual se les conoce como “mama dentro de la mama”. También pueden asemejarse a lesiones fibroepiteliales, lo que podría retrasar el diagnóstico y llevar a la realización de biopsias repetidas (2). La evaluación de los métodos diagnósticos por separado puede conducir a errores diagnósticos, por lo tanto, es esencialcombinar los resultados clínicos, radiológicos ee histopatológicos para lograr un diagnóstico correcto. En el diagnóstico diferencial debe incluirse lesiones como fibroadenoma, lipoma, tumor phyllodes e incluso carcinomas (5). Los hamartomas mamarios gigantes representan tanto un desafío diagnóstico como quirúrgico.ebido a su gran tamaño, su resección implica conlleva una alta probabilidad deformidad o asimetría mamaria, por lo que es necesario un abordaje multidisciplinario y una planificación cuidadosa para lograr un abordaje satisfactorio. CONCLUSIÓN: El hamartoma de mama es un tumor benigno poco frecuente más aún si se clasifica como gigante. El diagnóstico clínico y radiológico es co

plicado y puede ser fácilmente erróneo, ya que suele confundirse con otros tumores. A pesar de los avances en técnicas diagnósticas, se recomienda su resección completa para un diagnóstico certero y el estudio de una posible malignidad coexistente. Un diagnóstico correcto es fundamental para evitar un tratamiento excesivo. El diagnóstico preoperatorio preciso ya es un desafío en sí mismo, requiriendo un estudio exhaustivo y un tratamiento adecuado. En el caso de un hamartoma gigante, la resección y el logro de un resultado estético satisfactorio representan un desafío aún mayor. Para las y los pacientes que padecen esta patología, no solo existe la preocupación debido a la lesión mamaria evidente, sino también por las morbilidades asociadas debido a su considerable tamaño, peso y deformidad patente. Sin embargo, cabe destacar que el pronóstico del hamartoma mamario, al ser una lesión benigna con bajo riesgo de malignidad, es generalmente muy bueno.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

REPARACIÓN EN UN TIEMPO DE UN TRAUMA FACIAL GRAVE MEDIANTE COLGAJOS REGIONALES MÚLTIPLES

Juan Maturana Arancibia[1], Macarena Vallejos Castillo[2]Universidad de Tarapacá.INTRODUCCIÓN: La reparación en un tiempo de un trauma facial que comprende múltiples lesiones de partes blandas y subunidades faciales es un desafío quirúrgico que abarca lo estético y funcional evitando las alteraciones posteriores en lo que refiere a infección, o mutilación. OBJETIVOS: Mostrar una reparación exitosa compleja en contexto de trauma grave facial que comprometía partes blandas y subunidades faciales. MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.RESULTADO: Reparación exitosa de un trauma grave con compromiso de puente nasal, ala nasal izquierda, columela, filtrum, bermellón labial superior, comisura labial izquierda y ángulo palpebral izquierdo mediante suturas complejas y colgajos locales. CONCLUSIÓN: La reparación compleja de un trauma facial que compromete múltiples subunidades faciales, es un desafío quirúrgico, que obliga al conocimiento profundo de las alternativas locales para una reparación exitosa sin mayores secuelas estéticas y funcionales.

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS GIGANTE DE CUERO CABELLUDO RECONSTRUIDO CON COLGAJO LIBRE DE *LATISSIMUS DORSI*: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gerson Pérez F., Christian Aguilar M., Tiare Cordero V., Militza Petric G., Gonzalo Yáñez C., Dominique Schatte V.Hospital Dr. Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma poco frecuente, representando el 1% de tumores de partes blandas. De crecimiento lento y grado moderado, localmente agresivo, con una alta tasa de recidiva local y baja probabilidad de metástasis, requiere manejo quirúrgico. Los defectos extensos de cuero cabelludo tras resecciones oncológicas son un desafío, siendo muchas veces los colgajos libres la única opción terapéutica. Su diagnóstico clínico e histológico tardío, suele ser un reto por su presentación oligosintomática.OBJETIVOS: Describir un caso clínico sobre paciente con diagnóstico de DFSP gigante que tras su resección requirió reconstrucción de cuero cabelludo con colgajo *latissimus dorsi* (LD) microquirúrgico.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica y registros electrónicos. Se realiza seguimiento fotográfico preoperatorio y postoperatorio previo consentimiento de paciente. Se realizó una revisión de la literatura en Pubmed, LILACS y Scielo bajo los términos (MeSH): Free Tissue Flaps, Dermatofibrosarcoma y SCALP. Se excluyeron los que no reportan experiencias de reconstrucción con colgajo libre.RESULTADO: Se presenta caso clínico de paciente femenina de 33 años sana, con antecedente de DFSP en cuero cabelludo operado en 2019. Consulta en el año 2023 por recidiva tumoral en relación a cicatriz operatoria. Al examen físico presenta tumor redondeado, sólido-quístico de 25 cm de diámetro en región parieto-occipital, móvil, ulcerado en ápex, sensible a la palpación. Se realiza biopsia core que confirma recidiva. Estudio imagenológico con tomografía computada y resonancia magnética describen masa voluminosa de partes blandas, heterogénea a expensas de cuero cabelludo, con tenue remodelado óseo de hueso parietal izquierdo, se descarta metástasis o compromiso intracraneal. Se realiza resección tumoral con biopsia rápida que muestra borde positivo profundo a periostio, por lo que se decide cobertura transitoria con injerto dermoepidérmico. En segundo tiempo, en conjunto con equipo de neurocirugía se realiza ampliación de márgenes y resección de tabla externa de hueso comprometido. Equipo de cirugía plástica realiza reconstrucción con colgajo LD microquirúrgico injertado, con anastomosis en vasos temporales superficiales izquierdos. Posteriormente requiere tercer tiempo para injertos dermoepidérmicos complementarios. Paciente evoluciona favorablemente con resultado oncológico y cobertura satisfactorias. En la búsqueda bibliográfica se encontraron dos reportes de caso de pacientes con DFSP gigantes en cuero cabelludo y frontofacial, ambos reconstruidos con colgajo microquirúrgico de LD con buenos resultados. CONCLUSIÓN: El colgajo microquirúrgico de LD es una excelente alternativa para la reconstrucción de defectos extensos de cuero cabelludo, con buenos resultados funcionales, dado su tamaño, versatilidad, facilidad en su disección y adecuada remodelación post operatoria.

RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA DE DESFORRAMIENTO TRAUMÁTICO COMPLETO DE DEDO ANULAR DERECHO CON COLGAJO DE MCGREGOR ADELGAZADO. REPORTE DE UN CASO

Gerson Pérez F., Valeria Arancibia Q., Carlos Casanova M., Gonzalo Yáñez C., Dominique Schatte V. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Dr. Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: Las heridas por desforramiento en los dedos son un desafío terapéutico, debido a sus características anatómicas, funcionales y estéticas, lo que complejiza su reconstrucción, en ocasiones con resultados decepcionantes a largo plazo. El tratamiento quirúrgico de la avulsión completa de las partes blandas a nivel de los dedos es por lo general la reimplantación con microcirugía. Sin embargo, cuando no es opción terapéutica, se deben considerar otras opciones como el colgajo inguinal de Mcgregor. OBJETIVOS: Describir un caso clínico sobre paciente con desforramiento completo traumático del dedo anular, con preservación de la movilidad e inervación, reconstruido de forma inmediata con colgajo inguinal de Mcgregor adelgazado según lo descrito por Colson et al. MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica y registros electrónicos. Se realiza seguimiento fotográfico preoperatorio y postoperatorio previo consentimiento de paciente. Se realizó una revisión de la literatura en Pubmed, LILACS y Scielo bajo los términos (MeSH): degloving, degloving injuries, hand, finger(s). RESULTADO: Se presenta caso clínico de paciente femenina de 33 años sana, que ingresa al servicio de urgencias de nuestro centro, posterior a herida traumática en mano derecha. A la evaluación paciente en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, al examen físico con herida en degloving completa en dedo anular derecho, con aparato flexo-extensor conservado, radiografía informa trazo de fractura no desplazado de falange distal, no impresiona contaminación macroscópica. Se realiza aseo quirúrgico y reconstrucción inmediata con colgajo inguinal de Mcgregor, el cual se adelgaza según la técnica descrita por Colson et al, preservando matriz ungueal, se realiza adecuada inmovilización con cabestrillo para protección del colgajo. A las 3 semanas se independiza colgajo, evolucionando posteriormente de forma tardía con pequeña necrosis a nivel de lecho ungueal que requiere reintervención; se realiza amputación transfalángica distal y cobertura con injerto de piel total. A los controles, paciente con evolución satisfactoria En la búsqueda bibliográfica se encontraron tres reportes de casos; dos que hacen referencia al tratamiento del desforramiento con reimplantación microquirúrgica, y uno que describe un colgajo de Mcgregor modificado según la técnica de Colson. CONCLUSIÓN: El colgajo de Mcgregor modificado según lo descrito inicialmente por Colson para el tratamiento de las heridas por avulsión de los dedos es una alternativa interesante. Es una técnica simple, fiable, la cual puede ser aplicada de forma inmediata posterior al trauma, disminuyendo el tiempo de exposición de partes nobles, además de asegurar un buen resultado funcional y cosmético, con mínima morbilidad de zona dadora.

PRESENTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA DE MASCULINIZACIÓN EN TRANSGÉNERO HOMBRES. SERIE DE CASOS

Daniela Arauco R., Daniela Guardia C., Javier Moraga C., Juan Pablo Cárdenas L., Francisco Benčina M., María Carvallo G., Ignacia Beytía O., Cristóbal Bravo R.Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva.INTRODUCCIÓN: La mastectomía es el primer eslabón quirúrgico en el proceso de masculinización de pacientes transexuales hombres (TH), pero no evita estigmas que siguen dando un aspecto femenino a su cuerpo.OBJETIVOS: Presentar una técnica innovadora de Masculinización Tóraco-Abdominal (MTA) en pacientes transexuales hombres.MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos retrospectiva de 9 pacientes TH sometidos a masculinización con técnica MTA entre diciembre de 2022 y junio de 2023. Técnica: liposucción en decúbito prono e infiltración grasa de trapecio, deltoides y tríceps. Liposucción en decúbito supino de mediana o alta definición tóraco-abdominal, caderas y muslos, con énfasis en lipoaspiración bajo la cintura, dando forma de pirámide invertida, elemento característico en cuerpos masculinos. Guiado por ultrasonido se realiza lipotransferencia de bíceps, rectos abdominales (UGRAFT) y oblícuo interno (SPARTAN). Mastectomía subcutánea con incisión en surco submamario en relación con pectoral mayor; lipotransferencia a pectorales mayores. Instalación de drenajes y cierre de colgajos. Injertos de piel total de aréola-pezón. Se realiza estadística descriptiva. RESULTADO: Se operaron 9 pacientes con técnica MTA. Edad promedio fue 24.5 años, IMC promedio 26.7, tiempo quirúrgico promedio 245 minutos. Estadía hospitalaria promedio 1.3 días. Grupos musculares más infiltrados fueron pectoral mayor y deltoides, ambos en 8 pacientes (89%). La dehiscencia fue la única complicación reportada en 3 pacientes (33%).CONCLUSIÓN: Para realizar la MTA el pilar fundamental es una adecuada selección de los pacientes, siendo relevante un IMC < 26. La Masculinización Toraco-Abdominal es una técnica segura y con resultados estéticos armoniosos que reflejan con mayor fidelidad el género con el cual se identifican los pacientes TH.

DEFORMIDAD FACIAL EN MENTÓN DE BRUJA: PRESENTACIÓN DE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA

RM. Macchiavello Macho, N. Ibáñez Ballesteros, S. Escobar, A. Vargas Flores, L. Riquelme, JP. Hernández Flores, C. Núñez Baeza, P. Cerda Villagrán, G. Gazitua Larraín Instituto Traumatológico, Universidad Finis Terrae.INTRODUCCIÓN: La relación del mentón con el resto de las estructuras faciales es de gran importancia para la estética facial. El mentón de bruja (witch's chin deformity) corresponde a un defecto estético caracterizado por ptosis del tejido prementoniano y pliegues mentonianos profundos. Existe escasa literatura sobre como corregirlo.OBJETIVOS: Presentar una técnica quirúrgica reproducible para la corrección de la deformidad en mentón de bruja.MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un caso clínico, análisis pre-operatorio, descripción de la técnica y revisión de la literatura.RESULTADO: La técnica consiste en la subcisión del pliegue labiomental exacerbado, lipotransferencia de grasa al mismo obtenida de la región periumbilical y resección de partes blandas a través del pliegue submentoniano. El paciente evoluciona satisfactoriamente, sin complicaciones.CONCLUSIÓN: La deformidad en mentón de bruja, caracterizada por una proyección excesiva anterior del mentón y a menudo acompañada de un pliegue cutáneo submentoniano profundo, presenta un desafío clínico. Se describe un enfoque flexible, seguro y fácil de reproducir para la corrección de este tipo de deformidades.

GLUTEOPLASTÍA HÍBRIDA: UNA ALTERNATIVA SEGURA PARA LA CIRUGÍA DE AUMENTO GLÚTEO

Daniela Maldonado J., Patricio Covarrubias C., Paulo Miranda G., Jennifer Gaona S.Universidad Finis Terrae.INTRODUCCIÓN: La gluteoplastía es un procedimiento que ha experimentado un rápido crecimiento en los últimos años dentro de la cirugía estética, sin embargo, el riesgo de posibles complicaciones asociadas ha generado preocupación entre los cirujanos plásticos. El término “Gluteoplastia Híbrida” hace referencia a la combinación de diferentes técnicas en una misma intervención quirúrgica para obtener los mejores resultados estéticos. OBJETIVOS: En el presente trabajo describimos la técnica quirúrgica que busca mejorar los resultados estéticos siguiendo estrictos parámetros de seguridad para minimizar las complicaciones.MATERIAL Y MÉTODO: Entre enero de 2016 y enero de 2024, 253 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. Se realizó gluteoplastía con implantes intramusculares, liposucción de las zonas con lipodistrofia y lipoinyección en los tejidos adyacentes. El seguimiento se continúa realizando hasta la fecha y se lleva un registro de las complicaciones asociadas.RESULTADO: En los 253 pacientes incluidos, la tasa de complicaciones fue del 12.6%, todas locales, solo 2 casos requirieron explantación y no hubo ninguna ocurrencia de embolia grasa. CONCLUSIÓN: Al combinar la colocación de implantes intraglúteos, la liposucción de zonas de lipodistrofia y la lipoinyección en zonas adyacentes, la gluteoplastía híbrida mejora el volumen y la proyección de los glúteos a la vez que proporciona un mejor contorno corporal y al evitar zonas de riesgo durante la lipoinyección como la zona central del glúteo, el temido riesgo de embolia grasa disminuye, otorgando mayor seguridad al procedimiento.

USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA E INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE AUMENTO GLÚTEO

Daniela Maldonado J., Patricio Covarrubias C.Universidad Finis Terrae.INTRODUCCIÓN: La demanda por la cirugía glútea muestra una tendencia creciente a nivel mundial y Chile no es la excepción. La literatura actual enfatiza la dehiscencia de la herida y la formación de seroma como las complicaciones más comunes, sin embargo hay muy pocos datos disponibles sobre el manejo profiláctico y terapéutico de estas incisiones, así como de estudios sobre el efecto del uso de terapia de cierre asistido por vacío (VAC) en cirugía glútea. OBJETIVOS: Describir la incidencia de complicaciones con la utilización de VAC en relación con la descrita por la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 65 pacientes sometidos a cirugía de aumento glúteo con implantes entre 2016 y 2022 por 1 cirujano. Se analiza la técnica quirúrgica y el uso de terapia de presión negativa (NPWT) en el proceso de cicatrización de heridas para mejorar las complicaciones.RESULTADO: El seguimiento promedio fue de 12 meses (rango: 9-14 meses). La tasa general de complicaciones fue del 12.6% (32 casos), la dehiscencia de la herida: 23 pacientes (9%) resuelta con manejo local sin necesidad de reintervención. Rotación del implante: 8 casos (3.1%), seroma temprano: 2 casos (0.8%), absceso en la bolsa del implante: 2 casos (0.8%, requiriendo ambos explantación), implante herniado: 1 caso (0.4%). No se presentaron casos de embolia grasa. Los hallazgos de este estudio con el uso de la terapia VAC Prevena™ demuestran una baja tasa de estas complicaciones, en comparación con la literatura disponible (31.4%).CONCLUSIÓN: El aumento primario de glúteos con implantes y el uso del dispositivo VAC presenta una tasa de complicaciones aceptable en comparación con lo descrito en la literatura (12.6% vs 31.4%), mostrando un beneficio profiláctico en la disminución de la incidencia de contractura capsular, infección y en la necesidad de reintervenciones al controlar la aparición de seroma y la dehiscencia de la herida.

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA INCISIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A ABDOMINOPLASTÍA CLÁSICA. ENSAYO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO

Wilfredo Calderón O., Matías Toloza A., Juan Pablo Camacho M., Miguel Obaid G., Macarena Villarreal V., Pablo Vilca A., Rodrigo Subiabre F., Juan José Lombardi S., Kenneth Guler G. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital del Salvador, Universidad de Chile. INTRODUCCIÓN: La terapia de presión negativa incisional (TPNIC) ha sido ampliamente utilizada para prevenir complicaciones del sitio quirúrgico en múltiples áreas de la cirugía. Existe evidencia que muestra que la TPNIC disminuiría la incidencia de seroma y dehiscencia postoperatoria. La abdominoplastía es un procedimiento quirúrgico con tasas elevadas de complicaciones como seroma, dehiscencias, infecciones del sitio quirúrgico o necrosis de colgajo. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es evaluar si la TPNIC disminuye el seroma y otras complicaciones en pacientes sometidos a abdominoplastía clásica. MATERIAL Y MÉTODO: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y controlado. 60 pacientes fueron sometidos a abdominoplastías clásicas entre el 2019-2024 en el Hospital del Salvador. Se excluyó pacientes con abdominoplastía en flor de lis/circunferenciales. No se utilizó puntos de capitonaje ni lipoaspiración. El número muestral fue calculado basado en publicaciones previas con disminución de seroma con TPNIC de 30% (IC 95% y potencia 80%). Se incluyó 2 ramas: 29 con TPNIC y 31 con curación tradicional. Todos los pacientes utilizaron drenajes. Hubo control postoperatorio clínico y ecográfico los días 7,14 y 30, evaluando presencia de seroma (outcome primario) y otras complicaciones. Se definió seroma clínico como aquel palpable y/o sintomático. Se registraron datos demográficos, peso de colgajo, débitos de drenajes e hizo análisis estadístico con programa ‘R Studio’, analizando variables categóricas con test Chi cuadrado y regresión logística binaria para evaluar el impacto de variables numéricas sobre la incidencia de seroma y otras complicaciones. RESULTADO: La edad promedio fue 46.3 años. El IMC promedio fue 27.2. La incidencia de seroma ecográfico a 30 días en el grupo TPNIC fue de 41% (12 pacientes) y en grupo con apósitos fue de 61% (19 pacientes). No hubo diferencia estadísticamente significativa (Chi2 de 2.85. p= 0.09). En pacientes con TPNIC hubo menor incidencia de dehiscencia postoperatoria en 6.8% (2 pacientes) y en el grupo con curación tradicional de 16% (5 pacientes) sin diferencia estadísticamente significativa (Chi2 1.2. p=0.26). No hubo diferencia estadísticamente significativa respecto a seroma clínico o días de drenajes en ambos grupos.CONCLUSIÓN: Si bien no hubo diferencia estadística respecto de la incidencia ecográfica ni clínica de seroma u otras complicaciones, hubo una tendencia evidente a disminuir el seroma ecográfico a 30 días (20%) en pacientes con TPNIC sometidos a abdominoplastía clásica sin liposucción. Se podrían realizar ensayos clínicos con mayor número de pacientes para hallar resultados concluyentes.

USO DE EXPANSORES TISULARES DE CUERO CABELLUDO EN CRANEOPLASTÍAS. EXPERIENCIA EN INSTITUTO DE NEUROCIRUGÍA ASENJO/HOSPITAL DEL SALVADOR

Macarena Villarreal V., Pablo Vilca A., Wilfredo Calderón O., Juan Pablo Camacho M., Miguel Obaíd G., Matías Toloza A.Hospital del Salvador, Servicio de Cirugía. Instituto de Neurocirugía, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: Las craneoplastías son cirugías que se realizan en colaboración con distintos equipos de especialistas, siendo el tratamiento del cuero cabelludo un área problemática que resulta aún mayor cuando es posterior a una craniectomía descompresiva. La restauración de su continuidad ósea produce una falta de cuero cabelludo, por lo que la expansión tisular es una modalidad que permite proporcionar una adecuada cobertura de este tejido.OBJETIVOS: Describir y analizar la experiencia en el uso de expansores tisulares en craneoplastías realizadas en el Instituto de Neurocirugía Asenjo en conjunto con el equipo de cirugía plástica del Hospital del Salvador.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a instalación de expansor tisular de cuero cabelludo a partir de enero de 2021. Se recopiló desde ficha clínica electrónica, datos clínicos de los pacientes, etiología y localización del defecto óseo, datos de los expansores, tiempo entre instalación del expansor y craneoplastía y sus complicaciones.RESULTADO: Se revisó un total de 11 pacientes, con promedio de edad de 53 años, 54.5% hombres y 45.5% mujeres, presentaron entre 1 a 2 comorbilidades siendo las más frecuentes epilepsia secundaria e hipertensión arterial. Dentro de las causas de los defectos craneales, 5 fueron por TEC, 4 vascular, 1 tumoral y 1 infecciosa. La localización del defecto óseo más frecuente fue frontotemporoparietal izquierdo (54.5%), seguido de frontotemporoparietal derecho (27.2%) y frontal (18.3%). En 10 de los pacientes se utilizó un expansor y en uno de ellos dos. El tipo de expansor más utilizado fue el rectangular de 400cc. El tiempo promedio entre la instalación del expansor y la craneoplastía fue de 215 días. De las complicaciones 2 pacientes presentaron extrusión de expansor (18%) y 1 dehiscencia (9%). CONCLUSIÓN: Las ventajas de la expansión incluyen la utilización de un colgajo de similares características, siendo su principal desventaja la necesidad de acudir a visitas médicas en forma reiterada y un periodo de deformidad local del cuero cabelludo. La tasa de complicaciones de uso de expansor tisular varía en cuanto a etiología congénita o adquirida, diagnóstico, uso de expansor tisular previo, variando entre un 5 al 35 %. Por otra parte, la mayoría de los trabajos internacionales salvo excepciones se limita a una pequeña casuística de menos de 5 pacientes. La expansión tisular para craneoplastía resulta ser nuestro método de elección, presentando una morbilidad que se encuentra dentro de los rangos publicados.

RETIRO DE PRÓTESIS MAMARIAS Y ALTERNATIVAS DE REMODELACIÓN

Montserrat Fontbona T.Hospital Militar de Santiago. INTRODUCCIÓN: La mamoplastia de aumento es una de las cirugías plásticas más frecuentes en el mundo. Sin embargo, los cambios de peso, los síntomas atribuidos a la presencia de una prótesis, las controversias actuales con los implantes mamarios de silicona y la insatisfacción personal con la apariencia llevan a varias pacientes a solicitar el retiro de las prótesis. La remodelación de la mama remanente es un desafío reconstructivo.OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es revisar retrospectivamente las alternativas de remodelación mamaria en retiro de implantes mamarios realizadas por la autora.MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron las fichas clínicas de 30 pacientes en las que se realizó cirugía de retiro de implantes mamarios y remodelación entre 2019 y 2023. Se analizó: edad, motivo de retiro, volumen de prótesis explantada, patrón del diseño cutáneo, técnicas quirúrgicas utilizadas para la remodelación, complicaciones, seguimiento y satisfacción de las pacientesRESULTADO: La edad promedio fue de 42 años. Los principales motivos de retiro fueron: insatisfacción con la apariencia, exceso de volumen y ptosis mamaria. La remodelación mamaria se realizó en la mayoría de los casos con mastopexia de patrón Wise (26 casos) y los pedículos más utilizados fueron pedículo supero medial + pedículo Ribeiro tipo I, pedículo superomedial solo y pedículo superior. Las complicaciones más frecuentes fueron: dehiscencias menores en 8 pacientes, cicatrices hipertróficas en 6 y asimetría en 4. No hubo reintervenciones. Los pacientes quedaron muy satisfechos con los resultados en 24 casos. El tiempo medio de seguimiento fue de 6 meses. CONCLUSIÓN: El exceso de piel y la falta de volumen secundaria al retiro de implantes mamarios representan un desafío reconstructivo y estético. Las pacientes requieren de una evaluación personalizada y aplicación de diferentes alternativas quirúrgicas para el manejo de la piel y tejidos remanentes para lograr la remodelación mamaria. La satisfacción de la paciente con el resultado es en su mayoría, alta. Las complicaciones son generalmente menores.

RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA DE DEFECTO POSTRAUMÁTICO DE LABIO SUPERIOR CON COLGAJO GOLDSTEIN BILATERAL: REPORTE DE UN CASO

Macarena Vallejos, Juan Carlos Maturana Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.INTRODUCCIÓN: Las lesiones traumáticas en la región facial son un desafío significativo debido a la necesidad de realizar una reconstrucción que preserve tanto la funcionalidad como la estética del área afectada. Los labios son estructuras cruciales para funciones vitales como la alimentación y la fonación. Las estrategias reconstructivas para el labio superior varían dependiendo de la ubicación y magnitud de la lesión. En casos donde la pérdida de tejido corresponde al rojo labial entre el 25% y el 50%, se puede utilizar el colgajo mucomuscular axial de avance horizontal (Colgajo Goldstein), que involucra la sección de la unión bermellón-cutánea.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de un defecto postraumático del labio superior utilizando un colgajo de Goldstein bilateral y evaluar los resultados estéticos y funcionales postoperatorios. Exponer alternativas de manejo según compromiso de la lesión. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión de la ficha clínica electrónica de la paciente y de la literatura relevante.RESULTADO: Presentamos el caso de una paciente de 83 años que sufrió una mordedura de perro, resultando en la pérdida de aproximadamente 40% del rojo labial superior en la región medio labial, con mínima pérdida del labio blanco. Ingresó al servicio de urgencia del Hospital Regional de Arica donde se realizó en primera instancia un aseo quirúrgico de la lesión. Posteriormente se plantea reconstrucción quirúrgica del defecto. Debido a la mayor elasticidad de los tejidos de la paciente, se decidió realizar una reconstrucción inmediata mediante colgajo de Goldstein bilateral. Los controles postoperatorios seriados no mostraron complicaciones, evidenciando un buen resultado estético y funcional. La paciente presentó una apertura bucal conservada, sin limitaciones para la alimentación o la fonación, y un resultado estético satisfactorio. La reconstrucción permitió una cobertura completa del defecto del labio superior, con excelente recuperación estética y simetría adecuada, además de mínima cicatrización visible. Funcionalmente, la paciente recuperó completamente la movilidad del labio superior y la competencia oral. CONCLUSIÓN: La reconstrucción inmediata del defecto postraumático de labio superior con colgajo de Goldstein bilateral en el caso clínico presentado fue una técnica eficaz, proporcionando excelentes resultados estéticos y funcionales. Este enfoque es una opción valiosa para el manejo de defectos complejos del labio superior, especialmente en pacientes de mayor edad donde la elasticidad de los tejidos puede favorecer la obtención de resultados óptimos.

COBERTURA DISTAL DE PULGAR CON COLGAJO DE MOBERG MODIFICADO. REPORTE DE UN CASO

Gerson Pérez F., Valeria Arancibia Q., Carlos Casanova M., Gonzalo Yáñez C., Dominique Schatte V. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Dr. Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: Las heridas que generan déficit de cobertura de los pulpejos de los dedos son comunes, las ocurridas en el dedo pulgar en particular, representan la pérdida de tejido altamente especializado y sensible, pudiendo afectar significativamente la función general de la mano. El tratamiento quirúrgico abarca una amplia gama de técnicas, una de ellas es la descrita por Moberg en 1964, que fue modificada múltiples veces para generar un avance mayor y evitar contracturas.OBJETIVOS: Describir un caso clínico sobre paciente con pérdida traumática de cobertura de pulpejo del pulgar, reconstruido con colgajo de Moberg modificado según lo descrito por Elliot et al.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica y registros electrónicos. Se realiza seguimiento fotográfico preoperatorio y postoperatorio previo consentimiento del paciente. Se realiza una revisión bibliográfica en Pubmed, LILACS y Scielo bajo los términos (MeSH): thumb, surgical flap, traumatic amputation, moberg flapRESULTADO: Se presenta caso clínico de paciente masculino de 61 años sin antecedentes mórbidos, que ingresa al servicio de urgencias de nuestro centro tras amputación traumática con tronco de madera en mano izquierda. A la evaluación médica el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, al examen físico en mano izquierda presenta defecto de cobertura en falange distal de pulgar izquierdo en cara anterior (pulpejo) sin exposición ósea ni de tendón, se toma radiografía que no muestra fracturas, paciente sin alteración motora. Se realiza aseo quirúrgico y se hospitaliza para manejo por cirugía plástica, Se realiza colgajo de avance fasciocutáneo según la técnica descrita por Moberg de 2,5 x 4,5 cm, el cual se modifica con avance V-Y cutáneo a nivel proximal según lo descrito por Elliot, con injerto de piel total complementario en la punta del dedo. En los controles paciente evoluciona de manera satisfactoria, sin complicaciones. En la búsqueda bibliográfica se encuentran tres reportes de casos que hacen referencia a las distintas técnicas de manejo del déficit de cobertura distal de pulpejo, y un estudio que compara el Moberg modificado con V-Y con el uso de zetoplastías. CONCLUSIÓN: El colgajo fasciocutáneo de Moberg modificado con V-Y proximal es una alternativa para la cobertura distal del pulgar que genera un mayor porcentaje de avance y menor morbilidad. Es una técnica segura y reproducible que genera adecuados resultados funcionales, de sensibilidad y evita contracturas y deformidad en flexión.

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES TRANSGÉNERO HOMBRES EN ESPERA DE MASTECTOMÍA BILATERAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

D. Arauco R., C. Bravo R., D. Guardia C., D. Maldonado J., J. Moraga C., J. Cárdenas L., F. Benčina M., I. Beytía O.Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Plástica y Reparadora.INTRODUCCIÓN: La mastectomía bilateral es crucial para los pacientes transgénero hombres (TH), facilitando la congruencia entre su identidad de género y su apariencia física. Aunque existen estudios sobre satisfacción y calidad de vida postoperatoria, no se exploran las expectativas de los pacientes en espera de cirugía masculinizante.OBJETIVOS: Validar una encuesta para conocer las expectativas de masculinización torácica de los pacientes trans-hombres y comprender sus preocupaciones. A través de este instrumento se espera mejorar la atención preoperatoria y los resultados postoperatorios, asegurando satisfacer las necesidades y deseos de estos pacientes.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cualitativo con una encuesta piloto de 10 preguntas abiertas y en escala de Likert, diseñada para evaluar las expectativas y preocupaciones de los pacientes TH en espera de mastectomía bilateral. La encuesta se aplicó vía Google Forms a pacientes atendidos por el Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital San Juan de Dios. Posteriormente, se realizó una entrevista telefónica breve para validar las preguntas. El análisis de los resultados fue con NVIVO y Excel.RESULTADO: Participaron 13 pacientes, con un promedio de edad de 24 años. Todos respondieron la encuesta. Destacaron los siguientes resultados: 61.6% espera un tórax meso o endomorfo postoperatorio, a 46% no le importa la sensibilidad post mastectomía, al 93% le importa la estética de las cicatrices, 38.5% se siente poco informado del procedimiento, y 61.6% considera importante el apoyo psicológico. La entrevista para validar las preguntas fue respondida por 10 participantes, prefiriendo el uso de WhatsApp. Solo 1 paciente no entendió una pregunta. La mayoría sugirió agregar preguntas en 5 áreas: 1. Información del procedimiento y resultados estéticos, 2. Recuperación y cuidados postoperatorios, 3. Riesgos y complicaciones, 4. Apoyo psicológico, 5. Aspectos financieros. Finalmente, solo 3 participantes se sintieron incómodos con algunas preguntas, pero la mayoría agradeció la encuesta.CONCLUSIÓN: Los resultados muestran que el aspecto más valorado por los pacientes transgénero hombres es la estética postoperatoria y consideran fundamental el apoyo psicológico, por otro lado, destacan la necesidad de mejorar el nivel de información y la educación preoperatoria. La vía de comunicación “On Line” fue la preferida por los pacientes. Finalmente, la encuesta piloto mostró utilidad y a futuro se espera aplicar esta herramienta a más pacientes y con más observadores para poder realizar una completa validación.

COLGAJO DEL RECTO ANTERIOR COMO COBERTURA DE DEFECTO ESTERNAL SECUNDARIO A MEDIASTINITIS

Nicolás Drolett S., Mónica Rondón R., Antonia Gómez R., Sofía Arellano S., Manuel Loo O., y Andrés Pumarino M.Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: La incidencia de mediastinitis postoperatoria asociada a cirugías cardíacas varía entre 0,25-5%. En Antofagasta, se reportan tasas particularmente bajas, las cuales en su mayoría responden favorablemente a aseos quirúrgicos exhaustivos con el apoyo de sistemas VAC para su posterior cierre. En casos más complejos, la mediastinitis puede llegar a comprometer estructuras como el esternón o cartílagos costales, obligando a retirarlos. Para reconstruir el defecto, el colgajo de pectoral bilateral es el más utilizado, suele tener éxito en la mayoría de los casos. Presentamos el caso de un paciente con cobertura de defecto esternal secundario a mediastinitis mediante colgajo del recto anterior.OBJETIVOS: Mostrar la experiencia en la utilización de colgajo del recto abdominal como opción en la reconstrucción de defecto esternal posterior a mediastinitis ante el fracaso de otras técnicas.CONTENIDO DE VIDEO: Masculino de 66 años con antecedentes de tabaquismo crónico inactivo, hipertensión arterial y enfermedad coronaria de 2 vasos con función sistólica del ventrículo izquierdo conservado. Ingresa a cirugía de revascularización miocárdica programada que finaliza sin incidentes. En su octavo día postoperatorio, cercano al alta, se realiza ecoscopia que evidencia derrame pericárdico moderado sin signos de taponamiento, permaneciendo en observación. Al día siguiente, paciente presenta disnea y taquicardia, constatándose derrame pericárdico severo con signos tempranos de taponamiento. Ingresa a pabellón para re-esternotomía donde se drenan 500 ml de sangre en pericardio, sin sangrado activo. Se dejan dos drenajes Jackson-Pratt en mediastino. Durante la semana, pese a uso de antibioticoterapia de amplio espectro, cursa con aumento de parámetros inflamatorios asociado a drenajes con contenido purulento. Estudio de imagen indica cambios edematosos-inflamatorios adyacentes. Por lo anterior, reingresa a pabellón donde se realiza aseo quirúrgico y realambrado esternal con técnica Robicsek, observando esternón con signos de osteomielitis. Permaneció 129 días hospitalizado donde se realizaron varios aseos quirúrgicos con utilización de VAC. Cultivos intraoperatorios reportaron *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y *Enterococcus faecalis* resistente a vancomicina, ameritando tratamiento prolongado con ceftazidima, avibactam-aztreonam y Ampicilina. Luego de dos aseos con cultivos negativos se realiza colgajo pectoral bilateral, el cual fracasa con retracción y dehiscencia de sutura. Completa un total de 12 aseos quirúrgicos con uso de V.A.C. En conjunto con cirugía plástica se realiza cierre de tórax con colgajo de recto anterior y reparación de zona dadora con malla prolene. Paciente evoluciona favorablemente, mantiene controles en policlínico de cirugía cardiovascular y cirugía plástica, sostuvo curaciones por 20 días logrando cicatrización total de herida de esternotomía.

CIERRE DE FÍSTULA RECTOCUTÁNEA AMPLIA CON COLGAJO MEDIAL DE MUSLO EN V-Y TRAS RESECCIÓN DE ANGIOMIXOMA AGRESÍVO PÉLVICO: REPORTE DE UN CASO

Daniela Guardia C., Daniela Maldonado J., Rolando Pasten R., Daniela Arauco R., Juan Cárdenas L., Javier Moraga C., Juan Stambuk M. Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva Servicio de Cirugía Oncológica Universidad de Chile Universidad Finis Terrae.INTRODUCCIÓN: El angiomixoma agresivo es un tumor mesenquimal raro, predominantemente encontrado en mujeres en edad reproductiva. Representa menos del 0,1% de todos los tumores de tejidos blandos, siendo la fístula rectocutánea post resección una complicación aún más rara y con poca descripción en la literatura. La cirugía reconstructiva de estos casos es muy diversa y en general compleja.OBJETIVOS: Describir un caso de reparación de una fístula rectocutánea con colgajo medial de muslo en VY, tras resección de angiomixoma agresívo pélvico.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión no sistemática de la literatura en pubmed, elsevier y cochrane, en relación a manejo de angiomixoma, complicaciones descritas y tipos de cirugías reconstructivas. Se obtiene información de paciente de ficha clínica del Hospital San Juan de Dios (HSJD) y se hace registro fotográfico previo consentimiento.RESULTADO: Paciente femenino de 40 años sin antecedentes médicos de relevancia que consulta por cuadro de 2 años de evolución de aumento de volumen en fosa iliaca izquierda y en región glútea izquierda. Estudio con RM de abdomen y pelvis evidencia gran tumor pélvico de 60x28x8cm. Resección de tumor por vía abdominal y glútea, con resección parcial de vejiga e instalación de un catéter ureteral. Evoluciona con fístula urocutánea que se resuelve de manera espontánea y fístula rectocutánea, que se planifica manejo en conjunto con Cirugía Plástica y Cirugía Oncológica. Se realiza cierre de la siguiente manera: disección de pared lateral de cápsula amplia de fístula y fijación de ésta a defecto de recto; colgajo de avance en VY hacia nueva cavidad creada; y desepidermización de extremo cefálico de colgajo para cierre de espacio muerto. Evolución favorable. Cursa con dehiscencia mínima de la herida perineal la que fue manejada con curaciones seriadas. Sin evidencia de nuevas complicaciones ni de recidiva de fístula.CONCLUSIÓN: El angiomixoma agresivo pélvico es una patología rara, siendo aún más la complicación con fístula rectocutánea. El colgajo de muslo fasciocutáneo en VY puede ser una alternativa de manejo sencilla, con baja morbilidad y bajo índice de complicaciones en nuestra experiencia.

USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL DE DONANTE VIVO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UNA CONTRACTURA CERVICAL POR SECUELA DE QUEMADURA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniela Guardia C., Daniela Arauco R., Rolando Pasten R., Daniela Maldonado J., Juan Cárdenas L., Javier Moraga C.Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva Universidad de Chile Universidad Finis Terrae.INTRODUCCIÓN: Las secuelas de quemaduras cervicales son frecuentes e invalidantes, provocando un daño funcional, estético y psicosocial. Aproximadamente el 30% de los pacientes con quemaduras graves desarrollan contracturas cicatriciales. Un plan quirúrgico y la selección de un tejido apropiado son esenciales para minimizar la morbilidad en el sitio donante y mejorar la funcionalidad. OBJETIVOS: Describir la experiencia del uso de un aloinjerto de piel total de donante vivo como una opción para la reconstrucción de una contractura cervical post quemadura.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión no sistemática de la literatura en pubmed, elsevier y cochrane, en relación con manejo de cicatriz cervical retráctil posterior a secuela de quemaduras. Se obtiene información de paciente desde ficha clínica del Hospital San Juan de Dios (HSJD) y registro fotográfico previo consentimientoRESULTADO: Paciente de género femenino de 46 años, con antecedente de policonsumo, EPOC, y quemadura por fuego a lo bonzo del 30 % SCT en cara, cuello, tórax, abdomen y manos, tipo AB-B y B en el 2020. Es evaluada 2024 por el equipo de cirugía plástica del HSJD y planificada a cirugía por secuelas de quemaduras con cicatriz retráctil en cuello en placa, es llevada a pabellón en una primera intervención, en donde se realiza resección de gran cicatriz retráctil que se extiende en toda la región cervical anterior, y procedimiento de abdominoplastia anterior con liberación de cicatriz cervical y resección, más injerto de piel total (IPT) de colgajo abdominal, paciente evoluciona con infección de sitio quirúrgico de IPT por *P. aeruginosa*, con pérdida de él. Requiere manejo con antibiótico, múltiples aseos quirúrgicos y uso de terapia de presión negativa (TPN). Evoluciona con mejoría clínica y cultivos negativos. Se realiza injerto de piel total de donante vivo más TPN en defecto. Presenta reacción de rechazo del aloinjerto de epidermis de piel total con conservación de la dermis, lo que es esperable. Se realiza a continuación autoinjerto de piel parcial sobre la dermis, con prendimiento del 100%. Posteriormente se realiza manejo en conjunto con rehabilitación, mejorando funcionalidad y extensión cervical.CONCLUSIÓN: Las secuelas de quemaduras cervicales son invalidantes y de difícil manejo, existen múltiples técnicas quirúrgicas. El uso de aloinjerto de piel de donante vivo es novedoso y existe poca experiencia en su uso. Creemos que es una alternativa más que se podría tener en consideración para casos bien seleccionados, siendo una línea de investigación interesante a desarrollar.

RESECCIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR UTILIZANDO TÉCNICA DE "LIFTING DE LABIOS EN CUERNO DE TORO", PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lorena Gárate G., Giacomo Minuzzi.Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.INTRODUCCIÓN: Mujer de 66 años, con diagnóstico de carcinoma basocelular nodular de 9mm, localizado en alféizar nasal derecho, se deriva para resección tumoral. Se decide realizar la resección utilizando la técnica de "lifting de labios en cuerno de toro" OBJETIVOS: El alféizar nasal es una subunidad del anillo alar, que consiste en un puente de tejido blando que se extiende desde base de la columela hasta el ala de la nariz, separando anatómicamente la unidad estética nasal del labio superior. Debido a que pequeñas asimetrías en estas subunidades estéticas, localizadas en la región central de la cara, pueden significar una alteración visual evidente en el resultado estético, es que se decidió realizar la resección utilizando la técnica de "lifting de labios con cuerno de toro", que permitió resecar el tumor con márgenes quirúrgicos adecuados y resultados estéticos óptimos. MATERIAL Y MÉTODO: El lifting subnasal, o "lifting de labios en cuerno de toro", utiliza un patrón de escisión curvo a lo largo del alféizar nasal y los pliegues alares para eliminar la piel del labio superior mientras oculta la cicatriz a lo largo de la base nasal; se describió por primera vez como técnica del rejuvenecimiento de los labios al tratar la ptosis del labio superior y el adelgazamiento del bermellón que se genera con los años. Se ha demostrado que esta técnica disminuye significativamente la altura total del labio superior y del prolabio y aumenta la altura del bermellón, logrando el aspecto de un labio superior que se parece más a los ideales estéticos descritos. RESULTADO: Se han descrito múltiples variaciones diferentes de este procedimiento, en nuestro caso bajo anestesia local con lidocaína y utilizando bisturí frío Nº11, realizamos una incisión transversa en cuerno de toro desde un pliegue alar al otro, justo inferior al alféizar nasal y cruzando la base de la columela. La incisión inferior fue paralela a la superior. La resección en bloque involucró piel y tejido celular subcutáneo hasta la fascia del músculo orbicular de los labios, cuidando de no lesionarlo. El defecto creado se cerró en 2 planos sin tensión. El plano subcutáneo se suturó con multifilamento absorbible 4-0 y la piel con monofilamento no absorbible 5-0. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y las suturas de la piel se retiraron a los 7 días de la cirugía. La paciente presentó resección tumoral completa, con bordes quirúrgicos negativos, con excelentes resultados estéticos y mínimas cicatrices visibles a los 3 meses después de la cirugía.CONCLUSIÓN: Conclusión: El lifting de labios en cuerno de toro debe considerarse en casos de defectos subnasales, sobre todo en pacientes ancianos con ptosis del labio superior ya que presenta excelentes resultados estéticos y funcionales.

USO DE INJERTOS AUTÓLOGOS DE DERMIS CON PRESIÓN NEGATIVA COADYUVANTE PARA COBERTURA DE ZONAS COMPLEJAS

V. Vidal, F Becar, C. Robles, M. Vera, K. Mera, C. Medina, R. Tejos, G. PininghoffHospital Puerto Montt, Universidad San Sebastián Sede Patagonia. INTRODUCCIÓN: Los autoinjertos de dermis representan una técnica poco estudiada y usada en el ámbito de la cirugía reconstructiva, ofreciendo una alternativa viable y menos costosa respecto a las matrices dérmicas artificiales usadas en la actualidad. OBJETIVOS: Estudiar la viabilidad del uso de injertos autólogos de dermis para el manejo de defectos complejos.MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de 6 pacientes adultos del Hospital Regional de Puerto Montt comprendidos entre enero y junio del 2024. Se incluyeron pacientes con etiología traumática y de secuelas de quemaduras. Todos los pacientes fueron operados siguiendo la misma secuencia de protocolo. Primer tiempo: Se realiza la cosecha inicial de un injertodermoepidermico (IDE) de 0,1 mm con dermatomo eléctrico para exponer la dermis. Posteriormente se cosecha la dermis de 0,25 mm con el mismo dermatomo. Se realiza el inset del injerto de dermis con suturas de monocryl 4-0 incoloro o corchetes. El IDE tomado se expande y se vuelve a la zona dadora. Se instala gasa parafinada sobre el injerto de dermis ya un dispositivo de presión negativa (VAC) encima. Segundo tiempo: posterior a un periodo de 7 días se retira el VAC y se evidencia el prendimiento del injerto dérmico. Si el prendimiento es adecuado se procede al injerto de IDE tomado desde otra región. Los IDE realizados sobre el injerto de dermis se revisaron al 7mo día post operatorio. RESULTADO: Se operaron 6 pacientes con este protocolo. El 2/33.3% presentó hipertensión arterial y 2/33% diabetes mellitus. Se realizó la cobertura de los siguientes defectos complejos: tobillo, dorso del pie, dorso de mano, codo, tendón de Aquiles y secuela de brida en fosa cubital. Se logró una reconstrucción exitosa en todos los pacientes. La estadía hospitalaria promedio total fue de 24 días. No se observaron complicaciones post operatorias en esta serie.CONCLUSIÓN: Los defectos de cobertura de heridas complejas son un gran desafío, incluso para centros de alta complejidad. Los resultados muestran una experiencia inicial favorable con el uso de autoinjertos de dermis. Esta estrategia ofrece una alternativa reconstructiva eficaz y de bajo costo. Sin embargo, es esencial ampliar el número de pacientes y diversificar los tipos de heridas tratadas para confirmar la reproducibilidad de estos buenos resultados iniciales.

COLGAJO LIBRE ALT (ANTEROLATERAL THIGH) EN DOS TIEMPOS: UNA OPCIÓN DE SALVATAJE O PARA CENTROS DE BAJO VOLUMEN

Carol Vargas Q.[1], Francisca Mayorga T.[1], Sonia Miranda R.[2], Veronica Vidal M.[1], Rodrigo Tejos S.[1]Residente de cirugía general, Servicio Cirugía. Hospital Puerto Montt; [2]Sociedad Chilena de Seguridad Puerto Montt; [3]Cirujano Plástico y Reconstructivo. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Puerto Montt, Chile. Profesor Asistente Universidad San Sebastián Sede de la Patagonia.INTRODUCCIÓN: La realización de colgajos libres implica tener un equipo altamente entrenado y pabellón de larga duración disponible. En nuestro país pocos hospitales regionales disponen de más de un Cirujano Plástico entrenado y el horario de pabellón habitual se limita a menos de 8 horas durante un día laboral normal. Por esta razón, se decidió realizar un colgajo libre en 2 tiempos, para optimizar recursos humanos y de tiempo de pabellón. OBJETIVOS: Contar nuestra experiencia, caracterizando su presentación y manejo.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y protocolo operatorio. Se presenta el caso de un hombre de 26 años sin antecedentes mórbidos con una herida compleja en el pie izquierdo tras un desforramiento. Se realizó manejo inicial por traumatología con osteosínstesis. Posteriormente, se optó por cubrir con un colgajo anterolateral del muslo (ALT). Todas las cirugías fueron realizadas por un Cirujano Plástico Reconstructivo y un Cirujano General. 1er tiempo: Se diseñó un colgajo ALT de 21 x 10 cm en el muslo izquierdo. La disección se llevó a cabo hasta localizar una perforante musculocutánea, esqueletizandola hasta su origen. Se dejó el pedículo vascular envuelto en telfa. Se identificaron los vasos receptores tibiales posteriores (una arteria y dos venas comitantes). No se seccionaron los vasos en este tiempo. Se aseguró la hemostasia y se dejó telfa sobre los vasos encontrados. Duración primer tiempo: 7 horas. 2do tiempo: se identificó y seccionó el pedículo vascular del colgajo (una arteria y dos venas). Se prepararon los vasos receptores, aislando la arteria tibial posterior y dos venas comitantes. Se realizaron las anastomosis término-terminal con ethilon 9-0, Posteriormente, se realizó el inset del colgajo, dejando una ventana de monitorización. Duración segundo tiempo: 6 horas.RESULTADO: La realización de 2 tiempos quirúrgicos permitió un fenómeno de retardo que aumentó el diámetro de los vasos, lo que disminuyó el mismatch con los vasos receptores e hizo más fácil la anastomosis. En el post operatorio el paciente se mantuvo con aspirina + anticoagulación con enoxaparina. El colgajo evolucionó sin complicaciones. En un tercer tiempo quirúrgico se realizó un pequeño injerto dermoepidermico en una zona cruenta remanente y 8 meses posteriores se realizó el remodelado del colgajo con liposucción. CONCLUSIÓN: La realización del procedimiento en dos tiempos es una opción en aquellos centros que no disponen de un equipo altamente entrenado en microcirugía o que no dispongan de pabellones con extensión horaria.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSTERIOR A MASTECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR GUSTAVO FRICKE

Gerson Pérez F., Valeria Arancibia Q., Gonzalo Yáñez C., Dominique Schatte V., Carlos Casanova M., Vinzenz Córdova de H.Servicio Cirugía Plástica, Hospital Dr Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama (CM) es uno de los más comunes en mujeres a nivel mundial, en Chile es la primera causa de muerte femenina en edad reproductiva. Los avances en investigación han mejorado significativamente las opciones terapéuticas, incluyendo reconstrucción mamaria (RM) con prótesis, colgajos autólogos y reconstrucción inmediata (RI); optimizando resultados estéticos y psicológicos. Por otro lado, la tasa de complicaciones post RM son relativamente altas (20-30%), aumentando la morbilidad.OBJETIVOS: Revisar la experiencia en RM posterior a la mastectomía total en un grupo de pacientes tratadas por CM.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con CM sometidas a RM posterior a mastectomía total entre noviembre del 2017 y abril del 2024. Los criterios de inclusión fueron pacientes intervenidas con código Fonasa de RM, mayores de 15 años, de causa oncológica. Se registraron edad, comorbilidades, temporalidad de RM, técnica y complicaciones en planilla Excel® para su análisis.RESULTADO: Se incluyeron un total de 53 pacientes de sexo femenino sometidas a RM, con edad promedio de 53 años, las comorbilidades más comunes fueron HTA (24,5%) y tabaquismo (11,3%), destaca que el 47,2% de las pacientes eran previamente sanas. En la mayoría de las pacientes (81,1%) se efectuó una RI; en 86,1% con expansor mamario y en 13,8% con prótesis inmediata. En pacientes con expansor mamario se realizó segundo tiempo reconstructivo con recambio de expansor por prótesis y simetrización mamaria contralateral. De las pacientes reconstruidas de manera diferida, al 50% se le realizó colgajo miocutáneo de dorsal ancho, 40% colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen (TRAM) y 10% de plastia más lipoinjerto. El 17% presentó complicaciones mayores secundarias al procedimiento de reconstrucción que requirieron reintervención quirúrgica. La principal complicación fue el seroma infectado (11,3%). La técnica con más complicaciones fue la RI con prótesis (33%), seguida de la RI con expansor (13,5%). En total hubo pérdida de 3 prótesis mamarias (5%). CONCLUSIÓN: La RM es cada vez más demandada debido a la alta prevalencia de CM en Chile. Su indicación depende de la paciente, equipo quirúrgico, estadío de enfermedad y tratamiento complementario. En nuestro centro la técnica más utilizada fue la RI con expansor, el nivel de complicaciones totales fue ligeramente inferior al reportado por series globales y nacionales, pero destaca que ⅓ de las RI con prótesis requirieron reintervención; la principal causa fue infecciosa, lo que conllevó a nuevas intervenciones quirúrgicas, y en ocasiones a la pérdida protésica.

MEJORÍA EN SATISFACCIÓN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO MASCULINO: CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS EN PACIENTES TRANS HOMBRES

Josefina Campos, Fabián Álvarez, Manuel Calcagno, Álvaro Cuadra Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La Cirugía Masculinizante (CM) es un procedimiento quirúrgico fundamental para lograr el cambio de apariencia físico que necesitan pacientes con Disforia de Género (DG), lo cual además genera efectos psicológicos en pacientes sometidos a esta cirugía. Este estudio busca caracterizar una población de pacientes operados según antecedentes, tipo de mastectomía, complicaciones y percepción de satisfacción corporal y calidad de vida en base a encuesta Gender QoL de Universidad de California, San Francisco (GQL-UCSF)(1). OBJETIVOS: Caracterización de pacientes sometidos a CM y evaluación psico-social postoperatoria. MATERIAL Y MÉTODO: En este trabajo retrospectivo se estudió 25 pacientes operados entre febrero 2020 y septiembre 2023 caracterizando esta población según antecedentes clínicos y quirúrgicos relevantes. Además, se aplicó la encuesta GQL-UCSF evidenciando beneficios psico-sociales en 16 pacientes. RESULTADO: En los antecedentes clínicos relevantes destaca edad promedio de inicio de síntomas 15 años, edad promedio de primera consulta a los 17.4 años, y edad promedio de cirugía 19 años (13 - 55) con IMC promedio 23.7. 15 pacientes presentaban trastornos psiquiátricos según DSM-V: (Depresión = 5, trastorno anímico no especificado = 3, Ansiedad = 1, Trastorno bipolar = 1). Se realizó mastectomía total (MT) con incisión doble en 20 pacientes, periareolar 3, pedículo inferior 1 y pedículo superior 1. Hubo 9 complicaciones (cicatriz hipertrófica/queloide = 3, hematoma = 2, seroma = 2, dolor = 1) y fueron re-intervenidos 6 pacientes por retoques. Se aplicó la herramienta GQL-UCSF post-operatorio con media de seguimiento de 5.84 meses, reportándose un promedio de 85.3% de mejorìa en calidad de vida y de percepción considerando todos los ítems de la encuesta. CONCLUSIÓN: La CM posee pocas complicaciones reportadas y en su mayoría leves cuando son realizadas por cirujanos entrenados, asociándose a un cambio de apariencia física que además mejora la calidad de vida y percepción corporal, en la gran mayoría de pacientes, incluso con antecedentes psiquiátricos reportados. Es importante contar con una encuesta validada que mida el impacto psico-social de este procedimiento, para lograr objetivar los resultados en estos pacientes.

USO DE HIALURONIDASA PARA EL MANEJO DE EXTRAVASACIÓN DE FLUIDOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Josefina Campos S., Fabián Álvarez F., Diego Rodríguez V., Gregorio Maturana, Andrea Ramírez B., Claudio Guerra S. Pontificia Universidad Católica de Chile. INTRODUCCIÓN: El manitol es un diurético osmótico parenteral, el cual eleva la osmolaridad sanguínea permitiendo mediante aumento de gradiente osmótico flujo de fluidos, con utilidad para reducir la presión intracraneal y el edema cerebral. Su uso es seguro, pero la extravasación en los tejidos puede generar desde necrosis cutánea hasta síndrome compartimental. La hialuronidasa se ha evidenciado que aumenta la permeabilidad vascular y alteran temporalmente la matriz extracelular, promoviendo la difusión de sustancias a través de los tejidos, y se ha evidenciado resultados favorables en prevención de síndrome compartimental. OBJETIVOS: No aplica MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan dos casos clínicos de extravasación de manitol en extremidad superior con riesgo alto de necrosis cutánea y síndrome compartimental, utilizando Hialuronidasa como antídoto eficaz, en Hospital Clínico UC. RESULTADO: Caso 1. Mujer, 51 años, con Aneurisma Carotídeo izquierdo-ingresada para manejo quirúrgico, infundiéndose Manitol para manejo perioperatorio; se evidencia extravasación de vía venosa antebrazo izquierdo evolucionando con edema severo y flictenas, siendo notificado Cirugía Plástica e iniciándose protocolo Gault con Hialuronidasa. Caso 2. Mujer, 49 años, con Meningioma Frontal derecho ingresada para resección por Craneotomía frontal derecha, evidenciando durante infusiòn perioperatoria de Manitol, extravasación en brazo derecho presentando edema, eritema y aparición de flictenas, siendo notificado equipo de Cirugía plástica y manejado con hialuronidasa. Ambos pacientes presentan evolución satisfactoria de edema, se realiza destechamiento de flictenas y no presentaron complicaciones de flictenas destechadas, con escasas zonas cruentas con dermis expuesta que responden a 48 horas con curaciones avanzadas, sin signos de sufrimiento cutáneo ni síndrome compartimental. CONCLUSIÓN: El manitol es el estándar de oro para el control de la hipertensión endocraneana en pacientes neuroquirúrgicos. Eleva la osmolaridad del plasma sanguíneo, permitiendo que grandes volúmenes de líquido extracelular en el parénquima cerebral atraviesen la barrera hematoencefálica intacta hacia la vasculatura cerebral, reduciendo el edema cerebral y el aumento de la presión intracraneana. La extravasación en accesos venosos pueden, por tanto, causar edema súbito al re-distribuir volúmenes desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos; es potencialmente grave dado que genera aumento de presión oncótica y las complicaciones asociadas a esto. El uso de Hialuronidasa en altas dosis permite prevenir el síndrome compartimental. Es fundamental el reconocimiento temprano de esta complicación, ya que la hialuronidasa se puede usar de manera efectiva, evitando así complicaciones potencialmente devastadoras.

ENFERMEDAD DE MONDOR, REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicole Gutiérrez, Sandra FuenzalidaHospital Barros Luco Trudeau.INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Mondor (EM) fue descrita por primera vez en el año 1939 por el cirujano francés Henri Mondor (1). Es una trombosis venosa superficial del tórax, siendo las venas más comúnmente afectadas: las toraco epigástricas, torácicas laterales y epigástricas superficiales (6). Es importante mencionar que se han descrito variantes clínicas de la enfermedad de Mondor en la axila, Axillary web Syndrome, descrita por Moskovitz en el 2001, y pene, Penile Mondor Disease, descrita por Helm en 1958 (3). La EM es una entidad poco frecuente y poco conocida por los clínicos; se describen aproximadamente 500 casos en la literatura, en su mayoría en forma de informes de casos (2,7). Con tasas de incidencia reportadas menores al 1% (3,8), presentándose en la edad media de la vida y con mayor frecuencia en mujeres, relación de 3:1 e incluso 9:1 en algunos reportes (2,9). OBJETIVOS: Caso clínico Paciente sexo femenino 44 años, sin antecedentes médicos conocidos, con antecedente de abdominoplastía previa, sin alergias. Se realiza cirugía electiva de reducción mamaria el 06/11/23. Presenta buena evolución en el postoperatorio inmediato, con alta a su domicilio. Acude al primer control ambulatorio con su cirujano, donde se evidencia evolución favorable dentro de lo esperado, sin complicaciones. Consulta al servicio de urgencias del Hospital Barros Luco el 23/11/23 (día 17 postoperatorio) por induración toracoabdominal dolorosa. (Foto 1 y 2). Se maneja con analgesia y se solicita ecografía ambulatoria, realizada el día 01/12/23, en la que se describe área engrosada de 4 mm en plano subcutáneo de la región epigástrica, posiblemente postquirúrgico, se correlaciona con área palpable por paciente. Estudio preoperatorio con mamografía y biopsia operatoria descartaban malignidad. Se realiza seguimiento ambulatorio por cirujano tratante, manejo solo con analgésicos; presentando evolución favorable, con resolución espontanea de sus síntomas. MATERIAL Y MÉTODO: Etiología En cuanto a la etiología de la EM, en la literatura se pueden encontrar múltiples etiologías pero en la mayoría de los casos no se logra identificar un evento en específico, llegando a cifras entre el 32% al 45 % de los casos, donde la enfermedad Mondor es idiopática (2,8), otras causas descritas son el trauma 31%, causa iatrogénica 12%, trombofilias 3,2%, vasculitis, actividad física excesiva, síndromes linfoproliferativos, metástasis cutánea de carcinomas e infecciones (2,5). Todas las etiologías revisadas en la literatura son resumidas en la tabla 1. Como causa subyacente poco frecuente pero importante de mencionar, el cáncer de mama se ha notificado en 6,3% - 12,7 % de los casos (2,9) y se considera un marcador síncrono. (9) Tabla 1. Etiología de Enfermedad de Mondor • Idiopático • Trauma • Iatrogénico: cirugía de mama, biopsias • Cáncer de mama • Trombofilia • Terapia hormonal: HT en cáncer, anticonceptivos, embarazo. • Vasculitis • Sd Linfoproliferativos • Metástasis cutáneas de carcinomas • Compresión extrínseca (sostén inadecuado) • Ejercicio excesivo Clínica Principalmente se presenta como induración palpable con forma de cordón con mínimos cambios inflamatorios en la piel adyacentes, en forma longitudinal en la pared anterolateral toracoabdominal. En algunos casos, con menos frecuencia, se presenta dolor, cambios inflamatorios, fiebre e incomodidad al movimiento. Diagnóstico El diagnóstico de MD es esencialmente clínico, con una historia y examen físico compatible. Como complemento diagnóstico, podemos apoyarnos en la ecografía que evidencia una trombosis venosa superficial, como una estructura tubular subcutánea con contenido anecoico o hipo ecogénico, no compresible y con ausencia de señal al Doppler. Otros exámenes de apoyo diagnóstico o procedimientos invasivos como la biopsia no presentan beneficios como estudio de rutina, solo está indicado para sospecha de malignidad o estudio de vasculitis. RESULTADO: Manejo al ser una entidad de baja frecuencia y poco conocida, hasta el momento el manejo de la EM no está bien definido dada la falta de evidencia; pero se puede decir que en general, la EM presenta resolución espontánea en 6 a 8 semanas con tratamiento conservador, usando analgésicos comunes y calor local para el manejo del dolor en caso de presentarse o en recurrencias de enfermedad (4). En la bibliografía revisada hay algunos estudios que reportan efectividad en el uso de anticoagulación y uso de aspirina que puede ser indicada cuando exista riesgo protrombótico asociado, tales como malignidad, exposición a estrógenos y quimioterapia (5) e iniciados en etapas tempranas de la aparición de síntomas, para reducir la duración de la enfermedad (9). Otros estudios han demostrado que la administración de los agentes antiplaquetarios y heparina no ayudó a aliviar o para prevenir la trombosis local adicional. En caso de dolor implacable severo, la infiltración local de agentes anestésicos puede ser requerida para ayudar en la resolución de los síntomas. Cuando este tratamiento no es suficiente, o en caso de enfermedad recurrente, una trombectomía o resección venosa superficial puede ser necesario (5). El pronóstico a largo plazo no está bien establecido. En general, en la bibliografía revisada, la EM muestra un curso clínico benigno, recurrencia baja menor al 13% (2) o sin recurrencias, al menos en 3 años de seguimiento (3). CONCLUSIÓN: Conclusión la EM se trata de una entidad de baja incidencia, pero con sintomatología característica que puede llevar a consulta en el servicio de urgencia o alarmar a los cirujanos en el post operatorio si es que se desconoce. Es tener en cuenta esta patología para poder enfrentarla de manera adecuada, estudiar causas secundarias cuando corresponda y no realizar exámenes invasivos innecesarios.

COLGAJO INDIO MODIFICADO PARA COBERTURA DE DEFECTO NASAL COMPLEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Jorge Barraza O., Pia González R., Catalina Lagos A., Javiera Suárez E., Héctor Gutiérrez R.Hospital Félix Bulnes.
INTRODUCCIÓN: La evaluación de técnicas de cobertura de defectos nasales data desde hace cientos de años. Ya desde el año 700 A.C se menciona la reconstrucción nasal con colgajo de línea media frontal como alternativa a la cobertura de lesiones secundarias a amputaciones punitivas, la cual ha sufrido modificaciones a lo largo de los años en pro de mejorar el diseño de colgajos, su longitud, irrigación y resultados estéticos. Normalmente los defectos nasales menores a 1,5 cms pueden ser corregidos con colgajos locales, sin embargo, si la lesión sobrepasa este tamaño requiere el uso de colgajos regionales. El colgajo frontal corresponde a una de estas alternativas quirúrgicas. Éste fue descrito basado en las arterias supratrocleares y su pedículo puede extenderse por debajo del reborde orbitario con una rotación de 180°, normalmente requiere 2 a 3 intervenciones posteriores para completar la remodelación del defecto. Ofrece una buena alternativa en defectos mayores con resultados predecibles alcanzado buena funcionalidad con resultados más naturales en cuanto a la apariencia local. A continuación, se describe un caso de reparación de lesión nasal traumática con colgajo frontal modificado. OBJETIVOS: Describir la reparación de un defecto nasal grande de 4cm, mediante una técnica de colgajo indio modificado con utilización de colgajo sin puente cutáneo, que permite en una sola intervención quirúrgica la resolución definitiva del paciente, además de mejorar los resultados estéticos y funcionales.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico y de literatura, bases de datos y revistas científicas indexadas junto a la descripción del manejo realizado. RESULTADO: Paciente de 18 años, sin antecedentes mórbidos previos. Consulta en servicio de urgencias por herida facial en región nasal derecha secundaria a mordedura de perro conocido. Al examen físico se evidencia herida traumática por arrancamiento, de bordes irregulares, con defecto cutáneo extenso que compromete el 50% de la superficie nasal, de 4x4 cm de extensión, con pérdida del ala nasal derecha y exposición cartilaginosa del cornete inferior y tabique nasal. Se decide ingreso a pabellón para aseo quirúrgico y elaboración de colgajo indio modificado. La técnica quirúrgica utilizada se describe en los siguientes pasos: 1. Evaluación preoperatoria. Se examina el defecto nasal y se planifica la reconstrucción, se toman fotografías para documentar la evolución. 2. Diseño del colgajo. Marcaje del colgajo cutáneo en la frente de 4.2 x 4.2 cm, se confirma bajo visión ecográfica la indemnidad de arteria supratroclear derecha en pedículo del colgajo. 3. Incisión y elevación del colgajo. Incisión sobre marcaje previo, se eleva el colgajo cuidando preservar irrigación arterial. El colgajo se compone por piel solo en extremo distal, puente de pedículo se libera de piel. 4. Reparación de mucosa nasal. Se extrae injerto de mucosa oral con bisturí frío, se instala cánula nasal que se introduce hasta cornete superior y por sobre se fija injerto de mucosa para reparar mucosa nasal faltante. 5. Transposición del colgajo. Se gira y desplaza el colgajo hacia defecto nasal, manteniendo una correcta alineación y sin una tensión excesiva. 6. Sujeción del colgajo. Se sutura el colgajo en posición final. Se resecan bordes irregulares cutáneos de defecto nasal. 7. Cierre del sitio donante. Se cierra defecto cutáneo frontal con extensión nasal. El tiempo quirúrgico se extendió a 2 horas. Paciente evoluciona favorablemente en postoperatorio, con colgajo vital. Es dado de alta al 5º día de postoperatorio. Se mantiene en seguimiento mensual en policlínico de cirugía plástica. Se indica uso de férula nasal por 4 meses, sin evidencia de estenosis de fosa nasal post retiro. Requiere de administración de triancinolona intralesional al tercer mes de postoperatorio en sitios específicos de hipercicatrización, además de uso diario de parches de silicona. CONCLUSIÓN: Los defectos de piel nasal de espesor total menores de 1.5 cm de diámetro pueden ser corregidos con colgajos locales que reposicionan la piel nasal. Si el defecto es mayor, es necesario recurrir al uso de colgajos regionales y al colgajo frontal, este último es el que mejor se adapta a la piel nasal por su similitud. Para la elaboración del colgajo se deben tener consideraciones importantes para garantizar su éxito. Preservar la irrigación arterial del colgajo, se debe respetar el trayecto de la arteria supratroclear. Evitar la tensión excesiva al fijar el colgajo, utilizando idealmente suturas de absorción lenta para favorecer una cicatrización adecuada. Realizar una medición del defecto y colgajo adecuada para mantener la simetría y estética. Por último, se debe tener en cuenta la capacidad del paciente para tolerar el procedimiento y realizar una cicatrización correcta. La técnica del colgajo indio modificado, al realizar un puente del colgajo sin piel, permite mejorar el resultado estético, además de evitar la necesidad de una segunda intervención quirúrgica para regularizar el colgajo cutáneo. Dentro de las principales complicaciones descritas, se encuentran la infección de herida operatoria y la necrosis del colgajo. El colgajo indio modificado es una técnica efectiva para la reconstrucción nasal, especialmente cuando se busca un equilibrio entre funcionalidad y estética, cuya aplicación es factible en el servicio de urgencias. Se requiere una evaluación detallada del defecto y una ejecución cuidadosa para garantizar éxito de la intervención quirúrgica.

ANÁLISIS DE RESULTADOS EN REALIZACIÓN DE INJERTOS CUTÁNEOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ DESDE 2020-2024

Jairo Bascetta R., Mario Navarro P., Paola Rivera R., Paula Marambio A. Hospital Regional de Copiapó, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Atacama. INTRODUCCIÓN: Los injertos cutáneos representan una técnica quirúrgica fundamental para reconstruir piel dañada o faltante en el tratamiento de quemaduras severas, úlceras por presión, entre otros. Su implementación permite una pronta recuperación o disminución de los cuidados de heridas en estos pacientes. Analizar los datos proporciona una visión integral de los resultados obtenidos en términos de recuperación y complicaciones. OBJETIVOS: Recopilar y describir datos sobre los injertos cutáneos en el Hospital Regional de Copiapó entre febrero de 2020 a junio de 2024; incluyendo diagnósticos, días de hospitalización, complicaciones y tipo de injerto. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo revisando bases de datos del Hospital Regional de Copiapó, incluyendo pacientes >18 años en que se realizaron injertos entre el período 2020-2024.RESULTADO: Se llevaron a cabo un total de 20 injertos cutáneos, siendo el grupo de edad más frecuente el de 68-79 años (38.9%). Las indicaciones principales para esta intervención fueron úlceras en piernas (30%), en su mayoría asociadas a complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2, seguidas por neoplasias y quemaduras (ambos 20%), heridas diversas (15%), celulitis (5%) y pie diabético (5%). El promedio de hospitalización fue de 39 días, con un rango amplio de 10 a 128 días, destacándose un caso prolongado debido a fascitis necrotizante. 5.3% (1 caso) de los pacientes requirieron reintervención por necrosis del injerto, mientras que el 10.5% sufrió infección del injerto, resultando en una amputación transmetatarsiana en 1 caso. Todos los injertos fueron autólogos, siendo un 10% de espesor total y un 90% de espesor parcial.CONCLUSIÓN: En base a esto, comparado con otros centros donde los injertos por quemaduras predominan, en el Hospital Regional de Copiapó la mayoría se realiza por úlceras en piernas que no responden a curaciones. Casi la totalidad fueron de tipo autólogos de espesor parcial, para los que se requiere instrumental sencillo como lo es el dermatomo y expansor. Estos datos permiten evidenciar que con esta intervención se mejora el pronóstico de pacientes que podrían haber terminado en amputación de una extremidad y se disminuye la estadía posterior a intervención. Además, sirven como base para mejorar futuras intervenciones, identificando áreas que requieren atención y optimización en el manejo de complicaciones como la infección del injerto, junto con proporcionar una base para la práctica médica en el Hospital Regional de Copiapó.

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS NO QUIRÚRGICOS; COMO MANEJARLAS Y PREVENIRLAS

Claudio Thomas B., Fernando Thomas H.Clínica Thomas.INTRODUCCIÓN: En las últimas décadas los procedimientos no quirúrgicos con fillers para corregir los signos de envejecimiento facial son cada vez más comunes, dada su efectividad, resultados y seguridad. Los procedimientos con ácido hialurónico hoy son el segundo procedimiento cosmético no quirúrgico más popular después del uso de toxina botulínica. A pesar de que se consideran productos con un perfil de seguridad favorable, las reacciones adversas pueden ocurrir y el número de estas aumentar a medida de que crece el número de pacientes que se someten a estos procedimientos y evolucionan las indicaciones de su uso, con mayores volúmenes, nuevos productos, nuevas técnicas y repetición de este tratamiento a largo plazo.OBJETIVOS: Evaluar la incidencia de complicaciones secundarias al uso de ácido hialurónico en procedimientos cosméticos no quirúrgicos y describir el manejo y prevención de éstas.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de una serie continua de 190 casos, desde Enero de 2020 a Junio de 2024, de uso de ácido hialurónico en procedimientos cosméticos no quirúrgicos, realizados por un mismo cirujano plástico, identificando las complicaciones asociadas y su manejo.RESULTADO: Las complicaciones se puede clasificar en reacciones tempranas o tardías. Se reportan dos casos de complicaciones secundarias al uso de ácido hialurónico en procedimientos cosméticos no quirúrgicos, ambas tempranas, de la misma índole (isquemia aguda/sufrimiento tisular) en la zona del ala nasal. Ambas complicaciones se manejaron acorde a lo descrito y publicado en la literatura, sin generar resultados adversos al corto, mediano y largo plazo. No se reportan complicaciones tardías. La incidencia obtenida en este estudio se condice con las estadísticas publicadas en la literatura.CONCLUSIÓN: El uso de ácido hialurónico en procedimientos cosméticos no quirúrgicos traduce un perfil de seguridad adecuado, con una baja tasa de complicaciones asociadas a su uso. Es de suma importancia saber reconocer de manera temprana las complicaciones asociadas a su uso y su manejo, además de las medidas de prevención de éstas, para evitar resultados adversos o no satisfactorios.

SEGURIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ABDOMINOPLASTIA RECONSTRUCTIVA TRAS SU REINICIO LUEGO DE LA PANDEMIA EN HOSPITAL CLÍNICO LA FLORIDA

Ignacio Zamora[1], Lía Moyano[2], María Ignacia Von Bennewitz[2], Álvaro Cámbara[1], Nohelia Abou Kheir[1], Wenceslao Zegers[3], María José Arteaga[31]Equipo Cirugía Plástica Hospital La Florida; [2]Residente Cirugía General Universidad de los Andes, [3]Cirujano General Hospital La Florida.INTRODUCCIÓN: En Chile se han destinado recursos para llevar a cabo el programa denominado “Guatita de Delantal”, donde se realizan abdominoplastias con objetivo reparador para la población de la red de salud pública chilena. La evaluación global de estos programas por la población ha sido favorable dado el alto impacto en calidad de vida. Durante la pandemia debido a SARS-CoV-2 fue cesada esta actividad quirúrgica para luego progresivamente reactivarse el año 2023. OBJETIVOS: Describir la implementación y resultados del programa de abdominoplastia reconstructiva durante los años 2023 y 2024.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información desde la ficha electrónica del Hospital Clínico La Florida registrando datos demográficos, características de la cirugía y complicaciones relacionadas para realizar estudio retrospectivo.RESULTADO: Para favorecer la seguridad de este programa quirúrgico se utilizaron los criterios establecidos por el Ministerio de Salud en conjunto con la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica. En el caso de pacientes menores de 55 años la inclusión en el programa se realizó con IMC ≤30 y hasta 65 años con IMC ≤27. Todos cumplían la clasificación ASA I/II y dermatochalasis abdominal con compromiso hasta el pubis. Se excluyeron pacientes con más de dos enfermedades crónicas, tabaquismo activo, patología psiquiátrica descompensada u oncológica activa. Entre agosto 2023 y marzo 2024 se realizaron 71 abdominoplastias. La edad mediana fue 47 años con rango entre 30 y 62 años. La media IMC fue 27 y 1 paciente sexo masculino. El 59.4% tenían antecedente de cirugía bariátrica, seguido por deformidad tras cirugías previas y baja de peso post embarazo. En 23% se realizó una cirugía tipo Flor de Lis y en 1 caso modificada vertical por laparotomía kocher previa. El 97% fueron dados de alta al día siguiente. Dos casos de reoperados, uno debido a hematoma a las 24 horas, y otro por colección en pared a los 32 días. 5 pacientes cursaron con seroma. El seguimiento se realizó de forma rigurosa en todos los casos con un mínimo de 3 controles completadas 6 semanas post operatorias. CONCLUSIÓN: La abdominoplastia es un procedimiento complejo, en casos de pérdida masiva de peso y especialmente en pacientes postbariátricos se han asociado mayores riesgos. Para implementar un programa a nivel de salud pública se deben respetar criterios preoperatorios establecidos. El siguiente paso de esta línea de investigación será un estudio analítico por subgrupos sumando los procedimientos desde el inicio del programa el año 2019 para una mejor comprensión de los resultados.

COLGAJO KEYSTONE COMO COBERTURA DE DEFECTOS ESTERNALES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniela Arauco R., Cristóbal Bravo R., Catalina Fuchs G., Daniela Maldonado J., Daniela Guardia C., Javier Moraga C., Juan Pablo Cárdenas L., Isabel Romero M., Francisco Benčina M. Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva.INTRODUCCIÓN: El colgajo Keystone es una técnica quirúrgica reconstructiva que permite corregir grandes defectos en zonas complejas como lo son el tronco y extremidades. Es un colgajo de avance y rotación con doble pedículo que se ajusta eficazmente al defecto a cubrir. Esta técnica es versátil, con buen resultado estético y funcional y baja tasa de complicaciones. Presentamos el primer caso de colgajo Keystone en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), realizado para cubrir un defecto en la región esternal.OBJETIVOS: Describir el uso de colgajo Keystone como técnica útil para la cobertura de defectos de la región esternal, con presencia de fractura ósea por osteomielitis.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión no sistemática de la literatura y descripción de caso clínico a partir de la ficha clínica electrónica (FCE). Se complementa con imagen radiológica y registro fotográfico pre/intra/post operatorio.RESULTADO: Paciente masculino de 48 años con antecedentes de DM2 e HTA, consulta en Servicio de Urgencia del HSJD por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor retroesternal posterior a sufrir caída a nivel. Entre los exámenes de ingreso destaca PCR de 303 mg/L y recuento de leucocitos 20.000; además de un TAC que revela fractura del tercio superior del cuerpo esternal, colección hidroaérea circundante y hematoma en mediastino anterior. Se inició terapia antibiótica con Clindamicina y Ampicilina/Sulbactam y aseos quirúrgicos posteriores (6) que incluyeron drenaje del mediastino por vía torácica, regularización ósea de esternón fracturado por osteomielitis (OM) y manejo con terapia de presión negativa (TPN) entre cirugías. Defecto pre-esternal de 3x8 cm, con una brecha esternal de 1 cm. Se realizó doble colgajo Keystone con VAC incisional que se retira a la semana, con buena evolución clínica, sin complicaciones en el seguimiento.CONCLUSIÓN: Se demuestra que el colgajo Keystone es una técnica útil para la cobertura de defectos en el tórax, según indica la literatura. En este caso particular se comprueba su eficacia en la región esternal y con presencia de OM asociada, siendo efectivo para el cierre en este tipo de pacientes, con resultados satisfactorios tanto estética como funcionalmente. Comparado con otras técnicas, el colgajo Keystone presenta menores tasas de complicaciones y una recuperación más rápida. Creemos que esta técnica es una alternativa segura para la reparación de defectos en el tórax, incluyendo a pacientes con osteomielitis y fractura secundaria.

CARACTERIZACIÓN DEL TÓRAX EN POBLACIÓN CHILENA MASCULINA: SERIE DE CASOS

Daniela Arauco R., Daniela Maldonado J., Herman Viveros G., Daniela Guardia C., Javier Moraga C., Juan Pablo Cárdenas L., Cristóbal Bravo R., Francisco Benčina M.Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva.INTRODUCCIÓN: La cirugía de masculinización torácica busca obtener un tórax de apariencia masculina, siendo principalmente utilizada para pacientes trans hombres, post bariátricos y con ginecomastia. Existen distintas técnicas quirúrgicas que consisten en una mastectomía bilateral y la correcta ubicación del complejo aréola-pezón (CAP). La determinación de los puntos de referencia influye significativamente en los resultados estéticos y la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, los estudios publicados en la literatura no consideran las variaciones anatómicas de diferentes tipos de población masculina. Es fundamental caracterizar el tórax de la población masculina chilena para optimizar los resultados quirúrgicos. OBJETIVOS: Evaluar los diferentes tórax de hombres chilenos y obtener puntos de referencia constantes que sirvan para estandarizar la técnica de marcación en pacientes que requieran masculinización torácica.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional. Base de datos en Excel que incluyó variables independientes como edad, peso, talla, IMC, comorbilidades y variables dependientes que constituyen puntos de referencia en el tórax masculino, según lo descrito en la literatura. Criterios de inclusión: sexo bilógico masculino, chilenos, edad 20 - 40 años, IMC 18.5 - 29.9. Los participantes fueron medidos y se tomó registro fotográfico, bajo consentimiento informado. Estadística con Stata.RESULTADO: Total 29 participantes. Edad promedio, 31 años. El IMC promedio =24. Cinco presentaron comorbilidades. Los puntos de referencia con menos desviación estándar fueron F, C, G, B, IM. El promedio de estas referencias fue 20 cm (F), 11 cm (C), 20 cm (G), 10 cm (B) y 22 cm (IM). El promedio del largo y ancho del CAP fue 25mm y 28 mm respectivamente. El promedio de E fue 3.3 cm. La forma predominante de CAP fue redonda. CORR no fueron factores determinantes en la localización del CAP. El IMC tiene una correlación moderada con los puntos F y C; estos valores aumentan a medida que aumenta el IMC. CONCLUSIÓN: El uso de puntos de referencia protocolizados para la marcación quirúrgica simplifica y estandariza las técnicas quirúrgicas y los resultados obtenidos en cirugía de masculinización torácica. En esta cohorte de pacientes el punto de referencia CORR es determinante para la localización del CAP, distinto a lo que muestra la literatura. Los puntos de referencia más constantes para ubicar los CAP en el tórax difieren con los que señalan algunos trabajos y utilizamos en este tipo de cirugías. Es importante realizar más estudios con tamaños muestrales mayores y diversos para tener una representatividad más fidedigna de la población masculina chilena.

USO DE COLGAJO INGUINAL PEDICULADO: UNA COBERTURA ELEGANTE PARA TIEMPOS MÁS CIVILIZADOS

Nissell Quiroz S., Eduardo Cabezas M., Diego Rodríguez V., Matías Toloza A., Monserrat Fontbona T., Rodrigo Cabello P., Juan Pablo Sorolla P., Pamela Wisnia C., Ángela Bautista S., Andrea Hasbún N.Hospital Militar de Santiago, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.INTRODUCCIÓN: La leucemia mieloide crónica (LMC) en crisis blástica linfoide es una condición que requiere tratamiento intensivo, incluyendo quimioterapia, que puede agravar la inmunosupresión y aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas severas. Presentamos el caso de un paciente inmunodeprimido con LMC, cursando con crisis blástica, que tras la extravasación de una vía venosa, desarrolló una fasceitis necrotizante requiriendo múltiples aseos quirúrgicos, dejando un importante defecto de cobertura en el dorso de su mano.OBJETIVOS: Este estudio se centra en evaluar la eficacia y viabilidad del uso de un colgajo inguinal pediculado como alternativa terapéutica para evitar la amputación y restaurar la funcionalidad de la extremidad en pacientes de alto riesgo sin acceso a microcirugía.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 45 años con LMC en crisis blástica linfoide, bajo tratamiento quimioterápico, presentó extravasación de vía venosa en el dorso de la mano izquierda. Evolucionó con neutropenia febril, identificándose como foco una tromboflebitis de la extremidad superior izquierda, que progresó rápidamente a fasceitis necrotizante y tenosinovitis séptica. Frente a un escenario de cobertura urgente y sin opciones de resolución microquirúrgica, se optó por un colgajo inguinal pediculado para la reconstrucción del dorso de la mano. El procedimiento incluyó la preparación del sitio receptor, transferencia del colgajo y su subsecuente separación a las cinco semanas para restaurar la funcionalidad de la mano.RESULTADO: La aplicación del colgajo inguinal pediculado resultó en una cobertura adecuada y bien vascularizada del área afectada. No se observaron signos de infección o rechazo postoperatorio, y la evolución clínica del paciente fue favorable. Se logró una recuperación significativa de la funcionalidad motora y sensorial de la mano tras la sección del colgajo y la reconstrucción definitiva, permitiendo al paciente retomar sus actividades sin complicaciones adicionales.CONCLUSIÓN: El uso del colgajo inguinal pediculado en pacientes inmunodeprimidos con complicaciones graves de la extremidad demuestra ser una alternativa terapéutica efectiva y segura, especialmente en contextos sin disponibilidad de microcirugía. Este enfoque no solo evitó la amputación, sino que también restauró la funcionalidad de la extremidad, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente. Los resultados obtenidos apoyan la vigencia del colgajo pediculado como una opción crucial en cirugía reconstructiva para pacientes de alto riesgo, sugiriendo que su implementación puede ser una solución valiosa en centros con recursos limitados.

SERIE DE CASOS: COLGAJO CRUZADO ABDOMINAL PARA COBERTURA DE MIEMBRO SUPERIOR, EXPERIENCIA EN 9 AÑOS

Lídice Torres B., Simon Reyes M., Raul Suárez R., Yevgeny Siomin, Ricardo Villalón F. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Barros Luco Trudeau. INTRODUCCIÓN: Tradicionalmente los defectos de cobertura de extremidad de superior se cubren con colgajos, por la asociación de exposición de estructuras nobles. Desde la introducción de los colgajos libres microquirúrgicos estos se han convertido en el gold estándar de tratamiento, pero lamentablemente estos no siempre son accesibles, sobre todo en el sistema público de salud, ya sea por su alto costo o su demanda técnica, por lo que en este contexto el colgajo abdominal cruzado se vuelve una alternativa de reconstrucciónOBJETIVOS: Presentar serie de casos de colgajo cruzado abdominal como una forma segura y eficaz de reconstrucción en centros que no se tiene acceso a colgajos microquirurgicos MATERIAL Y MÉTODO: Recolección de casos de forma retrospectiva desde el 2014 al 2023 de pacientes operados por el servicio de cirugía plástica del hospital Barros Luco Trudeau, se incluyen los pacientes sometidos a reconstrucción de extremidad superior con colgajo cruzado abdominal. Se revisaron las fichas de paciente y documentación fotográfica. Las variables a evaluar fueron la edad, sexo, etiología, tamaño del defecto, complicaciones y necesidad de reoperación. RESULTADO: Se incluyó un total de 8 pacientes, la edad media fue de 49.7 años (27 – 70). Del total de pacientes 7 eran hombres. El mecanismo de lesión 5 casos fue por extremidad gravemente lesionada, 1 pulgar por aplastamiento, 2 por defecto de cobertura secundario a resección de melanoma y carcinoma espinocelular respectivamente. El tamaño del defecto hubo un promedio de 7.7cm (3 – 20cm). En esta serie de casos solo hubo perdida mínimas de colgajo, ninguno con requerimiento de reintervención ni complicaciones, solo 1 paciente se encuentra a la espera de remodelación de colgajo por grosor aumentado con secuela funcional. CONCLUSIÓN: En nuestra serie de casos se puede evidenciar que el colgajo cruzado abdominal sigue siendo una opción válida, económica y segura para reconstrucción de extremidad superior, sobre todo cuando las técnicas microquirúrgicas no están disponibles en todos los centros. Esta técnica se mantiene como una herramienta relevante en el arsenal de un equipo de cirugía plástica, mientras paralelamente se debe incentivar el desarrollo de la microcirugía a nivel nacional.

USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL COMO COBERTURA DEFINITIVA EN HERIDAS COMPLEJAS. SERIE DE CASOS

María Francisca Rozas V., Joaquín Bernales M., Berthold BohnHospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.INTRODUCCIÓN: Existen múltiples alternativas para la cobertura de heridas complejas que varían dependiendo del paciente y los recursos del centro clínico. El gold estándar es el uso de tejido autólogo mediante un colgajo de rotación o un colgajo libre. El procuramiento de piel data de 1881 cuando se realizó el primer aloinjerto de piel parcia de donante cadavérico y utilizado como cobertura transitoria. Con el progreso en la conservación de tejidos, la radioesterilización y la criopreservación permitió almacenarlos durante más tiempo, con mayor viabilidad y menor probabilidad de rechazo. Si bien existen reportes sobre casos de prendimiento incidental, no fue hasta el año 2021 cuando se realizó la primera publicación utilizándose de forma deliberada, demostrando su utilidad.OBJETIVOS: Exponer una serie de casos en que utilizó aloinjerto de piel total de forma exitosa para cobertura de heridas complejas.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de 3 casos en que utilizó aloinjerto de piel total logrando la cobertura exitosa de heridas complejas. RESULTADO: Masculino 56 años, diabético mal controlado, EAOC, HTA, con herida con exposición tendínea de dorso del pie y región posterolateral de tobillo derecho. Luego de obtener cultivo negativo, se realiza aloinjerto de piel total. Evoluciona con escara a los 28 días cuando se realiza escarectomía por sospecha de infección. Cultivo negativo por lo que se confecciona injerto de piel parcial a los 19 días y alta 12 días después. Evoluciona con infección del injerto que se maneja con antibióticos y curaciones exitosamente. Femenina 50 años, diabética, HTA, fumadora, ACV no secuelado, sufre quemadura de cuero cabelludo y pabellones auriculares. Resulta con herida con pérdida parcial del pabellón auricular derecho y exposición de cartílago en ambos pabellones. Se realizan 7 aseos quirúrgicos y aloinjerto de piel total a los 29 días. Escarectomía a los 21 días e injerto de piel parcial en pabellón auricular derecho. En pabellón auricular izquierdo, se evidencia epitelización completa. Femenina 30 años con hidroadenitis axilar bilateral. Se realiza resección y cultivo y a los 42 días, aloinjerto de piel total. Se logra escarectomía e injerto de piel parcial a los 70 días. A los 10, 9 y 5 meses de seguimiento respectivamente, todos los pacientes presentan una cicatriz estable y sin morbilidad. CONCLUSIÓN: El aloinjerto de piel total es una alternativa efectiva para cobertura de heridas con exposición de tejido noble, sin morbilidad en la serie expuesta.

EXPERIENCIA INICIAL EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO DIEP EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL SUR DE CHILE

María Francisca Rozas V., Joaquín Bernales M., Berthold BohnHospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.INTRODUCCIÓN: La reconstrucción mamaria presenta un desafío para la salud pública en nuestro país. Según registros nacionales (2016), sólo se concretó en un 9,4% de las pacientes mastectomizadas. Con respecto a la forma de reconstrucción, existen múltiples posibilidades y la elección debe ser determinada caso a caso. Desde su aparición, el colgajo de perforante de arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) se ha convertido en la favorita cuando se trata de una reconstrucción con tejido autólogo, presentando una menor morbilidad abdominal en comparación con sus antecesores. Sin embargo, su realización es desafío para el sistema público de salud al poseer mayor dificultad técnica, una curva de aprendizaje más pronunciada y la necesidad de infraestructura microquirúrgica.OBJETIVOS: Describir los resultados de la primera cohorte de reconstrucción mamaria con colgajo DIEP del hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de seis casos de pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con colgajo DIEP en marzo de 2024 en el hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. RESULTADO: La edad promedio de la muestra fue 56.6 años (47-66). Todas presentaban cicatrices abdominales previas (2 LMIU, 4 pfannenstiel). Fueron sometidas a mastectomía total con vaciamiento axilar entre los años 2010-2019. Cuatro fueron sometidas a radioterapia y cuatro a quimioterapia. El tiempo de promedio a la reconstrucción fue 109 meses (71-159). Con respecto a la reconstrucción, cuatro fueron izquierdas, una derecha y una bilateral. El IMC preoperatorio promedio fue 27.5 (23.4-32). El tiempo quirúrgico promedio fue 282 min (209-360) y se realizó transferencia ganglionar en dos pacientes. La anastomosis arterial se realizó a la arteria mamaria interna con nylon 9-0 en todas las pacientes. La anastomosis venosa se realizó con coupler en cinco pacientes (2.0 y 2.5 mm) y nylon 9-0 en una paciente. En todas las pacientes se realizó anastomosis venosa del sistema epigástrico inferior profundo y solo una requirió una segunda anastomosis a la vena epigástrica inferior superficial. El tiempo de hospitalización promedio fue de 9 días (7-12). Con respecto a las complicaciones inmediatas, una paciente presentó atelectasia. A largo plazo, dos pacientes requirieron reintervención por necrosis parcial del colgajo que se resolvió de forma satisfactoria con un procedimiento. A los 4 meses de seguimiento, no se registran nuevas complicaciones. CONCLUSIÓN: El colgajo DIEP es una técnica factible, con baja tasa de complicaciones, que entrega una solución permanente y satisfactoria.

VERSATILIDAD DE COLGAJO DORSAL ANCHO REVERSO PARA COBERTURA DE DEFECTOS DE LA REGIÓN LUMBAR. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

María Francisca Rozas V., Joaquín Bernales M.Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.INTRODUCCIÓN: Los defectos de la zona lumbar representan un desafío reconstructivo. Si bien existen colgajos tanto musculares como musculocutáneos, la reparación de grandes defectos continúa siendo un reto. Esto no cambia al realizar un colgajo libre debido a la dificultad para llegar a los vasos receptores. El músculo dorsal ancho es de tipo V según la clasificación de Mathes Nahai recibiendo aporte sanguíneo a través de la arteria toracodorsal en su pedículo principal y las perforantes provenientes de las ramas dorsales de las arterias intercostales posteriores. Si bien es uno de los más usados, su confección reversa no es común. La conservación de sus perforantes distales permiten seguridad en su irrigación y un arco de rotación suficiente para cubrir los defectos de la zona lumbar. OBJETIVOS: Presentar en 2 casos la versatilidad del colgajo dorsal ancho reverso para cobertura de defectos de la zona lumbar. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de 2 casos de defectos en zona lumbar luego de una resección oncológica. RESULTADO: Femenina 63 años con antecedente de cáncer renal operado, presenta masa dorsolumbar paravertebral izquierda de aprox 7x4 cms, cuya biopsia insicional concluye metástasis de carcinoma renal. Luego de la resección quirúrgica, resulta con un defecto de 15 cms con exposición de cuerpos vertebrales. Evoluciona con infección del sitio operatorio y luego de múltiples aseos quirúrgicos se logra cobertura con un colgajo muscular de dorsal ancho izquierdo reverso a los 3 meses. A pesar del uso de drenaje, cursa con seroma en zona dadora manejado con VAC satisfactoriamente y finalmente injerto de piel parcial a los 41 días. Masculino 39 años con tumor sacrococcígeo y biopsia compatible con cordoma. Tras la resección resulta con gran defecto con exposición de sacro, saco medular, recto y asas de ileon. Se reconstruye cerrando el mesorecto con malla de prolene y colgajo glúteo bilateral con base inferior. Evoluciona con necrosis parcial del colgajo glúteo, sin nueva exposición de asas intestinales. Se logra cobertura completa con colgajo muscular de dorsal ancho e injerto de piel parcial a los 2 meses. Actualmente, luego de 12 y 8 meses de seguimiento respectivamente, se encuentran sin morbilidad ni complicaciones.CONCLUSIÓN: El colgajo muscular de dorsal ancho reverso es una alternativa factible y segura para la cobertura de defectos de la zona lumbar, con mínima morbilidad de la zona dadora a largo plazo.

RECONSTRUCCION DINÁMICA DE LABIO INFERIOR CON COLGAJO LIBRE RADIAL Y TENDON DE MÚSCULO PALMAR LARGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Francisca Rozas V., Jean Pierre Droguett G., Cristian Gottschalk S., Joaquín Bernales M., Andrés Torrealba B., Luis Arratia T.Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.INTRODUCCIÓN: La reconstrucción total del labio inferior es un procedimiento complejo que se realiza para restaurar tanto la función como la apariencia del labio inferior, especialmente en casos de defectos resultantes de resecciones oncológicas extensas. Lo anterior sumado a extensión tumoral a de piso de boca y suspensión por cirugías previas del eje arterial orbicular, la transforman en un desafío quirúrgico.OBJETIVOS: Presentar un caso donde se realizó reconstrucción total de labio inferior y piso de boca con colgajo libre radial compuesto. MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso que requirió reconstrucción total de labio inferior y piso de boca con colgajo libre radial compuesto. RESULTADO: Femenina, 46 años, con xeroderma pigmentoso con múltiples cirugías resectivas faciales, labiales y en resto del cuerpo (melanoma y no melanoma). Lesión de dos años de evolución, 80% labio inferior exofítica y ulcerada, con invasión al piso de boca. Biopsia compatible con carcinoma epidermoide, cT3n1M0. Cirugía en dos tiempos. 1° tiempo: Resección tridimensional total de labio inferior y piso de boca con mandibulectomía marginal más disección cervical bilateral. Cierre temporal esperando biopsia diferida. Biopsia: carcinoma espinocelular poco diferenciado infiltrante, (pT4aN1M0). 2° tiempo: Ampliación de márgenes, reconstrucción de labio inferior y piso de boca con colgajo libre radial incluyendo tendón palmar largo fijo a cabos remanentes de músculo orbicular. Postoperatorio: nutrición enteral por SNY, alimentación oral día 13, alta día 18. A los 4 años de seguimiento, sin recidiva local. Funcionalmente óptimo, con apertura oral > 8 cm, continencia bucal sin fugas, capacidad fonatoria satisfactoria, resultado estético aceptable, con metaplasia de la reconstrucción intraotral.CONCLUSIÓN: La reconstrucción de labio inferior es un desafío. El colgajo libre radial mixto es una técnica efectiva que logra mantener la funcionalidad con un resultado estético aceptable.

LESIÓN POR PRESIÓN ISQUIÁTICA RECURRENTE RESUELTA CON COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO RECTUS FEMORIS PEDICULADO: REPORTE DE UN CASO

Pablo Vilca A., Wilfredo Calderón O., Juan Pablo Camacho M., Miguel Obaid G., Macarena Villarreal V., Matias Toloza A.Hospital del Salvador, Servicio de Cirugía, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: Las lesiones por presión (LPP) resultan del aumento de la presión continua de la prominencia ósea sobre piel y músculo, produciendo disminución de irrigación. Las LPP isquiáticas son comunes en pacientes parapléjicos usuarios de silla de ruedas, por lo que existe alto riesgo de recurrencia. Existen múltiples colgajos musculocutáneos locales para cubrir este tipo de lesión, sin embargo, una vez utilizado varios de estos, se agotan sus opciones, por lo tanto, se deben buscar alternativas. Una opción planteada por el equipo es la utilización del colgajo musculocutáneo rectus femoris pediculado, del cual se poseen pocos informes sobre su uso en LPP isquiáticas y menos de su técnica quirúrgica.OBJETIVOS: Se presenta un caso clínico utilizando un colgajo inusual y poco descrito, para este tipo de lesión en contexto de una LPP isquiática recurrente con limitación de uso de colgajos.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información del paciente mediante historia clínica, imágenes, registro fotográfico de la lesión durante el período perioperatorio con previa autorización y firma de consentimiento informado por paciente.RESULTADO: Paciente masculino de 60 años con antecedente de trauma raquimedular por accidente en motocicleta a los 21 años, paraplejia T10; Colostomía definitiva y usuario de cistostomía desde el 2015. Desde agosto 2021 presenta LPP isquiática derecha recurrente con múltiples cirugías reconstructivas previas (colgajo tensor fascia lata, avance V-Y glúteo mayor, Hamstring derecho). Consulta en policlínico por lesión circular de 5x5 cms con bolsillo de 4 cms profundidad en zona isquiática derecha sin exposición ósea ni signos de infección con mala respuesta a curaciones, indicándose hospitalización para manejo y cobertura. Se realizó estudio con imágenes de partes blandas y ósea para objetivar osteomielitis (estudio con resonancia nuclear magnética), múltiples aseos quirúrgicos con bursectomía, regularización y resección ósea más curación con terapia presión negativa para preparar zona isquiática. El colgajo realizado evolucionó favorablemente en cuanto a cicatrización, cobertura de la lesión y rehabilitación, sin necesidad de reoperaciones.CONCLUSIÓN: El colgajo musculocutáneo rectus femoris, es una opción técnicamente fácil de realizar, ya que presenta una irrigación vascular confiable, dando una adecuada disponibilidad de tejido, y suficiente volumen para cobertura en estas lesiones. Creemos que este caso clínico es un aporte e innovador, ya que visibiliza un tipo de cobertura no usualmente descrita para LPP isquiáticas y entrega una opción factible en el caso que se agoten las opciones de cobertura local.

COLOPROCTOLOGÍA

FÍSTULA RECTO-UTERINA COMO COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Fatme Díaz Gasaly, Roberto Durán Fernández, Camila DíazUniversidad de la Frontera, Departamento de Cirugía, Anestesiología y Traumatología Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco.INTRODUCCIÓN: El dispositivo intrauterinos (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más usados a nivel mundial, por su acción prolongada y bajo costo(1). Dentro de las complicaciones asociadas (18%), se describen: migración del DIU, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos pélvicos y perforación uterina(2-3); Esta última tiene una incidencia de 0,2-3/1000 casos y generalmente ocurre al momento de la inserción(4). Existen factores de riesgo asociados como: cavidad uterina <6 o> 9 cm, estenosis cervical, lactancia y embarazos recientes5-6. La perforación uterina suele ser asintomática o experimentar síntomas inespecíficos lo que redunda en un subdiagnóstico, debe sospecharse en caso de dolor abdominal recurrente, hemorragia o fístula intestinal(1,6), requiere confirmación con imágenes como ultrasonografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) y/o técnicas endoscópicas.(1,7) La Organización Mundial de la Salud recomienda la extracción inmediata de un DIU desplazado(8). El tratamiento va a depender de la estabilidad hemodinámica del paciente sin embargo se debe privilegiar un abordaje mínimamente invasivo(7-8). OBJETIVOS: Realizar reporte de caso de fístula recto-uterina, como complicación asociada a un DIU.MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen datos obtenidos de la ficha clínica de la paciente, desde su primera consulta hasta el control ambulatorio. RESULTADO: Mujer de 52 años, con antecedente de dos instalaciones de DIU previa. Acude al servicio de urgencia por dolor abdominal hipogástrico de 15 días de evolución asociado a disuria y tenesmo. Examen físico: dolor a la palpación en hipogastrio y flanco izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio: hemoglobina 10.6g/dL, leucocitos 12.000/uL, PCR 161.7mg/L y urocultivo polimicrobiano. TAC abdomen y pelvis: Engrosamiento parietal de aspecto inflamatorio de colon sigmoides distal y recto superior con cambios inflamatorios en tejido adiposo adyacente, interpretándose como una diverticulitis aguda no complicada que se manejó de forma conservadora. A las ocho semanas se realiza colonoscopía: cambios inflamatorios y abundante fibrina en recto superior, cuerpo extraño protruyendo por la pared rectal con aspecto de DIU. Se complementa estudio con RM pelvis: Útero en retroflexión, trayecto fibroso con líquido en el centro y una estructura tubular que corresponde a DIU. Se hospitaliza para extracción de cuerpo extraño mediante colonoscopía: en recto superior se identifica trayecto fistulo, extracción de cuerpo extraño con pinza, sin incidentes. Biopsia del trayecto: mucosa rectal con inflamación aguda y crónica. Evolución favorable con alta precoz, actualmente asintomática. CONCLUSIÓN: La perforación del DIU hacia la pelvis, es una complicación infrecuente que puede ser muy grave; su manejo mínimamente invasivo es posible, pero requiere prever complicaciones mayores.

LEIOMIOMA COMO AUMENTO DE VOLUMEN PERIANAL, REPORTE DE UN CASO

Alejandro J. Zárate, Trinidad TriatUniversidad Finis Terrae, Clínica las Condes.INTRODUCCIÓN: Los leiomiomas son tumores benignos derivados de músculo liso, los cuales frecuentemente se localizan en útero, con menor frecuencia en tracto digestivo y de forma excepcional en la región anorrectal. La presentación clínica de estos últimos se caracteriza por un aumento de volumen perianal, por lo inespecífico de su sintomatología, puede ser difícil el diagnóstico diferencial en consulta inicial.OBJETIVOS: Presentar las características clínicas, estudio diagnóstico y tratamiento de una paciente con aumento de volumen anorrectal, con diagnóstico final de leiomioma.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.RESULTADO: Paciente femenina de 43 años, consulta por 3 meses de malestar y aumento de volumen perianal, no asociado a signos inflamatorios, ni sangrado. Tratado de forma ambulatoria por hemorroides inflamados. En el examen por especialista destaca en la zona lateral derecha anal una masa de 3 x 3 x 3 cms, de mayor consistencia y sin signos inflamatorios. Resonancia: tumoración sólida adyacente a la zona externa del esfínter anal externo, sin invadirlo. La colonoscopía no evidencia lesiones intraluminales. Cirugía: incisión lateral derecha anal, disecando hasta el tumor el que se logra resecar completamente sin lesiones esfinterianas. Alta al día siguiente sin eventos adversos. Anatomía patológica: Tumor bien delimitado formado por células fusadas de núcleos ovalados, cromatina irregular, uniforme, de bordes romo y escasa cantidad de citoplasma eosinófilos, dispuestas en fascículos desordenadas entrecruzadas en un estroma fibroso. Estudio histoquímico, desmina: positivo, DOG-1: negativo, S100: negativo, siendo el diagnóstico leiomioma. En el seguimiento a 2 años, no se observa recurrencia clínica ni radiológica.CONCLUSIÓN: Tras la evaluación por especialista se desestima una urgencia proctológica y se procede a solicitar un estudio mediante colonoscopía y resonancia de pelvis. Lo anterior para evaluar un posible compromiso intraluminal y poder definir con exactitud la ubicación de la lesión. La resección completa de la lesión es la técnica de elección para los leiomiomas ya que la resección incompleta se asocia a recurrencia local hasta en un tercio de los casos. Aparte de las características morfopatológicas, se hace necesario el estudio histoquímico para el diagnóstico final. DOG1, un marcador para el diagnóstico de tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y la proteína S100, encontrada en melanomas; ambos marcadores negativos en este caso. La desmina, una proteína del citoesqueleto de células musculares se encontró evidentemente positiva, confirmando su diagnóstico. En resumen, este caso nos ilustra la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales ante un aumento de volumen anorrectal.

CÁNCER DE MUÑÓN APENDICULAR, REPORTE DE UN CASO**Paula Salamanca Y., Valeria Agurto R., Alejandro J. ZárateUniversidad Finis Terrae, Clínica las Condes.****INTRODUCCIÓN: La apendicectomía es una de las cirugías de urgencia más frecuente. Se han reportado casos de apendicitis del muñón. No obstante, las neoplasias del muñón son infrecuentes.OBJETIVOS: Presentar el caso de un hombre apendicectomizado que desarrolla un adenocarcinoma en el muñón apendicular.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.RESULTADO: Paciente masculino de 64 años, con antecedentes de apendicectomía por peritonitis apendicular a los 10 años y colecistectomía. Consulta por dolor abdominal y baja de peso de 10 kilogramos en el último mes. No refiere sangrado ni fiebre. En la primera evaluación presenta tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis que informa proceso inflamatorio de colon derecho, con colección adyacente de 3x2 cm. Obs: diverticulitis; se trata médicamente con antibióticos. En el control, 3 semanas después, el paciente persiste con síntomas y se realiza una tomografía computada que informa un engrosamiento irregular del polo cecal, asociado a saliente de perfil posterior. Obs neoplasia/proceso inflamatorio. Al examen, paciente enflaquecido, con abdomen distendido y sensible en hemiabdomen derecho. Exámenes: hemoglobina 11,5 g/dl, albúmina 3,3 mg/dl y antígeno carcinoembrionario 3,6 ng/mL. Cirugía: Laparoscopía exploradora evidencia una masa tumoral de la zona posterior del ciego y del mesocolon cecal, firmemente adherido hacia posterior. Se convierte cirugía y se realiza una colectomía derecha con criterio oncológico y una ileostomía. Alta al sexto día sin eventos adversos. Anatomía patológica: adenocarcinoma túbulo-papilar infiltrante moderadamente diferenciado desarrollado en extremo proximal apendicular. Infiltra subserosa y contacta superficie perforada. Márgenes quirúrgicos proximal y distal negativos. Disección ganglionar de 20 linfonodos sin evidencia de metástasis. Estadío pT4a, pN0, M0.CONCLUSIÓN: En la literatura se reconoce que el muñón apendicular post apendicectomía puede tener complicaciones como la apendicitis (1 de cada 50.000 personas aproximadamente) y en casos muy infrecuentes un cáncer. En nuestro caso, la edad de presentación coincide con lo reportado (entre 40 y 75 años), así como también sus síntomas similares a los mencionados en los reportes. Al ser una patología muy infrecuente la sospecha clínica es baja, por tanto, en este caso inicialmente se trató como una diverticulitis de colon derecho. Luego con los nuevos estudios se sospechó un tumor. El tratamiento fue una hemicolectomía derecha con disección oncológica destacando el recuento de 20 linfonodos y márgenes negativos. En resumen, este caso nos refuerza la necesidad de considerar patologías del muñón apendicular en pacientes apendicectomizados.**

INTUSUSCEPCIÓN COLORECTAL CAUSADA POR PÓLIPO MALIGNO COLÓNICO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Florencia Pinto G., Sebastián López N., Gonzalo Campaña V.Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello.INTRODUCCIÓN: La intususcepción o invaginación intestinal se produce cuando un segmento de intestino delgado o colon se invagina dentro un segmento distal. En adultos es una entidad poco frecuente representando solo el 5% de los casos1. La presentación clínica y manejo son variados, por lo que deben ser evaluados caso a caso. El presente proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético Científico de Clínica INDISA.OBJETIVOS: Reportar un caso de intususcepción colorrectal causada por un pólipo maligno de colon en Clínica INDISA, asociado a revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica para extraer antecedentes y revisión de la literatura respecto al tema.RESULTADO: Paciente mujer de 38 años que se presenta en servicio de urgencias por dolor abdominal. Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso que muestra intususcepción colorrectal secundario a un adenoma velloso colónico. Se decide realizar un manejo mixto con colonoscopía para resección del adenoma y laparoscopía para su reducción. Paciente evoluciona favorablemente en el post operatorio. La Biopsia informó adenoma túbulo-velloso con displasia epitelial de alto grado y microfocos de adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado.CONCLUSIÓN: La intususcepción colorrectal es poco frecuente. Generalmente se asocia a un pivote, ya sea tumores malignos o benignos. Se puede presentar con una gran variabilidad de síntomas desde asintomático hasta pujo, tenesmo y síndrome de obstrucción defecatoria. El manejo es variado y puede ser combinado en técnicas endoscópicas y quirúrgicas.

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES SIGNIFICATIVAS POSTERIOR A HEMORROIDECTOMÍA

Florencia Pinto G., Victor Monreal F., Alejandro Readi V., Sebastián López N., Marcelo Rodríguez G., Gonzalo Campaña V.Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello.INTRODUCCIÓN: Las hemorroides son un tejido vascular con músculo liso y tejido conectivo que se ubican en columnas en el conducto anal en todos los pacientes sanos1. Las podemos clasificar en hemorroides externas e internas, divididas por la línea pectínea. Las hemorroides internas a su vez se clasifican en cuatro tipos según su grado de prolapso. El manejo de esta patología debe ser individualizado y depende de los síntomas, grado del prolapso y experiencia del cirujano. La indicación quirúrgica está reservada para pacientes en que el tratamiento conservador no logró mejorar sus síntomas. Las complicaciones posteriores a hemorroidectomía son variadas y poco frecuentes, con una incidencia reportada entre el 0-5%.OBJETIVOS: Comparar pacientes que presentaron complicaciones posthemorroidectomía con el grupo sin ellas y evaluar factores de riesgo asociadosMATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y analítico retrospectivo de todos los pacientes hemorroidectomizados entre el 2017 y 2023 evaluándolos en dos grupos, sin y con complicaciones postoperatorias-RESULTADO: Se analizaron un total de 1212 pacientes, 1154 sin y 54 con complicaciones postoperatorias. Del total 51,3% fueron mujeres, el promedio de edad fue 43,8 años. Ambos grupos tuvieron una distribución relativamente similar. La tasa global de complicaciones fue de 4,4% y de reoperaciones 3,2%. La complicación más frecuente fue el sangrado (1,98%). Los factores de riesgo asociados a sangrado fueron hemorroides grado III o IV (OR 5,88), uso de energía bipolar avanzada (OR 3,79), resección de 3 o más paquetes (OR 2,48) y técnica de PPH (OR 6,7). No hubo factores de riesgo significativos para fecaloma y abscesos.CONCLUSIÓN: El sangrado relevante posthemorroidectomía es una complicación poco frecuente, registrando resultados y factores de riesgo asociados comparables con lo reportado en la literatura. Las complicaciones significativas posterior a hemorroidectomía son poco frecuentes. El sangrado fue la complicación más frecuente y con la mayor cantidad de reoperaciones. Los factores de riesgo asociados fueron hemorroides grado III o IV, uso de energía bipolar avanzada, resección de 3 o más paquetes y el uso de técnica PPH.

MELANOMA RECTAL LOCALMENTE AVANZADO TRATADO CON CIRUGÍA E INMUNOTERAPIA. LECCIONES DE UN CASO CON MÁS DE 2 AÑOS DE SOBREVIDA LIBRE DE ENFERMEDAD

Benjamín Israel N., Iván Ruiz F., Hernán Ureta D., Natalia Moreno B., René Aedo O., Ricardo Villalón C., Milton García C. Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau.INTRODUCCIÓN: El melanoma rectal (MR) es una neoplasia infrecuente, representando el 0,2% de las neoplasias malignas de recto, con una incidencia de 0,343 por millón de habitantes en los Estados Unidos, aunque ha demostrado un aumento sostenido en los últimos años. A pesar de su baja frecuencia, el MR tiene un pronóstico desfavorable, con una sobrevida promedio de solo 12 meses. La mayoría de los casos se presentan con enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, lo que plantea desafíos tanto diagnósticos como terapéuticos. Los avances recientes en la terapia del melanoma han llevado a reconsiderar los enfoques tradicionales de tratamiento. En este estudio, presentamos un caso clínico evaluado en nuestro hospital, con una sobrevida libre de enfermedad de 25 meses desde el diagnóstico.OBJETIVOS: Describir la incidencia y características del MR. Evaluar el pronóstico y la sobrevida promedio de los pacientes con MR. Explorar los avances terapéuticos recientes para MR.MATERIAL Y MÉTODO: Se incluye el caso de una paciente con MR evaluada en nuestro hospital. Recopilamos datos clínicos y realizamos una revisión bibliográfica utilizando la base de datos Medline/PubMed. RESULTADO: Presentamos el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, que ingresó a nuestro servicio con un cuadro de 4 meses de evolución de pujo, tenesmo rectal y rectorragia, asociado a sensación de masa. La etapificación clínica reveló un MR en recto bajo estadio IIIc. El comité oncológico multidisciplinario optó por cirugía seguida de terapia adyuvante, realizándose una resección abdominoperineal. La biopsia postoperatoria informó melanoma de células poliédricas y fusadas (T3N2M0) con bordes quirúrgicos libres. El margen distal más cercano fue de 0,5 cm, y el KI67 fue positivo en un 90% de células neoplásicas. Posterior a la cirugía, se administró inmunoterapia con Nivolumab durante 12 ciclos. Hasta la fecha, el seguimiento clínico e imagenológico (tomografía, resonancia magnética y PET-CT) no ha revelado evidencia de enfermedad.CONCLUSIÓN: A pesar de los avances en el tratamiento del melanoma, la cirugía sigue teniendo un rol, aunque el tipo de cirugía ideal no está completamente definido. Algunos estudios sugieren que la resección completa con márgenes negativos es el enfoque óptimo. En los últimos años, ha habido una tendencia a reducir el uso de quimioterapia, radioterapia y cirugía, mientras se incrementa el uso de inmunoterapia. El caso presentado y su éxito terapéutico se alinea con las tendencias actuales y confirma que los esquemas incipientes son prometedores.

CURVA DE APRENDIZAJE Y SEGURIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESECCIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER DE COLON DERECHO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO EMPAREJADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN

Javier Vela, Christophe Riquoir, Cristián Jarry, Felipe Silva, Nicolás Besser, Gonzalo Urrejola, María Elena Molina, Rodrigo Miguieles, Felipe Bellolio, José Tomás LarachPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Los estudios retrospectivos y ensayos clínicos aleatorizados respaldan la seguridad de la resección completa del mesocolon (RCM) por vía laparoscópica para el tratamiento del cáncer de colon derecho. Sin embargo, pocos estudios examinan la curva de aprendizaje de esta cirugía y su perfil de seguridad durante su período de implementación.OBJETIVOS: Evaluar la curva de aprendizaje y la seguridad de la implementación de la RCM por vía laparoscópica con anastomosis intracorpórea para el cáncer de colon derecho.MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a una colectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea por cáncer de colon derecho entre enero de 2016 y junio de 2023. Se recolectaron variables clínicas, perioperatorias e histopatológicas. Se realizó un análisis de suma acumulativa (CUSUM) entre el tiempo operatorio y el número de casos. Los puntos de quiebre de la curva de aprendizaje se estimaron utilizando el modelo de línea quebrada. Se utilizó un método de emparejamiento por puntaje de propensión (PSM) para comparar los resultados de RCM y colectomía derecha laparoscópica convencional.RESULTADO: 290 pacientes se sometieron a colectomía derecha laparoscópica durante el período de estudio. 108 cumplieron con los criterios de inclusión. Después del PSM, se compararon 56 pacientes no-EMC y 28 pacientes EMC. El grupo RCM mostró una tendencia no estadísticamente significativa a un mayor tiempo operatorio (201 versus 195 minutos; p=0.657) y una estadía hospitalaria más corta (3 versus 4 días; p=0.279). No se encontraron diferencias significativas en las tasas totales de complicaciones. El análisis de correlación identificó una tendencia significativa hacia la reducción del tiempo operatorio con el aumento del número de casos (coeficiente de correlación de Pearson=-0.624; p=0.001). Según el análisis CUSUM, se consideró que la curva de aprendizaje institucional se completó después de 13 casos y el modelo de línea quebrada identificó tres fases: aprendizaje (1-6 casos), consolidación (7-13 casos) y maestría (después de 13 casos).CONCLUSIÓN: La curva de aprendizaje de la RCM laparoscópica para el cáncer de colon derecho se puede lograr después de 13 casos en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y cirujanos familiarizados con esta técnica. Su implementación en este entorno parece ser tan segura como realizar una colectomía derecha convencional.

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA DURANTE LA COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA

Javier Vela, Christophe Riquoir, Cristián Jarry, Felipe Silva, Nicolás Besser, Gonzalo Urrejola, María Elena Molina, Rodrigo Miguieles, Felipe Bellolio, José Tomás LarachPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Después de la resección durante una colectomía derecha laparoscópica (CDL), la reconstrucción se puede realizar con una anastomosis intracorpórea (AI) o extracorpórea. Aunque los beneficios de la AI están bien documentados, su implementación ha sido lenta debido a una curva de aprendizaje (CA) pronunciada, principalmente asociada con la sutura intracorpórea.OBJETIVOS: El objetivo es evaluar la curva de aprendizaje de la anastomosis intracorpórea en la colectomía derecha laparoscópica.MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a una CDL con AI entre enero de 2016 y junio de 2023. Se recolectaron variables clínicas, perioperatorias e histopatológicas. Se realizó un análisis de suma acumulativa (CUSUM) entre el tiempo operatorio y el número de casos. También se analizó el "éxito quirúrgico" como un resultado compuesto mediante la realización de una gráfica CUSUM. Se consideró que un caso era "exitoso" si el tiempo operatorio y la duración de la estancia postoperatoria estaban por debajo de 1.5 desviaciones estándar de la muestra total y no ocurrían complicaciones postoperatorias. El número de casos para completar la CA se determinó en función de estos análisis. Se compararon los resultados perioperatorios antes y después de la CA.RESULTADO: Doscientos noventa pacientes se sometieron a una CDL durante el período de estudio. Sesenta y siete cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis de correlación identificó una reducción significativa en el tiempo operatorio con el aumento del número de casos (p=0.034). Las complicaciones totales durante el período de implementación fueron del 25.3%, con un 6% de complicaciones graves. El análisis CUSUM del tiempo operatorio identificó una tendencia descendente consistente después del caso 36 y el análisis CUSUM del éxito quirúrgico después del caso 37. Se establecieron dos fases: pre-CA (caso 0-37) y post-CA (38-67). La comparación pre-CA y post-CA reveló una disminución significativa en el tiempo operatorio (187 vs 177.8 minutos; p=0.016) y en la duración de la estancia hospitalaria (4 vs 3 días; p<0.001). No se detectaron diferencias en las tasas de complicaciones generales, complicaciones graves o reoperaciones.CONCLUSIÓN: La CA de la AI laparoscópica se puede lograr después de 37 casos en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

IMPACTO DE LA QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CRS Y HIPEC POR PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DE ALTO GRADO DE ORIGEN APENDICULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Javier Vela, Juan Alvarado, Hernán Zúñiga, María Elena Molina, Bruno Nervi, Satish Warrier, Alexander Herriot, Mikaël Soucisse, José Tomás LarachPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: El tratamiento del pseudomixoma peritoneal (PMP) derivado de neoplasias apendiculares de alto grado está bien establecido. En este contexto, una estrategia agresiva que incluye cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CRS/HIPEC) puede lograr una sobrevida global a 5 años de hasta el 80%. Se ha buscado un mejorar la sobrevida de estos pacientes mediante la inclusión de quimioterapia sistémica con el objetivo teórico de disminuir la carga tumoral. Sin embargo, su impacto sigue siendo incierto.OBJETIVOS: Analizar el impacto de la quimioterapia sistémica perioperatoria en la sobrevida de pacientes con PMP de alto grado de origen apendicular, tratados con CRS/HIPEC.MATERIAL Y MÉTODO: De acuerdo con las guías PRISMA, se realizó una revisión sistemática de la literatura hasta diciembre de 2023. Se incluyeron estudios que compararan pacientes con PMP de alto grado de adenocarcinoma apendicular tratados con CRS/HIPEC con y sin el uso de quimioterapia sistémica (neoadyuvante, adyuvante o perioperatoria - neoadyuvante más adyuvante-). Se agruparon y compararon los resultados.RESULTADO: Tras revisar 2152 publicaciones, se analizaron siete artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los estudios fueron análisis retrospectivos. Los resultados mostraron una ventaja en la supervivencia global para los pacientes que no recibieron quimioterapia neoadyuvante, con un riesgo relativo (RR) a 3 años de 0.67 (IC 95%: 0.52–0.88; p=0.003) y un RR a 5 años de 0.74 (IC 95%: 0.57-0.96; p=0.025). No se observó un beneficio significativo en la supervivencia con la quimioterapia perioperatoria, con una tendencia a favorecer la omisión de la terapia sistémica. Las complicaciones quirúrgicas y los resultados operativos no mostraron diferencias significativas entre los grupos.CONCLUSIÓN: Este estudio indica que la quimioterapia sistémica puede no impactar significativamente la sobrevida de pacientes con PMP de alto grado de origen apendicular sometidos a CRS/HIPEC. Sin embargo, se requieren estudios prospectivos con nomenclatura estandarizada para validar estos hallazgos.

SÍNDROME DE VALENTINO: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Macarena Saavedra Tilleria, Amador Montero RiveraHospital San José.INTRODUCCIÓN: El síndrome de Valentino es un síndrome poco común, en donde existe una perforación gástrica o duodenal, con liberación de contenido hacia la cavidad y acumulación de este en fosa iliaca derecha, causando una apendicitis química. El diagnóstico precoz es esencial debido a que el retraso en la identificación y resolución quirúrgica de una úlcera péptica perforada aumenta la morbimortalidad. OBJETIVOS: El propósito de este trabajo es presentar un caso clínico de este síndrome, para tener esta patología en consideración como diagnóstico diferencial al momento de la evaluación de nuestros pacientes en el servicio de urgencias. MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico de síndrome de Valentino tratado en conjunto por el equipo de cirugía del servicio de urgencias y coloproctología en el Hospital San José de Santiago en octubre 2023.RESULTADO: Paciente masculino de 18 años, sin antecedentes mórbidos, ingresa al servicio de urgencias por un cuadro de instalación súbita de dolor abdominal en epigastrio, transfixiante. Hemodinámicamente estable, pálido, sudoroso con irritación peritoneal al examen físico, se realiza TAC abdomen y pelvis con contraste en donde se evidencia neumoperitoneo. Ingresa a pabellón de urgencias, donde se realiza laparotomía media supraumbilical, se evidencia lesión de 1x1cm en cara anterior de cuerpo gástrico, se realiza rafia y parche tipo graham, sin identificar otras lesiones. Al día siguiente, se revisa informe de TAC realizado al ingreso el cual describe una apendicitis aguda con posible perforación. Se decide reexportación por misma laparotomía, se evidencia apéndice cecal congestivo, sin signos de perforación, se realiza apendicectomía. Paciente evoluciona favorablemente y se decide alta.CONCLUSIÓN: La presencia de neumoperitoneo es sugerente de perforación de una víscera hueca, en este caso se evidenció como hallazgo la perforación de la úlcera gástrica. La correcta evaluación clínica, correlacionada con las imágenes de TAC, pudieron permitir que se realizará un correcto abordaje quirúrgico de este paciente y evitar una mayor morbimortalidad asociada a un retraso en la reparación de la perforación gástrica. El hecho de no contar con un radiólogo de turno, que pudiese informar los TAC en forma simultánea a una evaluación de la historia clínica del paciente puede haber sido un factor determinante en el desarrollo del informe del TAC, que pudiese haber llevado a confusión al momento de decidir el manejo quirúrgico. Es fundamental conocer este síndrome que puede imitar una apendicitis aguda y considerar la valoración de la anamnesis junto con la imagenología para guiar la decisión quirúrgica.

ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSIS MANUAL INTRACORPÓREA EN COLECTOMÍAS DERECHAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS

Christian König P., Carla Carvajal R., José Vivanco A., Claudio Benavides Y., Eduardo Larenas R., Misael Ocares U. , Gino Caselli M.Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La colectomía videolaparoscópica (VL) es el 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.OBJETIVOS: Analizar la tasa de filtración 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 julio 2023. Se evaluó filtración de anastomosis, conversión a técnica abierta, tasa de reoperación, tiempo operatorio, morbilidad postoperatoria, tiempo de estadía hospitalaria, mortalidad temprana (7 días) y mortalidad tardía (30 días). Análisis estadístico: estadística descriptiva.RESULTADO: De 24 pacientes,14 fueron hombres, edad promedio 65,8 años (30-85). Tamaño tumoral promedio 5,82 cms (2-10). 79% de los pacientes presentaron comorbilidad, con índice de Charlson promedio de 3 (2-8). Tiempo promedio de la cirugía 187 minutos (130-270). Sin filtración, conversión ni mortalidad.CONCLUSIÓN: La anastomosis manual intracorpórea en colectomías derechas es segura y reproducible manteniendo los beneficios de la técnica intracorpórea mecánica.

ADENOCARCINOMA APENDICULAR DE CÉLULAS DE GOBLET. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Carla Carvajal R., Eduardo Larenas R., Gino Caselli M., Christian König P., Claudio Benavides Y., José Vivanco A., Francisco Mucientes H.Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: El Adenocarcinoma apendicular de células caliciformes (Goblet cell Carcinoma) es un tumor que histopatológicamente tiene componentes de adenocarcinoma y tumor neuroendocrino. Se caracterizan por tener peor pronóstico que los carcinoides comunes y debido a su baja prevalencia, su tratamiento ideal sigue siendo materia de controversia.OBJETIVOS: Presentar caso de adenocarcinoma apendicular de células caliciformes y su manejo basado en revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso.RESULTADO: Masculino, 57 años, sin antecedentes mórbidos, sometido a apendicectomía laparoscópica de urgencia en contexto de apendicitis aguda; cuya biopsia informa Adenocarcinoma de Células tipo Goblet, con invasión hasta la subserosa y margen de sección positivo. Se completa etapificación con colonoscopía y Tomografía de tórax, abdomen y pelvis que concluyen sin diseminación a distancia; se discute caso en comité oncológico y se decide realizar colectomía derecha laparoscópica D3, la cual se lleva a cabo sin incidentes y paciente evoluciona sin complicaciones. Se recibe biopsia que informa infiltración focal de la pared colónica por adenocarcinoma de células de tipo Goblet, con compromiso de la subserosa y márgenes libres, sin compromiso ganglionar, por lo que se decide seguimiento.CONCLUSIÓN: Los adenocarcinomas de células de Goblet corresponden a una rara entidad dentro de los tumores apendiculares, por su comportamiento particularmente agresivo, su manejo involucra realizar la colectomía con criterio oncológico en todos los casos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS INTESTINAL Y SUS RESULTADOS FUNCIONALES EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN

Eduardo Larenas R., Christian König P-L., Gino Caselli M., José Manuel Vivanco A., Claudio Benavides Y., Carla Carvajal R., Raúl Riquelme M., Osvaldo Luengo V., Damarys Ramos R.Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La endometriosis profunda es una patología frecuente que afecta principalmente a mujeres jóvenes, con repercusión en el ámbito laboral, funcional y reproductivo. El correcto estudio preoperatorio y el abordaje multidisciplinario de esta patología, permite un tratamiento eficaz, evitando múltiples intervenciones.OBJETIVOS: Describir la experiencia de un equipo multidisciplinario para el tratamiento de la endometriosis profunda en un hospital público y los resultados quirúrgicos y funcionales de una serie de casos. MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de las pacientes sometidas a cirugía de endometriosis intestinal con participación del equipo multidisciplinario, operados entre agosto 2021 y abril 2024. Se analizaron los resultados quirúrgicos, complicaciones, correlación del estudio preoperatorio con la pieza histológica y resultados funcionales (Síndrome de resección anterior de recto, LARS).RESULTADO: Un total de 21 pacientes operadas en conjunto (14 resecciones anterior de recto, 5 shaving y 2 resecciones discoides). Se realizó abordaje laparoscópico en todos los casos, dos de ellos convertidos a cirugía abierta (9,5%). El tiempo operatorio promedio fue de 220 minutos (100-365). No se registraron filtraciones anastomóticas con una tasa de complicaciones del 19%, siendo todas ellas en el grupo de resección anterior de recto (Clavien-Dindo II). La correlación entre los hallazgos intraoperatorios, histológicos e imágenes fue de un 90%. En cuanto a resultados funcionales, dos pacientes presentaron un LARS mayor. CONCLUSIÓN: El manejo multidisciplinario permite el abordaje integral de pacientes portadoras de endometriosis intestinal, obteniendo una baja tasa de morbimortalidad y adecuados resultados funcionales.

TRATAMIENTO DE FISTULAS PERIANALES COMPLEJAS MEDIANTE USO DE PLASMA RICO EN FIBRINA Y LEUCOCITOS. PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Francisco Báez R., Eduardo Larenas R., José Vivanco A., Gino Caselli M., Claudio Benavides Y., Christian König P-L., Carla Carvajal R.Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la fístula perianal compleja constituye un desafío para el cirujano, porque requiere entregar una elevada tasa de curación, preservando el máximo posible de esfínter. Es por ello que se han descrito múltiples técnicas y con resultado variable en las tasas de curación, que va del 30 al 75%. OBJETIVOS: Describir la técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento de fístula perianales complejas mediante el uso de plasma rico en fibrina y leucocitos. CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de un paciente de 59 años, con diagnóstico de fístula perianal compleja. Al examen físico se evidencian dos orificios fistulosos en el cuadrante anterior derecho con un trayecto fibroso lineal hacia el ano. La resonancia magnética muestra una fístula de trayecto transesfinteriano con dos trayectos ubicados en el cuadrante anterior derecho. El procedimiento se realiza bajo anestesia espinal. En posición de litotomía se realiza la exploración anal y se procede con la canulación de ambos trayectos fistulosos. Luego se reseca el orificio fistuloso externo junto con el trayecto hasta alcanzar el esfínter anal externo. Posteriormente realizamos un curetaje del trayecto en su porción transesfinteriana y resección del orificio fistuloso interno. En el intertanto, se ha obtenido una muestra de sangre arterial mediante sistema Vacutainer y extraídos en 4 tubos de muestra sin aditivos. Los tubos son centrifugados durante 12 minutos a 2700 RPM en una centrífuga de la marca Scilogex, modelo DM0412 LCD. Finalizado este proceso, se obtiene el plasma rico en fibrina y leucocitos que se disponen en placa de prensado con una presión de ochenta gramos por cinco minutos (PRF KIT). Finalmente se aplica la lámina de PRF en el trayecto fistuloso tratado y se procede a su fijación en el orificio fistuloso interno, el cual se cierra con material de sutura (Poliglecaprone 25) El procedimiento finaliza con el afrontamiento de la porción extraesfinteriana del trayecto.

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE LESIONES RECTALES: DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA INICIAL

Felipe Silva P.[1], Gonzalo Latorre S.[2], Paola Hunfa3[1], Antonio Pausin[4], Felipe Bellolio R.[1], Andrés Donoso D.[11]Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile; [3]Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; [4]Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés de Illapel, Servicio de Salud Coquimbo. INTRODUCCIÓN: Las resecciones endoscópicas se han convertido en una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de lesiones rectales complejas. En este contexto, lograr márgenes laterales y profundos negativos permiten un tratamiento curativo para lesiones extensas. Sin embargo, la maestría de la técnica requiere entrenamiento, con su respectiva curva de aprendizaje. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir la experiencia inicial de resecciones endoscópicas submucosas (ESD) de lesiones epiteliales rectales.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad sometidos a ESD debido a la presencia de una lesión epitelial rectal en la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 2015 y 2024. Se recopilaron variables demográficas, endoscópicas, protocolos de resección e histopatología. Se definió como resección en bloque la resección de la lesión en una sola pieza completa y recidiva como la recurrencia de tejido neoplásico en el lecho de resección en el control endoscópico a partir de los 3 meses. RESULTADO: Se incluyeron 48 pacientes con una edad media de 64 años (SD ±12,4) y 58,3% (n=28) mujeres. El tamaño mediano de las lesiones fue 40 mm (IQR 30-70). Se logró una resección en bloque del 93,8% (n=45) de las lesiones, con criterios de resección curativa en el 85,4% (n=41) de los casos. En total, 3 de los 7 pacientes que no cumplieron resección curativa requirieron manejo quirúrgico con una resección anterior de recto. El 29,2% (n=14) de las lesiones correspondieron a adenocarcinomas (T1a = 8, T1b = 6), 43,8% (n=21) y 16,7% (n=8) a displasias de alto y bajo grado, respectivamente. Por último, 10,4% (n=5) de los casos correspondieron a lesiones benignas (pólipos inflamatorios o hiperplásicos). Las principales complicaciones asociadas fueron estenosis en el 10,4% (n=5), sangrado tardío 6,3% (n=3) y perforación 4,2% (n=1). Con una mediana de seguimiento de 30 meses (IQR 16-59) no se observó mortalidad perioperatoria ni muerte relacionada a cáncer colorrectal. CONCLUSIÓN: La ESD es una técnica efectiva para el tratamiento de lesiones rectales complejas. Su implementación es factible en Chile.

RESECCIÓN MULTIVISCERAL PÉLVICA CON RESECCIÓN VASCULAR Y ÓSEA TRAS BYPASS FEMORO-FEMORAL EN RECIDIVA DE CÁNCER DE COLON CON COMPROMISO DE LA ARTERIA ILÍACA COMÚN

Felipe Silva[1], Javier Vela[1], Megan Neumann[1], Leopoldo Mariné[2], Cecilia Besa[3], Alejandro Majerson[4], José Miguel Zuñiga[5], Gonzalo Urrejola[1], José Tomás Larach[1] [1]Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Departamento de Cirugía Vascular, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [3]Departamento de Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [4]Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [5]Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Militar de Chile, Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: El enfoque agresivo para la recidiva de cáncer colorrectal, mediante una resección pélvica multivisceral está validado. Lograr una resección R0 es el factor pronóstico oncológico más importante; sin embargo, la dificultad técnica aumenta significativamente con estructuras vasculares u óseas comprometidas.OBJETIVOS: Descripción de una resección multivisceral pélvica con resección vascular y ósea tras bypass femoro-femoral en recidiva de cáncer de colon con compromiso de la arteria ilíaca común.MATERIAL Y MÉTODO: Caso ClínicoRESULTADO: Paciente femenina de 49 años con resección anterior baja y de íleon distal en bloque, anastomosis primaria e ileostomía terminal por cáncer de unión rectosigmoidea pT4N0M0 perforado con compromiso del ciego y peritoneo de la pared pélvica derecha, márgenes negativos. Se identificó una recurrencia 6 meses post-cirugía por hidroureteronefrosis derecha. PET-CT evidenció masa hipermetabólica en la pared pélvica derecha con compromiso ureteral. RMN reveló una lesión espiculada presacra que infiltraba yeyuno medio, vasos ilíacos derechos, aspecto anterior del músculo piriforme y parametrio derecho, con compromiso de la fascia presacra en S1. Sin evidencia de diseminación a distancia. Inició quimiorradioterapia, incompleta por obstrucción intestinal debido a infiltración tumoral del intestino delgado. La re-estadificación no evidenció respuesta local ni progresión sistémica, por lo que se decidió resección en bloque. Se realizó bypass femoro-femoral arterial; una semana después, resección pélvica radical con remoción en bloque de intestino delgado, uréter distal derecho, arterias ilíacas común y externa derechas, arteria y vena ilíaca interna derechas, músculo piriforme, raíz nerviosa S2, útero y ovarios. Además, se realizó una sacrectomía subcortical de S1. Se realizaron anastomosis yeyuno-yeyunal, colgajo de Boari y reimplantación ureteral. Anastomosis colorrectal e ileostomía intactas. Postoperatoriamente, desarrolló colección pélvica manejada con antibióticos intravenosos, y fue dada de alta 21 días después con antibióticos orales. La histopatología reveló adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado con infiltración de yeyuno, anexo derecho, uréter, arterias ilíacas común e interna y músculo piriforme. Márgenes libres, se identificó un ganglio linfático no metastásico. No se demostró infiltración ósea. Seis meses después, paciente permanece libre de enfermedad. CONCLUSIÓN: Las resecciones extendidas han surgido como intervenciones viables para neoplasias pélvicas localmente avanzadas o recurrentes. Cuando hay compromiso vascular, una evaluación preoperatoria es crucial para realizar un procedimiento con intención curativa, con alta probabilidad de lograr una resección R0. Evitar la reconstrucción vascular durante la resección reduciría teóricamente el riesgo de infecciones por injertos sintéticos, complicaciones infecciosas, tiempo operatorio e isquemia de extremidades inferiores. Estos procedimientos deben ser realizados por equipos multidisciplinarios con sólidos principios quirúrgicos oncológicos.

ESCISIÓN TOTAL DE MESORRECTO (TME) ROBÓTICA CON TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS CON DISPARO ÚNICO (TTSS) EN UN CÁNCER RECTAL T1 SM3 – VIDEO

Cristian Gallardo V., Alejandro Barrera E., Josefina Sepúlveda G., Felipe Illanes F., Gonzalo Contreras H., Macarena Fernández A., Carlos Melo L.Hospital San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: Uno de los principales riesgos de la cirugía colorrectal es la filtración de la anastomosis, que se vuelve más frecuente a medida que la anastomosis está más cerca del margen anal. Uno de los factores posiblemente asociados con el aumento del riesgo de filtración son los disparos múltiples de la grapadora, que generan líneas de grapas superpuestas y "orejas de perro," considerados puntos débiles de la anastomosis. Esto, combinado con el hecho de que la sección no se realiza bajo visión directa debido a la anatomía pélvica, ha llevado a la búsqueda de nuevos enfoques para la resección ultrabaja del recto. La técnica TTSS descrita por Spinelli et al. involucra una fase abdominal inicial, donde se moviliza todo el colon izquierdo, se dividen los vasos mesentéricos inferiores y se realiza la escisión total del mesorrecto. Luego, por vía perineal, se realiza una rectotomía de espesor total y se completa la movilización, permitiendo que la pieza completa sea extraída a través de la vía perineal. La sección del colon se realiza bajo visión directa con un solo disparo de la grapadora, eliminando los puntos débiles de la anastomosis, disminuyendo potencialmente las filtraciones anastomóticas y reduciendo el riesgo de compromiso del margen distal. Un estudio de cohorte prospectiva realizado por Spinelli et al. mostró que la técnica TTSS tuvo una tasa de filtración anastomótica más baja en comparación con la anastomosis doble grapada, así como una menor tasa de reintervención y menos complicaciones a los 90 días. Este video muestra un caso de TTSS asistido por robot. El enfoque robótico mitiga en gran medida los desafíos anatómicos de la pelvis, convirtiéndolo en un método ideal para las resecciones anteriores bajas.OBJETIVOS: Mediante el presente video se busca destacar y ejemplificar una técnica novedosa de resección de recto, que ha demostrado beneficios en cuanto a mayor seguridad en la anastomosis, y proporciona mejores resultados oncológicos, asegurando un margen negativo y una disección por el plano correcto.CONTENIDO DE VIDEO: Video que muestra un caso de TTSS asistido por robot. El video fue editado utilizando el programa “Adobe Premiere Rush”. El audio relata el video y proporciona información adicional sobre la técnica y sus beneficios. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente. Video original en 1080p Full HD (490 MB).

ABORDAJE MIXTO (LAPAROSCOPICO/TRANSPERINEAL) PARA LA RESECCIÓN DE LEIOMIOMA DEL TABIQUE RECTOVAGINAL

Eduardo Larenas Ricke[2], Carla Carvajal Rojas[2], José Vivanco Aguilar[1,2], Christian König Petit-Laurent[1,2], Claudio Benavides Yáñez[1,2], Gino Caselli Morgado[1,2], Raúl Riquelme Mendoza[1]1Unidad de Coloproctología. Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile; [2]Departamento de Cirugía Universidad de Concepción. Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: Los leiomiomas de localización anorrectal son tumores infrecuentes originados a partir del músculo liso de la vagina, de la pared rectal y en menor porcentaje del plano muscular del tabique rectovaginal (TRV). El manejo primario de esta entidad es quirúrgico. Sólo pocos casos han sido reportados en la literatura. OBJETIVOS: El objetivo de este video es presentar el abordaje mixto abdominal por abordaje laparoscópico y perineal para el manejo quirúrgico de un tumor del TRV.CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de una paciente de 50 años. Estudio preoperatorio evidencia lesión en tabique rectovaginal con origen probable en EAE con compromiso del espacio interesfinteriano. Se decidió un abordaje mixto laparoscópico y perineal. Se expone la técnica quirúrgica utilizada, histología y resultados funcionales en su seguimiento. Durante el tiempo laparoscópico se diseca el recto en su totalidad hasta identificar tumor de contornos bien delimitados no infiltrativo que parece depender del recto. Liberación de tumor en su aspecto craneal y lateral, iniciando así abordaje perineal por incisión perineal transversa, accediendo al espacio rectovaginal, liberando tumor de la pared posterior de la vagina. Evolución postoperatoria sin incidentes.

ADAPTACIOŃ TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO STOMA QUALITY OF LIFE AL ESPAÑOL CHILENO

Carla Carvajal R., José Vivanco A., Eduardo Larenas R., Gino Caselli M., Christian Kónig P., Claudio Benavides Y., Pamela Bilbao O.Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: Los pacientes sometidos a una ostomía como resultado de cirugía intestinal, experimentan importantes cambios en su calidad de vida, debido a factores físicos, emocionales y sociales. En este contexto, es crucial contar con instrumentos estandarizados y validados para evaluar calidad de vida en pacientes ostomizados.OBJETIVOS: Desarrollar la traducción y adaptacioń transcultural del instrumento Stoma Quality of Life (Stoma QoL) al espanõl que se habla en Chile.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio metodológico de adaptación transcultural desarrollado en 5 etapas; traduccioń, sıńtesis, retrotraduccioń, prueba preliminar y entrega; cada una de estas etapas auditada por un comite´de expertos que evaluó las distintas versiones del instrumento y genero´consensos para cada ítem. El análisis estadístico de validez y concordancia de la encuesta incluyó el cálculo del índice Kappa de Fleiss, CVR y alfa de Cronbach.RESULTADO: la traducción y retrotraducción del instrumento Stoma QoL siguió los pasos metodológicos para su adaptación transcultural. En la prueba piloto participaron treinta pacientes portadores de ostomías, obteniendo un valor alfa de Cronbach de 0,85, Kappa de Fleiss de 0,79 y cvr entre 0,7 y 1; lo cual da cuenta de la validez y concordancia de la encuesta aplicada.CONCLUSIÓN: Se obtuvo una versión traducida y adaptada al español que se habla en Chile del instrumento Stoma QoL, con alta concordancia y fiabilidad; lo cual permite su utilización, tanto en investigación como en la atención clínica de pacientes portadores de ostomía.

LINFADENECTOMÍA LATERAL LAPAROSCÓPICA DERECHA EN CÁNCER DE RECTO MEDIO GUIADA POR VERDE DE INDOCIANINA

Christian König P., Carla Carvajal R., Eduardo Larenas R., Gino Caselli M., José Vivanco A., Claudio Benavides Y., Raúl Riquelme M.Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La recurrencia local es uno de los mayores problemas del cáncer de recto. Una vía para disminuir la frecuencia de este problema es agregar la linfadenectomía lateral (LL) a la TME. Mientras la TME es el estándar de tratamiento, la LL es aún tema de debate. Uno de los problemas que enfrenta, es su dificultad técnica que implica determinar los correctos planos quirúrgicos para preservación nerviosa y vascular, resecando todo el tejido linfonodal del compartimiento iliaco interno y obturatriz. La utilización de verde de indocianina puede ayudar a la localización del tejido linfonodal. A continuación, presentamos un caso de linfadenectomía lateral derecha laparoscópica guiada por verde de indocianina. OBJETIVOS: Exponer la técnica de linfadenectomía lateral laparoscópica en cáncer de recto extraperitoneal, guiado por verde de indocianina.CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta paciente masculino, 78 años, portador de tumor de recto medio cT3bN1M0 con adenopatías sospechosas en compartimiento obturatriz e iliaco interno derechos, sometido a Terapia Neoadyuvante Total. Previo al inicio de la cirugía se realiza inyección submucosa de 1 mg de verde de indocianina a nivel del tumor, distribuido en los 4 cuadrantes bajo visión endoscópica. Una vez realizada la resección anterior de recto con técnica de TME estándar, se comienza la linfadenectomía lateral. El primer paso es la identificación del uréter derecho, el cual se deja referido con vessel loop. Se comienza la disección en dirección caudal, tomando como referencia el uréter, proyectándose hasta el fondo del compartimiento iliaco interno, hasta comunicar con el plano del TME. De esta forma generamos el segundo punto de referencia que es la pared medial de la LL (fascia vesicohipogástrica). Posteriormente se identifica la vena iliaca externa derecha, disecando hacia caudal con proyección posterior, identificando el musculo psoas y obturador derechos, conformando nuestro tercer punto de reparo, la pared lateral de la LL. Luego se continúa la disección siguiendo la vena iliaca externa hasta el límite con el compartimiento inguinal, ligando los vasos linfáticos a este nivel para prevenir la linforrea; conformándose así el cuarto punto de reparo de la LL (limite anterior) El quinto y último paso es la disección del tejido linfonodal en relación a la arteria iliaca interna y sus ramas, llegando hasta el piso del compartimiento iliaco interno y obturatriz hasta comunicarse con el plano del TME. Durante toda la disección se utilizó visión con verde de indocianina, identificando linfonodos en el compartimiento iliaco interno. * Se adjunta extracto del video*

COMPARACIÓN DE ANASTOMOSIS ILEOTRANSVERSA MECÁNICA Y MANUAL CON TÉCNICA LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA

Christian König P., Carla Carvajal R., Eduardo Larenas R., Misael Ocares U., José Vivanco A., Claudio Benavides Y., Gino Caselli M.Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La colectomía videolaparoscópica (VL) es el estándar para el tratamiento del cáncer de colon; en ella, la anastomosis se puede realizar de forma intracorpórea así como extracorpórea. Hay evidencia que muestra superioridad de la anastomosis intracorpórea en cuanto a 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. Esta última puede ser realizada mediante abordaje laparoscópico o a través de plataforma robótica, la cual otorgaría mayor facilidad técnica al operador. OBJETIVOS: Exponer un video comparativo de anastomosis ileotransversa intracorpórea mecánica y manual, utilizando abordaje laparoscópico y robótico. CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta en simultáneo la comparación en la confección de una anastomosis ileocólica con sutura mecánica de 60 mm, laterolaterales, anisoperistálticas, realizando posteriormente sutura de la enterotomía manual con Monocryl 3/0 continuo, utilizando ambos abordajes laparoscópico y robótico. En la segunda parte del video, se muestran dos anastomosis ileocólicas laterolaterales anisoperistálticas con técnica manual, una vez más realizadas por vía laparoscópica y robótica. * Se adjunta sólo un extracto del video original*

AUMENTO DE VOLUMEN PERIANAL SECUNDARIO A HIDRADENOMA PAPILÍFERO: REPORTE DE UN CASO

Alejandro J. Zárate, Valentina Mena P., Paula Salamanca Y., Valeria Agurto R. Universidad Finis Terrae, Clínica las Condes.INTRODUCCIÓN: El aumento de volumen anal es una causa común de consulta proctológico, lo más usual es patología hemorroidal y cuadro de abscesos anorrectales. Una causa poco frecuente es un hidradenoma papilífero, que es una neoplasia benigna derivada de células apocrinas, el que se presenta mayormente en mujeres.OBJETIVOS: Objetivo: Describir el caso de una mujer con aumento de volumen anorrectal, secundario a un adenoma papilífero. MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico, Mujer de 33 años puérpera de un mes. Desde el quinto mes de embarazo nota aumento de volumen anal, asociado a malestar progresivo que aumenta en la defecación. Al examen, la zona perianal lateral izquierdo presenta aumento de volumen (4 x 5 x 5 cm), semipediculada y superficie erosionada. Tacto rectal, sin masas intrarrectales. Exámenes: RPR: negativo HIV: negativo. Resonancia: neoplasia polipoídea dependiente del esfínter anal interno. Tomografía por emisión de positrones: Lesión sólido-quística de 60 x 53 x 25 mm exofítica en línea interglútea caudal, hipercaptante SUV máx 8,4. Cirugía: Resección de la lesión que presenta cercanía al complejo esfinteriano, sin invadirlo. Postoperatorio sin eventos adversos. Biopsia: Piel y mucosa revestida por epitelio escamoso con acantosis. Tejido conectivo subepitelial con proliferación bien delimitada de estructuras glandulares focalmente papilares y en parte quísticas, de bordes expansivos. En el tejido conectivo subepitelial hay espacios quísticos de revestimiento cuboide y cilíndrico sin atipias con algunas proyecciones papilares, adyacentes a glándulas anexas cutáneas. Diagnóstico: hidradenoma papilífero.RESULTADO: Este caso presenta a una mujer que desarrolla un aumento de volumen en región anal, durante el embarazo. La primera posibilidad en estos casos es la patología hemorroides, no obstante, las características de la masa hacen sospechar una patología alternativa. La TC-PET pudo describir de mejor forma la lesión, que al ser resecado fue compatible con un hidradenoma papilífero. Esta lesión es una neoplasia benigna derivada de células apocrinas, que es más frecuente en mujeres y si bien de aparición infrecuente, la zona más comprometida es el área de labios menores y mayores (90 a 95%). La presentación en zona anal es de incidencia muy baja. El rango etario (29 a 50 años) se cumple en esta paciente, así como sintomatología principal. La biopsia confirma el diagnóstico en la que destaca ser una lesión sólido-quística intradérmica con túbulos ramificados que forman complejas papilas.CONCLUSIÓN: En resumen, este caso nos refuerza la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales en el aumento de volumen anal no hemorroidal.

DIVERTICULITIS APENDICULAR, UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Marcela Orellana T., Javiera Campos M., Diego Vallejo P.Hospital San José.INTRODUCCIÓN: Los divertículos del apéndice son una entidad rara y poco estudiada en la literatura médica. Pueden complicarse con inflamación e infección y clínicamente simulan una apendicitis aguda. A diferencia de la apendicitis clásica, la diverticulitis apendicular puede presentar un cuadro clínico ambiguo y atípico, lo que complica su diagnóstico y manejo.OBJETIVOS: Determinar las características clínicas de la enfermedad diverticular del apéndice cecal, a propósito de un caso de apendicitis diverticular.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica de la paciente y revisión de la literatura.RESULTADO: Caso clínico Mujer consulta al servicio de urgencia por cuadro de 4 días de evolución compatible con apendicitis aguda. TC de abdomen y pelvis con contraste evidencia apendicitis aguda con posible perforación y signos de peritonitis focal. Se realiza apendicectomía abierta por McBurney, sin incidentes. Biopsia diferida evidencia hallazgos compatibles con enfermedad diverticular del apéndice cecal, complicada. Discusión: La enfermedad diverticular del apéndice cecal es una entidad infrecuente, con una prevalencia reportada que varía entre el 0,004% y el 2,1% en apendicectomías realizadas por sospecha de apendicitis aguda. La incidencia exacta es difícil de determinar debido a su rareza y a que generalmente se diagnostica retrospectivamente en el análisis histopatológico postoperatorio. La diverticulitis apendicular se presenta con síntomas similares a la apendicitis aguda, sin embargo, la primera ha sido asociada al género masculino, edad mayor a 30 años y dolor abdominal recurrente. Suele presentarse de manera aguda, similar a una apendicitis aguda, y crónica, con dolor abdominal inespecífico recurrente. Las imágenes son inespecíficas para el diagnóstico de diverticulitis apendicular, pero son útiles para diferenciar de otras causas de dolor abdominal. La principal complicación es la perforación con una mortalidad mayor cuando se compara con la apendicitis aguda y existe una mayor incidencia de presentar neoplasias apendiculares. Su tratamiento implica la apendicectomía y suele tener buen pronóstico tras la cirugía.CONCLUSIÓN: La enfermedad diverticular del apéndice suele ser un hallazgo incidental retrospectivo. Aunque es poco común, la diverticulitis apendicular imita clínicamente a la apendicitis aguda y afortunadamente la apendicectomía es el tratamiento de elección para ambos casos. Es prudente realizar una apendicectomía profiláctica en presencia de divertículos no inflamados debido al riesgo de inflamación futura, perforación y desarrollo de neoplasias apendiculares. Esta estrategia preventiva es crucial para minimizar complicaciones y mejorar los resultados a largo plazo en los pacientes.

GIST DE RECTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TUMORES DE RECTO

Víctor Manuel Pino Poblete, Lía Moyano Rivas, Javiera Díaz Instituto Nacional del Cáncer.INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimatosas raras que se originan en las células intersticiales de Cajal del tracto gastrointestinal. Representan el 1-3% de todos los tumores gastrointestinales y su localización más frecuente es el estómago, seguido del intestino delgado. La presentación en el recto es extremadamente infrecuente, y representa menos del 5% de los casos. El presente trabajo tiene como objetivo describir un caso de GIST de recto, abordando los desafíos diagnósticos y las estrategias terapéuticas utilizadas.OBJETIVOS: Describir un caso de GIST de recto, abordando los desafíos diagnósticos y las estrategias terapéuticas utilizadas.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 67 años presenta cuadro de rectorragia en noviembre de 2023, asociado con dolor anal. En Venezuela, se inicia un estudio con resonancia magnética (RM), que revela una gran masa neoplásica en el recto inferior con marcada estenosis luminal, sin compromiso de los tejidos perirectales. Se realiza una tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TAC TAP) donde además del engrosamiento de recto inferior, se observa una lesión hepática indeterminada en el segmento VIII. Se realiza una colonoscopía que muestra una lesión de aspecto neoplásico en el recto bajo, cuya biopsia informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La paciente consulta en el Instituto Nacional del Cáncer, donde es presentada al comité oncológico, y se decide iniciar neoadyuvancia asociada a colostomía en asa, para una evaluación posterior a la respuesta del tratamiento. La paciente rechaza el tratamiento propuesto y busca una segunda opinión. Se realiza un TC TAP que evidencia engrosamiento parietal de aspecto neoplásico en el recto inferior con aparente compromiso de la fascia mesorrectal y una lesión hepática hipodensa, indeterminada. Se complementa con una RM que determina un hemangioma hepático y un engrosamiento parietal polipoideo y neoplásico en el recto inferior, originado a 20 mm del margen anal, con dimensiones de 54x57x62 mm. Este compromete el espacio interesfinteriano izquierdo sin una clara visualización del esfínter ni de la fascia mesorrectal. Se observa una adenopatía mesorrectal posterior izquierda de 11x13 mm. El nivel de CEA es 0.8. Se realiza una colonoscopía, cuya biopsia no muestra tejido neoplásico. Ante esto, se decide realizar una nueva colonoscopía, complementada con una endosonografía. La biopsia resultante informa neoplasia maligna pobremente diferenciada con ulceración y compromiso local del canal anal y el recto, compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST), variante epiteloide. Los marcadores Pancitoqueratina, S100 y sinaptofisina son negativos, mientras que DOG1 es positivo. Se concluye que se trata de un GIST de recto de alto riesgo, cT3N1M0. Es presentada nuevamente al comité oncológico digestivo, donde frente a estos nuevos hallazgos, se decide tratamiento con inhibidores de la tirosina cinasa. RESULTADO: Identificación de un GIST de recto de alto riesgo, variante epiteloide, confirmado mediante biopsias y estudios inmunohistoquímicos. Se describe la respuesta diagnóstica y la decisión terapéutica tomada por el comité oncológico.CONCLUSIÓN: El manejo de los tumores GIST en el recto presenta desafíos únicos debido a su ubicación y comportamiento biológico. Es crucial mantener una alta sospecha clínica para un diagnóstico temprano y preciso, lo cual facilita la implementación de estrategias terapéuticas dirigidas a reducir el tamaño del tumor y optimizar la planificación quirúrgica. Este enfoque integral es fundamental para mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes afectados por esta condición.

NEOADYUVANCIA PARA GIST RECTAL CON IMATINIB Y POSTERIOR RESECCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Veronica Hamilton M., Aldo Cuneo G., Ximena Donoso P., Nicolás Riquelme I., Aldo Cuneo Z., Ernesto Melkonian T., Christian Jensen B.Facultad de medicina CAS-UDD.INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimatosas infrecuentes derivadas de las células intersticiales de Cajal. Los GIST rectales son sólo un 5% de este grupo de tumores. En el caso de los GIST rectales, dado que estos se ubican en la pelvis, cercano a otros órganos y a esfínteres, su resección puede implicar morbilidad significativa. OBJETIVOS: Reportar un caso de GIST rectal, destacando las medidas realizadas para lograr una resección completa y con preservación de esfínter.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de base de datos electrónica de Clínica Alemana.RESULTADO: Mujer de 43 años con antecedentes de hipertensión arterial y manga gástrica consulta por rectorragia de 3 días de evolución. Al examen físico destaca una lesión sólida en el tabique recto-vaginal. Se realiza colonoscopía que revela una lesión ulcerada de 30 x 20 mm en el recto bajo, pero biopsia no concluyente. Se continuo estudio con RNM que muestra una lesión de 64 x 50 x 68 mm en el área recto-vaginal. Se realiza biopsia por trucut en pabellón bajo anestesia, confirmando un tumor GIST con 9 mitosis en 5 mm² y CD117 positivo. TAC TAP no evidencia diseminación. Se indica terapia neoadyuvante con Imatinib, con buena respuesta, logrando reducción del tamaño tumoral. Se realiza resección con abordaje transperineal utilizando incisión arciforme y disección cuidadosa de pared vaginal posterior y pared rectal anterior. Enucleación completa del tumor. Biopsia definitiva muestra un tumor bien delimitado con más del 95% de degeneración hialina o necrosis organizada, sin figuras mitóticas, y resección final R0. Postoperatorio favorable. Dada de alta a las 24 horas.CONCLUSIÓN: Los GIST suelen ser hallazgos incidentales, pero los rectales son más sintomáticos, facilitando su detección. El tratamiento principal de los GIST es la resección R0, esencial para buenos resultados. Los GIST rara vez comprometen linfonodos, por lo que solo se realiza resección local del tumor. La resección debe ser cuidadosa, evitando rotura tumoral, ya que esto tiene un importante impacto negativo en el pronóstico. En los GIST rectales, dada su proximidad a otros órganos y esfínteres, su resección puede ser de alta morbilidad. En este caso, se realizó un abordaje transperineal que permitió la excisión completa del tumor, preservando la función esfinteriana, con un postoperatorio sin complicaciones y alta precoz. Imatinib, un inhibidor específico de la tirosina quinasa, utilizado como terapia adyuvante, reduce el riesgo de recurrencia y el tamaño tumoral, facilitando la resección y aumentando la tasa de preservación de esfínteres.

SÍNDROME DE LYNCH: CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS DEL REGISTRO DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Claudio Benavides Y.[1,2], Evelyn Rojas C.[1], Gino Caselli M.[1,2], Christian König P-L.[1,2], José Vivanco A.[1,2], Eduardo Larenas R.[2], Carla Carvajal R.[21]Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente; [2]Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La predisposición al cáncer, en especial el colorrectal (CCR), en el Síndrome de Lynch (SL) aumenta hasta 20 veces, junto con la aparición de otras neoplasias extra colónicas. Este síndrome corresponde a la causa más frecuente de cáncer colorrectal hereditario. De herencia autosómica dominante y edad de presentación del CCR 20 años antes al de tipo esporádico. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir la frecuencia de variantes patogénicas, edad de presentación y tipo de neoplasias presentes en 28 familias con SL. MATERIAL Y MÉTODO: Se analizó el registro de Cáncer hereditario de nuestro hospital (2015 – abril 2024) en búsqueda de familias con sospecha de SL.RESULTADO: De 77 familias a las que se las examinó, 28 (38%) se encontraron variantes patogénicas o probablemente patogénicas. El 71% afectan al gen MLH1, 18% y 7% a los genes MSH2 y MSH6 respectivamente y un paciente en el gen EPCAM (4%); con predominio femenino en un 57%. Al aplicar el modelo de predicción de SL (PREMM5) a los casos índice, el 96% de ellos presentaba muy alto riesgo de mutaciones. De los casos índice al ingreso en el registro, 25(89%) presentaban un CCR, siendo las ubicaciones más frecuentes con 15 en colon derecho (53%), 4(14%) colon izquierdo, transverso en 2(7%). La edad al diagnóstico del primer cáncer es en promedio de 42±11,1 años. Ocho (29%) han presentado un 2° cáncer, 6 CCR, 1 cáncer de endometrio y 1 Sarcoma. Un paciente ha presentado un tercer CCR. De los casos índice, 12(43%) cumplen criterios diagnósticos de Bethesda, 11(39%) de Ámsterdam, 4(14%) por sospecha inmunohistoquímica y 1 por hallazgo en panel solicitado por cáncer de mama. Existían 638 familiares en riesgo, 131 han presentado cáncer, 51 corresponden a CCR y 87 extra colónicos. Se realizó estudio de agregación en 68 familiares encontrándose un 48% de portación. Han fallecido por cáncer 74 familiares y 2 casos índice. CONCLUSIÓN: Los resultados presentados confirman la edad temprana de presentación, 20% de CCR metacrónicos, predominio de mutaciones en MLH1 y lateralidad derecha del CCR en el Síndrome de Lynch.

CALIDAD DE LA PIEZA OPERATORIA EN COLECTOMÍAS DERECHAS POR LAPAROTOMÍA TRANSVERSA EN CÁNCER DE COLON

Josefina Sepúlveda G., Cristián Gallardo V., Macarena Fernández A., Felipe Illanes F., Alejandro Barrera E., Carlos Melo L.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La laparotomía transversa (LT) es una alternativa para la cirugía electiva en el cáncer de colon derecho (CCD), por sus beneficios en la reducción del dolor postoperatorio y complicaciones pulmonares en comparación con la laparotomía media (LM). Sin embargo, la eventual limitación del campo operatorio podría afectar el tamaño de la pieza quirúrgica y por ende la cosecha ganglionar. OBJETIVOS: evaluar la calidad de la pieza operatoria obtenida mediante LT y compararla con la obtenida por LM y laparoscopía, además de comparar la morbimortalidad postoperatoria entre los tres abordajes.MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con CCD operados de manera consecutiva entre 2006 y 2016. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía resectiva con intención curativa por laparoscopía, LM y LT. Fueron excluidos los pacientes con cirugía por recidiva local. Se consideró adecuada una pieza operatoria con márgenes negativos y una cosecha ganglionar >12. Como indicador de calidad la proporción de pacientes con cosecha ganglionar adecuada debe ser >75%. Se evaluaron datos clínicos, perioperatorios y anatomopatológicos. Se determinó la morbimortalidad a 30 días según la clasificación Clavien-Dindo. El análisis estadístico analítico fue a través del programa R Studio considerando significativa una p <0.05, se realizó estudio descriptivo expresando resultados en mediana, promedios, valores absolutos y porcentajes.RESULTADO: fueron incluidos 167 pacientes, 58% eran mujeres, con una mediana 68.7 años de edad y la mayoría era ASA ? II. 75 fueron operados por laparoscopía, 63 por LM y 29 por LT. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en todos los casos. El promedio de ganglios cosechados fue similar en los tres grupos (LM 19, LAP 18, LT 16). El porcentaje de piezas operatorias con cosecha ganglionar óptima fue adecuado en todos los grupos sin diferencias estadísticamente significativas (LM 86%, LAP 81%, LT 76%. p=0,73). La morbilidad fue mayor en LT (45%) debido a complicaciones médicas. La tasa de reoperaciones fue 10% en LT y LM y 5% en laparoscopía. Sólo hubo 1 caso de mortalidad en la serie de causa coronaria. CONCLUSIÓN: Discusión: la LT demostró ser un abordaje oncológicamente seguro con una adecuada cosecha ganglionar en comparación con la LM y la laparoscopía en esta serie. No se evidenciaron los beneficios perioperatorios reportados en la literatura, posiblemente debido a los sesgos de un estudio retrospectivo con un número limitado de pacientes.

CARCINOMA MEDULAR DE COLON: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ximena Concha S., Natalia Farías G., Macarena Fernández A., Cristián Gallardo V., Carlos Melo L., Alejandro Barrera E. y Felipe Illanes F.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: el carcinoma medular de colon (CMC) es una neoplasia poco diferenciada extremadamente rara que representa sólo el 0.03% de todos los carcinomas colorrectales. Posee características clínico-patológicas específicas y pronóstico favorable en comparación con el adenocarcinoma colónico indiferenciado tradicional. OBJETIVOS: presentar dos casos de CMC.MATERIAL Y MÉTODO: análisis de las fichas clínicas, imágenes, protocolos operatorios, biopsias y desarrollo de una revisión bibliográfica.RESULTADO: Caso 1: mujer de 72 años, HTA y cardiópata coronaria. Consulta por anemia severa sintomática que requiere transfusión. La colonoscopía evidencia un tumor en colon ascendente con biopsia positiva para adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. La TAC TAP muestra engrosamiento parietal estenosante de colon ascendente de 4 cm de longitud. Se realiza colectomía derecha laparoscópica con resección en bloque de asa intestinal adherida, ileo-transverso y entero-entero anastomosis. Evoluciona favorable, alta al 3° día post operatorio. La biopsia de pieza operatoria revela un carcinoma medular de 6.5 por 4.5 cm T3N0M0, borde de crecimiento tumoral expansivo, respuesta linfocítica peritumoral e intratumoral acentuada e IMS + (MLH1 y PMS2 ausentes). Caso 2: mujer de 95 años, autovalente, con antecedentes de HTA y FA sin TACO. Presenta insuficiencia cardíaca descompensada secundaria a anemia severa que requirió trasfusión. Colonoscopía evidencia una lesión exofítica y ulcerada en ciego con compromiso del orificio apendicular y válvula ileocecal. Biopsia positiva para adenocarcinoma tubular poco diferenciado. La TAC TAP muestra un engrosamiento de ciego y colon ascendente de 8 cm de longitud. Se realiza resección ileocecal abierta con ileo-ascendo anastomosis. Evoluciona favorable, alta al 4° día post operatorio. La biopsia de la pieza operatoria revela un carcinoma medular de ciego ulcerado de 11 por 5.5 cm T3N0M0, con borde de crecimiento tumoral infiltrativo, respuesta linfocítica intra y peritumoral acentuada e IMS + (MLH1 y PMS2 ausentes). Actualmente ambas pacientes están asintomáticas sin evidencia de recidiva. CONCLUSIÓN: los CMC generalmente son tumores voluminosos de colon ascendente, con diferenciación glandular mínima, intensa infiltración linfocítica intra y peritumoral, IMS +, con bajos niveles de metástasis a ganglios linfáticos y a distancia, más frecuentes en mujeres mayores de 60 años, tal como se manifestó en los casos clínicos descritos. La inmunohistoquímica es fundamental para el diagnóstico diferencial, presentado pérdida de expresión de CDX2 y CK20, pero positividad para calretinina. El tratamiento es la resección oncológica y presentan mejor pronóstico que otros carcinomas indiferenciados colónicos.

HEMICOLECTOMÍA DERECHA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA CON ESCISIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON Y ESPLENECTOMÍA EN-BLOC PARA UN CÁNCER DE COLON TRANSVERSO

Christophe Riquoir, Javier Vela, Juan Alvarado, Nicolás Besser, José Tomás LarachDepartamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Las metástasis en los ganglios linfáticos del hilio esplénico son muy raras. Kim et al. reportaron una serie de 51 pacientes con cáncer de colon en el ángulo esplénico y esplenectomía, en la cual se identificaron dos casos de metástasis en el hilio esplénico. En este escenario, se requieren estrategias adaptadas para abordar la propagación del tumor y la afectación de las estructuras adyacentes. Hay algunos reportes de esplenectomía y colectomía, pero ninguno ha descrito una esplenectomía en bloque junto con una colectomía derecha extendida y escisión completa del mesocolon (CME). En los cánceres de colon transverso, la CME requiere la resección radical del tejido linfático que recubre los vasos mesentéricos superiores, incluyendo la resección del epiplón y de los ganglios linfáticos peripancreáticos. OBJETIVOS: Demostrar la factibilidad de realizar una esplenectomía en bloque durante una hemicolectomía derecha extendida con CME en un cáncer de colon transverso con sospecha de metástasis en los ganglios linfáticos hiliares esplénicos.CONTENIDO DE VIDEO: El video muestra el caso de un hombre de 46 años diagnosticado con un cáncer obstructivo del colon transverso distal con sospecha de compromiso nodal en el hilio esplénico y en el territorio infrapancreático, a lo largo de la rama izquierda de la arteria cólica media. En este caso, se realizó una hemicolectomía derecha extendida laparoscópica con CME y esplenectomía en bloque. El curso postoperatorio no tuvo complicaciones. La histopatología reveló un adenocarcinoma poco diferenciado pT4aN1cMx. El bazo y sus ganglios linfáticos hiliares se reportaron libres de enfermedad. Aunque la disección en bloque es viable, todavía existen limitaciones significativas en las técnicas de imagen para diagnosticar metástasis en los ganglios linfáticos, lo que potencialmente limita los beneficios de este enfoque.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA INTERNA ESTRANGULADA POR BRIDA FIRME DEL TERCIO DISTAL DEL APÉNDICE CECAL CON LA RAÍZ DEL MESENTERIO. REPORTE DE UN CASO

Julio César Rubio BetancourtHospital Dr. Juan Noe Crevani.INTRODUCCIÓN: Las hernias internas son la protrusión de un órgano a través de una apertura peritoneal. Su presentación es infrecuente, se han reportado 0.2-0.9% casos en autopsias, pero en un alto porcentaje son asintomáticas. Aproximadamente entre el 0.5-4.1% de los casos de obstrucción intestinal se deben a una hernia interna. Son más frecuentes en el sexo masculino y típicamente se manifiestan entre la tercera y sexta década de la vida2,7. En los últimos años se ha visto un aumento en la incidencia en pacientes adultos debido al auge de la cirugía bariatrica y de los trasplantes hepaticos5. La etiología abarca desde defectos congénitos relacionados a la rotación intestinal en el periodo embrionario, hasta defectos adquiridos como antecedentes de cirugía o trauma, problemas circulatorios y respuesta inflamatoria. Los orificios herniarios son usualmente estructuras anatómicas preexistentes como forámenes, recesos y fosas. Por orden de frecuencia, las más prevalentes son la paraduodenal (53%), la pericecal (13%), las del foramen de Winslow (8%), transmesentérica y transmesocólica (8%), pélvica y supravesical (6%), mesocólica (6%) y trans omental (1- 4%). Las hernias de este tipo pueden ser asintomáticas si son fácilmente reductibles; sin embargo, la mayoría causan dolor epigástrico intermitente, dolor periumbilical y episodios recurrentes de obstrucción intestinal. Generalmente las manifestaciones ocurren cuando las hernias encarceladas generan obstrucción intestinal. Debido a esto, un retraso en el diagnóstico conlleva la progresión del cuadro clínico hasta que se presente la estrangulación de la misma, evento que aumenta de manera importante el riesgo de presentar complicaciones. En este contexto se presenta el caso de un paciente de 33 años con una obstrucción intestinal en asa cerrada secundaria a una hernia interna dada por una brida firme entre el 1/3 distal del apéndice cecal y la raíz del mesenterio con datos clínicos y radiológicos inespecíficos, por lo que el abordaje quirúrgico fue a herramienta más útil para confirmar la etiología del cuadro clínico. El presente artículo pretende informar la importancia de tener presente las hernias internas como diagnóstico diferencial de los cuadros insidiosos de obstrucción intestinal que, aunque es una presentación infrecuente, cobra alta relevancia debido a que el retraso en el diagnóstico genera una alta morbimortalidadOBJETIVOS: Presentar un caso clínico de Obstrucción intestinal en asa cerrada estrangulada secundaria a hernia interna dada por brida firme del tercio distal del apéndice cecal con la raíz del mesenterio, sin evidencia en la literatura nacional.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 33 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos quien acude a urgencia con cuadro clínico inespecífico de dolor abdominal y signos obstrucción intestinal sin respuesta al manejo medico inicial.RESULTADO: El paciente permaneció hospitalizado por cuadro de obstrucción inicial para manejo médico inicialmente con sonda nasogástrica a caída libre, reposo intestinal, hidratación parenteral, presentado exacerbación de la sintomatología en las 6 horas posteriores dado por mayor distensión abdominal y aumento del dolor abdominal por lo que se decide llevar a pabellón y se practica una laparotomía mediana infraumbilical constatando un apéndice cecal de 12 cm de longitud aproximadamente con brida firme en la punta adherido a meso de íleon distal generando una hernia interna conformada por 25 cm de asas delgadas en asa cerrada con cambios isquémicos reversibles a 5 cm de la válvula ileocecal (Figura 1, Figura 2).CONCLUSIÓN: El diagnóstico preoperatorio de las hernias internas, tanto clínico como radiológico, se torna difícil debido a que los pacientes pueden presentar síntomas inespecíficos y variables que abarcan desde dolor abdominal leve e intermitente hasta síntomas de obstrucción intestinal aguda. Por otro lado, es bien sabido que la apendicitis es una causa común de abdomen agudo tanto en niños como en la 3era y 4ta década de la vida, sin embargo, pensar que ésta puede complicarse generando una hernia interna, es un reto para cualquier especialista. Por esta razón, una alta sospecha clínica y establecer un diagnóstico transoperatorio, adquieren un papel fundamental en el tratamiento, como en el caso de nuestro paciente.

SOBREVIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO Y RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA TRAS NEOADYUVANCIA

Josefina Sepúlveda, Carlos Melo, Macarena Fernández, Cristián Gallardo, Felipe Illanes, Alejandro BarreraHospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: el tratamiento estándar del cáncer de recto medio e inferior localmente avanzado es la radioquimioterapia (RTQ) neoadyuvante seguido de cirugía radical. La ausencia de células neoplásicas viables en la pieza operatoria, definida como respuesta patológica completa (RPC), ocurre en el 12-27% de los casos y es considerada un factor pronóstico independiente de sobrevida en estos pacientes.OBJETIVOS: Objetivo principal: reportar la sobrevida global (SVG) y sobrevida libre de enfermedad (SLE) en pacientes con cáncer de recto operados con RPC posterior a la RTQ. Objetivo secundario: comparar los resultados de sobrevida de los pacientes con RPC con los obtenidos en pacientes operados con tumor viable de nuestra serie histórica. MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyó de manera consecutiva a todos los pacientes con cáncer de recto medio e inferior tratados con RQT operados entre 2009 y 2020 con biopsia de la pieza operatoria pT0N0M0. Se excluyeron los pacientes con datos incompletos o ficha clínica no disponible. Se utilizo estadística analítica con curvas de sobrevida estimada con método de Kaplan – Meier a través del programa R Studio y también estudio descriptivo expresando resultados en mediana, valores absolutos y porcentajes. RESULTADO: se operaron 604 pacientes por cáncer de recto entre el 2009 y 2020, de los cuales 227 recibieron neoadyuvancia y 20 pacientes (8.8%) tenían RPC. La edad promedio de este grupo fue 62 años, la mayoría eran mujeres (60%) y sin comorbilidades (50% ASA I). El 85% de los tumores era de recto medio y el 15% de recto inferior. En cuanto al tratamiento neoadyuvante, 14/20 pacientes (70%) fueron tratados con esquema largo y 6/20 (30%) recibieron esquema corto. La mediana de tiempo entre el término de la neoadyuvancia y la cirugía fue de 16.2 semanas (6.1 – 83.4). Durante 72 meses de seguimiento, 3/20 pacientes (15%) presentaron recidiva, todas a distancia (2 pulmonares y 1 hepática). La SVG a 10 años fue 83.6% (IC 95% 68-100) y la SLE a 3 años fue 77.9% (IC 95% 60.7-99.9), mejor que la reportada en pacientes operados en nuestro centro sin RPC (N=327), con un 63% de SVG y 58% de SLE a 5 años. CONCLUSIÓN: la SVG y SLE en pacientes con cáncer de recto operados con RPC son favorables y mejores que los publicados con tumor viable en la pieza operatoria de nuestro centro asistencial, resultados semejantes a los descritos en la literatura.

METÁSTASIS RECTAL DE CÁNCER CERVICOUTERINO: REPORTE DE UN CASO

Josefina Sepúlveda G., Víctor Marshall D., Macarena Fernández A., Alejandro Barrera E., Cristián Gallardo V., Felipe Illanes F., Carlos Melo L.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: el cáncer cervicouterino (CCU) es la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, el principal tipo histológico es el escamoso asociado en el 90% a VPH. El 9-27% presenta metástasis, principalmente a pulmón y linfonodos paraaórticos. Las metástasis gastrointestinales son excepcionales, existiendo solo 11 casos publicados.OBJETIVOS: presentar un caso de metástasis rectal por CCU. MATERIAL Y MÉTODO: análisis de la ficha clínica, imágenes, protocolos operatorios, biopsias y desarrollo de una revisión bibliográfica. RESULTADO: Caso clínico: mujer de 43 años, con antecedente histerectomía radical por CCU adenoescamoso FIGO IB2, de 1.9x 1.2 cm de superficie y 9 mm de profundidad con bordes, istmo, parámetros, ILV y ganglio centinela negativos; se indica seguimiento. A los doce meses se realiza un PET/CT FDG-18, pesquisando un nódulo hipermetabólico en recto superior. La RM de pelvis muestra una lesión polipoide intraluminal de 2,8 cm de diámetro, con implantación en la pared rectal anterior a 12 cm del margen anal, sugerente de recidiva neoplásica. La colonoscopía evidenció una lesión pediculada recto superior no susceptible de resección endoscópica, con biopsia positiva para carcinoma escamoso. Se realiza una resección anterior baja con anastomosis primaria, evolucionando favorable. La biopsia de la pieza operatoria evidencia una metástasis de carcinoma escamoso pobremente diferenciado en la pared rectal, de 2.6 x 1 cm, con compromiso hasta la subserosa, con la serosa sin compromiso neoplásico, asociado a VPH, con bordes quirúrgicos y linfonodos negativos. La IHQ corrobora el origen primario ginecológico con CK 5 (+) CK 6/7 (+), p16 (+) y CK20 (-) . Se indica adyuvancia con quimioterapia más Bevacizumab y posterior radioterapia.CONCLUSIÓN: Discusión: las metástasis gastrointestinales del CCU son extremadamente raras, no hay casos publicados en América Latina. El tiempo entre el tratamiento primario y la metástasis digestiva es de 2- 3 años, presentándose con síntomas tardíos e inespecíficas, lo que empobrece el pronóstico. En cuanto al diagnóstico, es crucial hacer la diferencia con un tumor escamoso primario rectal, planteado en ausencia de otro carcinoma escamoso primario no colónico, con exclusión de un carcinoma escamoso anal con extensión proximal e inexistencia de una fístula con epitelio escamoso al sitio del tumor, además de complementar la anatomía patológica con la IHQ. Actualmente no está claro el esquema de tratamiento para estos pacientes, en este caso se optó por manejarlo como falla pélvica precoz.

ADENOCARCINOMA DE LA ILEOSTOMÍA TERMINAL EN UNA PACIENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. REPORTE DE UN CASO

Josefina Sepúlveda G., Víctor Marshall D., Macarena Fernández A., Alejandro Barrera E., Cristián Gallardo V., Felipe Illanes F., Carlos Melo L.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: la poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por múltiples adenomas en el colon y recto con un altísimo potencial de malignización, por este motivo la mayoría de estos pacientes se sometan a una proctocolectomía con creación de un pouch ileal o una ileostomía terminal. Los casos de adenomas en la ileostomía en este contexto son excepcionales, se desarrollan en promedio 27 años después de realizar la ileostomía y también es probable que evolucionen a adenocarcinomas. OBJETIVOS: exponer el caso de una paciente portadora de PAF que presentó un adenocarcinoma en la ileostomía terminal 33 años posterior a la panproctocolectomía. MATERIAL Y MÉTODO: análisis de la ficha clínica, protocolo operatorio, biopsias y desarrollo de una revisión bibliográfica.RESULTADO: paciente mujer de 70 años, portadora de una PAF que en 1991 debuta con un cáncer de recto inferior manejada con una panproctocolectomía con ileostomía terminal. Posteriormente en 1993 se resecó un tumor desmoide de pared abdominal. La paciente se mantuvo asintomática en seguimiento. El 2023 presenta lesiones de aspecto polipoide en la superficie de la ileostomía con sangrado ocasional. Se realizó una ileoscopía que evidenció múltiples lesiones polipoides con biopsia compatible con adenomas tubulares con displasia de bajo grado rodeados de mucosa enteral normal. Se mantuvo en observación por 6 meses, período en que los pólipos aumentaron de tamaño por lo que el 2024 se realiza resección del segmento intestinal afectado y confección de una nueva ileostomía. La biopsia de la pieza operatoria evidenció un adenocarcinoma tubular bien diferenciado intramucoso en un adenoma túbulo velloso con displasia de alto grado, además de otros múltiples adenomas túbulo vellosos con displasia de alto y bajo grado. CONCLUSIÓN: a pesar de tratarse de una situación clínica muy poco frecuente, este caso resalta la importancia de mantener el seguimiento por largo plazo a los pacientes portadores de una PAF, con vigilancia tanto del reservorio ileal como de la ileostomía, ya que tienen altas posibilidades de desarrollar un nuevo tumor primario en el tranco gastrointestinal.

CARCINOMA MEDULAR DE COLON: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Ximena Concha S., Natalia Farías G., Macarena Fernández A., Cristián Gallardo V., Carlos Melo L., Alejandro Barrera E., Felipe Illanes F.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: el carcinoma medular de colon (CMC) es una neoplasia poco diferenciada extremadamente rara que representa sólo el 0.03% de todos los carcinomas colorrectales. Posee características clínico-patológicas específicas y pronóstico favorable en comparación con el adenocarcinoma colónico indiferenciado tradicional. OBJETIVOS: presentar dos casos de CMC. MATERIAL Y MÉTODO: análisis de las fichas clínicas, imágenes, protocolos operatorios, biopsias y desarrollo de una revisión bibliográfica. RESULTADO: Caso 1: mujer de 72 años, HTA y cardiópata coronaria. Consulta por anemia severa sintomática que requiere transfusión. La colonoscopía evidencia un tumor en colon ascendente con biopsia positiva para adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. La TAC TAP muestra engrosamiento parietal estenosante de colon ascendente de 4 cm de longitud. Se realiza colectomía derecha laparoscópica con resección en bloque de asa intestinal adherida, ileo-transverso y entero-entero anastomosis. Evoluciona favorable, alta al 3° día post operatorio. La biopsia de pieza operatoria revela un carcinoma medular de 6.5 por 4.5 cm T3N0M0, borde de crecimiento tumoral expansivo, respuesta linfocítica peritumoral e intratumoral acentuada e IMS + (MLH1 y PMS2 ausentes). Caso 2: mujer de 95 años, autovalente, con antecedentes de HTA y FA sin TACO. Presenta insuficiencia cardíaca descompensada secundaria a anemia severa que requirió trasfusión. Colonoscopía evidencia una lesión exofítica y ulcerada en ciego con compromiso del orificio apendicular y válvula ileocecal. Biopsia positiva para adenocarcinoma tubular poco diferenciado. La TAC TAP muestra un engrosamiento de ciego y colon ascendente de 8 cm de longitud. Se realiza resección ileocecal abierta con ileo-ascendo anastomosis. Evoluciona favorable, alta al 4° día post operatorio. La biopsia de la pieza operatoria revela un carcinoma medular de ciego ulcerado de 11 por 5.5 cm T3N0M0, con borde de crecimiento tumoral infiltrativo, respuesta linfocítica intra y peritumoral acentuada e IMS + (MLH1 y PMS2 ausentes). Actualmente ambas pacientes están asintomáticas sin evidencia de recidiva. CONCLUSIÓN: Discusión: los CMC generalmente son tumores voluminosos de colon ascendente, con diferenciación glandular mínima, intensa infiltración linfocítica intra y peritumoral, IMS +, con bajos niveles de metástasis a ganglios linfáticos y a distancia, más frecuentes en mujeres mayores de 60 años, tal como se manifestó en los casos clínicos descritos. La inmunohistoquímica es fundamental para el diagnóstico diferencial, presentado pérdida de expresión de CDX2 y CK20, pero positividad para calretinina. El tratamiento es la resección oncológica y presentan mejor pronóstico que otros carcinomas indiferenciados colónicos.

MANEJO DE DERMATITIS PERIOSTOMAL POR FÍSTULA ENTERO-ATMOSFÉRICA EN PACIENTE CON ABDOMEN ABIERTO. REPORTE DE UN CASO

Steffi Wachtendorff, Constanza VásquezHospital Félix Bulnes Cerda.INTRODUCCIÓN: La fístula entero-atmosférica (FEA) es una complicación grave del abdomen abierto, en donde, el contenido intestinal cae directamente a la herida al no tener tejidos blandos que la recubran. Uno de sus mayores problemas es el manejo de la dermatitis periostomal producida por la contaminación e irritación persistente del contenido intestinal.OBJETIVOS: Describir el manejo realizado en un paciente con FEA de difícil manejo. MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de un paciente con FEA, como complicación de una laparotomía de difícil manejo debido a una dermatitis periostomal, que se logra resolver asociando diferentes técnicas. RESULTADOS: Paciente de sexo masculino de 78 años, en que se realiza laparotomía más cirugía de Hartmann por cuadro de diverticulitis complicada, con posterior aparición de FEA. En una primera instancia, se decide manejo con sistema VAC (cierre asistido por vacío) para conducción de FEA e instalación de bolsa de colostomía para aislamiento de fístula. A pesar de esto, la cicatrización se vio dificultada dado una dermatitis periostomal persistente en relación a la FEA, por lo que se decide instalar un condón de látex suturado a la base de la mucosa de la fístula con la punta cortada, imitando un drenaje Penrose. El objetivo era guiar el contenido intestinal a la bolsa de colostomía y así evitar que tuviese contacto con la piel circundante. Con esto, se logró aislar la FEA creando un trayecto a través del condón, con posterior mejoría de la piel circundante, logrando el cierre y cicatrización de la piel. CONCLUSIÓN: DISCUSIÓN: La FEA supone un reto terapéutico para el cirujano por la dificultad de aislar el contenido intestinal. Una buena alternativa en estos pacientes es la utilización del sistema VAC asociado a otras técnicas descritas que permitan aislar la FEA.

ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL: REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javier Orrego S., Felipe Celedón P., Sebastián Uribe A.Servicio de Cirugía. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. Universidad de Valparaíso, Campus H. FACH.INTRODUCCIÓN: La endometriosis de pared abdominal se define como la presencia de implantes endometriósicos en la pared del abdomen. Esta condición genera un deterioro importante de la calidad de vida de las pacientes. En esta presentación de casos, se pretende profundizar en el tema y exponer 2 casos clínicos de endometriosis de pared abdominal con el propósito de evidenciar la efectividad del tratamiento quirúrgico como abordaje de esta enfermedad. OBJETIVOS: Comunicar 2 casos de endometriosis de la pared abdominal para evidenciar la efectividad del tratamiento quirúrgico como abordaje de esta enfermedad y revisar la literatura pertinente nacional e internacional.MATERIAL Y MÉTODO: Este es un estudio retrospectivo de reporte de casos. Se presenta la historia, examen físico, imágenes, técnica quirúrgica, resultados de la patología y el seguimiento de ambos pacientes.RESULTADO: Caso 1: Mujer de 38 años, multípara de 1 cesárea 6 años antes. Consulta por dolor abdominal catamenial desde su cirugía, asociado a masa de crecimiento paulatino, que al examen físico midió aproximadamente 7x7cm. Se solicitó estudio imagenológico que evidenció y delimitó lesión quística en pared abdominal. Se realizó cirugía encontrando una lesión nodular en el músculo recto abdominal. Se resecó completamente y la biopsia informó estructuras glandulares elongadas rodeadas por estroma endometrial en hipodermis y tejido muscular estriado. Al control de 2 años, se mantenía asintomática. Caso 2: Mujer de 37 años, consultó por dolor abdominal de 6 meses de evolución frente al Valsalva con una masa asociada. Interrogada retrospectivamente, no presentaba el típico dolor catamenial característico. Al examen físico se notó una masa reductible abdominal de 3 cm, por lo que se diagnosticó una hernia. La ecografía de partes blandas realizada apoyó el diagnóstico. En la cirugía se encontró un defecto, el cual, al ser explorado, presentó un nódulo que se resecó y envió a biopsia, la cual informó nódulo endometriósico. El control de 1 año mostró una paciente asintomática. CONCLUSIÓN: En base a las pacientes presentadas y la evidencia existente, podemos reafirmar que la resolución quirúrgica de la enfermedad es el tratamiento de elección para abordar esta enfermedad. Ambas pacientes presentaron biopsias que confirmaron la presencia de endometriosis y ambas tuvieron una evolución clínica satisfactoria luego de la intervención quirúrgica, sin necesidad de administrar terapias adicionales. Si bien, existe poco estudio con respecto a la endometriosis de pared abdominal, la clínica de las pacientes es muy característica y la evolución favorable luego de la resección de las lesiones.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA COLORRECTAL EN EL CONTEXTO DE UN PROTOCOLO ERAS®

Diego Marín G.[1], María Jesús Jugo D.[1], Valentina Castillo W.[1], Francisco López K.[2], Felipe Quezada D.[2], Alejandro Barrera E.[2], Claudio Wainstein G.[2], Josette Baudoin L.[3], Valeska Vargas L.[3]Clínica Universidad de Los Andes.INTRODUCCIÓN: La cirugía robótica ha surgido como una nueva estrategia en cirugía colorrectal, generando gran interés en la comunidad quirúrgica por sus beneficios en resultados funcionales y recuperación post operatoria. El programa ERAS® ha revolucionado la cirugía colorrectal generando aproximación multinivel para el cuidado del paciente, con un sistema de registro auditado y basado en la evidencia para mejorar la recuperación postoperatoria. OBJETIVOS: describir las características y resultados quirúrgicos de la serie de pacientes sometidos a cirugía resectiva colorrectal por técnica robótica, bajo la implementación del programa ERAS® en Clínica Universidad de Los Andes, durante los años 2023-2024MATERIAL Y MÉTODO: se extrajeron datos de los registros prospectivos de la base de datos del protocolo ERAS® de Clínica Universidad de Los Andes. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía resectiva primaria colorrectal por patologías malignas y benignas bajo técnica robótica entre los años 2023-2024. Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables estudiadasRESULTADO: 53 pacientes sometidos a cirugías respectivas de colon y recto, con una edad promedio de 60 años. Un 54% corresponden a diagnósticos oncológicos, sometidos a colectomías de sigmoides (45%) y colon derecho (25%), seguidos por resecciones anteriores (19%). La media de estadía hospitalaria fue de 4 días, con una tasa de complicaciones de 29.2%, siendo la de mayor impacto el íleo postoperatorio (14.6%), con un 8.3% de complicaciones Clavien-Dindo ≥ III, 3 de los cuales fueron intervenidos (6.3% del total). Los tiempos promedios de trocar y docking fueron de 12 y 10 minutos respectivamente, sin variaciones desde el inicio del programa. El tiempo de consola varió de un promedio de 125 minutos a 98 minutos entre las primeras y últimas registradas. Para el grupo robótico, se logró un compliance de ERAS de 71.4% promedio desde su implementaciónCONCLUSIÓN: el inicio de un programa de cirugía colorrectal bajo un protocolo ERAS® acreditado es una oportunidad para evaluar el cumplimiento de estándares de cuidado perioperatorio basados en evidencia, con un registro completo y auditado de antecedentes y resultados perioperatorios. Los datos obtenidos se asimilan a los reportados en la literatura en cuanto a outcomes post operatorios y curva de aprendizaje en tiempos quirúrgicos robóticos. El inicio de un programa robótico con aplicación de intervenciones basadas en evidencia y un registro confiable supone un desafío, siendo este un trabajo en desarrollo que permitirá evaluar su efecto en resultados quirúrgicos en un tiempo más

METÁSTASIS CECAL COMO RECIDIVA DE CÁNCER PULMONAR, UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE: REPORTE DE CASO

Diego Toledo G.[1], Hernán Arancibia A.[2], Catalina Hernández C.[3], Laura Mancilla B.[3], Juana Villalobos G.[41]Médico General, Unidad de Emergencias Adulto, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar; [2]Cirujano General, jefe de equipo de cirugía General, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile; [3]Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile; [4]Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile. INTRODUCCIÓN: El Cáncer Pulmonar es la neoplasia con mayor prevalencia y más alta tasa de mortalidad reportada, variando entre el 18 y 23%. Cerca del 50% de los casos presentan metástasis al momento del diagnóstico. Los órganos con mayor compromiso son: cerebro, huesos, hígado y glándulas suprarrenales. Diferentes estudios han reportado que las metástasis gastrointestinales son muy infrecuentes, con incidencia que varía entre el 0,3 y 1,75%, aumentando a un 4,6 a 14% en estudios post mortem. En particular, las metástasis a nivel colorrectal han reportado una incidencia cercana al 0,5%, siendo el ciego la ubicación más infrecuente de estas.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de cáncer pulmonar con metástasis cecal.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información de la ficha clínica del paciente y se realizó una búsqueda bibliográfica en los metabuscadores PubMed, Epistemonikos y LILACS.RESULTADO: Masculino de 63 años con antecedentes de Enfermedad de Parkinson, con diagnóstico de Cáncer Pulmonar del Lóbulo Superior Derecho tratado con lobectomía y quimioterapia adyuvante entre 2013-2014, consultó en marzo de 2017 por dolor abdominal y pérdida de peso de 10 kg. Los estudios revelaron anemia severa y una tomografía computada de abdomen y pelvis sugirió un posible proceso proliferativo primario cecal. En mayo de 2017, una colonoscopía confirmó una lesión mamelonada, indurada y friable en el ciego, con biopsia que informó colitis crónica leve y atipias indefinidas, indicando sospecha de Cáncer de Colon. Se realizó una hemicolectomía derecha abierta en junio de 2017, con hallazgo intraoperatorio de lesión tumoral de 5 cm en el ciego, con biopsia que identificó un adenocarcinoma anaplásico de células grandes con compromiso de ganglios linfáticos y permeación linfovascular y peri neural. La Inmunohistoquímica inicial sugirió un patrón de carcinoma anaplásico indiferenciado, sin embargo, al utilizar el marcador TTF1, resultó positivo, determinando un origen pulmonar de la lesión. Comienza tratamiento con quimioterapia adyuvante, falleciendo en julio de 2018.CONCLUSIÓN: La metástasis colorrectal en pacientes con cáncer pulmonar es infrecuente. Los síntomas gastrointestinales suelen ser confundidos con efectos secundarios de la quimioterapia, dificultando el diagnóstico precoz. El uso preoperatorio de tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodeoxiglucosa muestra potencial para identificar metástasis gastrointestinales derivadas del cáncer pulmonar, lo que podría mejorar significativamente los resultados terapéuticos al facilitar una terapia dirigida y una estadificación precisa desde etapas tempranas. La comprensión de las características clínicas y biológicas de estas metástasis es fundamental para orientar estrategias de tratamiento personalizadas y mejorar el pronóstico de los pacientes afectados.

VALOR PREDICTIVO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA PARA DESCARTAR DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA

Diego Gianetti, Alexis Delgado, Francisco Rivera, Fabio Paoletto, Fernando Saelzer, Emilio Decinti, Manuel Lizana-Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La dehiscencia anastomótica, sigue siendo una de las complicaciones más temidas de la cirugía colorrectal. La medición de PCR parece ser un método rentable para guiar el seguimiento postoperatorio. OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la proteína C reactiva (PCR) como predictor de dehiscencia de anastomosis (DA) en cirugía colorrectal (CCR) laparoscópica, medida en los días 2 y 4 postoperatorios.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 172 pacientes sometidos a CCR en el Hospital San Juan de Dios, durante el 2017 y el 2024. Se excluyeron los pacientes con resecciones multiviscerales, metastasectomías hepáticas y a los que se les realizó ileostomía de protección. Se consideraron para el cálculo final 140 pacientes. Se evaluaron los niveles de PCR (mg/L) en los días 2 y 4 postoperatorios. Los datos de los pacientes fueron obtenidos de la ficha clínica electrónica “San Juan Digital” y el análisis estadístico fue realizado mediante el programa STATA.RESULTADO: Se analizaron tres tipos de anastomosis: ileocolónicas (51,43%), colorrectales (46,43%) e ileorrectales (2,14%). La tasa de dehiscencia que requirió reintervención fue de 6,43% en el periodo estudiado. El diagnóstico de DA se realizó en un 88,23% de los casos mediante tomografía computarizada contrastada de abdomen y pelvis. Los niveles de PCR en el día 2 presentaron una AUC de 0,84 y se determinó un punto de corte óptimo de 139,2 mg/L. La detección de dehiscencia anastomótica (DA) con la PCR en el segundo día mostró una especificidad del 87,0% (IC 95%: 79,7% - 92,4%) y un valor predictivo negativo (VPN) del 94,7% (IC 95%: 88,8% - 98,0%). Para los niveles de PCR en el día 4, la AUC fue de 0,97 y se determinó un punto de corte óptimo de 136,2 mg/L. La PCR en el día 4 mostró una sensibilidad del 94,1% (IC 95%: 71,3% - 99,9%) y una especificidad del 87,8% (IC 95%: y un VPN del 99,1% (IC 95%: 95,0% - 100%). El LR- de la PCR medida en el cuarto día fue de 0,07 (IC 95%: 0,01 - 0,45).CONCLUSIÓN: La alta sensibilidad y VPN, asociados al bajo LR-, especialmente un valor menor a 136,2 mg/L en el cuarto día postoperatorio, serían lo suficientemente confiables como para descartar la presencia de DA. Los resultados sugieren que la PCR es una herramienta excelente, no invasiva y rentable, para el seguimiento postoperatorio y la exclusión de dehiscencia anastomótica en este grupo de pacientes.

EXPERIENCIA DE USO DE ENDOPROTESIS COLONICA COMO PUENTE A CIRUGÍA ELECTIVA EN LA REGIÓN DE LOS RÍOS

Rodolfo Avendaño H., Leonardo Cárcamo G., Dr Alejandro Murua A., Andrés Vera S., Tomás Gutierrez, Julián Briones C., Josefina Avendaño W.Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) ha incrementado significativamente en la región de Los Ríos, Chile, con una incidencia de 31 por 100.000 habitantes. Aproximadamente, el 30% de los casos de CCR se presentan con obstrucción intestinal baja, requiriendo intervenciones urgentes. El uso de endoprótesis colónica como puente a la cirugía permite estabilizar a los pacientes, realizar estudios preoperatorios completos, optar por cirugías laparoscópicas oncológicas y reducir la necesidad de ostomías.OBJETIVOS: Evaluar la experiencia en la Región de Los Ríos en el uso de endoprótesis colónica para obstrucción intestinal baja como puente hacia la cirugía electiva.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo. Muestreo total de pacientes enrolados en una base de datos prospectiva entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de mayo de 2024. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 15 años con obstrucción colónica confirmada por TAC, entre el colon transverso distal y la unión rectosigmoidea. Criterios de exclusión: Endoprótesis colocadas con fines paliativos. La variable principal fue el éxito en la instalación de la endoprótesis, variables secundarias incluyeron características demográficas, complicaciones asociadas, tipo de abordaje quirúrgico posterior, necesidad de ostomías y filtración anastomótica. Estadística analítica realizada mediante Python 3.10. RESULTADO: Se incluyeron 37 pacientes, 22 (59.45%) mujeres, con una edad promedio de 66 (RIQ 17) años. La instalación de la endoprótesis fue exitosa en el 94.59% de los casos. Hubo una tasa de perforación del 8.1%, todas tratadas con operación de Hartmann de emergencia. La mediana de edad de los pacientes perforados fue de 73 vs 67 años, p 0.78. Del total, 36 (97.2%) tenía CCR y 1 (2.7%) por enfermedad diverticular. De los 34 pacientes que fueron operados de manera electiva, el 22 (64.7%) se realizó por vía laparoscópica. 29 (85.3%) pacientes no requirieron de ostomía postoperatoria. La tasa de filtración anastomótica fue del 5.8% y no se registró mortalidad relacionada con la endoprótesis o la cirugía.CONCLUSIÓN: El uso de endoprótesis colónica como puente a cirugía electiva es una alternativa segura para manejar la obstrucción intestinal baja, permitiendo cirugías programadas, por vía mínimamente invasiva y con baja incidencia de ostomías y filtraciones anastomóticas. Este estudio representa la mayor serie reportada en Chile sobre el uso de endoprótesis colónica como puente para la cirugía electiva.

CÁNCER COLORRECTAL EN LA XIV REGIÓN: UN ANÁLISIS ACTUALIZADO DE SU INCIDENCIA

Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño H., Dr Alejandro Murua A., Andrés Vera S., Ronaldo Villablanca V. Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) representa una carga significativa en la salud global. La incidencia de esta neoplasia muestra variaciones geográficas importantes, lo que subraya la necesidad de estudios epidemiológicos regionales detallados.OBJETIVOS: Este estudio se centra en la XIV Región de Chile, analizando la incidencia del CCR con el objetivo de identificar patrones específicos, tendencias temporales y caracterizar a dichos pacientes.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de incidencia poblacional basado en base de datos prospectiva del registro del cáncer del Hospital Base Valdivia, abarcando los años 2011-2023 y datos poblacionales del censo 2017. • Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer colorrectal, usuarios de FONASA. • Criterios de exclusión: Historial previo de CCR o procedencia fuera de XIV región. • Tamaño de la muestra: Se incluyeron 1280 casos mediante un muestreo total. • Variables del estudio: Variable principal es año de incidencia del CCR, variables secundarias incluyen edad, sexo, urbano/rural, comuna de origen, ubicación y estadio tumoral. • Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica para caracterizar la población e identificar tendencias en el tiempo, utilizando Python 3.10. RESULTADO: La incidencia cruda por cada 100.000 habitantes aumentó de 14.3 en 2011 a 30.7 en 2023, alcanzando máximo en 2022 con 37.2. La incidencia estandarizada por edad mostró un incremento de 12 en 2011 a 22.28 en 2023, con un pico en 2022 de 26.2. La mediana de edad fue de 68 años (RIQ 57-76), sin diferencias significativas en el tiempo. La incidencia en menores de 55 años aumentó en 0.9 casos/año, p <0.05. No se observaron diferencias por sexo. La mayoría de los casos provinieron de la comuna de Valdivia (51.4%). El 79.06% de los casos fueron urbanos. El 61.6% de los casos fueron de ubicación colónica, predominando colon izquierdo. La incidencia del cáncer de recto aumentó significativamente en 1.51 casos/año. El 70.3% de los diagnósticos se realizaron en estadios avanzados (III y IV).CONCLUSIÓN: La incidencia de CCR en la XIV Región de Chile ha experimentado un aumento alarmante, duplicándose entre 2011 y 2023. La concentración de casos en zonas urbanas y el aumento en pacientes de menor edad observado, plantean interrogantes sobre factores ambientales y de estilo de vida. La alta tasa de diagnósticos en estadios avanzados subraya la importancia de intensificar los esfuerzos en prevención y detección temprana.

ASOCIACIÓN ENTRE COLECISTECTOMÍA Y CÁNCER COLORRECTAL: UN LLAMADO A LA CAUTELA

Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño H., Alejandro Murua A., Andrés VeraInstituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) ha duplicado su incidencia en la XIV región en la última década, reflejando la interacción de múltiples factores de riesgo. Entre estos, la colecistectomía ha sido planteada como un posible contribuyente debido a su efecto en el metabolismo de los ácidos biliares. La extirpación de la vesícula biliar altera el equilibrio de estos ácidos, aumentando los niveles de ácido desoxicólico (DCA), un conocido factor carcinogénico. OBJETIVOS: Este estudio busca determinar la incidencia del CCR en pacientes colecistectomizados, comparándola con la incidencia regional general. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de incidencia poblacional basado en base de datos prospectiva del registro del cáncer del Hospital Base Valdivia, años 2011-2023, listado de pacientes colecistectomizados entre 2008-2023 y datos poblacionales del censo 2017. • Criterios de inclusión: Pacientes colecistectomizados por colelitiasis y diagnóstico de CCR, usuarios de FONASA. • Criterios de exclusión: Historia previo de CCR, cáncer al momento de colecistectomía, procedencia fuera de XIV región. • Tamaño de la muestra: Muestreo total, 12498 pacientes colecistectomizados y 1280 con CCR. • Variables del estudio: Variable principal es año de incidencia del CCR, variables secundarias incluyen tiempo entre colecistectomía y cáncer, edad y sexo. • Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica utilizando Python 3.10. RESULTADO: Se identificaron 58 pacientes que cumplieron criterios. 34 (58.6%) fueron mujeres. La mediana de edad al diagnóstico de CCR fue de 57 (RIQ 51-71) años, menor en mujeres que hombres (p 0.017). La mediana entre cirugía y CCR fue de 6 (RIQ 4-9) años. La incidencia cruda del CCR por cada 100.000 habitantes/año en pacientes colecistectomizados fluctúa entre 22.8 y 89.1, con promedio de 45.85, obteniendo una IRR de 1.81 (1.58-2.07) al compararlo con la incidencia del CCR global en ese mismo período. LA IRR es significativamente al largo de todos los años de estudio. 25 pacientes fueron operados en edad GES de colecistectomía, lo que sugiere una incidencia mayor de 53.09 (RIQ 34.9-72.89), p 0.45.CONCLUSIÓN: Este estudio revela una asociación intrigante entre la colecistectomía y un aumento en la incidencia de CCR en la XIV región. Con una tasa de incidencia relativa de 1.81, los pacientes colecistectomizados presentan un riesgo significativamente mayor, posiblemente debido a alteraciones en el metabolismo de los ácidos biliares. Estos resultados subrayan la necesidad de indicar correctamente la colecistectomía y optimizar el tamizaje para CCR en este subgrupo de pacientes.

USO RACIONAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño H., Alejandro Murua A., Andrés Vera, Ronaldo Villablanca V.Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: La realización de procedimientos endoscópicos presenta un riesgo significativo de infección para los profesionales de la salud y los pacientes. El uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) es esencial para mitigar este riesgo. Sin embargo, el uso intensivo de EPP incrementa los costos operativos y genera un impacto ambiental negativo. OBJETIVOS: Este estudio busca evaluar la magnitud del uso actual de EPP por procedimiento en una unidad de endoscopía avanzada.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional transversal realizado en la unidad de endoscopía de la Clínica Alemana de Valdivia durante 2023. Criterios de Inclusión: Procedimientos endoscópicos realizados durante el 2023 en la unidad. Criterios de Exclusión: Sin criterios. Tamaño de la Muestra: Se incluyeron un total de 7,201 procedimientos endoscópicos, muestreo total. Variable Principal: Número mensual de EPP utilizadas. Variables Secundarias: Tipo de procedimiento y tipo de insumo utilizado. Análisis Estadístico: Análisis descriptivo y analítico utilizando Python 3.10 RESULTADO: Se realizaron un total de 7.201 procedimientos endoscópicos, incluyendo 4.933 endoscopias, 2,148 colonoscopias totales entre ellos. Mensualmente se realizaron 602 (DE 86.5) procedimientos. Se utilizaron: 2.342 mascarillas KN95, 3.900 mascarillas, 31.918 pecheras y 131.950 guantes, tanto clínicos como de alto riesgo para aseo. Hubo alta variabilidad mensual de uso de EPP, con una media de mediana 11.200 (RIQ 10.550-12.850) mensual. De manera global analizamos que, por procedimiento, el uso de mascarillas fue de 0.86, de pecheras fue de 4.42 y de guantes 18.26. El insumo más utilizado fueron los guantes S o M, con OR 15.4 vs resto de guantes. CONCLUSIÓN: Los resultados sugieren un posible margen de optimización en el uso de EPP desechables en la unidad de endoscopía. Se propone considerar la implementación de protocolos de uso racional que mantengan los estándares de seguridad, explorando simultáneamente alternativas más sostenibles y estrategias para moderar costos. Estas medidas podrían mejorar la eficiencia operativa y la sostenibilidad de la unidad sin comprometer la seguridad en los procedimientos endoscópicos. Este enfoque equilibrado entre protección y gestión eficiente de recursos podría servir como modelo para otras unidades de endoscopía, promoviendo prácticas más sostenibles en el ámbito de la salud.

CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN UN TUMOR NEUROENDOCRINO DE INTESTINO DELGADO BORDERLINE RESECABLE: REPORTE DE CASO

Daniela Leporati J., Gabriel Kunstmann C., Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño H., Alejandro Murúa A., Andrés Vera S., Tomás Gutiérrez D., Carla Lillo M., Fernando Gabler N. Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) son un grupo heterogéneo de neoplasias, cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas. En nuestro país, la edad promedio de presentación es de 53 años, con 64% en el tracto digestivo. El 80% son esporádicos y pueden presentarse como incidentalomas o causar síntomas por efecto de masa o por tumores funcionantes. La tomografía computada (TC) con contraste es el estudio imagenológico inicial, complementado con imágenes funcionales por la sobreexpresión de receptores de somatostatina. El manejo se centra en el control oncológico y de síntomas, requiriendo un equipo multidisciplinario.OBJETIVOS: Reportar el caso clínico de un paciente con tumor neuroendocrino con compromiso de la arteria mesentérica superior resecado exitosamente.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico a partir de ficha clínica e imágenesRESULTADO: Paciente masculino de 62 años, sin antecedentes mórbidos, ingresó al servicio de urgencias por sospecha de colecistitis aguda. La TC mostró signos de colecistitis aguda y un nódulo sólido en la raíz del mesenterio de 33 x 30 mm de aspecto neoplásico, con linfonodos adyacentes menores a 8 mm. Se realizó colecistectomía videolaparoscópica y biopsia del nódulo. La biopsia reveló una neoplasia neuroendocrina bien diferenciada. La AngioTC de tórax-abdomen-pelvis mostró compromiso circunferencial total de la arteria mesentérica superior (AMS) por un tumor vascularizado, con rama accesoria lateral en intimo contacto al tumor. En comité oncológico, se decidió realizar laparotomía exploradora. Se identificó una masa en íleon proximal y una masa mesentérica con compromiso de la AMS. Se realizó disección de AMS, se identifica y respeta rama accesoria, sección de sus ramas distales, resección tumoral en bloque y anastomosis entero-entérica, con remanente intestinal >150 cm. Evolucionó sin complicaciones y fue dado de alta al quinto día. La biopsia final reportó un tumor neuroendocrino bien diferenciado (G1), Ki67 <3% y <2 mitosis por campo, con un tumor de 1.5x1.2 cm con invasión de subserosa y una masa mesentérica de 5 cm con plastrón ganglionar mesentérico, 1/20 linfonodos comprometidos, márgenes negativos, concluyendo pT3N2. Se decidió completar estudio de extensión con EDA, PET dotatate y seguimiento clínico con marcadores.CONCLUSIÓN: Los TNE de intestino delgado son un desafío quirúrgico debido a su diagnóstico frecuentemente en subtipo borderline resecable y localmente avanzado. A diferencia de otras patologías malignas gastrointestinales, la literatura sugiere un manejo quirúrgico agresivo para mejorar la calidad de vida y la sobrevida a largo plazo. Este caso es relevante porque se logró la resección quirúrgica curativa sin complicaciones secundarias, a pesar de una ubicación anatómica compleja.

RESECCIÓN QUIRÚRGICA EN DOS TIEMPOS DEL CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN): REPORTE DE CASO

Daniela Leporati J., Alejandro Murúa A., Rodolfo Avendaño H., Leonardo Cárcamo G., Andrés Vera S., Francisco Reiser V., Carla Lillo M.Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: El tumor de Buschke-Loewenstein (TBL) representa una neoplasia benigna con comportamiento invasivo, descrita por Buschke y Loewenstein en 1925. Este raro tumor, asociado principalmente a los serotipos 6 y 11 del virus del papiloma humano, se ve favorecido por inmunosupresión, irritación crónica y deficiente higiene. Debido al alto riesgo de malignización y recurrencia, la intervención quirúrgica se posiciona como opción terapéutica más adecuada. Sin embargo, la baja prevalencia de TBL impide el consenso sobre la técnica óptima. Presentamos un caso de resección en dos tiempos, logrando un cierre por segunda intención, sin recurrencias ni complicaciones postoperatorias.OBJETIVOS: Demostrar la eficacia de una técnica quirúrgica en dos tiempos para la resección del TBL, minimizando la morbilidad asociada.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico a partir de ficha clínica e imágenesRESULTADO: Paciente masculino de 42 años, con antecedentes de etilismo crónico y serología negativa para VIH, consulta por una masa anal de crecimiento progresivo en diez años. El examen físico reveló un tumor exofítico de superficie verrucosa, con diámetro de 10,5 cm, que protruye desde el borde del canal anal hacia la región perianal. La colonoscopia descartó lesiones adicionales. Diagnosticado con condiloma acuminado gigante, se realizó una resección quirúrgica en dos tiempos, asegurando márgenes libres y evitando la colostomía, con un intervalo de 8 meses entre ambas intervenciones. Postoperatorio sin complicaciones, de alta al segundo día, continuando manejo ambulatorio para cierre por segunda intención. La biopsia reveló epitelio escamoso papilomatoso hiperplásico con paraqueratosis y coilocitos, estroma con infiltrado linfocitario, sin evidencia de displasia, confirmando el diagnóstico de TBL. Un mes después, se observó epitelización completa y ausencia de complicaciones, manteniéndose sin recurrencia a un año.CONCLUSIÓN: Este caso destaca por las características clínicas del TBL y la implementación exitosa de una técnica quirúrgica para una patología rara y carente de protocolo estándar de manejo. La resección en dos tiempos permitió un cierre por segunda intención, evitando procedimientos invasivos adicionales como colostomías, injertos o colgajos. El análisis histológico de la pieza resecada fue fundamental para descartar malignización hacia carcinoma escamoso, presente en 30-56% de los casos, lo cual no se logra con otras modalidades de tratamiento. Los resultados obtenidos son prometedores, destacando el reintegro precoz del paciente a actividades cotidianas y la ausencia de complicaciones postoperatorias, a pesar del tamaño tumoral y el compromiso anatómico del canal anal. La ausencia de recurrencia a un año refuerza la efectividad de esta técnica, aunque se recomienda seguimiento para detectar recidivas.

INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR NEUROENDOCRINO EN LA XIV REGIÓN

Gabriel Kunstmann C., Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño H., Alejandro Murúa A., Andrés Vera S., Daniela Leporati J. Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) tienen su origen el sistema neuroendocrino difuso, por lo que pueden presentarse en la mayoría de los órganos epiteliales. En literatura internacional encontramos una incidencia que ha aumentado progresivamente, desde 1.09 casos por hasta 6.98 casos por 100.000 habitantes. Predominan en sexo femenino y la mediana de edad de presentación es de 64 años. Las principales ubicaciones son el tracto gastrointestinal (70%) y árbol broncopulmonar (25%). Dentro del tracto intestinal se presentan mayormente en intestino delgado. Se reporta entre 12-22% de enfermedad metastásica al momento del diagnóstico. La sobrevida a 5 años es cercana al 67%. OBJETIVOS: Conocer la incidencia y las características de los pacientes con diagnóstico de TNE en la XIV región. MATERIAL Y MÉTODO: Datos extraídos a partir de registro prospectivo del cáncer del Hospital Base Valdivia 2011-2023. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico confirmado de TNE, usuarios de FONASA. Criterios de exclusión: Procedencia fuera de XIV región. Tamaño de la muestra: Se incluyeron 90 casos mediante un muestreo total. Variables del estudio: Variable principal es año de incidencia del TNE, variables secundarias incluyen edad, sexo, urbano/rural, comuna de origen, ubicación, tipo histológico y estadio tumoral. Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica utilizando Python 3.10. RESULTADO: Mediana de edad fue de 49,9 años (9-85 años). El 54% corresponde a sexo femenino. La incidencia anual cruda aumentó desde 1.29 en 2011 hasta 2.03 en 2023 por cada 100.000 habitantes. La localización tumoral fue 38% apéndice cecal (68% tercio distal), 28% estómago (56% cuerpo), 22% intestino delgado (35% íleon, 25% multifocales, 25% duodeno y 15% yeyuno), 7% en recto, 2% esófago, 2% colon y 1% primario de origen desconocido. 23,3% fueron carcinoma neuroendocrino. Al momento del diagnóstico, el 36% presentaba etapa 1, 22% etapa 2, 16% etapa 3 y 26% etapa 4. El 13% de los pacientes presentaba enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, siendo intestino delgado y estómago el 50% la localización del primario. El 62% de la serie fue a manejo quirúrgico. La sobrevida a 5 años fue del 79%. CONCLUSIÓN: La incidencia de los TNE ha aumentado significativamente en los últimos 10 años. A diferencia de publicaciones internacionales, en nuestra serie la edad de presentación fue menor, la localización más frecuente fue el apéndice cecal y la sobrevida a 5 años fue mayor. El porcentaje de enfermedad metastásica al momento del diagnóstico fue concordante con los datos reportados.

EVISCERACIÓN INTESTINAL TRANSVAGINAL, COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA HISTERECTOMÍA: REPORTE DE CASO

Daniela Leporati J., Andrés Vera S., Syndy Vogt R., Joaquín Cárcamo F., Senead Medina G., Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño H., Alejandro Murúa A.Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: La evisceración intestinal transvaginal es una complicación postoperatoria rara pero potencialmente letal. Desde su primera descripción por Hypernaux et al. en 1864, se han reportado alrededor de 100 casos, generalmente en mujeres posmenopáusicas con antecedentes de intervenciones transvaginales. Aunque la clínica orienta al diagnóstico, es infrecuente su detección en el examen físico, siendo diagnosticada por tomografía computarizada (TC) o intraoperatoriamente. Requiere resolución quirúrgica urgente para evitar la morbilidad y mortalidad asociada.OBJETIVOS: Presentar el proceso diagnóstico y la resolución quirúrgica de urgencia en una complicación postquirúrgica infrecuente, la evisceración intestinal transvaginal.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico a partir de ficha clínica e imágenesRESULTADO: Paciente femenina de 84 años, con antecedente de prolapso vaginal operado hace unos meses, ingresó a urgencias por dos días de dolor abdominal intenso irradiado al dorso, asociado a náuseas y vómitos, iniciado tras sensación de prolapso genital. Al examen físico, se encontraba hemodinámicamente inestable con requerimiento de drogas vasoactivas, en sopor superficial, con abdomen distendido y sensible. En región genital se apreciaba gran prolapso con sospecha de contenido intestinal necrótico. Los exámenes de laboratorio mostraron falla renal aguda, elevación de parámetros inflamatorios y acidosis metabólica. La TC confirmó obstrucción intestinal secundaria a protrusión de asas intestinales por vía vaginal. Junto al equipo de Ginecología, se realizó laparotomía media con reducción de evisceración intestinal, resección de yeyuno necrótico y anastomosis entero-entérica. Posteriormente, se comprobó la vitalidad del reborde de la colpotomía y se realizó colporrafia transabdominal. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al sexto día y sin complicaciones al mes postoperatorio.CONCLUSIÓN: La evisceración intestinal transvaginal es una emergencia quirúrgica que en hasta el 20% de los casos requiere resección intestinal y presenta una mortalidad del 8%. Este caso demuestra la necesidad de considerarla en los diagnósticos diferenciales de pacientes con dolor abdominal agudo y factores de riesgo. El manejo inmediato tras el diagnóstico fue crucial para la evolución favorable de la paciente.

HERNIA OBTURATRIZ SINTOMÁTICA: REPORTE DE CASO

Daniela Leporati J., Andrés Vera S., Gabriel Kunstmann C., Lucas Contreras M., Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño H., Alejandro Murúa A.Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: La hernia obturatriz es una patología infrecuente, constituyendo menos del 1% de todas las hernias abdominales. Entre 1990 y 2020 se han reportado 167 casos, siendo casi exclusivamente mujeres. El diagnóstico clínico es un desafío por la ausencia de síntomas y signos específicos, manifestándose comúnmente como una obstrucción intestinal. La tomografía computarizada (TC) ha sido crucial para el diagnóstico temprano, reduciendo la morbimortalidad perioperatoria.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de una hernia obturatriz sintomática manejada en nuestra institución, destacando el diagnóstico y tratamiento quirúrgico.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico a partir de ficha clínica e imágenesRESULTADO: Paciente femenina de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial y colecistectomía, acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal agudo periumbilical tipo cólico de un día de evolución, acompañado de mareos, náuseas, vómitos abundantes y diarrea. Refiere dolor en ambas fosas iliacas de meses de evolución. Al examen físico estaba afebril, bien perfundida, con abdomen blando, depresible, sensible principalmente en región epigástrica y fosa ilíaca derecha, ruidos hidroaéreos aumentados. Los exámenes de sangre mostraron amilasemia (500 U/L), sin otros hallazgos relevantes. La TC reveló una hernia obturatriz derecha con contenido de asas intestinales de íleon, causando patológica proximal y colapso de las asas de colon, sin gas extraluminal. Se decidió realizar una laparotomía exploradora mediante abordaje infraumbilical, observándose asas de intestino delgado poco dilatadas y una zona de cambio de calibre en íleon distal sin sufrimiento de asas. Se identificó un anillo obturatriz pequeño, decidiéndose colocar un parche de peritoneo con punto corrido de ethibono 2.0. La evolución postoperatoria fue favorable, iniciando realimentación progresiva al primer día y alta al quinto día. Al mes, se encontraba asintomática y sin signos de recurrencia.CONCLUSIÓN: La hernia obturatriz, debido a su presentación clínica no específica, requiere estudios imagenológicos para un diagnóstico temprano. Un diagnóstico tardío puede llevar a isquemia intestinal, aumentando la morbilidad y mortalidad. Este caso destaca la importancia de la TC y el examen físico para planear una cirugía temprana y dirigida. El abordaje quirúrgico intraperitoneal con laparotomía media infraumbilical permite una adecuada inspección de las vísceras y evaluación de estrangulación intestinal, siendo ideal para emergencias. Para la reparación del defecto existen diferentes alternativas, entre ellas el uso de material protésico. Este caso ejemplifica un enfoque integral y exitoso en el manejo de una hernia obturatriz sintomática, resolviendo la obstrucción intestinal y proporcionando una referencia valiosa para la práctica clínica.

COLONOSCOPÍA CON PROPOFOL: ¿ES POSIBLE SIN ANESTESIÓLOGO?

René Cárdenas, María Ignacia León, Roberto Díaz, Sergio LatrachClínica Lircay, Clínica del Maule, Hospital de San Javier, Universidad Católica del Maule.INTRODUCCIÓN: Introducción: La colonoscopía es un procedimiento de creciente demanda en Chile, requiere de sedación y el esquema más utilizado en la combinación de midazolam y fentanilo. El Propofol es un agente anestésico de rápida acción y corta recuperación que comenzado a usarse como una alternativa eficaz y segura. En 2016 presentamos nuestra primera experiencia en el Congreso de Cirugía y ahora reportamos los resultados en un período de 8 años. OBJETIVOS: Objetivo: determinar la seguridad del uso del Propofol en colonoscopía, sin la asistencia de médico anestesiólogo.MATERIAL Y MÉTODO: Material y método: estudio prospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a colonoscopía con Propofol desde el 2 de mayo del 2016 al 30 de junio del 2024. Se utilizó el método TCI (Target Controlled Infusion) para la administración del propofol; la indicación y manejo estuvo a cargo del médico endoscopista y fue aprobado por el jefe de la unidad de anestesia. Se confeccionó una ficha para cada paciente en que se consignaron datos personales, peso, talla, comorbilidades, se detallan hechos relevantes durante el procedimiento: saturación menor a 90 %, P.A. sistólica menor a 90 mm Hg., bradicardia menor a 60 latidos por minuto y otros según ocurrencia. Se registra además la duración del examen, el tiempo de alcanzar el ciego, porcentaje de detección de pólipos, dosis de medicamentos utilizadas, tiempo de recuperación y alta. RESULTADO: RESULTADOS: se realizaron 6.225 colonoscopías, 38% hombres y 62% mujeres, 56 años promedio de edad. 44% ASA I y 56% ASA II. El promedio de tiempo en la realización de la colonoscopía fue de 19,8 minutos. La dosis promedio de Propofol fue de 330 mg. Presentaron hipotensión el 34%, bradicardia el 5,3% y saturación de menos de 90% el 2,8%. 8 pacientes presentaron espasmo laríngeo que se manejaron con ventilación asistida con ambú y son los casos que fueron apoyados por médico anestesiólogo, sin problemas. El 88,4 se recuperó antes de los 10 minutos. Se alcanzó el ciego en el 96,5%, en el 38,2% se detectaron pólipos. El endoscopista calificó como buena la tolerancia en el 99,2% y la satisfacción del paciente fue de 99,9%. Los pacientes fueron dados de alta en promedio a los 38 minutos después de finalizado el examen, con el 93% antes de 60 minutos. No hubo complicaciones graves atribuibles al uso de Propofol. CONCLUSIÓN: CONCLUSIONES: el uso de Propofol en colonoscopías, sin anestesiólogo, es un método seguro, eficaz, los efectos colaterales son de baja ocurrencia, leves y manejados sin dificultad con medidas habituales. La tolerancia y satisfacción son cercanos al 100% y puede ser una alternativa a los esquemas habituales de sedación. Dado que se trata de un anestésico, debe utilizarse con todas las medidas de seguridad y los protocolos que rigen para estos procedimientos y con el apoyo de las unidades de anestesia.

RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS EN RESECCIONES ANTERIORES DE RECTO TRAS APLICACIÓN DE TERAPIA NEOADYUVANTE TOTAL (TNT) EN CÁNCER DE RECTO EXTRAPERITONEAL

Hernán Arancibia A.[1], Francisco Báez R.[1], Leonel Muñoz S.[1], Cedric Adelsdorfer O.[1], Waldemar Adelsdorfer O.[1], Manuel González D.[2], Grégory Córdova A.[3], Hugo Morales C.[1], Maximiliano Mertens P.[1], Laura Mancilla B.[11]Hospital Dr. Gustavo Fricke, Servicio de Cirugía; [2]Instituto Oncológico, Viña del Mar; [3]Hospital Eduardo Pereira, Valparaíso.INTRODUCCIÓN: El cáncer de recto ocupa más del 30% de los tumores malignos, causando el 10% de las muertes totales por cáncer y el 40% de las muertes por cáncer digestivo. En Chile se ha convertido en el segundo cáncer en incidencia para hombres y mujeres después del cáncer de próstata y mama respectivamente. El tratamiento para el cáncer de recto extraperitoneal localmente avanzado ha evolucionado con el tiempo. La cirugía reglada (resección anterior de recto con escisión total del mesorrecto) (TME), históricamente ha sido el pilar fundamental para el tratamiento. Aun así, las tasas de recurrencia tanto locorregional como a distancia eran altas. Es por eso que se agregaron terapias médicas como la radioterapia y la quimioterapia al tratamiento, obteniendo mejores resultados oncológicos, logrando mayor sobrevida global y menor recidiva local. Se demostró que con el uso preoperatorio de radioquimioterapia (RTQT) versus quimioterapia (QT) en el postoperatorio, se obtiene mejor control local y menor toxicidad asociada. A pesar de la optimización del control local de la enfermedad, esto no se tradujo en una mayor la sobrevida global, dado que un tercio de los pacientes tratados de esta manera desarrollan metástasis a distancia precozmente. Con la intención de lograr un control sistémico precoz de la enfermedad, se planteó realizar la adyuvancia completa en el preoperatorio, agregando la Radioterapia (RT) y luego la QT completa en el preoperatorio, una estrategia denominada terapia neoadyuvante total (TNT). Los ensayos clínicos actuales están explorando el beneficio de acortar estos esquemas, con RT hipofraccionada y menos ciclos de QT, evitando el retraso de la cirugía sin afectar su efectividad. OBJETIVOS: Primario: Describir los resultados patológicos post operatorios en pacientes con cáncer de recto extraperitoneal localmente avanzado que recibieron TNT seguida de resección quirúrgica con resección completa del mesorrecto (TME) en el Instituto Oncológico de Viña del Mar, Chile. Secundarios: Describir las complicaciones asociadas a TNT y cirugía. Estimar sobrevida global y realizar un análisis inferencial comparando subgrupos separados por variables histopatológicas potencialmente asociadas a una mayor sobrevida global. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo de cohorte retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer de recto extraperitoneal localmente avanzado tratados con TNT con esquema de RT corta y QT preoperatoria y posterior cirugía con TME, tratados en el Instituto Oncológico de Viña del Mar, entre enero de 2016 a diciembre de 2021. Las variables registradas incluyeron datos demográficos, clínicos, patológicos, de radioterapia, quimioterapia y quirúrgicos. Criterios de inclusión: Adenocarcinoma rectal de recto medio y bajo, localmente avanzado (>T3, N positivo), Edad > 18 años, sin tratamientos por cáncer previamente, sin metástasis a distancia. Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de cáncer de recto que recibieron terapia sistémica con objetivo paliativo, cirugía solamente, cirugía más sólo adyuvancia, RT sola más cirugía posterior, esquema de RT larga más QT y cirugía posterior. Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS versión 25. Las variables categóricas se describieron en número de casos y porcentajes. Las variables numéricas se describieron en medias y desviación estándar. Para el análisis inferencial para la comparación de subgrupos, se utilizaron las pruebas de chi cuadrado para evaluar asociación entre variables categóricas. Se realizó un análisis de sobrevida usando la estimación de Kaplan Meier, comparando curvas de sobrevida entre subgrupos con el Log rank test, considerando un valor de p significativo < 0,05. RESULTADO: Se incluyeron 60 pacientes en los que se realizó TNT esquema corto y posterior cirugía. 39 (65%) hombres sintomáticos, promedio de edad 62,2 años, 41 (68,4%) con cáncer de recto medio, 19 (31,7%) con cáncer de recto bajo en estadio III al momento del diagnóstico. La adherencia a la RT corta fue del 100%. En 7 (11,6%) pacientes hubo complicaciones asociadas a la QT, siendo en 3 pacientes graves. FOLFOX fue el principal tratamiento utilizado con un promedio de 5 ciclos. La respuesta patológica completa (RPC) fue en 16 pacientes, equivalentes al 26,7%. El Downstaging tumoral ocurrió en 31 pacientes, equivalente al 51,6% y el Downstaging ganglionar en 44 pacientes, 73,4%. Observamos una asociación estadísticamente significativa entre la disminución del estadío TNM (Downstaging) y una mayor sobrevida global entre los pacientes estudiados. La cirugía presentó un 8,3% de complicaciones (5 en total), siendo la Resección anterior baja (RAB) con TME, la cirugía más realizada en 40 pacientes (66,7%) con técnica laparoscópica. CONCLUSIÓN: La TNT en base a RT corta y QT preoperatoria muestra buenos resultados histopatológicos y de supervivencia en relación a nuestros objetivos primarios y secundarios. Nuestras tasas de RPC y Downstaging tumoral y ganglionar son comparables a series nacionales e internacionales. Las tasas de complicaciones de la neoadyuvancia y la cirugía aparecen como inferiores a las reportadas internacionalmente. En el análisis de subgrupos, hubo asociación estadísticamente significativa entre Downstaging ganglionar y Sobrevida global.

Los resultados de esta serie indican que la TNT es una buena opción para la mayoría de los pacientes con cáncer de recto localmente avanzado según resultados a corto plazo.

EVALUACIÓN DEL USO DE TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICO (ENDO-VAC) EN FILTRACIÓN DE CIRUGÍA COLORRECTAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS

María Jesús Jugo D., Víctor Manuel Pino P., Catalina Pino P., Pamela Pedrero B.Instituto Nacional del Cáncer.INTRODUCCIÓN: Las filtraciones en cirugía colorrectal se asocian a un aumento de la morbilidad, mortalidad, disminución de la calidad de vida y costos en salud. Existen estrategias para prevenirlas, sin embargo, el manejo de estas suele ser quirúrgico. La terapia de vacío endoscópico (ENDO-VAC) aparece como una alternativa de manejo mínimamente invasivo para manejar las filtraciones gastrointestinales con resultados prometedores.OBJETIVOS: Describir los resultados clínicos del uso de ENDO-VAC en el manejo de filtraciones colorrectales en el Instituto Nacional del Cáncer durante los últimos cinco años. MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo retrospectivo revisando las fichas de pacientes con filtraciones colorrectales manejados con ENDO-VAC en el Instituto Nacional del Cáncer durante un período de cinco años. RESULTADO: Se incluyeron 7 pacientes, de los cuales 4 (57.14%) fueron sometidos a una resección anterior baja, 2 (28.57%) fueron sometidos a una resección anterior ultrabaja y un paciente (14.29%) fue sometido a una reconstitución del tránsito. La edad promedio fue de 65.57 años con un rango desde los 51 hasta 79 años. El 71.43% de los pacientes había recibido radioterapia. Tres pacientes presentaban una lesión inicial con un tamaño circunferencial menor al 30%, tres pacientes tenían un tamaño circunferencial de la lesión inicial del 50% y solo un paciente presentaba una lesión inicial con un tamaño circunferencial mayor al 70%. Un paciente tenía una lesión a 2 cm del margen anal y dos pacientes presentaban una lesión a 6 cm del margen anal, mientras que los 4 pacientes restantes presentaban una lesión a 10 cm o más del margen anal. La duración del uso de ENDO-VAC tuvo una variación de entre 16 y 27 días. La cantidad de recambios fue entre 1 y 6 recambios. El tiempo de hospitalización presentó una variabilidad de entre 6 y 43 días, con una media de 30.29 días. Tres pacientes lograron reducir su lesión a 0, mientras que 4 pacientes presentaban una lesión menor al 30% de la circunferencia al finalizar el tratamiento con ENDOVAC.CONCLUSIÓN: La filtración en cirugía colorrectal es una complicación que se asocia a altas tasas de morbilidad y mortalidad, y su manejo constituye un desafío. El ENDO-VAC es una técnica prometedora para mejorar los resultados. Nuestra serie reporta resultados similares a los descritos en la literatura actual, evidenciando resultados clínicos favorables que destacan la necesidad de un manejo individualizado y más estudios para optimizar su aplicación clínica.

METÁSTASIS OVÁRICA GIGANTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN CÁNCER DE COLON. TUMOR DE KRUKENBERG

Paulina Pérez, Sofia López, Tomás Contreras, Felipe ImigoHospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schutz SchroederIN-TRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa de muerte en Chile. El 25% de los pacientes debuta con enfermedad metastásica. El tumor de Krukenberg (TK) corresponde a una metástasis localizada en el ovario, habitualmente de origen gástrico y en menor proporción de origen apendicular, mama y colon. El TK, infrecuente en CCR, se presenta en aproximadamente el 2% de las mujeres con enfermedad metastásicaOBJETIVOS: Describir un caso clínico infrecuente y revisar la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de ficha clínica, protocolos quirúrgicos y revisión de imágenes radiológicas e intraoperatorias. Revisión de literatura en PUBMED.RESULTADO: Mujer, 54 años, sin antecedentes. Seis meses de dolor y distensión abdominal, asociado a genitorragia y constipación progresiva. Múltiples consultas en urgencia. Ecografía abdominal y transvaginal informa masa sólido-quística anexial derecha de 17x15cm. TC abdomen y pelvis informa masa ovárica predominantemente quística en flanco derecho y engrosamiento neoplásico en colon izquierdo. Colonoscopia: lesión neoplásica de sigmoides, no oclusiva, biopsia informa adenocarcinoma tubular. Analizada en comité oncológico (CO), se define laparotomía exploratoria. A espera de pabellón electivo, presenta íleo mecánico, se realiza laparotomía de urgencia donde destaca abundante líquido citrino intraabdominal, tumor ovárico izquierdo sólido/quístico de 3.200g y tumor de colon sigmoides de 5 cm. Sin evidencias de carcinomatosis peritoneal. Se realizó sigmoidectomía y ooforectomía bilateral. Biopsia reporta en colon adenocarcinoma infiltrante hasta serosa con 7 de 20 adenopatías comprometidas y tumor ovárico quístico derecho de 21,4 x18,3 x12,1cm con áreas con infiltración por adenocarcinoma tubular. Cursa postoperatorio sin incidentes, alta al 4° día. Reevaluada en CO se define iniciar quimioterapia FOLFOX y realizar PET CT el que informó múltiples lesiones hepáticas secundarias y 2 lesiones peritoneales subcentrimétricas no descritas en estudio inicial (4 meses diferencia). Actualmente en su ciclo 6 de FOLFOX. CONCLUSIÓN: El TK es una neoplasia de estirpe epitelial que infiltra el estroma ovárico. La localización primaria más frecuente es el estómago y colon. El adenocarcinoma de colon normalmente se disemina vía hematógena hacia el ovario, por ello se presentan habitualmente en mujeres jóvenes gracias al mayor aporte sanguíneo. Este tipo de metástasis posee mal pronóstico, aunque varía según el tumor primario. La sobrevida podría aumentar mediante la resección quirúrgica más ooforectomía bilateral, pero solo si es posible la resección radical. En CCR la sobrevida promedio es 21 meses. En nuestra paciente destaca una rápida aparición de metástasis hepáticas múltiples y lesiones peritoneales lo cual es concordante con el mal pronóstico reporta en la literatura.

MANEJO QUIRÚRGICO DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Valentina Núñez P., Camilo Huerta M., Claudia Salazar F., Florencia Danioni H., Javiera Araya S., Lucas Fuenzalida M.Hospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una condición común que frecuentemente requiere intervención quirúrgica urgente, sin embargo, en pacientes con situs inversus totalis, donde los órganos torácicos y abdominales están situados en posiciones opuestas a lo normal, el diagnóstico y manejo pueden presentar desafíos únicos. Este caso clínico describe la presentación, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de un paciente con situs inversus totalis y apendicitis aguda. OBJETIVOS: Dar a conocer caso de apendicitis aguda en paciente con situs inversus totalis junto al manejo quirúrgico laparoscópico adaptado al caso.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y atención directa del paciente.RESULTADO: Paciente masculino de 27 años derivado desde atención primaria con sospecha de diverticulitis aguda. Consulta por dolor constante en fosa ilíaca izquierda (FII), exacerbado con los movimientos de 12 horas de evolución, asociado a náuseas y vómitos alimentarios; niega otros síntomas asociados. Al examen físico destaca dolor difuso a la palpación, mayor en FII, signo de Murphy negativo y signo de Blumberg positivo FII. Ante la sospecha de diverticulitis aguda, se solicitó tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis, cuyo resultado informó situs inversus totalis y apendicitis aguda no complicada. En cuanto al laboratorio de ingreso destaca proteína C reactiva (PCR) de 33.6 mg/L, leucocitosis de 21.000/uL. Se realizó apendicectomía laparoscópica de urgencia, con los siguientes hallazgos intraoperatorios: apéndice flegmonoso en fosa ilíaca izquierda, líquido libre escaso en pelvis. Hernia umbilical no complicada de 2 cm de diámetro. El procedimiento fue llevado a cabo sin incidentes. La hernia umbilical no requirió intervención quirúrgica en ese momento. CONCLUSIÓN: El caso expuesto demuestra la importancia de tener presente la existencia de variaciones anatómicas al momento del diagnóstico diferencial de abdomen agudo, como lo es el caso del situs inversus totalis. La capacidad de los equipos médicos para adaptarse a estas particularidades anatómicas y realizar procedimientos quirúrgicos efectivos es fundamental para asegurar resultados positivos en pacientes con condiciones atípicas.

RESECCIÓN TOTAL DEL MESORRECTO UTILIZANDO LA TÉCNICA DE TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS DE GRAPADO ÚNICO (TTSS) EN CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS PRECOCES DE UNA SERIE DE 21 CASOS

Cristián Gallardo, Cristóbal Suazo, Alejandro Barrera, Felipe Illanes, Roberto Salas, Gonzalo Contreras, Josefina Sepúlveda, Fernando Saelzer, Macarena Fernández, Carlos MeloClínica Redsalud. INTRODUCCIÓN: La técnica estándar de doble grapado (DS) utilizada para la anastomosis colorrectal en cirugía de cáncer de recto se asocia a una alta incidencia de filtración anastomótica (FA). La transección transanal y anastomosis con grapado único (TTSS) ha emergido como una alternativa prometedora, aunque la evidencia sobre su eficacia y seguridad es aún limitada. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir los resultados precoces de una serie de pacientes con CR operados con la técnica TTSS.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional longitudinal de 21 pacientes con cáncer de recto medio e inferior sometidos a una resección anterior baja utilizando la técnica TTSS entre octubre de 2020 y junio de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de adenocarcinoma de recto medio o inferior operados con intención curativa. Se excluyeron cirugías paliativas. Tamaño muestral calculado para una incidencia esperada de FA del 5% (vs. 15% histórico para DS), confianza 95%, poder 80%. Se utilizó estadística descriptiva. Variable principal: Morbilidad postoperatoria (tasa de FA y complicaciones). Variables secundarias: estadía hospitalaria, reingresos, resultados oncológicos. RESULTADO: Se operaron 21 pacientes (13 hombres, 8 mujeres; edad media 55.7 ± 10.7 años), el 85.7% se operó por vía laparoscópica, 9.5% robótica y 4.8% abierta. El tiempo operatorio medio fue 261.4 ± 39.7 minutos. La mediana de estadía hospitalaria fue 4 días (rango 3-30). La tasa de complicaciones fue 28.6%, incluyendo una FA (4.8%) manejada con drenaje percutáneo. Las complicaciones según Clavien-Dindo fueron: 4.8% grado I, 14.3% grado II, 4.8% grado IIIa y 4.8% grado IIIb. Un paciente (4.8%) requirió reintervención por obstrucción intestinal. No hubo mortalidad en la serie. Se logró una resección R0 en todos los casos con un recuento ganglionar medio de 17.1 ± 8.3. Entre los pacientes con seguimiento superior a 3 meses post-cirugía primaria, se logró el cierre de ileostomía en el 94% de los casos. CONCLUSIÓN: Esta experiencia inicial demuestra que la técnica TTSS es segura y eficaz, con una baja tasa de FA (4.8%) comparada con las tasas históricas de técnicas convencionales y; con complicaciones de bajo grado en su mayoría. Esto sugiere que la TTSS podría ofrecer ventajas significativas en el manejo quirúrgico del CR.

RESULTADOS A 30 DÍAS EN PACIENTES OPERADOS POR ADENOCARCINOMA COLORRECTAL POR VÍA ROBÓTICA

Gonzalo Contreras H., Victor Marshall D., Cristián Gallardo V., Macarena Fernández A., Felipe Illanes F., Carlos Melo L., Alejandro Barrera E.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La cirugía asistida por robot es una alternativa en la cirugía del cáncer colorrectal, brindando algunas ventajas con respecto a la laparoscopía. Sin embargo, existen limitaciones relacionadas con los costos que dificultan su implementación. OBJETIVOS: Presentar los resultados precoces y la morbilidad a 30 días en pacientes operados por vía robótica. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes operados en forma electiva entre noviembre de 2022 y abril de 2024. Se incluyen todos los pacientes sometidos a cirugía por patología maligna por vía robótica en nuestro centro. Se excluyen los pacientes cuya biopsia definitiva demuestra una patología distinta del adenocarcinoma y los pacientes sometidos a cirugía no resectiva. Se consideraron tres grupos de cirugía: colectomía derecha, colectomía izquierda y resección de recto bajo la reflexión peritoneal con o sin anastomosis. RESULTADO: Se incluyen 38 pacientes, 19 de cada género, promedio de edad 61.5 años, el 80% con alguna comomorbilidad. El IMC mostró sobrepeso u obesidad en el 63,2% de la serie. La serie consta de 8 colectomías derechas, 15 colectomías izquierdas y 15 resecciones de recto. Destaca un tiempo de consola promedio de 3 horas y 3 minutos, con un tiempo notoriamemnte mayor para las resecciones rectales. El sangrado intraoperatorio promedio estimado fue de 185 cc, con extremos de 10 y 500 cc. La tasa de conversión fue de 5.2% que corresponde a dos pacientes operados por un tumor de colon izquierdo sobre el promontorio, con dificultad para reconocer las estructuras del retroperitoneo. La evaluación del dolor postoperatorio según la escala de EVA fue de 1 a las 12 hrs, 1 a las 24 hrs y 0 al alta. La morbilidad global fue de 26,3%, 3 pacientes (7,8%) fueron reintervenidos. La mediana de estadía hospitalaria fue de 3,5 días. CONCLUSIÓN: Nuestros resultados se comparan con lo reportado en la literatura. Esta es una serie inicial, que representa la curva de aprendizaje de un equipo quirúrgico.

EXPERIENCIA EN GIST COLORRECTAL EN EL EQUIPO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU EN EL PERÍODO 2015-2024

Lídice Torres B., Raúl Suárez R., Iván Ruiz F, Benjamín Israel N, Hernán Ureta D, Natalia Moreno B, Rene Aedo O, Milton García C.Servicio de Cirugía, Equipo de Coloproctología. Hospital Barros Luco Trudeau. INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores de las células mesenquimales intersticiales de Cajal (células marcapasos). Son tumores bien circunscritos y que pueden aparecer a lo largo, desde esófago al ano, corresponden alrededor del 0.1 al 3% de todos los tumores gastrointestinales y clínicamente pueden presentarse desde tumores pequeños asintomáticos, hasta tumores francamente malignos. El sitio de presentación de estos tumores es variable, siendo más comunes en el estómago (50-70%), luego intestino delgado (25-35%), colon y recto (5-10%), en esófago (5%) y en omento y/o mesenterio hasta un 5%. OBJETIVOS: Analizar serie de casos de GIST colorrectales entre los años 2015 a la fecha basadas en comités oncológicos y registro de fichas de pacientes del Hospital Barros Luco. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo. Se realiza búsqueda y análisis de registro clínico a los pacientes con diagnósticos de tumores GIST de colon, recto y ano. Se registran las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, hábitos, sintomatología, tipo de cirugía y seguimiento. RESULTADO: Se incluyeron 4 pacientes una edad mediana de presentación de 52 años, 3 hombres y 1 mujer, la mitad de los pacientes con tabaquismo activo. La sintomatología más prevalente fue el dolor y rectorragia en 3 de 4 pacientes. En 1 paciente la presentación clínica fue la perforación de víscera hueca. En 3 de los pacientes la localización del tumor fue en recto y 1 paciente en unión rectosigmoidea. En 1 paciente se realiza resección transperineal más colostomía en asa, en otro paciente se realiza se realiza resección de yeyuno y colostomía, se indica imatinib y posterior resección baja de recto. En otro paciente se realiza enucleación, rafia retal y colostomía en asa. Y en el último paciente se realiza resección abdominoperineal. En 3 pacientes se ocupó imatinib neoayuvante y en 1 se realizó directamente la cirugía. En 3 pacientes se ocupó imatinib adyuvante y en uno imatinib paliativo. 2 pacientes evolucionan con recidiva local y a distancia. Sólo hubo un fallecido en esta serie.CONCLUSIÓN: Los GIST son lesiones de lento crecimiento, su sintomatología dependerá con el tamaño tumoral lo cual puede explicar por qué el tamaño tumoral en todos los pacientes era mayor a 5 cms y por ende su consulta más tardía. La complicación más habitual es la hemorragia digestiva secundaria a ulceración mucosa.

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO-IMAGENOLÓGICO

Vicente Antonio Fernández Rodríguez , Vicente José López Vargas , Augusto Barrera Zamorano , José Gellona Vial Universidad de los Andes, Clínica Santa María.INTRODUCCIÓN: La neumatosis quística intestinal (NQI) es una condición rara que afecta principalmente a adultos, caracterizada por la presencia de gas en las capas de la pared intestinal (mucosa y submucosa principalmente) detectable mediante endoscopia, TC, RM y/o exploración quirúrgica. Puede presentarse en diferentes partes del tracto gastrointestinal, siendo más frecuente en el intestino delgado. Aunque habitualmente es asintomática, el problema radica cuando el paciente consulta con sintomatología gastrointestinal asociado a este hallazgo. El diagnóstico puede ser incidental y también en pacientes con sintomatología gastrointestinal con estudio imagenológico u endoscópico. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de NQI y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Caso de paciente de sexo femenino que consulta en otra institución por un cuadro compatible con infección gastrointestinal y neumatosis intestinal en colon transverso en el tac. Derivada con indicación de cirugía de urgencia. Dado la disociación clínico-radiológica se decide manejo conservador exitoso. RESULTADO: La NQI es una condición poco común que afecta predominantemente a adultos de edad media. Existen escasos reportes en la literatura, principalmente reporte de casos o series pequeñas, la mayoría de hace más de 20 años. Existen tres teorías sobre su fisiopatología: mecánica, infecciosa y pulmonar. La primera de ellas sería un defecto mucoso que impulsa el gas intraluminal al espesor de la pared hasta los vasos linfáticos secundario a un aumento de la presión intraluminal (ej.: colonoscopia, cirugía o trauma). La segunda postula que bacterias fermentadoras como *Clostridioides* y *E. Coli* formarían gas que quedaría atrapado en la submucosa y canales linfáticos. La tercera, la pulmonar, postula que la ruptura alveolar por otras enfermedades primarias permitiría la migración de aire hasta la pared intestinal (secuencia: intersticio, mediastino, retroperitoneo, intestino). Es importante una alta sospecha diagnóstica para diferenciar la neumatosis quística intestinal de otras patologías que causan neumatosis intestinal y que sí requiere manejo quirúrgico. De hecho, una proporción de los pacientes es diagnosticado en el intraoperatorio dado la duda diagnóstica. CONCLUSIÓN: La NQI es una patología poco frecuente y de evolución benigna en la literatura publicada, sin embargo, debe ser conocida para evitar el sobre tratamiento de pacientes portadores de esta condición.

RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL, CON EXTRACCIÓN DE PIEZA POR ORIFICIO NATURAL CON GRAPADO ÚNICO PARA ANASTOMOSIS COLORRECTAL, EXPERIENCIA EN HOSPITAL PROVINCIAL

Sebastian King Valenzuela, Daniel Cifuentes Munzenmayer, Víctor Riquelme Donoso, Daniela Cifuentes MunzenmayerHospital San Juan de Dios de Los Andes.INTRODUCCIÓN: La cirugía mínimamente invasiva para el cáncer colorrectal es aceptada como un estándar de abordaje para el cáncer colorrectal, con resultados oncológicos comparables a la cirugía tradicional, con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. (minimally invasive surgery of rectal cancer: current evidence and options. 2012). Se presente un caso de un paciente con un tumor neuroendocrino de recto bajo con estudio de etapificación con un PET-CT que confirma lesión rectal con adenopatías mesorectales y sacras hipercaptantes. Con ayuda y liderazgo de cirujano colorrectal invitado se realizó una resección anterior ultrabaja laparoscópica con escisión del mesorecto, extracción de pieza por el ano y confección de anastomosis colorrectal circular con grapado único, en el Hospital de provincia San Juan De Dios, de Los Andes. OBJETIVOS: Presentar la experiencia en cirugía colorrectal oncológica avanzada en un hospital provincial, con la ayuda y colaboración entre cirujano subespecialista y equipos quirúrgicos locales, en pos de nuestros pacientes MATERIAL Y MÉTODO: Varón 46 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, en estudio por colopatía funcional, se descubre en examen físico lesión rectal a 4cm del margen anal. Colonoscopia: lesión redondeada solevantada de 10mm no ulcerada a 4cm del margen anal Biopsia: fragmentos superficiales de mucosa de intestino grueso con un par de foquitos sugerentes de neoplasia neuroendocrina. Reacción positiva para enolasa neuroespecífica, índice de proliferación celular Ki67 2%. Los hallazgos son compatibles con un tumor neuroendocrino de bajo grado G1 PET/CT – octeotride: pequeña lesión polipoidea con intensa sobreexpresión de receptores SST en el recto inferior que mide 9mm. Dos pequeñas adenopatías intensamente hipercaptantes mesorectal derecha y presacra con SUV máximo de 4.1 y 8.8 respectivamente TAC TAP: examen sin evidencia de compromiso secundario a distancia, resto sin hallazgos patológicos RNM pelvis: sin signos de patología rectal ni adenopatías. RESULTADO: se realizó Resección anterior ultrabaja laparoscópica con escisión del mesorecto, extracción de pieza por el ano y confección de anastomosis colorrectal circular con grapado único sin ileostomía de protección, por ser anastomosis perineal, sin otros factores de riesgo de filtración. (Saurabh et al: Single Stapling Colorrectal 46 Anastomotic Technique. Diseases of the Colon & Rectum Volume 60: 1 (2017).CONCLUSIÓN: Existe amplia literatura que confirma la seguridad oncológica y funcional de la cirugía colorrectal laparoscópica (minimally invasive surgery of rectal cancer: current evidence and options. 2012), sin embargo, la brecha es en su implementación respecto el desarrollo novedoso de esta técnica es su curva de aprendizaje que se ha ido subsanando con la formación de cirujanos generales y colorrectales con programas de laparoscopia avanzada y cursos de simulación nacional e internacionales. Como país centralizado, el esfuerzo es mayor en el desarrollo de estas cirugías en regiones con falta de cirujanos sub-especialistas, no obstante, con el espíritu y trabajo en equipo de colegas es posible lograr estas cirugías de alta complejidad, generando alianzas de cooperación y enseñanza, en pos de nuestros pacientes.

ACTINOMYCES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN HOMBRE OCTOGENARIO CON TUMOR DE COLON COMPLICADO. REPORTE DE CASO

Catalina Hernández C., Hernán Arancibia A., Laura Mancilla B., Diego Toledo G., Juana Villalobos G.Hospital Dr. Gustavo Fricke, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: La actinomicosis abdominal es una enfermedad granulomatosa crónica infrecuente, con una incidencia anual de 1/300.000. Afecta en su mayoría a hombres, en una proporción de 1:3. La causa más frecuente es *Actinomyces israelii*, bacteria filamentosa gram positiva anaerobia, comensal en la microbiota intestinal de manera habitual, pero que bajo disrupción de la barrera inmune o inmunodeficiencia puede llegar a provocar infección intraabdominal.OBJETIVOS: Analizar mediante un caso clínico las características de la infección por *Actinomyces israelii*.MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza obtención de información desde ficha de paciente y registro electrónico del Hospital Dr. Gustavo Fricke, junto con revisión bibliográfica del tema.RESULTADO: Paciente masculino de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, sífilis tratada y diverticulitis no complicada 1 año antes. Consulta por masa pétrea periumbilical izquierda de 10 cm con salida de pus en pared abdominal. Laboratorio con parámetros inflamatorios altos. Tomografía computada de abdomen y pelvis informa gran masa pélvica abscedada a pared abdominal, conteniendo intestino delgado y colon. Se realiza laparotomía exploradora describiendo tumor de colon sigmoides abscedado comprometiendo pared abdominal en fosa iliaca izquierda y vejiga, con lesiones blanquecinas de app 3 mm que comprometen peritoneo parietal y 1/3 distal de colon descendente. Se realiza sigmoidectomía con anastomosis primaria más resección en bloque de chapa vesical y ligadura de deferente izquierdo. Biopsia informa proceso inflamatorio crónico y agudo supurado extenso, fistulizado a piel, con presencia de múltiples colonias de *Actinomyces*, que se extiende a pared colónica y vesical, por lo que paciente es tratado con amoxicilina/ácido clavulánico por 6 meses, con buena evolución. CONCLUSIÓN: La actinomicosis abdominal es una entidad difícil de diagnosticar por su baja incidencia y síntomas inespecíficos. Puede presentarse como dolor abdominal o como proceso inflamatorio-infeccioso. Radiológicamente puede confundirse con enfermedad de Crohn, tuberculosis y neoplasias malignas. *Actinomyces israelii* tiene baja virulencia, siendo factores predisponentes para infección, la inflamación, cuerpos extraños, traumatismo abdominal, cirugías previas y uso de dispositivo intrauterino en mujeres. En el caso presentado, la diverticulitis aguda previa podría haber tenido un rol en la fisiopatología de la infección. No está claro si las infecciones de transmisión sexual aumentan el riesgo de infección, pero podría ser un factor importante a considerar. El diagnóstico se realiza antes de la cirugía en <10% de los casos, lo más frecuente es que se realice por cultivos o biopsia. En resumen, si bien la infección por *Actinomyces* es poco frecuente, debemos considerarla como diagnóstico diferencial en paciente con procesos inflamatorios intraabdominales, carcinomatosis peritoneal y especialmente en pacientes con antecedentes de cirugías abdominales o enfermedades inflamatorias del tracto digestivo.

ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA CON STAPLER 100 MM. ¿TIENE VENTAJAS?

Ernesto Melkonian T.[1,2], Eduardo Mordojovich Z.[2], Aldo Cuneo Z.[1], Christian Jensen B.[1], Matías Salazar P.[3] [1]Servicio de Cirugía, Equipo Coloproctología, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo; [2]Servicio de Cirugía, Equipo de Coloproctología, Hospital Salvador, Departamento Cirugía Oriente Universidad de Chile: [3]Residente Cirugía General Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago.INTRODUCCIÓN: La dehiscencia anastomótica es la complicación más temida de la cirugía colorrectal. A pesar de los avances, aún no está resuelto que anastomosis ileocólica es mejor. Un estudio observacional de la Sociedad Europea de Coloproctología el 2015 muestra una tasa de dehiscencia en anastomosis ileocólica mecánica de 8,5 % y de 7,4 % en la manual, cuestionando incluso la técnica mecánica. La técnica mecánica más utilizada es la laterolateral utilizando stapler lineal 75 que muchas veces requiere agregar una nueva carga para el cierre del fondo. El grupo de Wexner et al. en un reciente estudio retrospectivo demuestra por primera vez que el tamaño del stapler es un factor independiente de menor complicación anastomótica. En nuestro grupo hemos ocupado stapler lineal de100 mm en todas las anastomosis ileocólicas laterolaterales desde el 2014. No hay series que describan el uso exclusivo de este tipo de stapler para la anastomosis ileocólica.OBJETIVOS: Presentar los resultados de las anastomosis mecánicas ileocólicas laterolaterales anisoperistálticas usando stapler lineal de 100 mm en pacientes consecutivos.MATERIAL Y MÉTODO: Se revisa en forma retrospectiva un registro de anastomosis ileocólicas electivas en que se realizó anastomosis laterolateral con stapler de 100 mm. en forma consecutiva desde enero 2014 a abril de 2024 en Clínica Alemana de Santiago. Se analizan datos demográficos, complicaciones de la anastomosis y número de cargas de stapler utilizadas.RESULTADO: Se reclutaron 65 pacientes. La mediana de edad fue de 66 años (21-93), 51% fueron hombres y 49% mujeres. El 95% de los pacientes fueron operados por cáncer. Todos presentaban albuminemia sobre 3,0 g/dl. Todas las cirugías fueron laparoscópicas y las anastomosis fueron extracorpóreas. Hubo 1 dehiscencia anastomótica (1,54%) en una paciente con baja de peso importante y un caso de hernia interna, ambas manejadas quirúrgicamente. En ningún paciente se necesitó más de 1 carga para el cierre del fondo. No hubo sangrado postoperatorio que requiriera alguna intervención. No hubo mortalidad en la serie.CONCLUSIÓN: El uso de stapler lineal 100 para confeccionar las anastomosis mecánicas ileocólicas laterolaterales presentó una baja tasa de dehiscencia en nuestra serie. El ocupar solo 1 carga para el cierre del fondo podría influir en este resultado, ofreciendo además una ventaja económica al no requerir una nueva carga.

RENDIMIENTO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES EN EL PERÍODO 2019-2023 EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ

Natalia Soto V., Gonzalo Inostroza L., Felipe Alcalde G., Eduardo García M., Carlos Bello A., Byron San Martín G., Marcelo Espinoza P., Virginia Pulgar C.Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz.INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer. A pesar de los avances en la detección y tratamiento, la carga global del CCR sigue siendo significativa. La detección precoz es fundamental para mejorar los resultados clínicos y reducir la carga de esta enfermedad. Los test de sangre oculta en deposiciones (TSOD) han demostrado ser una herramienta valiosa en la detección temprana del CCR y lesiones precancerosas. En el presente estudio, se analizaron los resultados de los test de sangre oculta en deposiciones evaluando su correlación con los hallazgos obtenidos mediante colonoscopía.OBJETIVOS: Describir los resultados del test de sangre oculta en deposiciones y su correlación con los hallazgos en colonoscopías realizadas entre 2019 y 2023 en CAVRR.MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo un estudio descriptivo que incluyó a pacientes que se sometieron a test de sangre oculta en deposiciones por inmunocromatografía y colonoscopias en el período comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Los datos fueron recolectados retrospectivamente de los registros médicos electrónicos de los pacientes seleccionados. Se seleccionaron pacientes adultos que se habían sometido tanto a TSOD como a colonoscopias durante el período de estudio. Se recopilaron los resultados de los TSOD, indicando si fueron positivos o negativos para la presencia de sangre oculta en deposiciones, así como los hallazgos detallados de las colonoscopias, que incluyeron la presencia de pólipos, tumores malignos y otras anomalías. Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando el software Microsoft Excel.RESULTADO: En el período mencionado se procesaron 17,231 TSOD, resultandos positivos un total de 3,164 (18.36%). De este total, se realizaron colonoscopias a un total de 1,250 (39.5%) pacientes. Los hallazgos encontrados en dicho examen fueron los siguientes: tumores malignos en 77 pacientes (6.16%), pólipos en 315 pacientes (25.2%), de los cuales 11 pacientes presentaban focos de adenocarcinoma (0.88%), displasia de alto grado en 54 pacientes (4.32%), enfermedad inflamatoria intestinal en 21 pacientes (1.68%), rectitis en 14 pacientes (1.12%), enfermedad diverticular en 169 pacientes (13.52%), hemorroides en 414 pacientes (33.12%), sin hallazgos patológicos en 167 pacientes (13.36%), otros hallazgos benignos en 47 pacientes (3.76%), y sin registro de resultados en 76 pacientes (6.08%).CONCLUSIÓN: El presente estudio proporciona información crucial sobre la utilidad de los TSOD como herramienta inicial para la detección de CCR y lesiones precancerosas. Con una tasa de positividad del 18.36% en los TSOD realizados entre 2019 y 2023, la correlación de los resultados de TSOD con los hallazgos de colonoscopías reveló una significativa prevalencia de pólipos (25.2%) y tumores malignos (6.16%) entre los pacientes evaluados. Específicamente, se detectaron 11 casos de adenocarcinoma dentro de los pólipos identificados, destacando la importancia de los TSOD en la detección precoz de lesiones potencialmente malignas. Es preocupante observar que un porcentaje considerable de pacientes con TSOD positivos (60.5%) no recibieron seguimiento con colonoscopía, a pesar de las directrices recomendadas para la evaluación completa de resultados positivos en TSOD. Esta falta de seguimiento clínico podría resultar en la subdetección de patologías colorrectales. En conclusión, este estudio refuerza la necesidad de implementar y cumplir estrictamente con protocolos de seguimiento clínico que incluyan colonoscopía para todos los pacientes con resultados positivos en TSOD. Mejorar la adherencia a estas prácticas podría facilitar una detección temprana y un manejo efectivo de condiciones potencialmente graves, reduciendo así la morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer colorrectal y otras patologías.

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL A CAUSA DE TUMOR GIST CECAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR DE COLON. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Juana Villalobos G., Hernán Arancibia A., Diego Toledo G., Catalina Hernández C., Laura Mancilla B.Universidad de Valparaíso.INTRODUCCIÓN: Los tumores GIST o tumores estromales gastrointestinales son una extraña variedad de neoplasia mesenquimal que representa 1-2% de los cánceres primarios gastrointestinales. Su incidencia es de 10-15 casos cada millón de habitantes al año. Tienden a ser un diagnóstico incidental, presentándose como masas subepiteliales en estómago e intestino delgado, afectando el colon sólo en un 5 - 15% de los casos. Son mayoritariamente asintomáticos, excepto aquellos de mayor tamaño, e incluso en estos casos es poco probable que se manifiesten clínicamente como obstrucción o intususcepción intestinal puesto a que su patrón de crecimiento tiende a ser extraluminal. La importancia de identificar estos casos en etapas iniciales radica en que aquellos pacientes que presenten tumores GIST localizados tienen como primera línea el manejo quirúrgico como tratamiento curativo.OBJETIVOS: Describir un caso clínico sobre intususcepción intestinal de tumor GIST cecal y analizar el manejo de este considerando lo poco frecuente de estos casos en la bibliografía.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica y registros electrónicos correspondientes al centro hospitalario del usuario. Revisión bibliográfica realizada bajo los términos MeSH: gastrointestinal stromal tumors (GISTs), tumor intussusception.RESULTADO: Paciente femenina, 54 años, con antecedente de diabetes mellitus no insulino requirente y hernioplastía umbilical. Consulta en unidad de emergencia por dolor y distensión abdominal de 3 semanas de evolución asociado a ausencia de gases y deposiciones los últimos días. Se solicitan parámetros inflamatorios que resultan elevados y TC de abdomen y pelvis que informa intususcepción de íleon terminal en relación a colon ascendente asociado a tumor de estirpe lipomatosa endoluminal. En este contexto se decide manejo quirúrgico de urgencia realizando hemicolectomía derecha e ileotransverso anastomosis abierta encontrando tumor de 5 cm de diámetro con intususcepción desde ciego a íleon con úlcera necrótica y perforación intestinal menor a 1 cm. Se concluye procedimiento sin incidentes, la paciente evoluciona en buenas condiciones durante postoperatorio por lo que se decide alta. En control ambulatorio se rescata biopsia diferida de pieza operatoria que informa signos histológicos compatibles con tumor GIST de intestino grueso, márgenes quirúrgicos libres.CONCLUSIÓN: Los tumores GIST representan un reto diagnóstico debido a su rareza y tendencia a ser asintomáticos. Es por esto que surge la necesidad de tener la sospecha y poder tener un diagnóstico histológico adecuado, lo cual sólo puede ser posible tras una intervención quirúrgica apropiada y efectiva que logre obtener una muestra suficiente para definir la conducta y pronóstico de tumores GIST localizados.

ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN DE COLONOSCOPÍAS MEDIANTE TEST DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES (TSOD): RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE INTERCONSULTAS

Emiliana Vizcaya, Cristián Jarry, Ximena Riesco, Sonia Maturana, Eugenio GrassetHospital Santiago Oriente.INTRODUCCIÓN: La colonoscopía es eficaz en el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal (CCR). Actualmente, existe una alta demanda por colonoscopías en atención primaria (APS), pero una limitada disponibilidad. El Test de Sangre Oculta en Deposiciones (TSOD) representa una estrategia complementaria y validada en el tamizaje de CCR. OBJETIVOS: Presentar resultados preliminares de la aplicación del TSOD para priorizar colonoscopías como estrategia de gestión de lista de espera.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico. Cada solicitud de colonoscopía recibió un puntaje de priorización basado en factores de riesgo para CCR. Si el puntaje era inferior a 7, se indicó TSOD; si este era positivo (mayor a 50ng/ml) o el puntaje igual o superior a 7, se solicitó colonoscopía. Se analizaron pacientes con resultados disponibles. Se describen factores de riesgo y resultados de exámenes. Se utilizó estadística descriptiva y analítica no paramétrica; Wilcoxon para determinar diferencias entre las medianas de factores de riesgo para CCR entre pacientes con TSOD positivo y negativo.RESULTADO: De 771 pacientes con indicación de TSOD, a la fecha se han analizado 145 con resultados disponibles. 123 (84%) tenían más de 50 años. El 52% presentaba cambio de hábito intestinal, 28% baja de peso, 25% hemorragia digestiva, 18% antecedentes familiares de CCR, 6.8% anemia, 3.4% antecedentes de PAF y 12% pólipo previo. Veintidós pacientes tenían un examen perianal descrito, todos negativos para lesiones tumorales. 33(22%) presentaron un TSOD positivo. La mediana de factores de riesgo fue de 2[2-3], sin diferencias entre pacientes con TSOD positivo o negativo. A 32 de estos se les realizó una colonoscopía; en 21 de estas se realizaron biopsias, sin encontrar lesiones malignas.CONCLUSIÓN: Se presenta el análisis preliminar de un grupo de pacientes sin alta prioridad para colonoscopía quienes presentando una mediana de 2 factores de riesgo para CCR, presentaron un 22% de positividad en los TSOD. Al 97% de aquellos con test positivo, se les realizó una colonoscopía y en ninguno se evidenció una lesión maligna. Resulta fundamental el análisis del resto de la muestra, incluyendo aquellos con alta prioridad y quienes no han tenido resultado del TSOD, para validar el puntaje de corte utilizado y estandarizar la solicitud de colonoscopía. Sin embargo, estos resultados apoyan el uso del TSOD complementario a la historia clínica como elementos de priorización. La validación de esta estrategia con datos locales permitirá optimizar el recurso endoscópico y proporcionar confianza a profesionales y pacientes.

HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR CIRUGÍA MAGNÉTICA: PRUEBA DE CONCEPTO

Eugenio Grasset, Cristián Jarry, Claudio Muñoz, Sebastián Olivares, Christophe RiquioirHospital Santiago Oriente.INTRODUCCIÓN: El recurso humano quirúrgico es una limitante en el desarrollo de cirugía oncológica en algunos sistemas de salud. La implementación de nuevas tecnologías como el robot o la cirugía magnética podrían resultar útil para aumentar la cirugía oncológica de calidad con técnica mínimamente invasiva en entornos con recursos humanos limitados. Se presenta como prueba de concepto el uso del sistema MARS de Levita Magnetics en cirugía oncológica colorrectal. OBJETIVOS: El objetivo es exponer a modo de prueba de concepto, el uso del sistema MARS de Levita Magnetics en cirugía oncológica colorrectal.CONTENIDO DE VIDEO: Se realizaron tres hemicolectomias derechas laparoscópicas asistidas por el sistema MARS de Levita Magnetics. En el video se presenta el sistema utilizado, dos propuestas para la configuración del sistema en pabellón y los pasos de la cirugía asistidos por la pinza magnética y la cámara robotizada. La fase resectiva de las tres cirugías pudo realizarse de manera efectiva por un solo cirujano. La fase reconstructiva requirió un segundo cirujano para la anastomosis extracorpórea, pero pudo realizarse de manera autónoma por un solo cirujano en su modalidad intracorpórea. Se presentan los tiempos operatorios y los resultados quirúrgicos y oncológicos.

ADENOCARCINOMA MUCINOSO EN EL CONTEXTO DE ABSCESO APENDICULAR: REPORTE DE CASO

Francisca Briceño M., Javiera Berríos H., Leonardo Cárcamo G., Rodolfo Avendaño, Alejandro Murúa, Andrés Vera
Universidad Austral de Chile. INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de mortalidad oncológica, con una incidencia que se ha duplicado en la última década en nuestra región. El adenocarcinoma mucinoso (ACM), un subtipo histológico relativamente infrecuente de CCR, presenta características distintivas que lo diferencian de los no mucinosos. Típicamente, los ACM tienden a localizarse más proximalmente en el colon, afectan a una población más joven (<50 años) y se diagnostican en estadios más avanzados, constituyendo un factor de mal pronóstico. Entre el 1,8% y el 8% de los cuadros apendiculares agudos complicados están asociados a un CCR subyacente, una correlación que exige la máxima atención del cirujano general.OBJETIVOS: Presentar un caso de absceso apendicular complicado con ACM, analizando la toma de decisiones y enfatizando la importancia de considerar el CCR en el diagnóstico diferencial.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión Bibliográfica y Revisión de caso a partir de ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Paciente masculino de 44 años, con cuadro de 2 días de evolución, compatible con apendicitis aguda. La tomografía computarizada (TC) mostró un absceso apendicular. Se decidió realizar una resolución quirúrgica laparoscópica. Durante la operación no se visualizó el apéndice, se desistió la exploración y se instaló un drenaje. El postoperatorio fue complicado, manteniéndose con antibioterapia por dos semanas. La TC de control mostró una disminución de las colecciones y el drenaje sin débito, por lo que se decidió el alta. Dos semanas después, ingresó a urgencias con obstrucción intestinal. La TC reveló un cambio de calibre en el íleon terminal. En la laparotomía exploradora, se encontró un proceso inflamatorio indurado en el ciego, adherido al retroperitoneo, con un apéndice perforado y mucina. Se interpretó como un ACM, realizándose una hemicolectomía derecha oncológica e ileotransverso anastomosis. Se hallaron dos nódulos en el epiplón, que fueron resecados. La biopsia informó adenocarcinoma mucinoso de colon ascendente pT4a N1c. El estudio de extensión no mostró diseminación a distancia y se decidió quimioterapia adyuvante.CONCLUSIÓN: El CCR y los abscesos apendiculares son patologías comunes en la práctica clínica, cuyo manejo puede ser particularmente desafiante cuando coexisten. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha de una neoplasia subyacente, debido al impacto significativo en el pronóstico oncológico. Un enfoque multidisciplinario y una vigilancia rigurosa son esenciales en el manejo de abscesos apendiculares dada la posibilidad una neoplasia subyacente. El cirujano general debe estar preparado para la toma crítica de decisiones en estos casos, adaptando las estrategias intraoperatorias según los hallazgos y asegurando un abordaje integral.

DIVERTICULITIS AGUDA CECAL: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

María Jesús Jugo D., María Ignacia Von Bennewitz B., Augusto Barrera Z., José Gellona V., José Miguel Zúñiga A., Karen Schonffeldt G., Joaquín Irarrázaval E., Luis Felipe Andrade M., Leonardo Espíndola S.Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: La diverticulitis aguda es una patología frecuente en nuestro medio, constituyendo aproximadamente un 5% de las consultas por dolor abdominal. En población occidental, la diverticulosis se presenta principalmente en colon izquierdo o sigmoides, siendo la diverticulosis cecal poco frecuente (incidencia < 5%). Los estudios acerca de resultados clínicos y recomendaciones para el manejo de diverticulitis cecal son escasos. La evidencia actual se basa casi exclusivamente en centros asiáticos, donde la prevalencia es tan alta como la sigmoidea en occidente. Un diagnóstico apropiado y oportuno se hace crucial en esta patología, ya que el manejo de primera línea es conservador, a diferencia de otros cuadros que producen dolor en fosa iliaca derecha, como lo son la apendicitis aguda y los tumores de colon derecho complicados.OBJETIVOS: Presentar un caso de diverticulitis cecal y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Caso de un hombre de 64 años, sano, que consulta por 48 horas de dolor abdominal en fosa iliaca derecha. Estable hemodinámicamente. Destacan parámetros inflamatorios elevados. El TC evidenció diverticulitis cecal con burbujas extraluminales adyacentes. Clasificación Thorsen Ternet grado II. Se maneja de forma conservadora exitosamente. Colonoscopia diferida sin neoplasia.RESULTADO: La diverticulitis de colon ascendente es rara, se reporta una incidencia <1.5% del total de casos. Aproximadamente un 80% se encuentra proximal a la válvula ileocecal, en la cara anterior del ciego. El diagnóstico diferencial con patologías más frecuentes ginecológicas, apendicitis e ileitis en ocasiones es difícil. El escáner de abdomen y pelvis contrastado es el examen diagnóstico de elección, permitiendo descartar patologías de resolución quirúrgica. La literatura publicada extrapola la clasificación de Hinchey para orientar el manejo, sin embargo, existen otras clasificaciones reportadas como la utilizada en el caso. La mayoría de los casos se resuelve con manejo médico, incluso a veces sin antibioterapia. El manejo quirúrgico está poco reportado, y se reserva para pacientes con abscesos sin respuesta a un drenaje percutáneo o peritonitis difusa/fecaloidea. El estudio endoscópico diferido es fundamental para descartar patología neoplásica.CONCLUSIÓN: El presente caso muestra un resultado exitoso del manejo conservador de esta patología. Es importante conocerla y tenerla como diagnóstico diferencial cuando nos encontramos con cuadros inflamatorios a nivel ileocecal.

INVAGINACIÓN ILEO-COLÓNICA POR LIPOMA ILEAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Laura Mancilla B., Hernán Arancibia A., Diego Toledo G., Luz Nava M., Catalina Hernández C., Juana Villalobos G.Hospital Gustavo Fricke, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: Los lipomas son tumores benignos no epiteliales y poco frecuentes que representan el 5% de todos los tumores gastrointestinales. Habitualmente son asintomáticos sin embargo pueden provocar dolor abdominal, sangrado u obstrucción intestinal desde 2 cm en adelante aproximadamente.OBJETIVOS: Describir un caso clínico sobre paciente con obstrucción intestinal por invaginación ileocólica a causa de un lipoma ileal resuelto con hemicolectomía derecha laparoscópica.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica y registros electrónicos. Se obtienen imágenes de tomografía computada inicial e imágenes del intraoperatorio. Se realizó revisión de la literatura en Pubmed con los términos (MeSH) Intussusception and Ileocecal Valve.RESULTADO: Paciente femenina 67 años consulta por cuadro de dolor abdominal difuso intenso asociado a náuseas, vómitos y deposiciones sanguinolentas. Laboratorio: leucocitos:12700 µl, PCR: 28.6 mg/dL. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste evidencia invaginación intestinal ileocólica por lesión de estirpe lipomatoso en el íleon que impresiona como causante, observándose imagen en diana (transversal) y signo de salchicha (coronal). Se realizó hemicolectomía derecha por vía laparoscópica. En el intraoperatorio se evidenció tumor polipoide de íleon distal intusuceptado a través de la válvula ileocecal, la biopsia informó enteritis isquémica secundaria a invaginación intestinal con lipoma submucoso.CONCLUSIÓN: Los lipomas gastrointestinales son tumores benignos infrecuentes, se localizan preferentemente en colon, aunque hasta un 20% puede aparecer en intestino delgado. El 90% de las intususcepciones intestinales en adultos tiene una causa orgánica tales como pólipos benignos, adenopatías mesentéricas aumentada de tamaño, lipoma, divertículo de Meckel, entre otras causas. Suele presentarse con síntomas inespecíficos como: náuseas, vómitos, sangrado gastrointestinal, cambios en el hábito intestinal y distensión abdominal. La tomografía computarizada es la mejor imagen para diagnosticar una invaginación intestinal, en este caso se observan signos clásicos como la imagen en diana o signo de la salchicha, revelando además el sitio y nivel de la obstrucción intestinal, útil para planificar la resolución quirúrgica. La elección de abordaje laparoscópico versus abierto se basa en la condición clínica del paciente, la localización y extensión de intususcepción, la probabilidad de una enfermedad subyacente y la disponibilidad de cirujanos con suficiente experiencia laparoscópica. El tratamiento de los grandes lipomas ileocólicos con resección colonoscópica no está definido, sin embargo, se han reportado casos exitosos de hasta 11 cm sin perforación de la pared, esta alternativa podría ser segura en tumores pediculados sin extensión de este a la serosa y muscular propia.

LINFONODOS PÉLVICOS LATERALES Y NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO. RESULTADOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Augusto Barrera Z., Dominique Krauss S., José Gellona V., José Zúñiga A., Karen Schonffeldt G., Joaquín Irarrázaval E., Luis Andrade M., Giancarlo Schiapacasse F., Catalina Estay F., Leonardo Espíndola S.Hospital Militar de Santiago, Clínica Alemana de Santiago.INTRODUCCIÓN: La terapia neoadyuvante (nCRT) y la excisión total de mesorrecto (TME) son los pilares del tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado (LARC) para reducir la recurrencia local y mejorar la sobrevida. El compromiso de linfonodos pélvicos laterales (LPL) tiene aún un comportamiento incierto con estas terapias. Algunos estudios han mostrado mejores resultados con la disección linfonodal pélvica lateral (LPLD) mientras que otros muestran resultados similares solo utilizando el tratamiento estándar.OBJETIVOS: Mostrar los resultados oncológicos de nuestro centro en pacientes tratados por LARC, con y sin sospecha de compromiso de LPL, que no recibieron disección pélvica lateral.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional analítico retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes diagnosticados con cáncer de recto medio e inferior que fueron sometidos a neoadyuvancia entre los años 2010 y 2020, y luego TME sin disección pélvica lateral (LPLD) o seguidos según protocolo de Watch and Wait. Las resonancias magnéticas fueron analizadas por radiólogos expertos, clasificándose en satisfactorias y no satisfactorias. Se dividió a los pacientes en dos grupos, según si tenían o no linfonodos pélvicos laterales sospechosos (LPL+ y LPS-). Se clasificaron según número, tamaño y características. RESULTADO: 51 pacientes fueron tratados en dicho período, 34 hombres y 17 mujeres. Se dividen según estadio en Etapa I (n=5), Etapa II (n=11) y Etapa III (n=35). 39 pacientes tenían linfonodos mesorrectales sospechosos en la estadificación inicial, de ellos, 11 tenían LPL+. Los esquemas de neoadyuvancia utilizados fueron: esquema corto (n=4), largo clásico (n=34) y TNT (n=13). El 94% (n=48) de los pacientes completaron la neoadyuvancia. 41 pacientes recibieron TME (RAB, RAUB y RAP), 2 resección local y 8 tuvieron RCC e ingresaron a protocolo de W&W. La recidiva local fue de un 15.6% (n=8), de ellos, 6 con LPL- y 2 con LPL+. La recidiva sistémica fue de un 19.6% (n=10), 8 con LPL- y 2 con LPL+ (mismos pacientes). Del total de pacientes con LPL-, tuvieron recidiva local o a distancia un 27.4% (n=11). Del total de pacientes con LPL+ tuvieron recidiva local o a distancia un 18.1% (n=2).CONCLUSIÓN: El manejo de los LPL sospechosos es aún incierto. En esta muestra los resultados no fueron estadísticamente diferentes entre aquellos con y sin LPL sospechosos sometidos a terapia estándar, habiendo una tendencia a mejores resultados en el primer grupo. Existen factores confundentes y la muestra es pequeña. Se debe estandarizar el tratamiento neoadyuvante y quirúrgico para obtener resultados más precisos.

EXENTERACIÓN ANTERIOR PÉLVICA POR ADENOCARCINOMA APENDICULAR, CON INFILTRACIÓN VESICAL Y UTERINA EN PACIENTE JOVEN EMBARAZADA

Gustavo Montesinos A., Jorge Escarate L., Christopher Hantsch R., Jorge Bermeo P., Ángela González Y.Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua.INTRODUCCIÓN: Los tumores apendiculares representan un grupo infrecuente de neoplasias del tracto digestivo. Su incidencia aproximada es de 1 caso cada 100.000 habitantes. La presentación puede variar desde un hallazgo incidental, posterior resolución quirúrgica en urgencias hasta grandes masas pélvicas. El manejo varía desde la realización de una apendicectomía hasta intervenciones complejas. Su pronóstico depende de la histología, tamaño tumoral, afectación peritoneal y compromiso a órganos distantes.OBJETIVOS: Reportar caso de un adenocarcinoma apendicular, en paciente joven embarazada, con compromiso uterino, vesical, ureteral y su manejo quirúrgico. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de historial clínico.RESULTADO: Paciente femenina de 28 años cursando embarazo, dentro de controles prenatales ecográficos, se constata masa abdominal pericólica derecha. Comienzo de estudio con resonancia magnética de abdomen y pelvis que describe masa en fosa iliaca derecha y supravesical de 10x8x14 cm, neoplasia de origen mucinoso, con compromiso de ciego, colon ascendente y cúpula vesical. Se decide biopsia por equipo de radiología intervencional, reportando adenocarcinoma de probable origen digestivo. Estudio de laboratorios destaca CEA 14.9, AFP, Ca 125, Ca19-9 normales. En coordinación con equipo de obstetricia, se decide interrupción de embarazo a las 34 semanas, el cual transcurre sin incidentes y se programa para cirugía por equipo de coloproctología. Ingresa paciente a pabellón, se observa masa pélvica pétrea que compromete, vejiga, útero y anexos. Acceso a espacio de retzius, compromiso cúpula vesical y pared anterior de útero. Rectosigmoides no comprometido. Se realiza histerectomía. Junto a Urología; se define cistectomía radical. Se diseña conducto ileal con 20 cm de íleon terminal, formación tipo Bricker. Confección ileotransverso anastomosis laterolateral manual isoperistáltica. Biopsia post quirúrgica informa adenocarcinoma aserrado con componente mucinoso grado uno, 10x 7x7 cm, con invasión de vejiga y útero. Score de brote tumoral alto. Márgenes negativos, 0/23 linfonodos, sin metástasis. Se decide posterior control multidisciplinario y quimioterapia adyuvanteCONCLUSIÓN: Casos como el expuesto, son infrecuentemente descritos en la literatura actual. Requieren manejo multidisciplinario. En lesiones que reporten adenocarcinoma, el manejo corresponde a hemicolectomía derecha oncológica; no obstante, en este caso, por los hallazgos intraoperatorios y el resultado de biopsia, el manejo quirúrgico conjunto con la quimioterapia son los pilares de tratamiento.

SCHWANNOMA DE COLON SIGMOIDES, MANEJO QUIRÚRGICO Y TRATAMIENTO

Rocio V.[1], Montesinos G.[2], Escarate J.[2], Bermeo J.[2], Sigüenza X.[3], Hantsch C.[3], Ortega R.[4]Hospital Doctor Franco Ravera Zunino, Departamento de Coloproctología, Rancagua.INTRODUCCIÓN: Los Schwannomas son tumores de crecimiento lento, generalmente benigno, con baja tasa de transformación maligna. Su ubicación en tracto gastrointestinal es rara, predominando en estómago 60 - 70%, seguido de colon y recto con 3%. Se presenta habitualmente en la 5°-6° décadas, con tendencia de género femenino y sin factores de riesgo claros asociados. Su clínica está relacionada a su ubicación colorrectal, habitualmente asintomáticos hasta los 2 centímetros. El diagnóstico preoperatorio es complejo ya que los hallazgos en estudio complementarios no son específicos. OBJETIVOS: Reportar caso de Schwannoma sigmoide en paciente adulta mayor.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica.RESULTADO: Presentamos a paciente femenino de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial y pólipos colónicos con seguimiento colonoscópico anual, con cambios de hábito intestinal de 1 año de evolución, episodios de diarreicos y de constipación intercalados, asociado a dolor abdominal difuso, distensión abdominal y pérdida de peso no cuantificada, negando hematoquecia y rectorragia. TAC abdomen, tórax y pelvis que reportó colon sigmoides con formación aérea intraluminal asociada a cambios de calibre abrupto a este nivel, sin alteraciones de tejido adiposo ni adenopatías regionales. Sin metástasis a distancia. Se complementó con resonancia magnética evidenciando un engrosamiento parietal parcialmente exofítico en sigmoides proximal de aproximadamente 2 cm en su eje mayor, que no altera el tejido adiposo circundante, sin invasión a estructuras adyacentes. Se realizó sigmoidectomía abierta en donde se resecaron 18 cm de colon respetando márgenes oncológicos, confección de descenso - recto anastomosis y buena recuperación post operatoria con alta hospitalaria al cuarto día. La biopsia reportó macroscópicamente una serosa irregular marrón amarillenta con abundante tejido adiposo adherido, al corte pared de hace 3 mm de espesor, observándose hacia uno de sus márgenes área ovalada de bordes más o menos definidos de 2 x1.5 cm, blanquecino grisácea. Al corte de la lesión blanquecino-amarillenta, resto de la mucosa grisácea con pliegues conservados, algunos discretamente edematizados. En el estudio inmunohistoquímico destacó: S100 (+) colorrectales tinción citoplasmática tenue a moderada en las células neoplásicas, resto de marcadores para histologías más frecuentes de cáncer colorrectal negativas, concluyendo Schwannoma de colon sigmoide. CONCLUSIÓN: Actualmente, no existen guías ni ensayos clínicos que demuestren comportamiento del tumor, sobrevida global, recidivas o sobrevivencia libre de enfermedad. Al ser benigno, el seguimiento se basa en estudio imagenológico seriado, sin necesidad de tratamientos adyuvantes, puesto que el manejo quirúrgico es curativo.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA EDUCATIVA COLOPROCTOLOGICA PARA PACIENTES

Brandon Valencia-Coronel, Julián Peña Herrera, Carlos Morales, Jose Escobar, Adriana Silva, Cristóbal Flores, Felipe Quezada-Díaz, Erik ManríquezPontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Dr. Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: La educación del paciente es fundamental para lograr resultados óptimos. Sin embargo, la creación de recursos educativos efectivos y accesibles puede ser costosa y compleja. Este estudio evalúa la factibilidad de desarrollar una plataforma educativa de bajo costo utilizando inteligencia artificial (IA) para pacientes con patologías coloproctológicas.OBJETIVOS: El objetivo se centra en evaluar la factibilidad de desarrollar una plataforma educativa de bajo costo utilizando inteligencia artificial (IA) para pacientes con patologías coloproctológicas. MATERIAL Y MÉTODO: Se utilizó una plataforma web llamada Framer, una herramienta gratuita de diseño web potenciada con IA. El contenido se generó mediante la técnica de zero-shot prompting con modelos de lenguaje de gran tamaño (LLMs) como ChatGPT-4 y ClaudeAI, estructurado en siete componentes: Objetivo principal, Contexto, Persona, Ejemplo, Formato, Razonamiento y Tono. Se utilizaron buscadores potenciados por IA para obtener información basada en evidencia. El material textual se complementó con videos explicativos grabados por un coloproctólogo experto y contenido audiovisual generado por IA mediante la plataforma Gen 3 alpha. RESULTADO: Se creó una plataforma web funcional que proporciona información detallada y accesible sobre patologías coloproctológicas comunes enfocada para personal no médico. La plataforma integró con exito contenido generado por IA con la experiencia clínica de especialistas, ofreciendo recursos educativos multimedia. El costo mensual se limitó a las suscripciones de ChatGPT y Gen 3 Alpha, totalizando aproximadamente 110 USD, durante la fase de desarrollo e implementación. Adicionalmente, se invirtieron recursos humanos no cuantificados directamente, consistentes en aproximadamente dos horas-persona semanales para la creación y organización del contenido en el sitio web. Este enfoque representa una reducción significativa de costos en comparación con los métodos tradicionales de desarrollo web, que pueden alcanzar entre 500 y 2000 USD mensuales, incluyendo gastos de dominio, administración y marketing.CONCLUSIÓN: Este estudio demuestra la factibilidad de desarrollar una plataforma educativa de bajo costo para pacientes coloproctológicos utilizando herramientas de IA gratuitas y de pago. Evidenciando un costo menor significativo en comparación con métodos tradicionales. El costó pudiera disminuir cada vez que se complete un ciclo de generación de contenido, suspendiendo la suscripción a las plataformas de pago. El costo de mantención, impacto y aceptación de esta plataforma será evaluado en la siguiente etapa de este proyecto.

SARCOMA EN SITIO IRRADIADO POST RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE RECTO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Nastassja Mutarello L., Eduardo Larenas R., Carla Carvajal R., José Vivanco A., Gino Caselli M., Christian König P., Claudio Benavides Y.Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente. INTRODUCCIÓN: Los sarcomas son un grupo raro y heterogéneo de tumores sólidos de origen mesenquimal que representan sólo el 1% de todas las neoplasias malignas en adultos(1,2) Se ha descrito que los sarcomas pueden ser una complicación rara y mortal después de la radioterapia y pueden presentarse en intervalos de tiempo desde 8 a 21 años, posteriores a la terapia(3,4) aunque algunos autores postulan que el periodo de latencia requerido entre la exposición a la radiación y la formación de sarcomas, podría ser incluso de 1 a 6 meses.(5) Los sarcomas inducidos por radiación (RIS) representan del tres al seis por ciento de todos los sarcomas diagnosticados (6,7) La edad media en el momento del diagnóstico de un sarcoma asociado a la radiación es de entre 50 y 67 años en los adultos (8) La tasa de aparición de sarcomas inducidos por radiación es poco frecuente, alrededor del 0,03 al 0,2% a los 10 años (5). La incidencia acumulada de estos sarcomas en la población de pacientes que recibieron radioterapia (RT) es de 3,2 por 1000 a los 15 años, versus la incidencia de sarcomas primarios es de 2,3 por 1000 en pacientes que no recibieron RT (9) El pronóstico del RIS es malo en comparación con otros sarcomas. Las tasas de supervivencia a 5 años informadas varían entre el 17 y el 41% (7) Los cánceres primarios más comúnmente asociados a la radiación en los adultos son el cáncer de mama, el linfoma, el cáncer de cabeza y cuello y los cánceres ginecológicos (1) Se considera que los sarcomas asociados a la radiación tienen un mal pronóstico y son un problema creciente por el mayor número de pacientes que recibe este tipo de terapia, por lo que es necesario una sospecha clínica rápida para mejorar la sobrevida de estos pacientes (3,4.) Por otro lado, no hay estudios poblacionales que reporten la incidencia de sarcoma post radiación específicamente en pacientes tratados por cáncer de recto, pero es necesario tener presenta esta patología dado el nuevo número creciente de pacientes con cáncer de recto medio o bajo que van de a terapia naoadyuvante total (TNT), con radioterapia y quimioterapia combinada pre quirúrgica, el cual se ha convertido hoy en día en el estándar terapéutico. OBJETIVOS: Actualización sobre el sarcoma de sitio irradiado, específicamente post radiación de cáncer de recto, dando a conocer recomendaciones para la sospecha, diagnoŝtico y tratamiento međico y quirurǵico.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional; en formato de caso clıńico y revisioń de la literatura actual, a traveś de PubMed, Scielo y otros motores de buśqueda de artıćulos cientıficos. Se presenta el caso clinico de una mujer de 81 años con adenocarcinoma de recto inferior localmente avanzado, cT4aN2 con MRC (+). Se discutió caso en comité, se decidió tratamiento con terapia neoadyuvante total (TNT) y cirugía posterior. La paciente recibió RT hipofraccionada más FOLFOX 8 ciclos. Luego de esto fue sometida a cirugía de miles. Biopsia de la pieza extraída fue identificada como: Adenocarcinoma rectal avanzado, recto medio e inferior, de 3.5x3.7cm, Bormann II, que invade tejido adiposo perirrectal/subserosa, MRC (-), ILV (+), PN (-), Budding grado II, sin compromiso a nivel del ano, 1/3 ganglios (+) ypT3N1aM0. Durante el seguimiento, dos años posterior a su tratamiento inicial, evoluciona con aumento de volumen perineal paralelo al extremo distal de la cicatriz perineal. Se realiza PT CT que confirma lesión de aspecto neoplásico, compatible con recidiva por lo que se decide realizar nueva cirugía resectiva a la paciente. Se recibe biopsia que informa Leiomiosarcoma G3, con invasión de tejido subcutáneo, de 8x6 cm, índice mitótico 29 mitosis en 10 CM, Necrosis tumoral +, PLV +. Márgenes libres, 0,5 cm en profundidad. Bordes libres a 0.5 cm. pT2Nx. Tumor de estirpe distinta a la esperada.RESULTADO: El potencial cancerígeno a largo plazo de las radiaciones ionizantes es bien conocido y ha sido descrito desde 1902. En las últimas décadas se ha observado un mayor número de neoplasias inducidas por radiación (RIS), debido, entre otras razones, a una mejora sustancial de la supervivencia de los pacientes(10,13). Cuando un tumor se presenta dentro del campo de radiación de una neoplasia maligna previa, los diagnósticos diferenciales incluyen: (i) recurrencia local del tumor original, (ii) efecto de campo para epitelio inestable, (iii) una nueva neoplasia maligna primaria y (iv) una segunda neoplasia maligna inducida por radiación(11). El número de pacientes con segundas neoplasias malignas está creciendo y actualmente representan aproximadamente uno de cada seis de todos los nuevos cánceres notificados al Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) (11). Hoy en día, no se sabe cómo las nuevas técnicas de radioterapia, como la administración de radioterapia de intensidad modulada (IMRT), pueden influir en el riesgo de RIS. Además, no se sabe si los regímenes hipofraccionados, que administran una dosis más alta por fracción pero una dosis total más baja, modificarán el riesgo de RIS(5). Por lo tanto, las investigaciones y el seguimiento atento posteriores pueden detectar tempranamente estas neoplasias malignas inducidas por la radiación y, en consecuencia, dar como resultado un tratamiento exitoso(3). CONCLUSIÓN: La radioterapia es uno de los pilares del tratamiento del cáncer de recto, eventualmente la incidencia del sarcoma por radiación irá en aumento dado las mejores tasas de supervivencia global de este cáncer a largo plazo. Por lo tanto, se hace imprescindible conocer la enfermedad para alertar su sospecha. Se expone que el seguimiento atento posterior puede detectar tempranamente estas neoplasias malignas inducidas por la radiación, para dar paso al manejo quirúrgico definitivo. Sin embargo, se ha demostrado que la cirugía sola a

menudo es deficiente en términos de supervivencia general y tasas de recurrencia local, lo que enfatiza la necesidad de una mejor terapia multidisciplinaria para el tratamiento de estas neoplasias malignas.

CARCINOMA DE RECTO ESCAMOSO ESTADIO IV A, CON RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA, POSTERIOR A QUIMIOTERAPIA

Rocio Ortega S., Vanessa Recio E., Christopher Hantsch R., Bermeo Pacheco J., Gustavo Montesinos A., Jorge Escarate L.Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Departamento de Coloproctología.INTRODUCCIÓN: El Cáncer colorrectal constituye el tercer tumor maligno más frecuente a nivel mundial con incidencia de 24,2 por 100.000 habitantes (1). Dentro de ellos, el carcinoma escamoso de recto es infrecuente con una incidencia de 0,1-0,25 por 1.000 tumores colorrectales. Por esto, su epidemiología, patogénesis, pronóstico y manejo no están bien definidos. Siendo este último extrapolado del adenocarcinoma de recto y del carcinoma escamoso anal (4). OBJETIVOS: Reporte de caso de carcinoma escamoso de recto estadio IV A, con respuesta clínica completa posterior a quimioterapia.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de historial clínico.RESULTADO: Se presenta el caso de una mujer de 62 años, con antecedente de histerectomía hace 18 años por miomatosis. Consulta por 6 meses de dolor rectal y rectorragia, refiere, además, constipación, baja de peso y diaforesis nocturna. Al examen físico, destaca en tacto rectal lesión indurada pediculada con base ancha a 1,5 cms del margen anal y otra lesion extensa palpable desde los 6 cms del margen anal. En la colonoscopia, se identifica a 5cm y a 1cm del margen anal lesiones proliferantes e infiltrantes, separadas por mucosa sana, la biopsia concluyó neoplasia intraepitelial anal de alto grado, carcinoma epidermoide in situ, con signos sugerentes de infeccion por VPH. La RMN mostró masa que comprometía recto superior y medio, hiperintensa en secuencias Stir, ligeramente hipointensa en secuencias T1 y T2, de aproximadamente 57 x 42 x 58 mm con restricción a la difusión que oblitera gran parte del lumen. Con compromiso de plano mucoso, submucoso, muscular y extensión hacia la grasa mesorrectal. El TAC de Tórax, Abdomen y Pelvis, informó voluminosa masa rectal localmente infiltrante que comprometía cúpula vaginal y asas de intestino delgado de aspecto neoplásico primario. Adenopatías pélvicas, en eje mesentérico superior distal y lesiones focales hepáticas bilobares de aspecto secundario. El PET-CT informó elevado metabolismo de lesión masiforme rectal, en lesión perineal derecha, en adenopatías pelvianas y mesentérica superior, además de numerosas lesiones focales hepáticas de aparente origen neoplásico. En reunión multidisciplinaria se define quimioterapia neoadyuvante. Se realizaron 6 sesiones, con esquema Paclitaxel - Carboplatino, que tras presentar RAM se cambia a Docetaxel + Carboplatino, completando las 6 sesiones. El PET-CT de control al mes, mostró disminución de tamaño y número de lesiones hepáticas bilobares. Resolución metabólica y disminución del engrosamiento de fascia endopélvica posterior derecha. Leve engrosamiento parietal hipodenso de recto medio y superior, sin hipermetabolismo. El PET a los 10 meses informó resolución casi completa del engrosamiento parietal concéntrico rectal, sin hipermetabolismo, disminución del engrosamiento de fascia endopélvica posterior derecha y persistencia de lesiones hepáticas hipodensas sin hipermetabolismo, de aspecto residual. La RMN informó lesiones parietales rectoanales de aspecto fibrótico cicatricial, sin viabilidad tumoral. Lesiones focales hepáticas, de menor tamaño que en estudio previo, sin viabilidad tumoral. Sin nuevos signos de recidiva neoplásica. El TAC Tórax, Abdomen y Pelvis mostró ausencia de masas rectales, leve engrosamiento a derecha de aspecto cicatricial. Sin evidencia de recidiva local. Estabilidad de lesiones hepáticas focales. La última colonoscopia mostró mucosa normal en todos los segmentos. En ampolla rectal edema de mucosa, telangiectasias, pérdida de transparencia vascular submucosa y friabilidad compatible con rectitis actinica. Sin lesiones en canal.CONCLUSIÓN: Si bien aún no existe estandarización del tratamiento para el carcinoma escamoso rectal, estudios recientes muestran un traslape importante de la cirugía hacia la quimiorradioterapia como tratamiento primario (5). De acuerdo a la literatura, la similitud y cercanía con el carcinoma escamoso anal, orienta a utilizar esquemas de tratamiento que sean eficaces en estos, como paclitaxel con carboplatino o el esquema Nigro (3). La respuesta clínica completa posterior a quimioterapia ha sido escasamente reportada en la literatura. Según los datos disponibles, entre el 10% y el 25% de los pacientes con carcinoma rectal localmente avanzado alcanzan una respuesta patológica completa, después del tratamiento neoadyuvante (6). Sin embargo, estos datos nos hablan del panorama general y no específico de la histología reportada.

ENTEROBIUS VERMICULARIS COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Catalina Lagos Avalos, Pia González Rojas, Jorge Barraza OssandónHospital Félix Bulnes.INTRODUCCIÓN: La presencia *Enterobius vermicularis* como causa de apendicitis aguda por obstrucción del lumen ha variado con los años, siendo hasta un 13%, siendo en adultos mucho menos frecuente que en niños. Esto lo hace una de las causas menos comunes. Tanto la clínica como el examen físico no varía por causa del Oxiuro, por lo que de manera prequirúrgica no se puede realizar el diagnóstico certero. Debido a esto, la confirmación definitiva se realiza mediante un estudio microbiológico. Una vez diagnosticado, el manejo quirúrgico debe ser complementado con manejo médico para la erradicación del parásito. Dentro de las posibilidades de antiparasitarios se encuentran Mebendazol y Albendazol.OBJETIVOS: Describir la presentación de una causa infrecuente de apendicitis aguda en paciente adulto y destacar la importancia de su diagnóstico para realizar un manejo adecuado posterior a la resolución quirúrgica inicial. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico y de literatura nacional e internacional, además de bases de datos y revistas científicas indexadas junto a la descripción retrospectiva del manejo realizado.RESULTADO: Se describe el caso de paciente femenina de 17 años, sin antecedentes, que consulta por dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha hace 2 semanas. En exámenes de laboratorio al ingreso destaca leucocitos 22.800/L, proteína C reactiva 0.9 mg/dL, b-hCG negativa. Se solicita tomografía de abdomen y pelvis con contraste la cual describe: apéndice cecal con proceso apendicular agudo inicial. Ingresa para manejo quirúrgico laparoscópico donde se evidencia apéndice cecal congestivo, con base sana y escaso líquido libre seroso en fondo de saco. La cirugía finaliza de manera exitosa y el apéndice es enviado al laboratorio para biopsia. Durante control ambulatorio, se verifica en biopsia: parasitosis intestinal, oxiurasis apendicular. Se realizó el manejo con médico respectivo evolucionando sin nueva sintomatología. CONCLUSIÓN: La apendicitis aguda es una de las patologías intraabdominales más habituales. Dentro de sus causas, la presencia de *Enterobius vermicularis* es una de las menos frecuentes. Durante el proceso diagnóstico de una apendicitis aguda, previo a la biopsia, no es posible la confirmación de la presencia de este parásito. De aquí radica la importancia de la microbiología para poder realizar el diagnóstico correcto y un tratamiento médico complementario al quirúrgico para la erradicación del Oxiuro.

HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL, REPORTE DE UN CASO

Heribrando Landa S., Hernán Zúñiga G., Pedro Cortés H., Maura Olea A.Hospital San José.INTRODUCCIÓN: El hamartoma quístico retrorrectal es una lesión congénita que se produce por una presencia anómala de restos embrionarios del intestino posterior que no son reabsorbidos en la región retrorrectal. Con el tiempo pueden revestirse de epitelio, generando lesiones quísticas. Estas lesiones pueden presentarse a cualquier edad, aunque suelen manifestarse con mayor frecuencia entre los 30 y los 60 años, siendo más prevalente en mujeres. La mayoría de los quistes son asintomáticos, aunque en casos pueden presentar molestias relacionadas con el tamaño del quiste, su efecto de masa, infecciones asociadas y/o malignización.OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de hamartoma quístico retrorrectal en región sacrococcígea y presentar una revisión bibliográfica de la patología.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica del paciente y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 55 años con antecedentes de cáncer de próstata localmente avanzado tratado con radioterapia y hormonoterapia durante el 2023. Consulta por aumento de volumen en región perianal de 20 años de evolución, que en el último tiempo aumentó de tamaño, provocando sensación de masa y dolor. A la exploración física se evidencia aumento de volumen blando en región perianal. Se planifica exploración quirúrgica ambulatoria. Durante el procedimiento se evidencia lesión quística de 4 x 3 cm, realizando biopsia escisional sin incidentes y se envía la pieza a biopsia diferida. Evoluciona sin complicaciones. El análisis histopatológico reporta un hamartoma quístico retrorrectal revestido por áreas de epitelio escamoso no queratinizante y epitelio plano sin atipias, acompañado por la presencia de hemorroides. No se evidenció malignización. El espacio retrorrectal, también conocido como espacio presacro, alberga numerosas estructuras, por lo que puede desarrollar una variada cantidad de lesiones. Aproximadamente un 10% de estos tumores corresponden a los hamartomas quisticos retrorrectales, los cuales se presentan como una masa que no siempre es perceptible a la exploración física, debido a la baja tensión del quiste. Se han descrito múltiples tipos de revestimientos epiteliales; el epitelio escamoso estratificado es el más común (75%), seguido por epitelio el transicional y el mucinoso. Estos quistes son principalmente benignos, pero entre el 10% y el 20%, se asocian a adenocarcinoma o tumores neuroendocrinos.CONCLUSIÓN: Los hamartomas quísticos retrorrectales son una patología infrecuente y, a menudo, asintomática. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir sus complicaciones, siendo las oncológicas las más graves.

CÁNCER DE RECTO METASTÁSICO A GLÁNDULA TIROIDES: CASO CLÍNICO

Josefina Oliva A., Agustín Inzunza F., Diego Gianetti B., Fabio Paoletto, Manuel Lizana C.Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: El Cáncer Colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia maligna en frecuencia y la segunda en mortalidad. Si bien el cáncer de recto tiene una buena tasa de supervivencia en estadios iniciales, esta disminuye considerablemente ante la presencia de metástasis, siendo las más frecuentes las hepáticas, pulmonares y linfáticas. La incidencia de metástasis tiroideas de CCR reportada en la literatura es de 0,1%, sin embargo, existen solo 111 casos publicados en la literatura.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de cáncer de recto metastásico a glándula tiroides.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico. Revisión bibliográfica, ficha clínica y protocolo operatorio.RESULTADO: Paciente mujer de 51 años, con diagnóstico en 2021 de cáncer de recto con metástasis pulmonar, etapificado 3bN1M1(Etapa IV). Se trató inicialmente con radioterapia (RT), quimioterapia (QMT) neoadyuvante y metastasectomía pulmonar con lobectomía del lobo inferior derecho, y posterior lobectomía del lóbulo superior derecho. Tras 2 años, evoluciona con estridor y polipnea, evidenciándose en una tomografía computada (TC) de cuello una imagen metastásica cervical asociada a 80% de estenosis de vía aérea e infiltración de la pared lateral traqueal. Equipo multidisciplinario en comité oncológico, decide la realización de traqueotomía, dado riesgo de compromiso de via aerea, procedimiento durante el cual se tomaron biopsias de la masa cervical en cuestión. La biopsia incisional demostró la presencia de fragmentos de tejido tiroideo extensamente infiltrado por una neoplasia epitelial maligna, dispuesta en glándulas compuestas por células cilíndricas de mediano tamaño con nucleomegalia, membrana nuclear irregular, cromatina microvesicular e hipercromática en algunas células, y pérdida de la polaridad con algunos nucléolos visibles. El estudio inmunohistoqumico fue positivo para Citoqueratina 20 (CK20), CDX-2 y SATB2 fueron positivos en células en estudio, concluyente para la presencia de adenocarcinoma moderadamente diferencias en parénquima tiroideo, cuyo perfil inmunohistoquímico apoya origen colorrectal. Dado la presencia de enfermedad metastásico, recibió esquema de quimioterapia paliativa XELOX. En TC de control, se evidencia una respuesta mixta, con regresión del compromiso linfático, tiroideo derecho y traqueal extratorácico, además presenta aumento del tamaño de nódulos pulmonares y compromiso nodular neoplásico de la tráquea intratorácica. Se presenta nuevamente a comité oncológico el 2024, decidiendo iniciar RT paliativa cervical y QT paliativa con esquema FOLFIRI.CONCLUSIÓN: A pesar de su rica vasculatura, la tiroides es un sitio infrecuente de metástasis, que si bien se encuentran en hasta 24% de autopsias de pacientes que fallecidos por neoplasia maligna no tiroides, siendo la metástasis por cáncer colorrectal de extremadamente baja frecuencia.

ABORDAJE MIXTO (LAPAROSCOPICO/TRANSPERINEAL) EN LA RESECCION DE UN CORDOMA SACROCOCCÍGEO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Luisa Miranda Riquelme[2], Eduardo Larenas Ricke[2], Carla Carvajal Rojas[2], José Vivanco Aguilar[1,2], Christian König Petit-Laurent[1,2], Claudio Benavides Yáñez[1,2], Gino Caselli Morgado[1,21]Unidad de Coloproctología. Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile; [2]Departamento de Cirugía Universidad de Concepción. Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: El cordoma es un tumor primario maligno poco común derivado de células restantes de la notocorda embrionaria, que suele manifestarse en la región esfeno-occipital, vertebral y sacra. Aunque representan menos del 1% de todos los tumores óseos primarios, los cordomas presentan un desafío clínico significativo debido a su localización anatómica única y su tendencia a infiltrar tejidos adyacentes, lo que resulta en una alta tasa de recurrencia y morbilidad asociada. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar el abordaje mixto abdominal por abordaje laparoscópico y perineal para el manejo quirúrgico de un tumor retrorrectal.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso de un paciente intervenido en un centro docente asistencial en año 2024 y sus resultados perioperatorios. Análisis del caso y revisión del tema. RESULTADO: Se presenta un paciente masculino de 83 años operado de cordoma sacrococcígeo. La lesión se ubicaba a nivel retrorrectal, alcanzando periné, con compromiso del coxis, con un tamaño de 16,4 x 10,7 x 10,2 cm. Durante el tiempo abdominal, se realiza disección del recto por posterior, lateral y anterior hasta identificar el polo superior del tumor. Se avanza cercano al piso pélvico, buscando la liberación del tumor que luego se completa por vía perineal. Por vía perineal se completa la cirugía, que incluye la sección del sacro a nivel de S4. La biopsia informa tumor sugerente de cordoma, con compromiso de borde quirúrgico hacia hueso sacro. CONCLUSIÓN: El cordoma es un tipo de cáncer óseo raro, agresivo y localmente invasivo, que tiene un pronóstico desfavorable. El abordaje mixto abdominal laparoscópico y perineal, es una opción segura y efectiva, que facilita la resección del tumor y que debe considerarse al planificar una cirugía de tumores de ubicación retrorrectal.

EVALUACIÓN DE SOBREVIDA Y CORRELACIÓN CLÍNICO- PATOLÓGICA EN RESECCIONES MULTIVISCERALES EN CÁNCER DE COLON T4B

Hernán Arancibia A.[1], Diego Toledo G.[1], Juana Villalobos G.[1], Catalina Hernández C.[1], Laura Mancilla B.[1], Francisco Báez R.[1], Waldemar Adelsdorfer O.[1], Cedric Adelsdorfer O.[1], Hugo Morales C.[1], Grégory Córdova A[2]. [1]Hospital Dr. Gustavo Fricke, Servicio de Cirugía; [2]Hospital Dr. Eduardo Pereira, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon avanzado que invade órganos adyacentes (T4b) ocurre en un 10-20%. La resección multivisceral (RMV) se ha convertido en una opción terapéutica, pero conlleva altas tasas de morbilidad y mortalidad. La identificación preoperatoria de la necesidad de RMV es compleja, con sobrestimación de la invasión por TC. Pese a estos desafíos, la RMV mejora significativamente la sobrevida global, especialmente con márgenes libres de enfermedad (R0). Una selección cuidadosa de pacientes y manejo perioperatorio meticuloso son fundamentales para optimizar resultados.OBJETIVOS: Describir sobrevida global y correlación clínico-patológica en pacientes con cáncer de colon cT4b sometidos a RMV en Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo de cohorte retrospectivo que evaluó pacientes con cáncer de colon cT4b sometidos a RMV entre 2015-2023. Cirugía decidida por comité multidisciplinario. Criterios de inclusión: ? 14 años, tumor cT4b, RMV por cáncer. Criterios de exclusión: tratamiento previo por CCR, metástasis al diagnóstico, cáncer de recto o colon sincrónico/metacrónico, recidiva, patología benigna. Se incluyeron variables demográficas, clínicas, tumorales, quirúrgicas e histopatológicas. Análisis con SPSS versión 25. Variables categóricas en n°de casos y porcentajes, numéricas en medias y DE. Análisis de sobrevida con Kaplan-Meier y Log rank test, p<0,05 significativo. RESULTADO: Analizamos 794 fichas de pacientes que se realizaron Hemicolectomía o Colectomía total entre 2015 y 2023. Se busca protocolos operatorios aquellos con RMV incluyendo 66 pacientes. Edad promedio 61 años, 51,5% hombres. Principales síntomas: dolor, hemorragia y alteración del tránsito. El 34,8% tuvo compromiso multivisceral diagnosticado en preoperatorio por TC. 56,1% fue a RMV electiva, el resto de las urgencias (14 obstrucción intestinal y 10 perforación). Abordaje abierto en 90,91%. Órganos más comprometidos fueron intestino delgado, vejiga y pared abdominal. 36,4% presentó complicaciones, con tiempo operatorio significativamente mayor, siendo de 180,3 vs 139,5 min respectivamente (p = 0,004). 100% Adenocarcinomas, 60,6% mod. Diferenciados, 97% R0. 42,4% compromiso ganglionar. El 39,4% tenía invasión (pT4b), 7 T4a y 31 T3. Seguimiento con un promedio de 51,4 meses (DE 36,4) con una mortalidad global del 43,9% y recidiva tumoral del 22,7%. La sobrevida libre de mortalidad a 5 años fue del 66,8% (IC 95% 53,1 a 77,3), sin diferencias significativas según sexo, tipo de cirugía, complicaciones o la pT. La sobrevida libre de recidiva a 5 años fue del 75,7% (IC 95% 61,5 a 85,2), con peores resultados en hombres y pacientes operados de urgencia (p=0,04). CONCLUSIÓN: La RMV es una opción real para los pacientes con cáncer de colon T4b. Sobrevida global a 5 años cercano al 70% cuando (R0), comparable a series internacionales. Esta cirugía es compleja e implica RMV abierta en la mayoría de los casos. Nuestros tiempos quirúrgico y complicaciones son similares a los reportadas mundialmente. Nuestro análisis del TC preoperatorio coincide con la invasión histopatológica (pT4b), a diferencia de otras series que las sobrestima. La neoadyuvancia podría mejorar la resecabilidad y reducir la morbimortalidad como se estudia en ensayo PRODIGE 22, FOXTROT, OPTICAL. Pacientes operados de urgencia tienen significativa menor sobrevida libre de recidiva que los electivos.

SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK: CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA SECRETORA GRAVE. REPORTE DE UN CASO

Luz Nava M., Francisca Oyarce L., Tiare Cordero V., Laura Mancilla B., Francisco Báez R., Waldemar Adelsdorfer O., Cedric Adelsdorfer O., Hugo Morales C., Maximiliano Mertens P., Carlos Agüero L. Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: El síndrome Mckittrick - Wheelock es una patología infrecuente causando depleción hidroelectrolítica severa y disfunción renal secundario a diarrea hipersecretora debido a tumores rectales, especialmente adenomas vellosos.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico infrecuente y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte descriptivo de un caso clínico de paciente con Síndrome de Mckittrick - Wheelock en Hospital Dr. Gustavo Fricke, julio 2024.RESULTADO: Paciente femenina de 56 años con antecedentes de enfermedad de Crohn, epilepsia y ERC etapa III presenta cuadros de diarrea no disentérica desde el 2015 en tratamiento con mesalazina y golimumab, Ingresa por cuadro de 1 mes de compromiso del estado general, hiporexia, posteriormente dolor abdominal, aumento en frecuencia de deposiciones, sin sangre. Ingresa con Shock distributivo, requerimiento de DVA. Destaca síndrome urémico con Cretatininemia sobre 10, Uremia sobre 400 y severa acidosis metabólica. Elevación de parámetros inflamatorios. Ingresa a cuidados intensivos, iniciando Terapia de reemplazo renal. Por cambio en características de deposiciones, se tomó *Clostridioides difficile* resultando positivo, inicia terapia con Metronidazol, manteniendo Mesalazina y corticoides. Colonoscopia completa más ileoscopía distal: ileitis distal moderada - severa, pancolitis moderada, recto distal de aspecto velloso. Biopsia: Íleon: mucosa ileal con leve inflamación crónica, con elementos de agudización. Colon: colitis crónica de grado leve con elementos de agudización. Recto: adenoma velloso (papilar) rectal. RM de pelvis lesión polipoidea en la región posterolateral izquierda del recto inferior. TC AP Leve engrosamiento parietal difuso edematoso del recto sigmoides y parte del colon descendente. Leve engrosamiento parietal edematoso en el ángulo hepático del colon ascendente. Pancolitis de aspecto inflamatorio. Se decide tratamiento quirúrgico RAUB + ileostomía de protección. Tumor de recto inferior palpable por tacto rectal, inmediatamente sobre anillo anorrectal. Colonoscopía intraoperatoria: Mucosa de colon descendente con signos discretos de actividad inflamatoria por enfermedad de base. Sin evidencias de tumor/adenoma en remanente rectal. CONCLUSIÓN: El síndrome de McKittrick - Wheelock es una cuadro clínico poco frecuente que se debe tener en cuenta en pacientes con síndromes diarreicos crónicos por meses e incluso años de evolución con presencia de desequilibrio hidroelectrolítico severa, elevación de azoados, acidosis metabólica y disminución del volumen extracelular que puede provocar insuficiencia renal por sobreexpresión de prostaglandina E2 el cual ocurre en 2 a 3% de los adenomas tubulovellosos secretores grandes generalmente mayores de 3 a 4 cm de diámetro. El tratamiento de elección definitivo es la resección quirúrgica del tumor.

LINFADENECTOMÍA LATERAL EN CÁNCER DE RECTO MEDIO, PRIMER CASO EN EL HOSPITAL PÚBLICO DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Fatme Díaz Gasaly, Roberto Durán Fernández, Matías Palma Torres Universidad de la Frontera, Departamento de Cirugía, Anestesiología y Traumatología Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.INTRODUCCIÓN: El cáncer de recto medio e inferior tienen una tasa de diseminación hacia los compartimentos laterales ya sea obturador e iliaco interno desde un 13-18% aproximadamente, según la literatura esta diseminación se considera local1-2. El tratamiento occidental estándar del cáncer de recto con ganglios linfáticos laterales es la Neoadyuvancia seguida de escisión mesorrectal total, realizando la resección tumoral y los ganglios linfáticos asociados. En los últimos años, existe un interés creciente en realizar una disección quirúrgica de ganglios linfáticos laterales (LLND) adicional, basado en las publicaciones occidentales que informan menor tasa de recidiva local, sin embargo, el tiempo operatorio y la morbilidad asociada al procedimiento es mayor, siendo por ende una técnica compleja de aplicar. OBJETIVOS: Realizar reporte del primer caso de LLND en cáncer de recto en el Hospital de Temuco. MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen datos obtenidos de la ficha clínica del paciente, desde su primera consulta hasta el control ambulatorioRESULTADO: Hombre de 46 años sin antecedentes. Historia de 2 meses de rectorragia. Se realiza estudio con colonoscopía: pólipo en recto medio de 15 mm, biopsia: adenocarcinoma poco diferenciado e invasión linfovascular positiva; Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis: Tumor de recto medio con adenopatía en región ilíaca izquierda de 20 x 15 mm compatible con compromiso regional, sin diseminación a distancia; Resonancia de pelvis: cáncer de recto medio sin compromiso transmural, invasión venosa extramural negativa y sin compromiso de fascia mesorrectal. Es evaluado en comité multidisciplinar donde se decide realizar resección anterior ultrabaja (RAUB) asociado a LLND en intraoperatorio se constata adenopatía en compartimiento iliaco interno de aspecto neoplásico de 2 cm aprox. Postoperatorio inmediato realizado en unidad de cuidados intensivos, cursó con falla renal aguda con recuperación a las 48 hrs; Evolución favorable, dado de alta al décimo día. Biopsia: Pared de intestino grueso y recto sin evidencia de neoplasia, linfadenitis crónica inespecífica 0/14. Ganglio linfático ilíaco: metástasis linfática de adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 2 de 3 ganglios, tamaño tumoral 2,1 cm con extensión tumoral extraganglionar positivo. Actualmente en terapia adyuvante libre de enfermedad clínica en último control imagenológico.CONCLUSIÓN: La disección lateral pélvica es un procedimiento que debería incluirse en el arsenal del tratamiento del cáncer de recto. El abordaje laparoscópico ha demostrado un menor sangrado intraoperatorio y neuropatía asociada, así como similar recurrencia y sobrevida que la técnica abierta1-3, sin embargo, demanda un mayor tiempo quirúrgico por su dificultad técnica.

PROCTITIS SIFILÍTICA QUE SIMULA UNA NEOPLASIA RECTAL: REPORTE DE UN CASO

Constanza Díaz G., Andrea Barreda A., Natalia Farias G., Carlos Melo L., Macarena Fernández A., Felipe Illanes F., Cristián Gallardo V., Alejandro Barrera E.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) provocada por *Treponema pallidum* (TP), con prevalencia en aumento, asociado a población joven, sexo anal y virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Su manifestación primaria habitual es el chancro, siendo la proctitis una presentación atípica que puede confundirse con una neoplasia rectal. El diagnóstico requiere un alto nivel de sospecha, se confirma con pruebas treponémicas, no treponémicas y tinciones para TP en biopsias. OBJETIVOS: Presentar un caso de proctitis secundaria a Sífilis y su difícil diagnóstico diferencial con una neoplasia rectal inferior.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de ficha clínica, colonoscopía, imágenes, exámenes de laboratorio y revisión de literatura.RESULTADO: Caso clínico: paciente hombre de 48 años, previamente sano, con reciente diagnóstico de VIH. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal cólico, rectorragia sin repercusión hemodinámica y baja de peso. No refiere alteración del tránsito intestinal. Al tacto rectal se palpa lesión granular circunferencial de aspecto neoplásico a 5 cm del margen anal. La TAC AP evidencia engrosamiento de aspecto neoplásico en recto inferior, con adenopatías perirrectales, en cadena mesentérica inferior e ilíacas bilaterales. Se solicita una RM pelvis que informa un tumor de recto inferior que infiltra la fascia mesorrectal, con múltiples adenopatías mesorrectales, obturatrices e ilíacas. La colonoscopía muestra una lesión anular de aspecto neoplásico en recto inferior y extensión al margen anal con biopsia negativa para neoplasia. Frente a la sospecha de proctitis infecciosa se solicitan exámenes para evaluar ITS, confirmando el diagnóstico de sífilis con VDRL reactivo y pruebas treponémicas positivas. Se inició tratamiento con Penicilina y terapia antirretroviral presentando alivio sintomático. Al control colonoscópico presenta disminución de lesiones ulceradas, de aspecto inflamatorio/infeccioso. Las biopsias persisten negativas para neoplasia. CONCLUSIÓN: Discusión: La proctitis es una manifestación rara de Sífilis. Sus características clínicas e imagenológicas pueden confundirse con neoplasias rectales. Su diagnóstico es difícil y requiere un alto nivel de sospecha. En el contexto clínico y epidemiológico de hombres jóvenes, receptores de sexo anal, con VIH y estudio de lesión rectal, se debe considerar el screening infectológico para ITS y realizar vigilancia endoscópica posterior al tratamiento.

TÉCNICA DE TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS CON GRAPADO ÚNICO (TTSS) EN CIRUGÍA DE RESERVORIO ILEAL. RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE UNA EXPERIENCIA INICIAL

Cristóbal Suazo, Cristián Gallardo, Roberto Salas, Fernando Saelzer, Gonzalo Rebolledo, Natalia Farías, Gonzalo Contreras, Josefina Sepúlveda, Augusto Barrera Clínicas Redsalud de Santiago.INTRODUCCIÓN: La cirugía de reservorio ileal con anastomosis ileoanal (RIA) tradicionalmente se ha realizado mediante la técnica de doble grapado, criticada por producir muñones rectales más largos asociados con cuffitis y potenciales puntos débiles que aumentarían el riesgo de filtración anastomótica. La técnica TTSS se propone como alternativa para superar estas limitaciones. OBJETIVOS: Evaluar los resultados a corto y mediano plazo (función intestinal) de la técnica TTSS en cirugía de RIA en una serie de 5 pacientes. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de una serie de pacientes sometidos a cirugía de RIA utilizando la técnica TTSS entre agosto de 2020 y agosto de 2023 en Clínicas Redsalud de Santiago. Se utilizó estadística descriptiva para analizar datos demográficos y resultados postoperatorios y; la evaluación funcional según la escala de Öresland. Variables principales: morbilidad postoperatoria y resultados funcionales. RESULTADO: Se incluyeron 5 pacientes (2 mujeres, 3 hombres), edad promedio 35 años (rango 22-52), IMC promedio 25,6 kg/m² (rango 21-29), todos ASA II. Tres pacientes tenían antecedentes de una colectomía total previa. Las indicaciones quirúrgicas fueron: colitis ulcerosa refractaria (n=3) y poliposis adenomatosa familiar (n=2). Las cirugías se realizaron en 2 (2 casos) ó 3 (3 casos) tiempos. Los procedimientos realizados fueron una proctectomía con reservorio ileal (n=3) y una colectomía total laparoscópica con reservorio ileal (n=2). Todos con reservorio en J. El abordaje fue abierto (n=2) y laparoscópico (n=3). El tiempo operatorio promedio fue de 339 minutos (rango 250-420). La mediana de estadía hospitalaria: 5 días (rango 4-12). No se observaron filtraciones anastomóticas ni reintervenciones. Sin mortalidad. Se registró una complicación postoperatoria (ileostomía de alto débito, clasificada Clavien-Dindo I) manejada con loperamida. La tasa de reingreso fue de 20% (1/5). Una paciente con PAF presentó un pólipo complejo del colon sigmoides (pTis N0 M0). Se realizó cierre de ileostomía en todos los pacientes sin complicaciones. De 4 pacientes con seguimiento >24 meses post-cierre de ileostomía, 3 presentaron una función satisfactoria según escala de Öresland. CONCLUSIÓN: La técnica TTSS en cirugía de RIA parece ser segura y factible en esta experiencia inicial, con resultados a corto plazo favorables. No se observaron filtraciones anastomóticas y la tasa de complicaciones fue baja. La función intestinal mostró resultados satisfactorios a mediano plazo.

IMPLANTE TUMORAL EN UNA FÍSTULA ANORRECTAL POR CÁNCER DE COLON, UN CASO CLÍNICO

Valentina Maluenda A.[1], Valentina Castillo W.[4], José Gellona V.[1,2,31]Servicio de Coloproctología, Hospital Militar de Santiago; [2]Servicio de Coloproctología, Clínica Santa María; [3]Departamento de Cirugía, Universidad de los Andes Cirugía General, Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: La implantación endoluminal de células neoplásicas es un mecanismo infrecuente y poco conocido de diseminación del cáncer colorrectal (CCR). En 1954, Guiss describió el primer caso de implantaciones de células cancerígenas en una fístula anal provenientes de un tumor de colon sigmoides. A la fecha se estima que la incidencia de metástasis anales es de aproximadamente 0.05% de los pacientes con CCR. OBJETIVOS: Este trabajo consiste en una revisión de la literatura a propósito de un caso en el Hospital Militar de Santiago. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 64 años con diagnóstico incidental de adenocarcinoma en la muestra de tejido de una fístula anorrectal. El estudio inmunohistoquímico (IH) fue positivo para citoqueratinas 7 (CK7) y 20 (CK20). Evaluación subsecuente identificó un tumor en la unión rectosigmoidea, sin enfermedad a distancia. La modalidad de tratamiento fue discutida de forma multidisciplinaria en comité oncológico considerando la hipótesis de un posible implante tumoral.RESULTADO: Tras discusión en comité, se realiza una exploración bajo anestesia y resección amplia de la cicatriz de la zona de la fistulotomía. El estudio histopatológico diferido fue negativo para neoplasia residual. Posteriormente se realizó la resección anterior de recto laparoscópica con buena evolución. El estudio histopatológico informó adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT3N1 CK7+/CK20+. Paciente completó 12 ciclos de quimioterapia adyuvante. A la fecha, con 24 meses de seguimiento, el paciente no ha demostrado signos que sugieran recurrencia local ni sistémica.CONCLUSIÓN: Las metástasis por implantación son hechos extremadamente inusuales. De regla durante el estudio diagnóstico, se debe hacer la diferenciación entre metástasis de un CCR por implantación y un adenocarcinoma originado de una fístula anorrectal. Debido a que la expresión de CK generalmente se conserva en las células neoplásicas, el uso de anticuerpos específicos es valioso para determinar el origen de los carcinomas metastásicos. Si bien el patrón CK7+/CK20+ no es el más frecuente en CCR, Bayrak y cols. reportaron la expresión de CK7+/CK20+ en un 15,3% de los casos, siendo más frecuente en tumores metastásicos. En la actualidad no existe un tratamiento de regla establecido y dependen de las individualidades de cada paciente. En este trabajo se discuten algunos de los aspectos más importantes con respecto al diagnóstico y manejo.

LEIOMIOMA PERIANAL: REPORTE DE UN CASO

Josefina Sepúlveda G., Macarena Fernández A.Clínica Red Salud Providencia, Hospital Clínico San Borja Arriarán. INTRODUCCIÓN: el leiomioma es un tumor benigno de origen mesenquimal dependiente del músculo liso. Representa el 3,8% de todos los tumores benignos de tejido blando y su patogenia es poco clara. La localización anorrectal es excepcional y su origen puede ser la muscular de la mucosa, células del musculo liso de vasos sanguíneos o derivar de las capas longitudinales y circulares del intestino.OBJETIVOS: presentar un caso de leiomioma perianal.MATERIAL Y MÉTODO: análisis de la ficha clínica, protocolos operatorios, biopsias y desarrollo de una revisión bibliográfica.RESULTADO: Caso clínico: paciente mujer de 61 años, HTA en tratamiento. Consulta por cuadro clínico de 4 años de evolución caracterizado por aumento de volumen perianal progresivo sin síntomas asociados. Al examen físico destaca un tumor perianal pediculado en línea media posterior, blando no adherido a planos profundos, de 3 cm de diámetro adyacente a paquete hemorroidal. La colonoscopía completa Boston 9 fue normal. Se realizó resección quirúrgica completa con el objetivo de obtener una biopsia excisional, destaca que el tumor se encuentra en íntima relación con el esfínter anal interno, pero sin compromiso evidente de este, rodeado de una delgada capa fibrosa. La biopsia de la pieza operatoria informó una lesión mesenquimática bien delimitada de 3.2 x 2.5 cm conformada por numerosas fibras dispuestas en fascículos, células fusadas con núcleos alargados sin atipias ni mitosis, sugerente de leiomioma perianal. La lesión compromete focalmente el margen quirúrgico y hacia la profundidad hay algunos vasos venosos dilatados e hiperémicos compatibles con hemorroides. El estudio inmunohistoquímico (IHQ) es caldesmon (+) fuerte y difuso, SOX 10 (-) y DOG1 (-), hallazgos que corroboran el diagnóstico de leiomioma perianal. La paciente actualmente está asintomática sin signos de recidiva, se mantiene en control clínico cada 6 meses. CONCLUSIÓN: Discusión: los leiomiomas perianales reportados se presentan como masas sólidas homogéneas con una pseudocápsula fibrosa, sin necrosis, cambios quísticos ni manifestaciones clínicas específicas, similar a nuestro caso. El estudio imagenológico preoperatorio (RM pelvis, endosonografía anorrectal) es útil para determinar su relación con el aparato esfinteriano y tejidos adyacentes. El diagnóstico histológico preoperatorio es adecuado solo en el 29%. El tratamiento es la resección quirúrgica completa del tumor. El diagnóstico definitivo se basa en el examen histológico asociado a la IHQ con el fin de realizar una adecuado diagnóstico diferencial principalmente con tumores estromales gastrointestinales, leiomiosarcomas, liposarcomas y fibrosarcomas. Requieren seguimiento por riesgo de recurrencia, especialmente los con diámetro > 5 cm.

ESCISIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON POR LAPAROSCOPÍA. RESULTADOS COMPARATIVOS CON EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRADICIONAL

Paulina Pérez V., Felipe Barnet S., Sofia López I., Tomás Contreras R., Felipe Imigo G.Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.INTRODUCCIÓN: La escisión completa del mesocolon (ECM) para el cáncer de colon derecho consiste en la disección del envoltorio mesocolónico asociado a una ligadura vascular central y disección ganglionar completa D3. Esta técnica ha demostrado menor tasa de recidiva local asociado a una mejor sobrevida libre de enfermedad en estudios retrospectivos, lo que ha gatillado que múltiples grupos quirúrgicos inicien la fase de implementación.OBJETIVOS: Comparar los resultados perioperatorios de la fase de implementación de la ECM versus la Hemicolectomía derecha tradicional (HDT) por vía laparoscópica en pacientes con cáncer de colon.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes con cáncer de colon derecho y transverso proximal/medio intervenidos mediante hemicolectomía derecha laparoscópica electiva entre abril de 2021 y junio de 2024 en el Hospital de Puerto Montt. Se consignaron variables demográficas y perioperatorias. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el software SPSS v29. RESULTADO: Se realizaron 44 HCD (27 HDT y 17 ECM). La mediana de edad fue de 67 (48-92) y 63 (33-78) años respectivamente. La mayoría (52,27%) fueron categorizados ASA III. La mediana de IMC para ambos grupos fue de 26,41. El 77,7% del grupo HDT presentó cirugías abdominales previas versus el 64,7% para ECM. El CEA, tamaño tumoral y la ubicación tumoral fueron similares. La mediana de tiempo operatorio para HDT fue de 185 minutos (105-310) y 205 (150-293) en ECM (p=0.96). La anastomosis fue intracorporea en 18 pacientes (9 para cada grupo). No hubo lesiones vasculares intraoperatorias. Existieron 2 conversiones, ambas para HDT. Se registraron 6 (13,6%) complicaciones para HDT y 4 (9,1%) para ECM. Se registró 1 complicación Clavien Dindo III (Filtración anastomosis) en el grupo HDT la que determinó reintervención quirúrgica y reconfección de anastomosis. La mediana de ganglios resecados fue de 30 (rango 10-62) en la HDT y 39 (rango 15-74) para la ECM (p=0.135). La estadía postoperatoria fue de 5 (3-18) días para la HDT y 4 (3-15) para el ECM (p=0,246). No se registraron rehospitalizaciones ni mortalidad a 30 días. CONCLUSIÓN: En nuestra serie inicial se evidencia que la ECM por vía laparoscópica es una técnica quirúrgica segura y factible al compararla con la HDT laparoscópica. El tiempo quirúrgico es menor en HDT y el número de ganglios resecados es mayor para ECM sin embargo estas diferencias no son significativas. Se requiere seguimiento a mediano y largo plazo para evaluar los beneficios oncológicos.

MYCETOMA INTRAVESICAL, QUE SEMEJA UNA FÍSTULA COLO-VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Solange Silva F., Sebastián Uribe V., Felipe Celedón P., Sebastián Uribe A.Servicio de Cirugía. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. Universidad de Valparaíso, Campus H. FACH.INTRODUCCIÓN: La formación de hongos en el tracto urinario ocurre principalmente en pacientes con factores de riesgo como diabetes, inmunosupresión, hospitalización prolongada y uso de antibióticos de amplio espectro. Los hongos se extienden hacia el sistema colector y rara vez se unen para formar bezoares, mycetomas o bolas de hongos. Las características radiológicas de estas últimas pueden imitar coágulos de sangre, cálculos urinarios radiolúcidos, burbujas de aire, desechos inflamatorios, etc. Es por la presencia de gas intravesical unidas a los bezoares que hay imágenes que simulan heces y que pueden diagnosticarse -erróneamente- como una fístula enterovesical. Existen escasos reportes en el mundo de estos casos y no encontramos reportes en Chile, por lo que consideramos de interés presentarlo.OBJETIVOS: Comunicar un caso de micosis intravesical que simula una fístula colo-vesical (FCV), y revisar la literatura comparándola con las escasas publicaciones del tema. MATERIAL Y MÉTODO: Este es un estudio retrospectivo de reporte de un caso. Se presenta la historia, examen físico, imágenes, técnica quirúrgica, resultados de la patología y el seguimiento alejado.RESULTADO: Caso clínico: Hombre de 49 años, consultó por neumaturia de 2 semanas de evolución. Diabético de diagnóstico reciente y mal controlado. Con hospitalización previa de 1 mes secundaria a infarto miocárdico agudo. Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis: fístula sigmoido-vesical. Se opera y durante la cirugía la sigma se encuentra libre y sin adherencias vesicales. La vejiga era de aspecto normal y sin adherencias a otros órganos. Se infló con suero fisiológico y azul de metileno que no evidenció fuga. Ante la falta de diagnóstico se realizó una mini-laparotomía de Pfannenstiel y cistostomía extraperitoneal abierta, encontrando una vejiga con esferas algodonosas de 5-30 mm de diámetro, confluentes. Patólogo informó colonias micóticas tipo *Cándida* spp. (Micetoma o bola fúngica). El postoperatorio fue sin complicaciones y se retiró la sonda de cistostomía a las 2 semanas. CONCLUSIÓN: El caso presentado es infrecuente y hay pocas publicaciones en el mundo, todas con solo 1 caso. Por lo raro, es un diagnóstico difícil. Un factor que facilita el error es que las imágenes de TC en esta patología son similares a las de una FCV. La cistoscopia es un examen que permite el diagnóstico y que -en el caso más frecuente de una FCV- también ayuda a planear la cirugía, por lo que siempre debiera incluirse preoperatoriamente.

CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA UTILIZANDO VERDE DE INDOCIANINA

Felipe Celedón, Carlos Ibáñez, Sebastián Uribe Valenzuela, Gina Squella, Sebastián Uribe ArayaHospital de la Fuerza Aérea de Chile.INTRODUCCIÓN: La endometriosis profunda con compromiso rectal es una afección severa donde el tejido endometrial se infiltra profundamente en la pared rectal, causando dolor intenso, disfunción intestinal y complicaciones reproductivas. Requiere diagnóstico y tratamiento especializado para mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas.OBJETIVOS: Presentar una técnica quirúrgica mínimamente invasiva utilizando verde de indocianinaCONTENIDO DE VIDEO: Instalación de catéteres ureterales, introducción de verde de indocianina y campleo. Resección anterior de recto e histerectomía totalmente laparoscópica, con extracción de especímenes por vía vaginal. Ulteriormente se realizó salpingectomía bilateral, anastomosis rectal con stapler circular reforzando sus extremos, y cierre de la vagina. Instalación de drenaje pélvico.

LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS CON COMPROMISO COLORRECTAL EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocio Witto, Diego Gianetti, Manuel LizanaHospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad multisistémica que afecta principalmente al pulmón. Se presenta de forma esporádica o asociada al complejo esclerosis tuberosa (TSC). Los casos esporádicos afectan principalmente a mujeres, con una prevalencia estimada de 8 casos por millón. El TSC es una enfermedad autosómica dominante con una prevalencia de 1 en 5.000-10.000 recién nacidos vivos. Se estima que el 10-38% de los pacientes con TSC desarrollan LAM durante la adolescencia tardía y la adultez. La asociación TSC-LAM se caracteriza clínicamente por angiomiolipomas (sobre todo renales) y complicaciones linfáticas. El compromiso colorrectal ha sido reportado en solo 3 casos en la literatura. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de linfangioleiomiomatosis con compromiso colorrectal en una paciente con esclerosis tuberosa. MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico, Revisión bibliográfica.RESULTADO: Mujer de 34 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico con compromiso cutáneo y articular, a quien en contexto de dolor lumbar izquierdo de larga data se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que informó múltiples angiomiolipomas renales bilaterales, el más voluminoso a la izquierda con signos de sangrado activo. También se observó un nódulo hipervascular renal izquierdo, sospechoso de carcinoma de células claras, múltiples imágenes quísticas en ambos pulmones, y engrosamiento parietal asimétrico del recto medio e inferior, con extensión extramural y aparente contacto con la fascia mesorrectal, asociado a adenopatías perirrectales y rectales superiores. Se realizó una colonoscopía que evidenció múltiples pólipos rectales, biopsiados como pólipos hiperplásicos sin evidencia clara de neoplasia. Ante la sospecha de un síndrome polipósico no hereditario del recto, se realizó una resección anterior de recto ultrabaja con disección interesfinteriana laparoscópica, anastomosis coloanal manual e ileostomía en asa. La biopsia de la pieza quirúrgica mostró una proliferación celular en mucosa y submucosa, predominantemente en la muscular propia y meso, con fascículos de bordes expansivos, crecimiento en nódulos perivasculares, núcleos alargados y citoplasma elongado eosinófilo o claro. El estudio inmunohistoquímico (IHQ) fue positivo para VIM, DES, SMA, BCL 2 y HMB45, se diagnosticó linfangioleiomiomatosis. El estudio genético fue negativo para mutaciones en TSC1 y TSC2; sin embargo, se diagnosticó esclerosis tuberosa por el cuadro clínico. Con posterioridad se realizó cierre de ileostomía y reconstitución del tránsito intestinal. Actualmente el paciente se mantiene en seguimiento, con buena evolución. CONCLUSIÓN: La linfangioleiomiomatosis colorrectal, aunque rara, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con enfermedad polipósica colónica no hereditaria. Su asociación clínica con TSC debe orientar la sospecha clínica.

TUMOR DE COLISIÓN EN EL RECTO. ENFRENTANDO LO INESPERADO CON DETERMINACIÓN Y CONOCIMIENTO

Nairo Javier Senejoa Núñez, Heinz Orlando Ibáñez, Sergio Camilo Ayala PérezHospital Militar Central, Bogotá, Colombia.INTRODUCCIÓN: Los tumores de colisión son raros y se definen como dos tumores independientes con una morfología e histología distinta que ocurren simultáneamente en el mismo sitio anatómico. Hasta la fecha, sólo se ha informado de un número limitado de casos de carcinoma de colisión originados en el recto.OBJETIVOS: Presentar un caso muy infrecuente de carcinoma de colisión rectal, donde es importante comprender las características clínico-patológicas y el comportamiento biológico del tumor.MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente de 44 años, con antecedente de VIH, quien cursa con carcinoma escamocelular de canal anal T4N1aM0, manejado con quimioterapia y radioterapia esquema NIGRO completando 31/31 sesiones. Al año y medio, en colonoscopia de control se evidencia en cuadrante anterior de canal anal en el eje de la 6 se induración y ulcera de 10x10x1mm de la cual se toman biopsias, compatible con tumor neuroendocrino (TNE).RESULTADO: Al presentar progresión locorregional, requirió manejo quirúrgico con resección abdomino perineal con histopatología que nuevamente confirmo presencia de carcinoma escamocelular de ano con componente de carcinoma neuroendocrino de alto grado. Debido a la ausencia de características clínicas únicas, la histopatología por sí sola ayuda a reconocer los componentes duales y a hacer un diagnóstico preciso. Son raros los tumores de colisión del recto, siendo los adenocarcinomas el componente más común. Los otros componentes conocidos incluyen TNE y linfomas en menor frecuencia, comprendiendo entre el 3 % al 9,6 % de todos los carcinomas rectales.CONCLUSIÓN: El reconocimiento de ambos componentes en estos tumores es importante para un manejo oncológico adecuado, ya que el pronóstico depende de ello. Así mismo, un seguimiento regular y adecuado es fundamental para descartar metástasis y evaluar posibles tratamientos.

RESECCIÓN DE EXTENSIÓN LATERAL EN EL RECTO MEDIO-INFERIOR. SUPERANDO OBSTÁCULOS CON ALTERNATIVAS INNOVADORAS

Nairo Javier Senejoa Núñez, Sergio Camilo Ayala PérezHospital Militar Central, Bogotá, Colombia.INTRODUCCIÓN: La disección endoscópica de la submucosa, la resección endoscópica de la mucosa y la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) son técnicas modernas que desempeñan un papel crucial en el tratamiento de las lesiones colorrectales. La detección y el tratamiento temprano de lesiones premalignas reduce morbimortalidad asociada con el cáncer colorrectal. Los procedimientos menos invasivos han demostrado eficacia. Sin embargo, es necesaria una consideración cuidadosa de las características de la lesión y del paciente para determinar el abordaje más apropiado.OBJETIVOS: Mostrar las aplicaciones y evidencia actual sobre diferentes técnicas y plataformas disponible, en busca del tratamiento más adecuado para la eliminación de lesiones en el recto y la unión anorrectal, ya que estas localizaciones poseen características distintas que exigen un abordaje más específico o hibrido.CONTENIDO DE VIDEO: Presentamos el video quirúrgico de un paciente de 60 años con una lesión de extensión lateral en recto a los 7cm de borde anal de 3 años de evolución y discrepancia en su resecabilidad. En la colonoscopia realizada por cirujano colorrectal, se considera no existe infiltración más allá de la submucosa para lo cual se plantea resección quirúrgica transanal por TAMIS con ESD previo. Mediante este abordaje hibrido se logra la resección completa de la lesión, con reporte histopatológico de un adenoma tubulovelloso gigante con focos de displasia de alto y bajo grado, así como márgenes de resección negativos; obteniendo un resultado exitoso y un postoperatorio de evolución rápida y favorable, librándose de lo que pudo ser una resección ultra-baja de recto. Al individualizar el tratamiento de las lesiones del recto y de la unión anorrectal, se pueden mejorar los resultados, reduciendo la morbimortalidad. Con el manejo hibrido de estas lesiones, es posible realizar resecciones difíciles y antes no imaginadas. Se deben evaluar cuidadosamente factores como la ubicación anatómica, el tamaño, la morfología, el patrón glandular y vascular, ya que se relacionan con la profundidad y extensión de la invasión y la probabilidad de malignidad.

MEGACOLON IDIOPÁTICO: DIAGNÓSTICO RARO Y MANEJO QUIRÚRGICO DESAFIANTE

Nairo Javier Senejoa Núñez, Sergio Camilo Ayala PérezHospital Militar Central, Bogotá, Colombia.INTRODUCCIÓN: El megacolon idiopático describe una anomalía del colon que se caracteriza por un aumento del diámetro intestinal acompañado de un síndrome aperistáltico sin tener una causa concreta de su etiología. Su patogénesis no es completamente clara y su sintomatología está relacionada principalmente con dolor abdominal secundario a un estreñimiento crónico que poco responde al manejo farmacológico y a pautas no quirúrgicas.OBJETIVOS: Mostrar la importancia en esta patología poco frecuente del manejo por equipo multidisciplinario, con una buena evaluación del paciente desde el punto de vista clínico, paraclínico y psicológico. Este manejo es responsabilidad exclusiva del cirujano para lo cual se debe contemplar como diagnostico diferencial en muchas ocasiones.MATERIAL Y MÉTODO: Mostramos 2 casos recientes, el primero, una paciente de 51 años con cuadro de dolor y distensión abdominal con un diagnóstico incorrecto de vólvulo del sigmoides manejado con devolvulación y sigmoidopexía sin mejoría, completamos estudios con biopsia rectal que reportan hipoganglionosis; el segundo paciente de 77 años con dolor y distensión abdominal, múltiples estudios sin diagnostico etiológico. Ante la alta sospecha y posterior a una evaluación multidisciplinaria, se considera el diagnostico megacolon idiopático y realiza colectomía total con anastomosis ileo-sigmoidea.RESULTADO: Los pacientes presentan una evolución clínica favorable y marcada mejoría de su calidad de vida. Su difícil diagnostico este dado por su cuadro clínico inespecífico. Su alta sospecha clínica temprana impacta positivamente evitando complicaciones severas. Al ser una patología poco conocida y tratada, su principal manejo consiste en una colectomía con una anastomosis en una región completamente sana contemplando diferentes opciones: segmentaria, total o subtotal y rectal.CONCLUSIÓN: El diagnóstico temprano del megacolon idiopático, así como su manejo multidisciplinario es necesario para brindar una adecuada estrategia terapéutica en estos pacientes evitando complicaciones asociadas.

FÍSTULA ENTERO-ATMOSFÉRICA EN PACIENTE CON ABDOMEN ABIERTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Karen Frausto C., Ana Muñoz C., Javier Palominos S., Daniela Hidalgo A., Francisco Mora L., Javiera Suárez E., Marisol Noriel V., Steffi Wachtendorff S. Hospital Félix Bulnes Cerda.INTRODUCCIÓN: La fístula entero-atmosférica (FEA) es una complicación severa del abdomen abierto (AA) como consecuencia de múltiples intervenciones abdominales. Se presenta hasta en el 25% de los casos de abdomen abierto, con una mortalidad del 42%. El manejo de la FEA en AA es complejo debido a la dificultad para aislar el contenido intestinal. Existen varias técnicas, como la bolsa de Bogotá, sistemas de cierre asistido por vacío (VAC), aislamiento de la fístula mediante sutura del drenaje Penrose a la mucosa del orificio de la FEA (FISPME), la técnica del condón de Rivera que utiliza un preservativo suturado al intestino para dirigir el contenido de la fístula hacia una bolsa de colostomía, evitando el contacto con la piel. Se presenta caso de paciente con diverticulitis aguda complicada que evoluciona con FEA.OBJETIVOS: El objetivo de este documento es ahondar en el manejo de la FEA, a propósito de un caso en vista de la alta mortalidad que conlleva este diagnóstico y dificultad en su manejo, exponiendo al paciente a múltiples complicaciones y estadía hospitalaria prolongada.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso retrospectivo, con análisis respecto a literatura actual.RESULTADO: Se presenta el caso de un paciente de 78 años, quien cursa con diverticulitis aguda perforada, es intervenido en primera instancia realizándose cirugía de Hartmann. Posteriormente evoluciona con evisceración y múltiples complicaciones asociadas al cierre de la pared abdominal por abdomen congelado, clasificado como Björck 4. Es manejado con VAC, desarrollando ulteriormente una FEA de difícil manejo. Ante esto, se decide mantener terapia VAC con conducción de la fístula, soporte nutricional y manejo de la sepsis para en una posterior instancia utilizar la técnica del condón de Rivera. De esta forma, lograr guiar el contenido intestinal, favorecer la cicatrización y el cierre de la pared abdominal.CONCLUSIÓN: La FEA es una complicación que supone un desafío terapéutico. La contaminación persistente y la dermatitis dificultan la cicatrización. Las técnicas como el sistema VAC y métodos adicionales para aislar la FEA, como el FISPME o la Técnica del condón de Rivera, son alternativas efectivas para el manejo de estos pacientes, facilitando la cicatrización y reduciendo las complicaciones asociadas.

QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA Y CITORREDUCCIÓN COMO TRATAMIENTO PARA LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Valentina Durán E., Carlos Morales M., Sergio Arroyo Z., Nicolás López, Kaorys Barros, Erik Manríquez A., Richard Castillo, Rodrigo Kusanovich, Felipe Quezada D.Servicio de Coloproctología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: La carcinomatosis peritoneal constituye un factor pronóstico negativo en la enfermedad metastásica de origen colorrectal. En las últimas décadas, la cirugía de citorreducción se ha mostrado como una opción terapéutica factible. En nuestro país existen escasas experiencias publicadas con seguimiento de resultados de esta técnica, principalmente asociadas a centros privados de salud. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es reportar los resultados de una cohorte con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal que fueron tratados con quimioterapia sistémica y citorreducción en un hospital público de nuestro país.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo que incluyó a pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río tratados con quimioterapia sistémica óptima seguida de citorreducción entre noviembre-2016 y febrero-2024. Se excluyeron los pacientes con etiologías distintas. Se registraron variables demográficas y perioperatorias, incluyendo el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI, por sus siglas en inglés). Los datos fueron recopilados directamente de la ficha clínica electrónica.RESULTADO: Se registraron 13 pacientes, con una mediana de 64 (50-70) años. El 61.5% (n=8) de los tumores se ubicó en el sigmoides, el 30.8% (n=4) en la unión rectosigmoidea y 7.7% (n=1) en colon ascendente. La mediana de PCI fue 12.5 (5.75-14.25). El 100% de los pacientes tuvo una citorreducción completa (CCR 0-1). La mediana de estadía hospitalaria fue de 7 (6-18) días. A 30 días, el 30.8% (n=4) de los pacientes tuvo una complicación mayor y un 15.4% (n=2) requirió una reintervención quirúrgica. Sólo un paciente falleció dentro de los 90 días del procedimiento. Con una mediana de 17.4 meses de seguimiento, el 77% de los pacientes se encontraban vivos.CONCLUSIÓN: La quimioterapia óptima con citorreducción es una alternativa válida para el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal. Más estudios son necesarios para establecer conclusiones definitivas, junto a definir el rol de la quimioterapia hipertérmica peritoneal en este grupo de pacientes.

LÍNFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL EN CÁNCER DE RECTO, PRIMERA EXPERIENCIA

Mauricio Zambra R., Eustaquio Peña A.Hospital San Pablo de Coquimbo.INTRODUCCIÓN: El compromiso metastásico de los ganglios linfáticos pélvicos laterales (LPLN) ocurre en 10% -25% de los casos de cáncer de recto. La escisión total del mesorrecto (TME) con disección LPLN de rutina (LPLND) se aplica predominantemente en Japón, mientras que en Occidente se utiliza la TME con tratamiento neoadyuvante. LPLND es un procedimiento mórbido y las técnicas mínimamente invasivas pueden ayudar a reducir su morbilidad. La elección del paciente es fundamental, por lo cual la disección selectiva de los ganglios pélvicos laterales con TME después del tratamiento neoadyuvante logra una supervivencia general y libre de enfermedad aceptable.OBJETIVOS: Mostrar nuestra primera experiencia en linfadenectomía pélvica lateral laparoscópica en Cáncer de Recto.CONTENIDO DE VIDEO: El video contiene el caso clínico y los pasos que para nosotros fueron los más importantes al momento de realizar nuestra primera disección pélvica lateral laparoscópica, finalizando con un resultado en la biopsia no esperado.

EXENTERACIÓN PÉLVICA CON Y SIN RESECCIÓN ÓSEA EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO O RECURRENTE

Carlos Morales M., Valentina Durán E., Erik Manríquez A., José Escobar R., Hernán Zúñiga G., Rodrigo Kusanovich B., Felipe Quezada-Díaz.Hospital Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: El tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado y recurrente ha evolucionado con el pasar de los años. A pesar de la existencia de nuevas estrategias de tratamiento menos invasivas, entre 6 y 10% de los pacientes seguirán requiriendo una exenteración pélvica, de las cuales existen escasos reportes nacionales. OBJETIVOS: Mostrar la experiencia de exenteraciones pélvicas por cáncer de recto con y sin resección de hueso en un hospital público. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se incluyó a todos los pacientes operados de exenteración pélvica por cáncer de recto localmente avanzado o recurrente durante un período de 8 años, en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, entre enero-2016 y diciembre-2023. Se registraron los datos demográficos y características postoperatorias. Los datos fueron recopilados de la ficha clínica electrónica. Se excluyeron los pacientes operados de exenteración pélvica por alguna etiología distinta. Se realizó estadística analítica para comparar grupos con y sin resección ósea. RESULTADO: Se incluyeron 14 pacientes en total. Siete pacientes (50%) recibieron neoadyuvancia; Seis de los 7 pacientes que no recibieron neoadyuvancia, correspondieron a recurrencias previamente tratadas. Se realizó una resección ósea en el 50% de los casos (n = 7). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con y sin resección ósea en cuanto a la indicación quirúrgica (cáncer primario o recurrente), presencia de ganglios positivos, márgenes quirúrgicos, tasas de reingreso a 90 días (28,6% vs. 42,9%), necesidad de reintervención (42,9% vs. 28,6%), mortalidad a 90 días (0% en ambos grupos) y estadía hospitalaria. Los tipos de resección ósea realizados fueron resección de coxis en el 21% (n = 3), sacrectomía baja en el 21% (n = 3) y sacrectomía alta en el 7,1% (n = 1). No se encontraron diferencias significativas entre los tipos de resección ósea en cuanto a las complicaciones mayores, que ocurrieron en el 42,9% (n = 6) de los casos en igual proporción, ni en la necesidad de reintervención, que se presentó en el 35,7% (n = 5) de los casos. En el 71% de los pacientes con resección ósea se realizó una EPT, mientras que todos los pacientes sin resección ósea recibieron una EPT. En cuanto a los márgenes quirúrgicos en pacientes con y sin resección ósea fueron similares, con un 71,4% de márgenes R0 y un 28,6% de márgenes R1 en ambos grupos sin encontrar diferencias significativas (p = 1,0). No hubo pacientes con márgenes R2 en ninguno de los grupos. CONCLUSIÓN: En pacientes con indicación de exenteración pélvica por cáncer colorrectal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin resección ósea en términos de estudio anatomopatológico diferido, márgenes oncológicos ni complicaciones post operatorias. La resección de segmentos óseos es una estrategia importante en el tratamiento de pacientes con cáncer de recto, primario o recurrente, para lograr mejores márgenes quirúrgicos.

SERIE PROSPECTIVA CÁNCER DE COLON EN HOSPITAL DE QUILPUÉ

Sebastián Ayarza, Marcelo VeraHospital de Quilpué.INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal es una patología frecuente y con alta demanda en el servicio público de nuestro país. El servicio de cirugía del Hospital de Quilpué se hace cargo de resolver los casos de cáncer de colon, mientras que los casos de cáncer de recto son derivados a Viña del Mar para ser abordados por un equipo de coloproctología.OBJETIVOS: Evaluar las características de los pacientes con cáncer de colon operados en el hospital de Quilpué, así como los resultados en cuanto a complicaciones postoperatorias, etapificación, mortalidad y necesidad de quimioterapia.MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes operados por cáncer de colon entre julio de 2023 y julio de 2024. Se consideraron variables preoperatorias de edad, diagnóstico, tipo de cirugía, carácter de urgencia, ECOG y ASA. Se evaluaron resultados de mortalidad, complicaciones según Clavien-Dindo, etapificación TNM y necesidad de adyuvancia.RESULTADO: Se incluyeron 40 pacientes operados entre julio de 2023 y julio de 2024 por cáncer de colon en el Hospital de Quilpué. El promedio de edad de los pacientes fue de 69 años. El 62% de los pacientes fueron ASA II. El 50% de los pacientes fueron ECOG 1. El 10% de las cirugías fueron de urgencia. El 20% presentó complicaciones postoperatorias. El 37% requirió quimioterapia adyuvante. La mortalidad de la serie es del 8%.CONCLUSIÓN: El seguimiento de nuestros pacientes nos permite analizar nuestros resultados con el objetivo de mejorar continuamente. Esta serie corresponde al primer año de seguimiento prospectivo de pacientes con cáncer de colon. Nuestro servicio tiene el desafío de mejorar los resultados junto con la oportunidad de resolver la patología. En los próximos años, se espera abarcar la resolución completa de la patología colorrectal con la llegada de subespecialistas al hospital.

RESULTADOS DE UN PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE WATCH AND WAIT EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

Carlos Morales M., Valentina Durán E., Erik Manríquez A., Brandon Valencia-Coronel, Rodrigo Kusanovich B., Felipe Quezada-Díaz.Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: En pacientes altamente seleccionados, la estrategia de “Watch and Wait” ha surgido como una posibilidad terapéutica viable en el cáncer de recto localmente avanzado. Pese a estar incluida en las recomendaciones de guías internacionales actuales, su práctica no ha sido adoptada ampliamente a nivel nacional.OBJETIVOS: presentan los primeros resultados de seguimiento a mediano plazo de una cohorte bajo un protocolo de seguimiento estandarizado para Watch and Wait en un hospital público de nuestro país. MATERIAL Y MÉTODO: Se registraron los datos de todos los pacientes ingresados al programa de Watch and Wait de cáncer de recto localmente avanzado en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, entre 2019 y 2023, que hubieran alcanzado una respuesta clínica completa posterior a la neoadyuvancia, a quienes se les explicó la estrategia y entregaron su consentimiento informado. Los datos se obtuvieron del registro clínico electrónico.RESULTADO: Se incluyeron 23 pacientes. La mediana de edad al momento del reclutamiento fue 65,5 (53,5-68) años. Un 60,87% del total (n = 14) eran hombres. El 39,1% (n = 9) eran o fueron fumadores. La mediana del IMC fue 28,75 (24,35-30,85). El 78,26% (n = 18) tenía ECOG 1. La mediana de CEA basal fue 3,1 (1,6-16,0). Mediana de altura del tumor desde el margen anal 5,8cm (4,3-7,5cm). Un 13,04% (n = 3) tenía EMVI. Un 39,1% (n = 9) tenía margen circunferencial amenazado. Un 69,5% de los pacientes estaban en etapa cT3N+M0. Un 78,2% presentaban ganglios positivos mesorrectales al inicio. Un 95,6% (n = 22) de los pacientes recibieron neoadyuvancia total: 18 en combinación con radioterapia corta y 4 con radioquimioterapia. Un paciente recibió radioquimioterapia solamente. El 82,6% (n = 19) recibió FOLFOX de consolidación. La mediana de seguimiento fue de 13,16 (7,13-20,33) meses. Un 31,8% (n = 7) de casos tuvo recrecimiento, encontradas en una mediana de 9 (6,75-10,5) meses de seguimiento. Cuatro pacientes con recrecimiento tumoral recibieron radioterapia larga y tres radioterapias cortas. Un paciente con recrecimiento declinó operarse y falleció posteriormente de enfermedad sistémica. Todos los otros pacientes con recurrencia (n = 6) fueron rescatados quirúrgicamente, solo con una resección abdominoperineal en un paciente que terminó falleciendo por enfermedad sistémica posterior.CONCLUSIÓN: Este estudio presenta los primeros resultados favorables del seguimiento de pacientes con cáncer de recto localmente avanzado enrolados en un protocolo de “Watch and Wait” a nivel nacional. Interesantemente, la mayoría de estos pacientes alcanzaron una respuesta clínica completa con un esquema basado en neoadyuvancia total con radioterapia corta. Se requieren estudios prospectivos y un seguimiento más extenso para validar nuestros hallazgos.

RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA ACREDITADO DE ERAS® EN CIRUGÍAS RESECTIVAS COLORRECTALES

Diego Marín G.[1], Valentina Castillo W.[1], María Jesús Jugo D.[1], Francisco López K[2], Felipe Quezada D.[2], Claudio Wainstein G[2]., Alejandro Barrera E.[2], Jose Miguel Zúñiga A.[2], Josette Baudoin L.[3], Valeska Vargas L.[3]Clínica Universidad de Los Andes.INTRODUCCIÓN: El programa ERAS® ha facilitado la aplicación de medidas basadas en la evidencia para mejorar la recuperación postoperatoria en cirugías colorrectales resectivas, integrando evaluaciones e intervenciones desde el período pre-admisión. Este enfoque incluye un registro autónomo y auditado continuamente, proporcionando datos precisos sobre variables clave relacionadas con los resultados quirúrgicosOBJETIVOS: Describir las características y resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a cirugía resectiva colorrectal bajo el programa ERAS® en la Clínica Universidad de Los Andes durante 2023-202MATERIAL Y MÉTODO: Se extrajeron datos del protocolo ERAS® en Clínica Universidad de Los Andes, incluyendo pacientes con cirugía resectiva colorrectal primaria laparoscópica o robótica por patologías malignas y benignas entre 2023 y 2024. Se realizó un análisis descriptivo univariado de los resultadosRESULTADO: Se recolectaron los datos de 109 pacientes sometidos a cirugías resectivas de colon y recto mediante técnicas mínimamente invasivas (laparoscópica y robótica). La edad promedio de los pacientes fue de 60 años, con un 67% de ellos de sexo masculino. Del total de cirugías, el 55% se realizaron por motivos oncológicos. La cirugía más comúnmente efectuada fue la sigmoidectomía, representando el 39% de los casos, seguida de la colectomía derecha con un 34%. En términos de abordaje, el 52.3% de las cirugías fueron laparoscópicas y el 44% robóticas, con una tasa de conversión del 3.7%. El cumplimiento del protocolo ERAS fue del 70.1%, valor que fue bastante similar sin importar la técnica de abordaje. La mediana de la estadía hospitalaria media fue de 4.0 días, con un porcentaje de reingreso de 8.3%. Las complicaciones postoperatorias fueron similares en ambos grupos, con una tasa global del 32.1%, de las cuales el 7.3% fueron graves (definidas como Clavien-Dindo ≥ III). La complicación más frecuentemente reportada en esta serie fue el íleo postoperatorio con 16 casos correspondiente a un 14.7%. La tasa de reoperaciones fue de un 6.4%. Sólo 2 pacientes en esta serie requirieron estadía en UPC, ambos operados vía laparoscópica. No se reportaron casos de mortalidad.CONCLUSIÓN: El seguimiento y la revisión constante de los resultados quirúrgicos son esenciales para mejorar las prácticas clínicas y elevar los estándares de cuidado en los centros acreditados en ERAS®. Esta serie prospectiva de pacientes operados con técnicas mínimamente invasivas en la Clínica Universidad de Los Andes tras la implementación del programa ERAS® muestra resultados comparables con los reportados en la literatura, independiente de la técnica utilizada.

PROTEÍNA C REACTIVA COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES, RESULTADOS PRELIMINARES EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Dominique Krauss S., Josefina Sepúlveda G., Ignacio Gutiérrez M., Augusto Barrera Z., Karen Schonffeldt G., Luis Andrade M., José Zúñiga A., Joaquín Irarrázaval E., Leonardo Espíndola S., Jose Gellona V.Hospital Militar de Santiago, Santiago Chile, Universidad de los Andes, Santiago Chile. INTRODUCCIÓN: Se han propuesto diversos marcadores para predecir complicaciones en el postoperatorio de la cirugía colorrectal, debido a que estas generan una alta tasa de morbimortalidad con altos costos en salud. Existe evidencia de que la proteína C reactiva (PCR) podría ser buen predictor de complicaciones, pero actualmente, no hay un consenso sobre el valor de corte de este examen para sospechar complicaciones y depende mucho de cada centro. Es por esto que creemos que cada centro debe definir un valor de corte e implementarlo en conductas futuras. OBJETIVOS: Evaluar el uso de PCR como factor predictor de complicaciones en cirugía colorrectal y definir un valor de corte inicial en nuestro centro.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron 95 pacientes sometidos a colectomías electivas con anastomosis primaria en el Hospital Militar de Santiago entre enero 2021 y junio 2024, se les tomó PCR en distintos días de su postoperatorio, para evaluar su relación con las complicaciones. Además, se analizaron diversas complicaciones según clasificación Clavien-Dindo. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y regresión logística binaria.RESULTADO: De los 95 casos incluidos, un 17,9% presentó algún tipo de complicación, de las cuales 10,5% fue Clavien-Dindo I-II y 7,4% fue III o más. La tasa de filtración anastomótica fue de 5,26%. El valor de corte en PCR para predecir una complicación fue de 170 mg/L (S 98% E 38%). La estadía hospitalaria en los pacientes sin complicaciones fue de cuatro días (mediana), mientras que los pacientes complicados fueron mayores, con una mediana de 10 días.CONCLUSIÓN: Este estudio, es un punto de inicio para implementar la toma rutinaria de PCR al tercer día y con esto ver la necesidad de buscar activamente complicaciones. En este caso, se observó que un valor de PCR menor a 170 mg/L, la probabilidad de complicación es baja.

SEGUIMIENTO COLONOSCÓPICO DE PÓLIPOS DE COLON

Matías Pruzzo, Valeria Tello, Carlos Ayala, Eduardo Mordojovich, Roberto Salas, Rodrigo Fernández, Rodrigo Cápona, Guillermo Reyes, Patricio Opazo, Ernesto MelkonianHospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: El seguimiento colonoscópico de los pólipos de colon es esencial en la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal. Los pólipos pueden tener potencial de malignidad dependiendo de su histología, tamaño y características específicas.OBJETIVOS: Evaluar los resultados del seguimiento colonoscópico de pólipos de colon resecados en el Hospital del Salvador, identificando la prevalencia de lesiones malignas y benignas, y la efectividad del seguimiento a largo plazo.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las colonoscopias en el Hospital del Salvador desde enero 2017 hasta mayo 2024 (n=7.602). Se incluyeron colonoscopias con resección de pólipos ≥10 mm (n=1.124), excluyendo procedimientos únicos en el periodo observado. Finalmente, se reunieron 63 pacientes con 2 o más colonoscopías.RESULTADO: De los 63 pacientes, 63,5% fueron mujeres, con una edad media de 65,3 años. En la primera colonoscopia, el tamaño promedio de los pólipos resecados fue de 17 mm, localizándose principalmente en el colon ascendente y sigmoides (23,8% cada uno), seguido por colon transverso (15,9%), descendente (14,3%), recto (12,7%) y ciego (9,5%). El 6,4% presentó adenocarcinoma infiltrante. Las histologías benignas más comunes fueron adenomas con componente velloso/tubulovelloso o displasia de alto grado (46%), adenomas ≥10 mm (38,1%), pólipos hiperplásicos (7,9%) y pólipos serrados sésiles (1,6%). El tiempo promedio para la segunda colonoscopia fue de 18,9 meses, con un tamaño medio de los pólipos de 7,3 mm. En pacientes con lesiones de alto riesgo en la primera colonoscopia, el 3,3% desarrolló adenocarcinoma, y el 93,3% presentó lesiones de bajo riesgo en el control. El 40% de las lesiones en el control fueron adenomas menores a 10 mm; se realizó una tercera colonoscopia en un 30% de los casos, con un tiempo promedio de 51,2 meses, encontrándose pólipos adenomatosos de bajo riesgo. Solo el 15,9% de los pacientes se sometió a una cuarta colonoscopia, con un tiempo promedio de 46,9 meses. Las histologías observadas fueron adenomas con displasia de bajo grado menores a 10 mm (40%), pólipos hiperplásicos (30%), adenomas vellosos/tubulovellosos (20%) y adenomas con displasia de alto grado (10%). CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes fueron mujeres, coincidiendo con la demografía general de la adherencia a los programas de vigilancia colonoscópica. La prevalencia de pólipos en el colon ascendente y sigmoides sugiere la necesidad de atención especial en estas áreas durante los procedimientos endoscópicos. Las histologías más comunes incluyeron adenomas con componente velloso/tubulovelloso o displasia de alto grado, lo cual coincide con la literatura sobre el mayor riesgo de transformación maligna. El desarrollo de adenocarcinoma en un 3,3% de pacientes con lesiones de alto riesgo iniciales subraya la necesidad de una vigilancia estrecha. La baja tasa de realización de una cuarta colonoscopia (15,9%) dificulta la generación de recomendaciones de seguimiento en los primeros cinco años post-resección, destacando la necesidad de un mayor reclutamiento de pacientes para sopesar la pérdida de muestra.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SEVERA SECUNDARIA A ÚLCERA ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA

C. Ayala, F. Navarro, M. Pruzzo, V. Vargas, G. Rebolledo, G. Reyes, R. Cápona, R. Fernández, R. Salas, E. Melkonian, E. MordojovichHospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: Las úlceras relacionadas a anastomosis ileocolónica son una complicación poco frecuente y tardía. La mayoría de los casos reportados corresponden a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o posterior a cirugía realizada durante la infancia. La etiología actualmente es desconocida y la presentación clínica más frecuente es anemia ferropriva. El diagnóstico se realiza mediante colonoscopia larga y el manejo inicial es médico, mediante la suspensión de AINES, suplementación de hierro y manejo de patología inflamatoria intestinal, si está presente. La cirugía se reserva para casos refractarios a tratamiento o compromiso hemodinámico.OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de hemorragia digestiva baja severa secundaria a úlcera de anastomosis ileocólica que requirió resolución quirúrgica. MATERIAL Y MÉTODO: Previo consentimiento del paciente, revisión de ficha clínica. Revisión de literatura asociada a cuadro clínico.RESULTADO: Paciente sexo masculino de 21 años con antecedente de enterocolitis necrotizante al mes de vida, requiriendo colectomía derecha con anastomosis ileocólica en dicho episodio, con buena evolución clínica posterior. Consulta en urgencias por cuadro clínico de hemorragia digestiva baja con requerimiento de transfusión de hemoderivados. Estudio con colonoscopia larga demuestra úlcera anastomótica ileocólica y AngioTAC abdomen-pelvis evidencia fuga de contraste en relación a anastomosis. Estudio descarta enfermedad inflamatoria intestinal. Debido a falla tratamiento médico, hemorragia con requerimientos transfusionales y compromiso clínico, se decide cirugía resectiva de anastomosis. Se realiza laparoscopia exploradora con resección de segmento anastomótico y nueva anastomosis ileo-colónica término-lateral mecánica. Paciente evoluciona favorablemente, sin nuevos episodios de sangrados y control de laboratorio de hemoglobina sérica estable a 6 meses del procedimiento. CONCLUSIÓN: Las úlceras de anastomosis son poco frecuentes, pero se deben sospechar en todo paciente que presenta una anastomosis, independiente del tiempo de la primera cirugía. El manejo inicial debe ser médico y la cirugía se reserva para casos de sangrado profuso o compromiso clínico, como fue en nuestro caso en que se realizó con éxito una resección de anastomosis y nueva anastomosis ileocólica mediante laparoscopía.

MANEJO DE PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE IDIOPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

María Venegas C., Maite Rojas M., Josefina Bavestrello, José Luis Escobar, Nicolás Besser P.Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Peritonitis esclerosante encapsulante (PEE) es una patología infrecuente en la que, debido a un proceso crónico, de carácter inflamatorio, el intestino delgado es encapsulado por una membrana densa de fibrocolágeno. Según su etiología se puede clasificar en primaria o idiopática (“síndrome de cocoon”) y secundaria.OBJETIVOS: El objetivo de este reporte de caso es contribuir a la comprensión de una patología, no solo infrecuente, sino que de difícil diagnóstico y manejo.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino, 45 años, con antecedente de gastropatía en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), hernioplastia umbilical y laparoscopia exploradora reciente, con historia de 10 meses de evolución de un cuadro compatible con suboclusión intestinal que determina dolor y baja de peso en el último tiempo. Trae estudio inicial con colonoscopia y endoscopía digestiva alta normal, y laparoscopia exploradora en que se describe extenso proceso adherencial con imposibilidad de lograr diagnóstico preciso. Debido a ausencia de diagnóstico consultó en Hospital Clínico Universidad Católica. RESULTADO: Se amplió el estudio con TAC AP con contraste con hallazgos compatibles con PEE. Se realiza laparotomia y adherenciolisis con resección completa de cápsula peritoneal sin incidentes, se envía muestra a biopsia diferida que informa fragmentos laminares de tejido conectivo. Paciente con buena evolución clínica postoperatoria, sin signos de complicación, por lo que es dado de alta.CONCLUSIÓN: PEE es una patología difícil de diagnosticar, por lo que es fundamental tener un alto nivel de sospecha e integrar las manifestaciones clínicas y los hallazgos imagenológicos para un correcto diagnóstico. La principal fuente de evidencia en este subgrupo es el reporte de casos realizado a nivel mundial. La cirugía continúa siendo el manejo de elección, sin embargo, se desconoce si existen opciones de manejo médico exitosas y plausibles en este tipo de pacientes.

NEUMOMEDIASTINO COMO MANIFESTACIÓN DE DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL

Valeria Correa M.[1], Beatriz Bustos B.[1], Osiris Paz R.[1], Sebastián Eterovic C.[1], Daniel Cortés G.[1], Carlos Morales M.[2], Erik Manríquez A.[21]Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile; [2]Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: La enfermedad diverticular que afecta la calidad de vida de los pacientes se puede resolver mediante resección electiva. La filtración de anastomosis (FA) colorrectal es una complicación mayor. Su presentación en general puede ser de dos maneras; una clínicamente significativa con peritonitis, colecciones peri anastomóticas o fístulas; y una asintomática, donde sólo se detecta por examen radiológico. Existen escasos reportes de casos donde la manifestación clínica puede ser un extenso enfisema subcutáneo (presencia patológica de aire en el tejido subcutáneo) asociado a neumomediastino o neumotórax. El diagnóstico de FA suele ocurrir entre 2 y 7 días tras la intervención quirúrgica. La incidencia de FA en cirugía colorrectal varía entre 1.8 y 19%, acercándose al 15% en anastomosis colorrectal baja luego de una resección anterior. Se ha descrito una mortalidad global de 4,5% en una serie de casos en Argentina entre 2017 y 2020.OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente que consulta por aumento de volumen cervical por enfisema subcutáneo posterior a sigmoidectomía electiva por diverticulitis aguda, con síntomas crónicos.MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó el historial clínico del paciente en la ficha electrónica.RESULTADO: Paciente masculino de 46 años con antecedente de enfermedad diverticular no complicada, con síntomas crónicos, se realiza una sigmoidectomía laparoscópica electiva con anastomosis colorrectal mecánica termino-terminal. Dado de alta al tercer día postoperatorio. Reconsulta al cuarto día postoperatorio por aumento del volumen cervical, con enfisema subcutáneo, sin dolor abdominal ni otros síntomas. Asocia parámetros inflamatorios elevados. Se realiza una tomografía axial computada (TAC) de tórax abdomen y pelvis con contraste endorrectal que muestra acentuado neumomediastino que se extiende a los planos profundos del cuello y enfisema de tejido subcutáneo de la parte blandas del tórax y abdomen. Leve neumoretroperitoneo y leve neumoperitoneo, más un hallazgo compatible con FA. Se realiza una laparoscopía exploradora, con sutura intracorpórea de filtración anastomótica más ileostomía de protección e instalación de drenajes pélvicos. Se toman cultivos intraoperatorios de líquido peri anastomótico, que muestran presencia de E. Faecalis, E. Faecium, E. Coli, K. Blee NDM por lo que se maneja con antibióticos endovenosos, con buena evolución, disminución de los parámetros inflamatorios (Proteína C reactiva 119 mg/L al ingreso vs 72 mg/L al alta) y buena función renal (Creatinina 0.86 mg/dL, BUN 14 mg/dL) por lo que se decide alta con antibióticos orales. Al control endoscópico, cuatro meses posteriores a la operación, la anastomosis no presenta defectos. Se realiza cierre de ileostomía de protección a los 6 meses post filtración. CONCLUSIÓN: La sospecha de FA debe estar presente ante la desviación del postoperatorio habitual de los pacientes con anastomosis colorrectal, particularmente en aquellos signos o síntomas de baja frecuencia, tales como enfisema subcutáneo y/o neumomediastino. Para confirmar o descartar la FA, el contraste endorrectal cobra vital relevancia.

LAPAROTOMIA DIAGNÓSTICA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA DE DIAGNÓSTICO ESQUIVO

María Venegas C., Maite Rojas M., Josefina Bavestrello T., José Luis Escobar, Nicolás Besser P.Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNEs) son un grupo raro y heterogéneo de neoplasias que se originan a partir de células neuroendocrinas, predominantemente del tracto gastrointestinal. Su presentación clínica es bastante inespecífica. De forma extremadamente infrecuente pueden debutar con una hemorragia digestiva alta (HDA). En el presente documento se reporta un caso de un TNE que debutó con una HDA masiva.OBJETIVOS: Mostrar una manifestación y debut infrecuente de TNE.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino, 49 años, con antecedente de hipertensión arterial. Consultó por alteración en características de las deposiciones, inicialmente melénicas, posteriormente con hematoquecia. RESULTADO: Se realizó endoscopía digestiva alta (EDA) y colonoscopia que no permitieron determinar sitio de sangrado. Se realizó angioTAC y enteroclisis sin lograr precisar el sitio de sangrado o alguna lesión tumoral en el tracto digestivo. La cápsula endoscópica demuestra una lesión intestinal subepitelial. Ante caída persistente de hemoglobina hasta 9.7, se realiza laparotomia exploradora que evidencia múltiples lesiones nodulares intestinales en un tramo de aproximadamente 50 cm de íleon. Se reseca el segmento de intestino delgado descrito y se envía muestra operatoria a biopsia diferida que informa 32 TNEs bien diferenciados y metástasis nodulares, Ki 4%. En controles postoperatorios, se realiza PET/CT Ga tras tres meses de la cirugía primaria, evidenciando adenopatía mesentérica de 17 mm, con sobreexpresión de receptores de somatostatina, hallazgo compatible con localización secundaria de TNE, por lo que se realiza nuevamente laparotomía exploradora con resección intestinal en sitio de anastomosis previo y disección ganglionar central de mesenterio correspondiente. Además, se realiza enteroscopia intraoperatoria retrógrada y anterógrada a la anastomosis previa que descarta nuevas lesiones intraluminales desde el ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal. Actualmente, paciente en seguimiento estricto clínico e imagenológico, sin nuevas intercurrencias.CONCLUSIÓN: La presentación clínica de los TNEs es bastante inespecífica y su diagnóstico es complejo. Es infrecuente que un TNE debute con una HDA, en un estudio retrospectivo del hospital clínico universidad católica se vio que solo el 13.2% de los tumores de intestino delgado se manifiestan de esta manera. No considerar los TNE como parte del diagnóstico diferencial en HDA puede derivar en el incorrecto abordaje diagnóstico y terapéutico, influyendo de forma negativa en el pronóstico de un paciente portador de TNE. En adición, considerando que estas neoplasias tienden a ser multifocales con diseminación mesentérica, la exploración endoscópica y digital completa del intestino, así como la resección mesentérica central correspondiente, es fundamental para un tratamiento adecuado.

CARCINOMA DE COLON CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marisol Noriel V., Javiera Suárez E., Ana Muñoz C., Ana Frausto C., Javier Palominos S.Hospital Félix Bulnes Cerda.INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon representa la segunda causa de muerte relacionada a cáncer a nivel mundial. El adenocarcinoma es uno de los tipos más frecuentes, sin embargo, existen subtipos poco frecuentes entre los que se encuentra el carcinoma con células en anillo de sello con una prevalencia menor al 1%. Éste subtipo fue descrito por primera vez en 1951 y se define por la presencia de un 50% de células neoplásicas que muestran morfología de células en anillo de sello. Se asocia clínicamente a mal pronóstico presentándose en paciente en edad joven con altas tasas de metástasis peritoneal y compromiso ganglionar al momento del diagnóstico. A continuación, se presenta el caso de un paciente de 19 años con diagnóstico de cáncer de colon con células en anillo de sello.OBJETIVOS: Describir y analizar caso clínico de presentación de cáncer de colon subtipo células anillo de sello en paciente masculino de 19 años y su correlación con la literatura actual. MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de un hombre de 19 años sin antecedentes mórbidos ni familiares. Consulta por cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso tipo punzante y que en último periodo se asocia a baja de peso cuantificada en 30 kilos y rectorragia paroxística. Se realiza tomografía de tórax, abdomen y pelvis que muestra engrosamiento de la unión rectosigmoidea de 8 cm con cambios inflamatorios en tejido adiposo regional, escaso líquido libre y una adenopatía rectal superior. Si bien podría estar en contexto inflamatorio infeccioso no es posible descartar componente neoplásico. Resonancia de recto muestra engrosamiento parietal concéntrico que compromete recto medio, superior y colon sigmoides con adenopatía mesorrectal izquierda. Hallazgos podrían sugerir enfermedad inflamatoria intestinal por morfología, no se puede descartar proceso neoproliferativo subyacente. Estudio con colonoscopía muestra a los 15 cms de margen anal masa de compresión extrínseca de aspecto inflamatorio estenosante en sigmoides distal con biopsia que informa mucosa colónica infiltrada por carcinoma de células en anillo de sello. Se programa para resolución quirúrgica realizando resección anterior laparoscópica con anastomosis colorrectal. Se evidencia en intraoperatorio engrosamiento de la unión rectosigmoidea con nódulos peritoneales en pelvis y múltiples adenopatías en arteria mesentérica inferior. Sin lesiones secundarias hepáticas. Biopsia informa adenocarcinoma de colon con células anillo de sello 80% y mucinoso 20%, infiltrante transmural ulcerado de 8 x 2 cm, con invasión perineural y vascular. Extenso compromiso de la subserosa y serosa en el borde mesentérico. 26 de 32 ganglios positivos para metástasis de adenocarcinoma. TNM: pT4; pN2b. Paciente evoluciona favorable en post operatorio con alta a domicilio al tercer día post operado. Continúa seguimiento ambulatorio con buena evolución en espera de inicio de quimioterapia adyuvante. RESULTADO: El carcinoma de células en anillo de sello colorrectal presenta características únicas descritas en la literatura. Si bien su frecuencia es baja, se ha descrito tendencia a presentarse a edad temprana, con alta tasa de compromiso de ganglios linfáticos, mestástiatis peritoneal y alto grado histológico, lo que en la mayoría de los casos representa un mal pronóstico. Si bien los reportes de casos son pocos, se ha descrito en la mayoría el diagnóstico antes de los 40 años. A diferencia del adenocarcinoma, de mayor prevalencia, normalmente los pacientes con este subtipo presentan estadios tumorales avanzados, la presencia de un engrosamiento circunferencial difuso que en ocasiones asemeja a la enfermedad inflamatoria intestinal y lesiones con predominio en colon proximal. En relación al caso clínico mencionado la edad de presentación se encuentra por debajo de lo referido en la literatura, igualmente la presencia de lesión en colon distal es poco frecuente. Al momento del diagnóstico los hallazgos iniciales de la colonoscopia hacían sospechar de enfermedad inflamatoria intestinal dado los hallazgos en el estudio de imagen, sin embargo, la biopsia confirma el subtipo de presentación con un porcentaje de células en anillo de sello mayor al 50%. Más del 80% de los casos de carcinoma de colon con células en anillo de sello se presentan en estadio III o IV al momento del diagnóstico. En relación al seguimiento de este subtipo, algunos estudios sugieren que el patrón metastásico de éste incluye las metástasis difusas de lesiones pequeñas de modo que el estudio de imagen puede no resultar confiable por sí solo y se recomienda dar atención a marcadores tumorales mayormente en el seguimiento. CONCLUSIÓN: El cáncer colorrectal con células en anillo de sello es una entidad de baja prevalencia que se caracteriza por presentarse a edad temprana habitualmente con elementos de enfermedad avanzada que determinan su mal pronóstico. Es importante la pesquisa precoz de este tipo de pacientes para ofrecer una mejor sobrevida, sin embargo, se cuenta con poca literatura disponible que permita definir actualmente lineamientos más específicos.

ABSCESO DEL MÚSCULO PSOAS COMO PRESENTACIÓN DE TUMOR APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Bustos B.[1], Valeria Correa M.[1], Osiris Paz R.[1], Sebastián Eterovic C.[1], Daniel Cortés[1], Erik Manríquez A.[2], Carlos Morales M.[21]Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile; [2]Hospital Sótero del Río, Santiago de Chile. INTRODUCCIÓN: El absceso del músculo psoas es una condición rara, puede ocurrir por infección primaria o secundaria a proceso inflamatorio de órgano adyacente, como enfermedad de Crohn, apendicitis, diverticulitis y neoplasias. Las neoplasias del apéndice corresponden al 0.4-1% de los tumores malignos de tubo digestivo. OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con presentación infrecuente de tumor apendicular. MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó el historial clínico en la ficha electrónica. RESULTADO: Paciente de 83 años, sin antecedentes quirúrgicos de importancia, refiere cuadro de 30 días de evolución de dolor en fosa ilíaca derecha asociado a náuseas. Sin otros síntomas asociados. Al examen físico destaca abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, con masa palpable de aprox. 6x7cms, indurada, sin signos de irritación peritoneal. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca anemia leve (Hb 10.3 mg/dL) y proteína C reactiva elevada, se solicita TAC-TAP con contraste que informa extensos cambios inflamatorios en fosa ilíaca derecha, observando dos abscesos adyacentes al polo cecal de 3,5x3cm y de 3,9x3,1 cm, esta última contacta el músculo iliopsoas. Se decide drenaje de absceso por radiología intervencional, con técnica trocar se instala drenaje pigtail 12 Fr. da salida a líquido purulento, se extraen 60 mL. Se decide alta. Reingresa 2 años después, por persistencia del dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, irradiado a ingle y muslo derecho. Además, baja de peso de 14 kg en 1 año y constipación. Se solicita exámenes donde destaca CEA 89.1, TAC-AP con contraste no reconoce el apéndice cecal, en fosa ilíaca derecha, adyacente al polo cecal, imagen con densidad de partes blandas, que contacta e infiltra el músculo ilíaco derecho, de aproximadamente 3,2x4,2 cm, en correspondencia, con el sitio donde era visible extenso absceso apendicular en estudio previo, se realiza colonoscopia completa, sin hallazgos patológicos. Se realiza biopsia por radiología intervencional guiado por ecografía con aguja core automática 18 G se obtienen tres cilindros de la lesión descrita, que se envían a anatomía patológica. Biopsia informa tejido fibroconectivo con infiltración por adenocarcinoma tubular, con áreas mucinosas. Considerando edad, ECOG 3, alto riesgo de cirugía con márgenes negativos se discute en comité oncológico y decide cuidados paliativos exclusivos. CONCLUSIÓN: Dentro de los diagnósticos diferenciales de absceso de músculo psoas debemos incluir las neoplasias, su descarte debe realizarse proactivamente, mediante un seguimiento imagenológico. Y en caso de no haber resolución, solicitar oportunamente un estudio histológico.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL POST-HARTMANN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Felipe Barnet, Paulina Pérez, Roberto Olguin, Julio Figueroa, Enrique Morales, Tomás Contreras, Felipe ImigoHospital de Puerto Montt.INTRODUCCIÓN: La operación de Hartmann (OH) es un procedimiento frecuente en escenarios de urgencia y en pacientes complejos. Se asocia a alta morbilidad e impacto significativo en la calidad de vida. La reconstitución de tránsito (RT) luego de una OH se considera una intervención desafiante por su complejidad técnica, siendo el abordaje abierto (AA) el de elección. En las últimas décadas el abordaje laparoscópica (AL) ha demostrado resultados similares o incluso mejores según las series.OBJETIVOS: Describir los resultados perioperatorios de la RT con abordaje laparoscópico (AL) y contrastarlos con los resultados del abordaje abierto (AA) y la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo todos pacientes consecutivos que se sometieron a RT entre enero del 2015 y mayo del 2024, posterior a una OH en el Hospital de Puerto Montt, sin exclusión. Se registraron variables demográficas y perioperatorias. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el software SPSS v29. RESULTADO: Se realizaron 64 RT durante el período de estudio (40 casos por AL y 24 por AA). El tiempo promedio de espera para la intervención fue de 31 meses. El tiempo operatorio promedio fue de 211 minutos AL vs 158 minutos AA (P=0.005). La media de estadía hospitalaria fue de 4 días para AL y 7 días para AA (P=<0.001). Fue necesaria la conversión en 4 pacientes (10%) en el grupo de AL. La morbilidad global fue mayor en el grupo de AA (41% vs 20% AL; p=0.062). La morbilidad quirúrgica fue de un 29.2% en AA y 10% en AL (p=0.049). Fue necesaria la reintervención en 6 (9.8%) pacientes, siendo más frecuente en el grupo de AA (16.6% vs 3.28% p=0.121). Hubo un caso de filtración en cada grupo. No hubo mortalidad en esta serie. Comparado con la literatura el grupo AL presentó resultados similares a reportados en otras series en cuanto a días de hospitalización (4 días vs 4.6 - 8.6 días), conversión (10% vs 0 - 20%), morbilidad (20% vs 9 - 21.9%) y fuga anastomótica (1.5% vs 0 - 4.5%).CONCLUSIÓN: La laparoscopia para la RT después de una OH es un abordaje factible, comparable con la cirugía abierta, que si bien se asocia a tiempos quirúrgicos significativamente más prolongados, se asocia también a con mejores resultados en cuanto a morbilidad quirúrgica y días de hospitalización.

COLGAJO DE LIMBERG AMBULATORIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOXÍGEA

Martín Quintana M.[1], Cristóbal Suazo L.[2], Roberto Salas O.[2], Cristián Gallardo V.[2], Fernando Saelzer R.[21]Programa Cirugía General, Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Clínica Red Salud Santiago.INTRODUCCIÓN: El quiste pilonidal sacrocoxígeo es una patología común que afecta principalmente a hombres entre los 15 y 35 años y se caracteriza por la afección aguda o crónica de la región sacrococcígea. El tratamiento quirúrgico es de elección, y las diferentes técnicas buscan bajas tasas de recurrencia y morbilidad postoperatoria. El colgajo de Limberg se describe como una técnica efectiva, pero su implementación en un contexto ambulatorio no ha sido ampliamente documentada. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir los resultados perioperatorios de pacientes sometidos a este procedimiento ambulatorio.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de 58 pacientes con quiste pilonidal sacrocoxígeo operados con la técnica de colgajo de Limberg entre enero de 2018 y julio de 2024 en un centro de salud privado. Todos estos procedimientos fueron realizados de manera ambulatoria, y los pacientes fueron dados de alta con un drenaje aspirativo. Se analizaron los datos demográficos, perioperatorios y de seguimiento postoperatorio.RESULTADO: La edad promedio fue 26,7 años (±7,4), con 74,1% (43) de hombres. El tiempo quirúrgico promedio fue 52,8 minutos (±11,3). En total se registraron 5 pacientes con infección de herida operatoria (8,6%), de los cuales 3 se manejaron de manera ambulatoria con antibióticos vía oral. Se registraron 3 reingresos hospitalarios (5,2%), uno secundario a pielonefritis y dos a infección de herida operatoria, de estos uno se manejó con drenaje bajo anestesia local y otro con aseo quirúrgico en pabellón, siendo la única reoperación (1,7%). El periodo de seguimiento promedio fue de 219 días p25-p75 [34 días-371 días], dentro del cual hubo una recurrencia (1,7%), al tercer año postoperatorio.CONCLUSIÓN: Este estudio descriptivo reafirma la viabilidad del colgajo de Limberg como una alternativa a las otras técnicas quirúrgicas para el tratamiento del quiste pilonidal, pudiendo realizarse de manera ambulatoria y con baja tasa de complicaciones, como la infección de la herida operatoria, y recurrencia, ambas similares a lo descrito en la literatura (4,5% a 16% y 5% a 8%, respectivamente). A pesar de las limitaciones propias de un estudio descriptivo retrospectivo y al pequeño tamaño muestral, los resultados son auspiciosos y apoyan la implementación del colgajo de Limberg como una opción de tratamiento ambulatorio. En conclusión, el colgajo de Limberg como cirugía mayor ambulatoria, es una técnica que ofrece resultados favorables con bajas complicaciones.

DRENAJE DE MUCINA Y OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA COMO TERAPIA PUENTE PARA CRS/HIPEC EN PSEUDOMIXOMA PERITONEII CON ASCITIS MUCINOSA A TENSIÓN

Hernán Zúñiga, Javier Vela, Francisca Palacios, Bruno Nervi, María Elena Molina, José Tomás LarachPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La citorreducción (CRS) y la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) proporcionan un beneficio de supervivencia a largo plazo para los pacientes con pseudomixoma peritoneal. Sin embargo, algunos pacientes se presentan en condiciones críticas debido a síntomas compresivos causados por una ascitis a tensión. Esto puede llevar a la desnutrición y aumento de la fragilidad, convirtiéndolos en malos candidatos para la cirugía radical. OBJETIVOS: Presentar un caso de drenaje de ascitis a tensión, manejado con drenaje de mucina, seguido por optimización preoperatoria y posterior CRS/HIPEC.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de una paciente tratada en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente femenina de 59 años que presentó dolor abdominal. Evaluada con ecografía abdominal que reportó colelitiasis, se planificó una colecistectomía laparoscópica. A la exploración se evidenciaron múltiples lesiones peritoneales y abundante mucina en la cavidad, se tomaron muestras para biopsia y fueron informadas como adenocarcinoma bien-diferenciado de origen gastrointestinal. La etapificación con resonancia y tomografía evidenció extensa carcinomatosis peritoneal, tumores ováricos bilaterales y tumor apendicular. Fue presentada a comité oncológico y se decidió realizar quimioterapia neoadyuvante (FOLFOX). Posterior al tercer ciclo evolucionó con dolor, distensión abdominal y mala tolerancia oral por ascitis a tensión. Se decidió, por mal estado funcional y nutricional, drenaje de la ascitis por una pequeña laparotomía, evacuando 6 litros de mucina. Se optimizó nutricionalmente durante 14 días, logrando valores adecuados de prealbúmina (10,5 a 21,6 mg/dl) y luego se realizó CRS-HIPEC, sin incidentes. Durante la hospitalización presentó íleo postoperatorio prolongado de difícil manejo, egresando a la quinta semana con buena ingesta oral. La biopsia informó un adenocarcinoma bien-diferenciado de neoplasia mucinosa apendicular de alto-grado con márgenes negativos y ganglios linfáticos negativos para malignidad. En comité oncológico se determinó realizar 12 ciclos de FOLFOX, iniciándose 12 semanas posteriores a la cirugía, los cuales finalizó sin complicaciones. A las 28 semanas de seguimiento postoperatorias se encuentra asintomática y realizando sus actividades de la vida diaria con estudio imagenológico sin evidencia de recurrencia.CONCLUSIÓN: Este caso muestra la viabilidad de una estrategia escalonada para tratar el pseudomixoma peritoneii cuando un paciente está en malas condiciones debido a ascitis a tensión progresiva. También destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario para esta patología compleja e infrecuente, con equipos capacitados en centros de referencia.

CASO CLINICO TUMOR DESMOIDES INTRAABDOMINAL EN PACIENTE CON POLIPOMATOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Francisca Arcos, Sebastian Olivares, Víctor Cortes, Ricardo Villalón Hospital Clínico Universidad de Chile. INTRODUCCIÓN: Aproximadamente un 12% de los pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) pueden desarrollar tumores desmoides intraabdominales, si bien corresponden a una patología benigna pueden ser localmente agresivos y presentar un desafío al momento de realiza la colectomía profiláctica en pacientes con PAF. OBJETIVOS: Caso Clínico, Paciente sexo femenino 45 años, destaca en antecedentes diente supernumerario, además padre y abuela materna fallecidos por cáncer de colon. Consulta por anemia de larga data asintomática, al examen fisico tacto rectal con polipos a los 7-9 cm de margen anal y anoscopia con conducto anal y recto inferior libres. EDA poliposis masiva de fondo y cuerpo gástrico compatible con pólipos de glándulas fúndicas. Biopsia positiva a pólipo de glándulas fúndicas. Colonoscopia descendente, sigmoides y recto con incontables pólipos sésiles pediculados y lesiones de extensión lateral de hasta 3 cm con patrón de criptas desde pequeñas hasta cerebroideas, biopsias, pólipos adenomatosos con displasia de bajo grado. TC de abdomen y pelvis con contraste prominente conglomerado de adenopatías mesentéricas centrales, pólipos y engrosamiento parietal a nivel rectosigmoideo. Ingresa para panproctocolectomia con reservorio en J e ileostomía de protección, vía laparoscópica, en intraoperatorio se encuentra masa mesentérica, se suspende procedimiento y se decide ampliar estudio. RM de abdomen y pelvis engrosamiento parietal neoplásico de recto superior T4a y masa de aspecto neoplásico de la raíz del mesenterio que pudiera tener origen linfático. Nueva colonoscopia evidencia tumor de crecimiento lateral a 10 cm del margen anal y pólipos en recto medio y bajo. Biopsia adenocarcinoma tubular bien diferenciado infiltrante al menos intramucoso, desarrollado en adenoma tubulo-velloso con displasia de alto grado. Se intenta biopsia de masa mesentérica por radiología intervencional frustra. Se realiza panproctocolectomia con ileostomía terminal y biopsia de masa mesentérica, biopsia diferida, adenocarcinoma bien diferenciado de colon derecho que compromete mucosa y submucosa, adenocarcinoma tubulo-velloso bien diferenciado en recto superior intramucoso de 2 cm, 0/127 linfonodos sin invasión vascular ni perineural, márgenes negativos y sin inestabilidad microsatelital; lesión mesentérica tumor desmoides. Comité oncológico decide inicio de pazopanib.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico.RESULTADO: Discusión: Los tumores desmoides son tumores raros de proliferación fibroblástica, suelen infiltrarse localmente sin producir metástasis, sin embargo, presentan un comportamiento impredecible y un desafío diagnóstico. Aproximadamente el 7.5% de los tumores desmoides están asociados con PAF. Las manifestaciones extracolónicas, sexo femenino, historia familiar de tumores desmoides, trauma quirúrgico y el genotipo (mutaciones en el extremo 3' del cordón 1399) son los principales factores de riesgo para desarrollar tumores desmoides. Estos tumores suelen ser asintomáticos y presentarse como una masa de crecimiento lento e indoloro. La localización intraabdominal aumenta varias veces en los pacientes con PAF y el diagnóstico se basa en la historia clínica y biopsia. Los estudios imagenológicos como la tomografía computarizada y la resonancia magnética juegan un papel importante en determinar la relación entre el tumor y las estructuras adyacentes. Dentro de las medidas de prevención de tumores desmoides en pacientes con PAF el trauma quirúrgico es uno de los factores modificables, lo que toma real importancia al momento de planificar la colectomía profiláctica. El tratamiento de primera línea de los tumores desmoides intraabdominales asociados a PAF es farmacológico incluyendo hormonas, antiinflamatorios no esteroidales, inhibidores de la tirosina-quinasa y citotóxicos entre otros, la cirugía, actualmente está indicada en caso de complicaciones graves como perforación u obstrucción intestinal, la radioterapia ha demostrado lograr control local sin embargo la toxicidad tardía es especialmente grave en este grupo de pacientes, por lo que se recurre a ella como última opción. CONCLUSIÓN: El presente caso ilustra a cerca de la importancia de realizar una evaluación clínica global de los pacientes con PAF, considerando tanto las manifestaciones colónicas como extracolónicas. La identificación precoz de los tumores desmoides y la búsqueda activa de estos en pacientes con factores de riesgo es crucial para brindar un manejo adecuado. Los estudios de imágenes y biopsias y su adecuada interpretación en base a los antecedentes clínicos juegan un papel fundamental en la planificación de la colectomía profiláctica.

PREVENCIÓN Y BÚSQUEDA ACTIVA DE LA FILTRACIÓN COLORRECTAL. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO 7 PILARES

Paulina Pérez V., Felipe Barnet S., Sofia López I., Roberto Olguin R., Tomás Contreras R. Felipe Imigo G.Hospital de Puerto Montt.INTRODUCCIÓN: La filtración de la anastomosis colorrectal es un evento devastador para todo equipo quirúrgico siendo considerada el principal factor de morbimortalidad quirúrgica. La prevención, búsqueda y detección precoz es un objetivo fundamental para los equipos que se desarrollan en cirugía colorrectal.OBJETIVOS: Evaluar los resultados de la implementación de un protocolo de prevención y búsqueda activa de filtración de anastomosis colorrectal.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo. Se incluyen pacientes adscritos a un protocolo de prevención y búsqueda activa para la filtración colorrectal, entre febrero 2021 y julio 2024, el cual consta de 7 variables: Preparación intestinal, prueba hidroneumática, colonoscopia intraoperatoria, verde indocianina (VI), evaluación de los rodetes anastomóticos, seguimiento con proteína C reactiva (PCR) postoperatoria y tomografía precoz ante la sospecha de fuga. No se consignó información sensible de los pacientes. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el software SPSS v29. RESULTADO: Se incluyeron 109 resecciones colorrectales en el periodo. El cumplimiento para cada pilar fueron los siguientes: 100% para preparación intestinal, prueba hidroneumática, protocolo de VI (5.5% cambio de conducta) y revisión de rodetes, 94.5% para colonoscopia intraoperatoria, y 96.3% para seguimiento con PCR. Se realizó estudio tomográfico precoz en 16 pacientes (14.7%). El 94.5% se intervinieron por abordaje laparoscópico. Se requirió conversión en 2 casos (1.8%). El 58,7% fueron hombres. La edad promedio fue 65 años (DE: 13.8). El IMC medio fue 26.0 (DE: 4.45). La mayoría (53,2%) fueron categorizados ASA II. El 92.7% fueron intervenidos por cáncer. La cirugía más frecuente fue sigmoidectomía (45.9%), seguido de resección anterior de recto (45.0%). Se realizó ileostomía de protección en el 28.8% de los casos. Fue necesaria la reintervención en 9 casos (8.2%), de los cuales 6 (5.5%) fueron por fuga de anastomosis (4 rectos, 2 sigmoides). No se registró filtración en los cambios de conducta por VI. La mediana entre la intervención y la reintervención fue de 3 días. Hubo un 4.6% de readmisión dentro de los primeros 30 días del egreso hospitalario, ninguno por filtración de anastomosis. No hubo mortalidad en esta serie. El punto de corte de PCR como predictor de filtración al 3er día postquirúrgico fue 8.97 mg/dL (AUC 0.901, IC:0.81-0.98) y para el 4to día 16.46 mg/dL (0.95 AUC, IC: 0.94-0.99).CONCLUSIÓN: La implementación de un protocolo de prevención y búsqueda activa de filtración de anastomosis permite identificar precozmente esta complicación determinando un rápido manejo y resolución, lo que en esta serie contribuyó en evitar a mortalidades secundarias.

REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL PERINEAL - ABORDAJE PERINEAL

C. Ayala, R. Cápona, E. Mordojovich, P. Baeza, R. Fernández, M. Pruzzo, V. Vargas, G. Rebolledo, F. Navarro, G. Reyes, R. Salas, E. MelkonianHospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: Se define hernia perineal como la protrusión de contenido intra o extraperitoneal a través de un defecto del piso pélvico. Es una complicación poco frecuente, históricamente se ha reportado una incidencia del 1% posterior a la resección abdominoperineal. Con frecuencia se acompaña de dolor o de masa que se asocia a molestias que empeora al estar de pie. Las complicaciones que suelen tener los pacientes con hernia perineal pueden ser úlcera de la piel, disfunción urinaria y obstrucción intestinal. El tratamiento es quirúrgico, pero debido a la baja frecuencia y poca evidencia no existe consenso en el abordaje. Existen distintos abordajes descritos para la reparación, incluyendo el abordaje perineal, abdominal, y en este último puede realizarse abierto o laparoscópico. A continuación, se presenta el caso de un paciente de 51 años sexo masculino con antecedente de recurrencia de carcinoma anal posterior a quimioradioterapia que requiere resección abdominoperineal el 2015. Evoluciona con masa en zona perineal asociado a dolor. Al examen físico y estudio con resonancia revela gran masa en región perineal compatible con hernia. Se realiza una reparación de hernia perineal con abordaje perineal con uso de malla compuesta. Evoluciona favorablemente y es dado de alta al segundo día post operatorio. Seguimiento de 10 meses sin evidencia de recurrencia. OBJETIVOS: Presentar un caso mediante un video de una cirugía de reparación de hernia perineal incisional usando un abordaje perineal usando malla compuesta. CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta un video de reparación de hernia perineal incisional usando un abordaje perineal. El procedimiento incluye la disección del saco herniario, manipulación cuidadosa de su contenido, medición del defecto y puntos fijación de una malla compuesta. Una ventaja que destacar de este abordaje es la reducción de estancia hospitalaria.

CIERRE DE ILEOSTOMÍA EN ASA: ÍLEO POSTOPERATORIO Y PREVALENCIA DE FACTORES RELACIONADOS

Constanza Chabour B., Marcela Abde C., Fernanda Sanhueza A., Victoria Vargas V., Matías Pruzzo G., Carlos Ayala R., Gonzalo Rebolledo D., Roberto Salas O., Eduardo Mordojovich Z., Ernesto Melkonian T.Hospital del Salvador, Servicio de Cirugía. Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El cierre de ileostomía presenta una tasa de complicación que alcanza el 45%, reoperación 7% y mortalidad 3.7%. El íleo es la complicación más frecuente (10 -30%), se asocia a estadías prolongadas, reingresos y aumento de los gastos en salud. OBJETIVOS: Establecer la tasa de complicaciones de los cierres de ileostomía realizados en el Hospital del Salvador. Establecer la incidencia de íleo postoperatorio y factores asociados.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo transversal de los pacientes sometidos a cierre de ileostomía entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Registro y revisión de datos físicos y digitales: demográficas, clínicas, tipo de anastomosis, estadía hospitalaria, complicaciones, reingresos y mortalidad. RESULTADO: Entre enero de 2019 y diciembre de 2023 se realizaron 78 cierres de ileostomía en asa; promedio de edad 60 años, 60 % hombres; causa más frecuente, cáncer de recto (78.2%). Tipos de anastomosis: mecánica laterolateral anisoperistáltica (80.7%), manual laterolateral (15.3%) y manual terminoterminal (3.8%). Tasa global de complicaciones 22.1%: CD I y II 16.9%, IIIa 1.3% y IIIb 3.9%. Ileo (15.3%), obstrucción intestinal (2.5%) y evisceración contenida (2.5%); dos reingresos (2.6%). No se registraron dehiscencias anastomóticas ni fallecimientos. Los pacientes con ileo presentaron mayor estadía hospitalaria (9.25 versus 3.6 días; $p < 0.001$); mayor tiempo promedio entre confección y cierre de ileostomía (13 versus 11.7 meses; p=0.38); mayor uso de quimioterapia adyuvante (33 versus 17.9%; p=0.431) y más anastomosis manuales (33 versus 19.1%; p=0.23). No se encontraron diferencias en el diagnóstico o los exámenes preoperatorios.CONCLUSIÓN: La tasa de complicaciones, íleo y reoperaciones está acorde a lo descrito en la literatura internacional, sin mortalidad. La mayoría de las anastomosis fueron mecánicas laterolaterales. Los pacientes que presentaron íleo estuvieron más del doble de tiempo hospitalizados, y si bien tenían mayor uso de quimioterapia adyuvante, anastomosis manuales y mayor tiempo de espera para el cierre de la ileostomía, estos valores no fueron estadísticamente significativos. Este trabajo nos muestra un panorama general de nuestros resultados, sirviendo de base para plantear nuevas intervenciones a futuro. Las falencias que tiene son: números pequeños, revisión retrospectiva, con información difícil de conseguir por el cambio de sistemas físicos a digitales; considerando además que se incluye el tiempo de pandemia (2020-2021), donde disminuyó la operatoria electiva.

COLOPEXIA VENTRAL CON MALLA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE COLON POST CIRUGÍA DE RESECCIÓN TOTAL DE MESORRECTO CON RESECCIÓN INTERESFINTERIANA POR CÁNCER DE RECTO INFERIOR

Cristóbal Suazo L.[1], Cristian Gallardo V.[1], Gonzalo Rebolledo D.[1], Martín Quintana M.[2], Roberto Salas O.[1], Fernando Saelzer R.[1], Carla Marchesse A.[11]Red Salud, [2]Programa de Cirugía General Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: El prolapso de colon descendido por cirugía de cáncer de recto es una complicación poco frecuente que afecta en forma importante la calidad de vida de los pacientes. Se produce más frecuentemente en los pacientes con resección interesfinteriana. en la literatura se describe un incremento en la incidencia de esta complicación con las técnicas mínimamente invasivas, ya sea laparoscópica o robótica. la técnica tradicionalmente descrita era la cirugía de miles, sin embargo, en los últimos 10 años se han descrito las técnicas de altemeir, delorme y sacropromontofijacion con malla para la resolución de este tipo de prolapsos. La colopexia ventral anterior es otra de las alternativas disponibles, de la que existen escasos reportes en la literatura.OBJETIVOS: Mostrar la realización de una colopexia ventral con malla en una paciente con cáncer de recto inferior tratada con neoadyuvancia y cirugía con resección total de mesorrecto más resección interesfinteriana parcial de esfínter interno.CONTENIDO DE VIDEO: Colopexia ventral con malla compuesta symbotex por vía laparoscópica, prolapso preoperatorio y resultado postoperatorio inmediato.

NEOPLASIAS MALGINAS PRIMARIAS SINCRÓNICAS: CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR CON CARCINOMA DE COLON. REPORTE DE UN CASO INUSUAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Laura Mancilla B., Hernán Arancibia A., Diego Toledo G., Catalina Hernández C., Juana Villalobos G.Hospital Gustavo Fricke, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: Los tumores malignos primarios múltiples se definen como 2 o más tumores malignos de histología distinta que no corresponden a una recurrencia, metástasis o diseminación local en un mismo individuo. Un tumor sincrónico es aquel que se diagnostica dentro de los primeros 6 meses después de la detección del primero. Esta es una condición muy rara con una incidencia baja y una prevalencia que recientemente va en aumento dada la sobreviva prolongada de los pacientes oncológicos.OBJETIVOS: Describir un caso clínico sobre paciente con dos tumores malignos primarios sincrónicos un carcinoma de vesícula biliar que fistuliza a carcinoma de colon.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica y registros electrónicos. Se realizó revisión de la literatura en Pubmed con los términos (MeSH) Gallbladder Neoplasms and Colorectal Neoplasms.RESULTADO: Femenina de 71 años, con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y tabáquismo activo. Consulta por cuadro de 7 días de evolución de dolor abdominal, asociado a diarrea y vómitos porráceos de mal olor, sin fiebre. Ingresa a unidad de emergencias en malas condiciones, mal perfundida, taquicárdica. Laboratorio con Hiperlactatemia 123 mg/dl, injuria renal aguda con acidosis metabólica, leucocitos: 16.200 µl, neutrofilia 87.2%, PCR: 19.63 mg/dL. Tomografía computada de abdomen informa imagen vesicular posible neoplasia versus tumor de colon en ángulo hepático fistulizado a vesícula. Se decide laparotomía exploradora donde se constata: abundante líquido peritoneal purulento, masa de 5 x 5 centímetros en relación a colon derecho a nivel de ángulo hepático con fistulización a vesícula, formando plastrón con epiplón mayor y colelitiasis múltiple. Sin evidencia de carcinomatosis peritoneal. Se realizó: aseo quirúrgico, colecistectomía, hemicolectomía derecha, cuña hepática, anastomosis ileotransversa laterolateral, instalación de drenajes y cierre de pared. Ingresa a UCI con vasoactivos (noradrenalina) a 0,13 ug/kg/min, en VMI, mal perfundida y taquicárdica, fallece en la misma unidad al día siguiente. Biopsia informa: 1) cáncer de colon polipoide: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. 2) cáncer de vesícula biliar adenocarcinoma moderadamente diferenciado tubulopapilar fistulizado al colon. Se trata de dos lesiones sincrónicas, la segunda fistulizada.CONCLUSIÓN: La aparición sincrónica de diferentes tipos de neoplasias primarias representa alrededor de 6% de todos los casos de cáncer, es una entidad muy rara. En el caso expuesto inicialmente se sospechó un carcinoma de colon avanzado y complicado en el contexto de una paciente grave por lo que el manejo de urgencias fue adecuado realizándose una resección en bloque de la lesión. Se realizó una nueva revisión de la biopsia confirmando que efectivamente se trataba de dos tumores primarios diferentes. A pesar de la intención de dejar a la paciente R0 las tasas de sobrevida son peores comparadas con un tumor primario único, ya que no existe un tratamiento estándar para las neoplasias malignas sincrónicas dobles. Estos pacientes están generalmente excluidos de los protocolos de investigación clínica y en consecuencia falta evidencia de calidad superior sobre cómo tratarlos.

RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DE RECTO: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES Y COMPLICACIONES DEL HOSPITAL DEL SALVADOR

Fernanda Sanhueza A., Constanza Chabour B., Catalina San Martín, Victoria Vargas V., Carlos Ayala R., Gonzalo Rebolledo D., Rodrigo Fernández M., Rodrigo Cápona P., Eduardo Mordojovich Z., Ernesto Melkonian T.Hospital del Salvador, Servicio de Cirugía. Universidad de Chile. INTRODUCCIÓN: Actualmente la resección abdominoperineal se reserva para casos seleccionados de tumores bajos con compromiso esfinteriano, cuando no es posible la preservación de órgano técnicamente o por condiciones del paciente. Conocida históricamente como una cirugía mórbida, ha mejorado notoriamente con los avances quirúrgicos y médicos, pero mantiene una elevada morbimortalidad.OBJETIVOS: Describir las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a resección abdominoperineal en el Hospital del Salvador, con énfasis en el tipo de cierre y complicaciones asociadas.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con cáncer rectal o anal sometidos a resección abdominoperineal en el Hospital del Salvador en el periodo 2019-2024. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas del paciente y enfermedad, neoadyuvancia, técnica quirúrgica, complicaciones y estadía hospitalaria. RESULTADO: Durante el período descrito, se realizaron 20 resecciones abdominoperineales, 60% hombres, edad promedio 66 años, estadía hospitalaria 11.95 días. Comorbilidades: hipertensión arterial (40%), diabetes (35%). 95% presentaban cáncer de recto, 10% recidivado y un caso de cáncer anal persistente. La mayoría (80%) recibió neoadyuvancia. Cirugía: 50% laparoscopía; 2 resecciones multiorgánicas; 85% cierre primario y 15% colgajos (VRAM o gracilis). Distribución en el tiempo: año 2023 fueron 7 cirugías, mientras que, en los años 2020 y 2021, sólo una cirugía por año. Tasa de complicaciones: 65%, 50% CDI y II (dehiscencia de herida perineal); 15% CD IIIa y IIIb, considerando el aseo quirúrgico de colgajos dehiscentes. No hubo mortalidad asociada a la cirugía.CONCLUSIÓN: Esta serie presenta una alta tasa de morbilidad (65%), similar a lo publicado, pero en su mayoría son complicaciones leves, generalmente en relación a la dehiscencia del cierre primario; una estadía hospitalaria mayor de lo esperado, explicado en parte por el manejo del íleo y los pacientes con colgajos que requieren reposo prolongado y manejo multidisciplinario junto a cirugía plástica. La tasa de neoadyuvancia está dentro de lo descrito en la literatura. La baja tasa de laparoscopía, sobretodo los últimos años, está dado por las resecciones multiorgánicas, el uso de VRAM y los cánceres recidivados en abdómenes multiintervenidos. Llama la atención el aumento de estas cirugías luego del período de pandemia, ya que más del 50% de esta serie se ha realizado estos últimos dos años, lo que podría deberse a la falta de diagnóstico precoz durante esos años de pandemia.

LINFADENECTOMÍA LATERAL PÉLVICA EN CÁNCER DE RECTO

Paulina Pérez V., Tomás Contreras R., Felipe Imigo G.Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.INTRODUCCIÓN: La recurrencia local (RL) luego del tratamiento del cáncer de recto ha disminuido en forma significativa en las últimas 3 décadas con la introducción de la resección total del mesorrecto y la neoadyuvancia (NA). El 7 a 25% los pacientes podrían presentar compromiso neoplásico en los linfonodos de los compartimentos laterales pélvicos y estos podrían serían los principales responsables de la recurrencia local. La técnica quirúrgica linfadenectomía lateral pélvica (LNLP) tiene como objetivo la resección de estos linfonodos. OBJETIVOS: Evaluar la morbilidad perioperatoria y los resultados patológicos de la implementación de la LNLP en pacientes con cáncer de recto primario y para recurrencia en un centro de derivación. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte concurrente donde se incluyeron todos los pacientes con CR primario o recurrencia en quienes se realizó LNLP. Se consideró como lesión sospechosa adenopatía mayor o igual a 7 mm preneoadyuvancia. Se recopilaron las variables preoperatorias, postoperatorias y patológicas. Se realizó estadística descriptiva. RESULTADO: Se realizaron 7 LNLP. La mediana de edad fue de 60 años (39-74). Cinco pacientes eran mujeres. Cuatro tumores fueron de recto medio, 3 de recto inferior. Seis casos corresponden a neoplasia primaria, uno a recurrencia local. Seis pacientes recibieron NA, toda radioterapia (RDT) corta y quimioterapia. La mediana de tiempo entre la RDT y la cirugía fue de 266 (223-315) días. La ubicación principal de las adenopatías fue obturatriz en 5 casos e iliaca interna en 2 con una mediana de tamaño adenopático de 8 mm preneoadyuvancia. El abordaje más frecuente fue laparoscópico en 5 casos con 1 conversión por sangrado de rama venosa vesical. La mediana de tiempo para la linfadenectomía fue de 120 min (95-246) correspondiendo el tiempo mayor a abordaje abierto en recurrencia. Dos pacientes requirieron transfusión intraoperatoria. No se registraron lesiones vasculares de grandes vasos, ni lesiones uretero-vesicales. La mediana de ganglios resecados fue de 7 (2-12) con positividad en 4 pacientes. Existió 1 complicación Clavien Dindo III (filtración anastomosis) la que requirió reintervención. La mediana para estadía postoperatoria fue de 13 días. Al seguimiento no existen paciente con lesiones neurológicas ni necesidad de sonda urinaria a permanencia. No hubo mortalidad a 30 días en esta serie. CONCLUSIÓN: Nuestra serie evidencia que la implementación de la LNLP es factible para un equipo quirúrgico experimentado con una morbilidad aceptable. Es necesario el seguimiento a mediano y largo plazo para evaluar los resultados oncológicos.

IMPLEMENTACIÓN DE ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA: RESULTADOS INICIALES

Paulina Pérez V., Felipe Barnet S., Sofia López I., Felipe Imigo G., Tomás Contreras R. Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.INTRODUCCIÓN: La hemicolectomía derecha laparoscópica (HCDL) es el estándar en el abordaje quirúrgico del cáncer de colon derecho. La anastomosis extracorpórea (AE) es la opción de reconstitución más usada, sin embargo, la anastomosis intracorpórea (AI), en numerosos estudios, han demostrado claros beneficios clínicos. Su aplicación es limitada por su dificultad técnica en cirujanos no familiarizados con la técnica, así como también una curva de aprendizaje larga. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar los resultados perioperatorios y a corto plazo de las Hemicolectomias derechas laparoscópicas donde se realizó AI. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional realizado en el Hospital de Puerto Montt entre abril de 2021 y septiembre de 2024, incluyendo a todos los pacientes consecutivos sometidos a hemicolectomía derecha laparoscópica con AI.RESULTADO: Se realizaron 49 HCDL, 19 con AI. 11 fueron mujeres. La mediana de edad fue de 64 (33-90) años y la mayoría (57,9%) fueron categorizados ASA III. La mediana de IMC fue de 25.5. La mediana de tiempo operatorio para HDT fue de 193 minutos (128-293), considerando que en 10 HCDL se realizó escisión completa de mesocolon (D3). No se registró conversión a cirugía abierta Se registraron 5 (26.3 %) complicaciones para HCDL, 4 de ellas de manejo médico dadas por: 2 íleo intestinal, hematoquezia e infección de herida operatoria. Hubo una reintervención en la serie, secundaria a filtración de anastomosis que determinó una reconfección de anastomosis. La estadía postoperatoria fue de 4 (3-18) días. No se registraron rehospitalizaciones ni mortalidad a 30 días CONCLUSIÓN: La anastomosis intracorpórea constituye una técnica segura y factible en manos de cirujanos experimentados, asociado a una tasa de filtración comparable con la anastomosis extracorpórea. El seguimiento a largo plazo podría ofrecer la posibilidad de reducir la tasa de morbilidad alejada.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ÍLEON DISTAL SECUNDARIO A ENDOMETRIOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Eduardo Cabezas M.[1], Rebecca Espinoza E.[2], Tomás Lazo B.[3] [1]Residente Cirugía General Universidad de los Andes, Santiago de Chile; [2]Interna Medicina 6° año Universidad de los Andes, Santiago de Chile; [3]Interno Medicina 7° año Universidad de los Andes, Santiago de Chile.INTRODUCCIÓN: La endometriosis es una patología ginecológica caracterizada por presencia de tejido endometrial fuera de su localización normal en el útero. La presencia de endometriosis en íleon terminal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, que se presenta en 7% a 23% de todos los casos con compromiso intestinal. Las causas principales de obstrucción de intestino delgado son: estenosis del segmento afectado, intususcepción y vólvulo de un asa secundario a adherencias. La incidencia de resección de intestino delgado por obstrucción intestinal es 0,7% de todas las pacientes que requieren cirugía por endometriosis abdominopélvica. OBJETIVOS: Presentar un caso poco frecuente de obstrucción intestinal, secundaria a endometriosis, que requirió de cirugía de urgencia. MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.RESULTADO: Paciente con antecedente de GIST gástrico operado en febrero de 2024, consulta el 19/04/24 en urgencias por historia de dolor abdominal de inicio insidioso, progresivo de 4 días de evolución, asociado a ausencia de deposiciones en últimos 2 días. Niega fiebre. Sin náuseas ni vómitos. Sin coluria, acolia ni ictericia. Se le solicitó TAC AP el cual informó dilatación patológica de asas de intestino delgado proximal a zona de engrosamiento de pared de íleon distal, compatible con subobstrucción intestinal. Se decide hospitalizar, para manejo médico y estudio con nuevas imágenes. Enteroclisis por TAC: Engrosamiento parietal de aspecto neoplásico de íleon distal. PET galio: Lesión tumoral nodular hipocaptante de íleon distal y apéndice. Se realiza resección de tumor intestinal más apendicetomía laparoscópica con anastomosis íleo-ascendente 24/05/24. Biopsia postoperatoria demuestra tumor de 2 cms en íleon distal y lesión de apéndice vermiforme compatibles con endometriosis. CONCLUSIÓN: La endometriosis es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. El diagnóstico preoperatorio es difícil y requiere de un alto índice de sospecha. Debe ser considerado como causa en toda paciente en edad fértil que presente un cuadro de obstrucción intestinal.

A PROPÓSITO DE UN CASO: RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA DE ABSCESO DEL PSOAS POR DIVERTICULITIS COMPLICADA

Francisca Becar C., Kony Mera C., Martín Vera G., Constanza Medina R., Cristian Robles C., Paulina Pérez V., Felipe Imigo G.Hospital Puerto Montt, Servicio de Cirugía y Coloproctología.INTRODUCCIÓN: Los abscesos del músculo psoas (MS), son una entidad rara, con escasos reportes en la literatura. Su presentación puede ser variada y su sintomatología inespecífica. El retraso en su diagnóstico es frecuente lo cual trae consigo aumento de su morbimortalidad. El MS se encuentra en íntimo contacto con múltiples órganos como: colon sigmoide, apéndice, yeyuno, entre otros; siendo la contigüidad una de las causas de infección así como otra etiología pudiese ser vía hematógena por su alto flujo sanguíneo. El manejo mínimamente invasivo debe ser una opción de tratamiento en caso de poder realizarse OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Femenina de 45 años acude a servicio de urgencias por cuadro de 9 días de cefalea intermitente y fiebre. Anamnesis dificultosa debido a antecedente de discapacidad intelectual con dependencia parcial a cuidadores. Al examen físico destaca un abdomen blando depresible con ruidos aéreos conservados con puño percusión negativo y parámetros inflamatorios elevados (PCR 21 mg/dL y leucocitos 15.400) Se realizó TAC de abdomen y pelvis que informó diverticulitis sigmoidea con cambios inflamatorios adyacentes, asociados a colección que se extiende al músculo psoas ilíaco izquierdo de 4 cm aproximadamente. Se decide hospitalizar iniciando con manejo médico caracterizado por tratamiento antibiótico endovenoso empírico, al ser evaluada por equipo de Coloproctología, se decide abordaje mínimamente invasivo de la colección por radiología intervencional, realizando punción e instalación de drenaje percutáneo. Durante procedimiento se evidencia trayecto fistuloso entre colección en MS y colon sigmoides, obteniendo 200cc de contenido purulento el cual se envía a cultivo. Se asila en muestra: *E. Coli, Salmonella* sp y *Streptococcus anginosus*. Se ajusta tratamiento antibiótico en base a antibiograma. Tomografía de control informa resolución completa de colección asociado a descenso de parámetros inflamatorios y débitos de drenaje en disminución. Se realiza traslape a antibióticos orales y es dada de alta en su 9no día de hospitalización. CONCLUSIÓN: Este caso clínico resalta la complejidad del diagnóstico y tratamiento de la diverticulitis complicada con fístulas raras como las uraco-entéricas. La baja frecuencia de estas complicaciones requiere un alto nivel de sospecha clínica y el uso de estudios de imagen avanzados. La intervención quirúrgica fue crucial debido a la persistencia de los síntomas y la identificación de complicaciones, justificando la sigmoidectomía y la resección de la lesión adherencial. La confirmación diagnóstica mediante biopsia diferida subraya la importancia del análisis histológico en el manejo de casos complejos. Este caso destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario y de una evaluación continua para asegurar resultados positivos a largo plazo en pacientes con diverticulitis complicada.

REPORTE DE CASO: LEIOMIOMA PARARRECTAL

Francisca Becar C., Cristian Robles C., Kony Mera C., Martín Vera G., Constanza Medina R., Paulina Pérez V., Felipe Imigo G.Hospital Puerto Montt, Servicio de Cirugía y Coloproctología.INTRODUCCIÓN: Los tumores del músculo liso o leiomiomas, derivan de células mesenquimales, por lo que pueden originarse a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, más comúnmente en esófago y recto, siendo rara su aparición a nivel anorrectal, con una frecuencia de 1 en 2.000-3.000 tumores rectales. OBJETIVOS: Se presenta caso de femenina con leiomioma pararrectal en hospital de alta complejidad.MATERIAL Y MÉTODO: RESULTADO: Femenina de 52 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 no insulino requiriente, sin daño a órgano blanco. Sin antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Acude a urgencias por sensación de pujo y tenesmo de larga data, al examen físico destaca una masa palpable perirrectal sin signos de induración, se decide derivar a estudio ambulatorio. En policlínico de coloproctología se inicia estudio con resonancia magnética (RM) de pelvis con contraste, que informa masa sólida bien definida de ubicación perirrectal y perianal derecha de 11.7 x 4.4 x 3.8 centímetros. Se completa con rectoscopia sin lesiones endoluminales. Se realiza Biopsia percutánea vía radiología intervencional, que evidencia tumor muscular liso benigno, compatible con leiomioma. Ingresa vía electiva a pabellón, para resolución quirúrgica donde se evidencia tumor perirrectal y perianal derecho de 11 x 5 centímetros que desplaza fibras del esfínter anal externo, encontrándose el polo inferior en íntimo contacto con pared vaginal posterior derecha. Se realiza resección perineal sin incidentes. Biopsia diferida de pieza quirúrgica informa leiomioma de tipo convencional con márgenes quirúrgicos libres. Se analiza caso en comité oncológico donde se decide seguimiento ambulatorio. Actualmente paciente asintomática sin recidiva local. CONCLUSIÓN: El leiomioma es un tumor benigno poco frecuente, que generalmente se descubre de manera incidental durante el examen físico (tacto rectal), colonoscopía o imágenes. En caso de generar síntomas, suelen ser de constipación crónica u obstructivos debido al crecimiento endoluminal. Es crucial diferenciarlo del leiomiosarcoma dada la peor sobrevida de este último, por lo que la biopsia escisional transanal es el manejo de elección para definir el pronóstico de la lesión.

RESULTADOS DE CIRUGÍAS DE URGENCIAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON ANASTOMOSIS PRIMARIAS Y OSTOMÍAS EN HCUCH

Sebastián Olivares M., Victor Cortés F., Ricardo Villalón C., Mauricio Díaz B., Antonella Sanguineti M., Mario Abedrapo M.Hospital Clínico Universidad de Chile. INTRODUCCIÓN: Resultados de cirugías de urgencias colorrectales en pacientes con anastomosis primarias y ostomías en HCUCH.OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar los aspectos clínicos, intraoperatorios y evolución post operatoria de los pacientes sometidos a anastomosis primarias y ostomías en urgencias quirúrgicas colorrectales.MATERIAL Y MÉTODO: Diseño observacional de cohorte. Se incluyen a pacientes con cirugías colorrectales resectivas por abordaje abierto y laparoscópico de urgencia que cursaron con anastomosis primarias y ostomías en Hospital Clínico Universidad de Chile, entre el 2016 - 2022. Los criterios de exclusión fueron, menores de 15 años, cirugías electivas, datos incompletos. Se compararon según sus características demográficas, complicaciones y evolución clínica postoperatorio. Estadística: Analítica y descriptiva, x2, Test de Fisher. STATA 15. RESULTADO: De 138 pacientes, 55 (39,8%) tuvieron anastomosis y 83 (60,2%) ostomías. No se observaron diferencias significativas en los antecedentes clínicos y demográficos entre ambos grupos. El origen neoplásico y el abordaje abierto de las cirugías de urgencia fueron significativamente más frecuentes, con un 63% y 84% (P = 0,002; P= 0,0004) respectivamente. La filtración anastomótica fue de un 12%, siendo más frecuente en el abordaje abierto sin una diferencia estadísticamente significativa (p =0.32). En el tiempo de hospitalización, reoperaciones, rehospitalizaciones no se presentaron diferencias significativas (P= 0,45; P=0,32; P=0,51 respectivamente). La mortalidad fue mayor en el grupo ostomizado siendo estadísticamente significativa (p=0.0019). En el subgrupo laparoscópico se observó una tendencia a menos: requerimientos de analgesia peridural, tiempo en recuperar el tránsito intestinal, reoperaciones, de hospitalización, rehospitalizaciones y mortalidad. CONCLUSIÓN: La filtración anastomótica fue del 12%, similar a lo ya reportado, acercándose a la tasa de filtración anastomótica en pacientes electivos. Si bien no hubo diferencias significativas entre los grupos en la evolución post operatoria, excepto en la mortalidad, se pudo observar en el subgrupo del abordaje laparoscópico con anastomosis primarias tuvo una tendencia a una mejor evolución post operatoria. La correcta selección del paciente para plantear una anastomosis primaria es crucial para ofrecer el menor riesgo posible asociado a los mejores resultados quirúrgicos.

CÁNCER COLORRECTAL GES. TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DESDE SU IMPLEMENTACIÓN EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT

Francisca Becar C., Kony Mera C., Cristian Robles C., Martín Vera G., Constanza Medina R., Catalina Carvacho D., Melissa Montes V., Julio Figueroa R., Roberto Olguin R., Eduardo Morales C., Tomás Contreras R., Felipe Imigo G.Hospital Puerto Montt, Servicio de Cirugía y Coloproctología.INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon (CC) y cáncer de recto(CC) es la tercera neoplasia más frecuente en Chile según GLOBOCAN 2022. El año 2013, fue incluido en las patologías con garantías explícitas en Salud (GES). El Hospital Puerto Montt (HPM) es un centro de alta complejidad que concentra los casos de toda la provincia de Llanquihue con una población asignada de 500.000 personas. Establecer nuestros resultados epidemiológicos es fundamental para la planificación de estrategias a mediano y largo plazo. OBJETIVOS: Determinar las principales características demográficas y sobrevida de los pacientes tratados por CCR en el HPM. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo anidado en base de datos prospectiva. Se utilizó el registro de confirmaciones y prestaciones GES 70. Se incluyeron todos los casos entre el periodo 2013 a 2021 asegurando un seguimiento mínimo de 24 meses. Se obtienen variables demográficas, quirúrgicas, TNM y sobrevida global. Se revisó el registro civil para confirmar defunciones. No se consignaron datos sensibles de los pacientes. Se utilizó el software SPSS v29 para el análisis de datos y sobrevida.RESULTADO: En el periodo de estudio se confirmaron 913 casos. El 69,2% (632) corresponde a CC y el 30,8% (281) CR. El 53,9% fueron hombres. La edad promedio al diagnóstico en CC fue 67 años y de 62 años para CR. La distribución por etapas fueron: T0=1,5%; I=5%; II 18%, III=20,6%, IV=41,6% El 79,7% (728) requirió algún tipo de intervención correspondiendo la más frecuente a la colectomía parcial seguido de la resección anterior. El 22,9 % fueron cirugías de urgencia. Al seguimiento 59,1% (540) de los pacientes están fallecidos. La media de sobrevida para el total de pacientes fue de 40,1 meses. La distribución de sobrevida al seguimiento fue según estadio: Etapa 0=100%; Etapa I=89,1%; Etapa II 74,4%, Etapa III= 49,5%, Etapa IV=8,2%. CONCLUSIÓN: Los pacientes atendidos en el HPM en su mayoría corresponden a cáncer de colon avanzados destacando la etapa IV como el grupo más frecuente con una alta mortalidad al seguimiento. Es fundamental a luz de estos resultados establecer estrategias a corto, mediano y largo plazo para facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz.

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE OBSTRUCCIÓN MALIGNA

Eugenio Grasset, Matías HidalgoHospital Luis Tisné Brousse.INTRODUCCIÓN: La obstrucción maligna del colon es una patología frecuentemente vista en los servicios de urgencia. El manejo habitual incluye una laparotomía, resección del segmento comprometido y ostomía derivativa proximal, e incluso la colectomía subtotal en aquellos casos con compromiso de vitalidad del colon proximal, lo cual implica agregar la morbilidad del manejo abierto al de la obstrucción.OBJETIVOS: El tratamiento mínimamente invasivo de la obstrucción intestinal maligna de colon es una alternativa viable en casos seleccionados con la adecuada técnica. La cecostomía descompresiva es una técnica valiosa en el arsenal terapéutico del coloproctólogo y cirujano de urgencias, proporcionando una opción efectiva para el manejo agudo de la obstrucción colónica, mejorando significativamente los resultados clínicos postoperatorios de pacientes seleccionados.CONTENIDO DE VIDEO: En este vídeo se presenta el caso de una paciente de sexo femenino con un tumor de colon sigmoides distal localmente avanzado que compromete el útero y genera una obstrucción intestinal baja. La paciente fue tratada de forma laparoscópica con resección oncológica previa descompresión proximal.

ENDOSCOPIA

IMPLEMENTACIÓN DE LA DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA PARA LA RESECCIÓN DE LESIONES EPITELIALES GÁSTRICAS: EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 100 CASOS

Felipe Silva[1], Gonzalo Latorre[2], Antonio Pausin[3], Antonio Mercandino[4], Andrés Donoso[11]Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile; [3]Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés de Illapel, Servicio de Salud Coquimbo; [4]Hospital Dr. Carlos Cisternas, Servicio de Salud Antofagasta.INTRODUCCIÓN: La disección submucosa endoscópica (ESD) se ha convertido en la terapia curativa de elección para el cáncer gástrico (CG) incipiente. El control de los márgenes laterales y profundos que otorga la técnica ha permitido la disección en block de lesiones extensas del estómago y reducir la recidiva local. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir la experiencia de los primeros 100 casos de lesiones epiteliales gástricos resecados mediante ESD.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a una ESD por la presencia de una lesión epitelial gástrica, incluyendo displasia de bajo grado (DBG), displasia de alto grado (DAG) y adenocarcinoma gástrico, entre 2017 y 2014. Se recolectaron variables demográficas, endoscópicas, protocolos de resección y resultados histológicos. Se definió como resección en bloque la resección de la lesión en una sola pieza completa, resección curativa según los criterios eCura y recidiva como la recurrencia de tejido neoplásico en el lecho de resección en el control endoscópico a partir de los 3 meses. RESULTADO: Se incluyeron 100 pacientes con una edad media de 68 años (SD ±8.1) y 42% (n=42) mujeres. Las lesiones se localizaron en el 29% (n=29) en la región antro pilórica, 69% (n=69) en cuerpo y 2% (n=2) en la región cardial. El tamaño mediano de las lesiones fue 15 mm (IQR 10-20). La morfología más frecuente fueron lesiones planas deprimidas (0-IIc) en el 26% (n=22), plano elevado con depresión (0-IIa+c) 24% (n=21), plano elevadas (0-IIa) 23% (n=20) y sésiles (0-Is) 10% (n=9). Se logró una resección en bloque del 99% (n=99) de las lesiones, con criterios de resección curativa en el 90% (n=90) de los casos. Se realizó una gastrectomía como tratamiento definitivo en 8 de los 10 casos que no cumplieron con una resección curativa. El 75% (n=75) de las lesiones correspondieron a adenocarcinomas (76% T1a y 24% T1b), 23% (n=23) DAG y 2% (n=2) DBG. Las principales complicaciones asociadas fueron sangrado tardío en el 4% (n=4), perforación 5% (n=5) y estenosis 2% (n=2). Con una mediana de seguimiento de 56 meses (IQR 30-80) no se observó mortalidad perioperatoria ni muerte relacionada a CG.CONCLUSIÓN: La ESD es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de CG incipiente. Su implementación es factible en Chile.

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN NONAGENARIOS CON COLANGITIS AGUDA: UN ENFOQUE MODERNO PARA UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA

Andrés Jalil M.[1,3], Diego Toledo G.[2], Leonel Muñoz S. (PhD)[3,4], Danka Osorio C.[31]Universidad de Valparaíso; [2]Unidad de Emergencia Adulto, Hospital Gustavo Fricke; [3]Servicio de Cirugía, Hospital Gustavo Fricke; [4]Centro de Investigaciones Biomédicas, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso.INTRODUCCIÓN: La colangitis asociada a coledocolitiasis es una infección mortal que requiere del drenaje de la vía biliar para disminuir la morbimortalidad asociada y evitar el fallecimiento. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), es el método más eficiente para cumplir ese objetivo. Con el aumento de la expectativa de vida, la incidencia de nonagenarios que consultan por patologías quirúrgicas en emergencia también crece. Dada la ausencia de literatura en nuestro medio, referida a nonagenarios y a que no es posible extrapolar los resultados de los más jóvenes, hemos decidido estudiarlo en un hospital terciario público.OBJETIVOS: Medir el impacto de la CPRE en la reducción de la mortalidad en pacientes nonagenarios con colangitis aguda en comparación con el manejo médico.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo comparativo, que incluyó a 14 pacientes nonagenarios diagnosticados con colangitis aguda y tratados entre enero de 2015 y diciembre de 2022. Los pacientes se dividieron en dos grupos: CPRE (n=11) y manejo médico (n=3). La mortalidad a los 30 y 180 días postratamiento fue el resultado principal. El análisis de datos incluyó estadísticas descriptivas, prueba de Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para variables categóricas y prueba T de Student para variables continuas.RESULTADO: La edad media de los pacientes fue de 93.3 años, con una mayoría de mujeres (92.9%). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión (42.9%) y enfermedad renal crónica (21,4%). La mortalidad a los 30 y 180 días fue del 28.6% en general, significativamente mayor en el grupo de manejo médico (100%) en comparación con el grupo CPRE (9.1%). La duración media de la hospitalización fue mayor en el grupo médico que en el de CPRE.CONCLUSIÓN: Los hallazgos están alineados con las Guías de Tokio 2018, que recomiendan la intervención temprana con CPRE dentro de las primeras 24-48 horas para reducir la mortalidad y la duración de la hospitalización, los resultados muestran una menor mortalidad en el grupo tratado con CPRE. Estudios previos han demostrado la efectividad de la CPRE en la descompresión biliar y el manejo de infecciones, corroborando nuestros resultados. La CPRE está asociada con una menor mortalidad en pacientes nonagenarios con colangitis aguda en comparación con el manejo médico exclusivo. Se necesitan estudios prospectivos de mayor tamaño para confirmar estos hallazgos y guiar la práctica clínica.

¿PUEDE LA CPRE SALVAR A LOS NONAGENARIOS DE LA COLANGITIS Y PERMITIRLES SOBREVIVIR COMO LA POBLACIÓN GENERAL EN CHILE?

Andrés Jalil M.[1,2], Diego Toledo G.[2], Leonel Muñoz S. (PhD.).[1,3,4], Danka Osorio C.[3], Valentina Becerra H.[51]Universidad de Valparaíso; [2]Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Gustavo Fricke, Servicio de Cirugía del Hospital Gustavo Fricke; [3]Centro de Investigaciones Biomédicas, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso; [4]Hospital Geriátrico, Limache.INTRODUCCIÓN: Cuanto mayor es la expectativa de vida, mayor es el número de nonagenarios que consultarán en emergencia por patologías quirúrgicas. La colangitis asociada a coledocolitiasis es una infección mortal que requiere de la extracción de los cálculos, para evitar el fallecimiento. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), es el método más eficiente para cumplir ese objetivo. Dada la ausencia de literatura en nuestro medio, referida a nonagenarios y a que no es posible extrapolar los resultados de los más jóvenes, hemos decidido estudiarlo en un hospital terciario público.OBJETIVOS: Estudiar la sobrevida de nonagenarios ingresados por colangitis aguda (CA) a la unidad de emergencia, hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar y compararla con la curva de sobrevida de la población general en Chile (CSPGCh).MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó el registro electrónico de la unidad de emergencia, protocolos operatorios, fichas clínicas y datos del Registro Civil, de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de CA y tratados con CPRE, desde el 01-01-2013 al 31-12-2022. Se construyó la curva de sobrevida Kaplan- Meier y se comparó con la CSPGCh.RESULTADO: Durante el período señalado ingresaron 12 pacientes con CA, 11 mujeres, edad promedio 93,3 años y mediana 94. Comorbilidades: 2 no registraban, Hipertensión Arterial 6, Diabetes Mellitus 2, Dislipidemia 2, Hipotiroidismo 1 y Cáncer Próstata 1. No hubo mortalidad periprocedimiento, uno en malas condiciones generales con septicemia por CA, falleció en los primeros 30 días, otro, completamente curado de CA, lo hizo por Hemorragia Digestiva Alta a los cuatro meses. La sobrevida a 1 y 3 años fue de 75 y 50 % respectivamente.CONCLUSIÓN: No hemos encontrado literatura local referida exclusivamente a nonagenarios para comparar resultados, por ello decidimos hacerlo con CSPGCh, evidenciándose que la CPRE no solo los salva de fallecer, sino que además les permite tener una expectativa de vida semejante al resto de la población de su grupo etario. La CPRE tiene excelentes resultados y da una expectativa de vida semejante a la población general.

COLÉDOCO-DUODENO ANASTOMOSIS POR ENDOSONOGRAFÍA EN PACIENTE CON ANATOMÍA ALTERADA: REPORTE DE UN CASO

Nicolle Pinto V.[1], Paulina Rojas A.[1], Cristian Cruz U.[2]Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: Actualmente la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el manejo de elección para el drenaje de la vía biliar, aunque se describe que en un 10% de los casos no se logrará por esta vía debido a situaciones tales como alteraciones de la anatomía, obstrucción gastroduodenal, segmento obstruido con longitud considerable, distorsión de la papila, divertículo periampular y stents duodenales. En estos casos, el manejo ha sido clásicamente a través de drenaje transhepático percutáneo, pero es una técnica que se asocia a algunas complicaciones, riesgo de reintervención y morbilidad. Es por esto que se han desarrollado nuevas técnicas como la derivación biliodigestiva guiada por endosonografía, la cual se considera actualmente una alternativa segura. OBJETIVOS: Presentar a través de caso clínico, el uso de prótesis autoexpansible para coledocoduodeno anastomosis guiada por endosonografía.MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta paciente intervenido de forma electiva en Hospital San Juan de Dios, tras CPRE frustra.RESULTADO: Paciente masculino, de 91 años, con antecedente de gastrectomía parcial con derivación tipo Billroth II hace 30 años por úlcera péptica perforada. Ingresa en contexto de ictericia obstructiva, secundaria a tumor de cabeza del páncreas. Se intenta drenaje de vía biliar con CPRE la cual resulta frustra por anatomía alterada. Se decide realizar coledocoduodeno anastomosis con prótesis metálica autoexpansible. Con endosonógrafo lineal, desde tercera porción duodenal se ubica la vía biliar extrahepática, la cual está dilatada hasta 15 mm. En colédoco distal se identifica estenosis abrupta por lesión tumoral que compromete cabeza del páncreas. Desde el asa aferente se punciona vía biliar con aguja 19 G, bajo control fluoroscópico, se aspira líquido (bilis oscura), la cual se envía a cultivo. Se avanza guia hidrofilica, sobre ella se avanza cistotomo de 6 Fr y luego sobre guía se despliega prótesis autoexpansible de vía biliar totalmente cubierta de 60 mm que queda bien posicionada, fluyendo bilis oscura sin pus ni sangrado. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones post procedimiento, por lo que es dado de alta 3 días después de la intervención. CONCLUSIÓN: La CPRE sigue siendo el método de elección para el drenaje de la vía biliar en casos de ictericia obstructiva, independiente de su causa. Sin embargo, en alrededor de 10% de los pacientes la CPRE será frustra, por lo que se deben utilizar otros métodos. Uno de los métodos alternativos es la coledocoduodeno anastomosis guiada por endosonografía con prótesis biliar autoexpansible, siendo un método eficaz y seguro, con menos morbimortalidad que el drenaje percutáneo transhepático.

TERAPIA ENDOSCÓPICA AL VACÍO EN PERFORACIONES ESOFÁGICAS

Maria Silva C., Trinidad Aljaro E., Denisse Vera H., José Gamboa O., Patricio Olivares P., Humberto López Y., Jeimy Talero N., Rodrigo Jorquera L., Emilio Villalón D., Luis Aguilera G.Unidad de Endoscopia. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.INTRODUCCIÓN: La perforación esofágica tiene una alta morbimortalidad. El tratamiento quirúrgico consiste en la exclusión quirúrgica del esófago. Las terapias mínimamente invasivas han mejorado el manejo de esta entidad, permitiendo la conservación del órgano y mejorando la comorbilidad asociada. La terapia endovac consiste en la instalación de un sistema de presión negativa intraluminal retirando material contaminado, promoviendo la granulación y posterior cierre de la lesión. OBJETIVOS: Experiencia y resultados clínicos con terapia endoscópica al vacío en perforaciones esofágicas.MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de pacientes con diagnóstico de perforación esofágica ingresados entre enero 2019 y junio 2024. Se registraron y analizaron datos clínicos, técnica endoscópica, tiempo entre injuria e inicio de terapia negativa, tiempo de cierre del defecto, estadía hospitalaria y mortalidad. Se consideró como éxito el cierre completo de la perforación evidenciado bajo visión directa en endoscopia digestiva alta. RESULTADO: Se registraron 5 casos de perforación esofágica con una edad media de 56.6 años (32-94), todos correspondían a sexo masculino. El mecanismo de perforación fue: secundario a endoscopia (1), filtración de manga gástrica (1), perforación por mecanismo hipertensivo a cámara cerrada (Boerhaave) (3). Todos los pacientes fueron diagnosticados con tomografía computada con contraste endovenoso y oral, y tratados en Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizó instalación de sistema de aspiración formado por esponja de baja densidad conectado a presión negativa entre -75 y -100 mmHg continua. La tasa de éxito fue de 80% (4/5). Un paciente falleció por shock séptico y falla multiorgánica. La terapia endovac fue apoyada en un caso por prótesis autoexpandible y en 4 casos por pleurostomía. No se registraron complicaciones derivadas de la instalación y uso de terapia endovac. La media del tiempo de tratamiento fue de 10 días (3-19) con un promedio de 2.8 (1-4) cambios de esponja. Promedio estadía hospitalaria: 48.6 días.CONCLUSIÓN: La terapia de presión negativa tiene gran evidencia en usos de heridas con resultados indiscutibles. La aplicación de terapia endovac en lesiones endoluminales esofágicas es un tratamiento novedoso y prometedor. La experiencia registrada es favorable a la terapia tradicional.

DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES RETROPERITONEALES POR PANCREATITIS NECROHEMORRÁGICA. EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS

Maria Silva C., Trinidad Aljaro E., Denisse Vera H., José Gamboa O., Patricio Olivares P., Humberto López Y., Jeimy Talero N., Rodrigo Jorquera L., Emilio Villalón D., Luis Aguilera G.Unidad de Endoscopia. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.INTRODUCCIÓN: La necrosis pancreática es una condición potencialmente letal, que tiene indicación de intervención en caso de necrosis infectada o por persistencia de síntomas a pesar del tratamiento médico. 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: Revisión de una serie de casos que incluyen a todos los pacientes con colecciones retroperitoneales en pancreatitis aguda con indicación de intervención, ingresados entre enero 2019 y junio 2024. Todos los pacientes fueron manejados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Se registraron y analizaron datos clínicos, técnica endoscópica, evolución post-procedimiento y control postoperatorio. RESULTADO: Se registraron 15 casos de pancreatitis aguda grave durante el periodo estudiado. Todos los pacientes contaban con tomografía computada con contraste endovenoso en el cual se describen colecciones retroperitoneales infectadas. Se realizó la inserción percutánea de un stent metálico autoexpandible de 22 mm totalmente cubierto para comunicar la colección con el exterior por vía extraperitoneal. Posteriormente se realizaron aseos endoscópicos seriados. Para cada aseo se utilizó un endoscopio frontal, canastillo de Dormia e irrigación. La edad promedio fue de 48.1 años (34-80 años) y la relación hombre-mujer fue 4:1. El promedio de días de hospitalización fue 83.6 días. El promedio de aseos endoscópicos fué 5.3 (3-13). Cuatro pacientes requirieron cirugía abierta y cuatro pacientes requirieron más de una prótesis. El diámetro del stent cubierto fue principalmente de 22 mm (17 - 8 mm) y su longitud varió entre 10 - 17 cm. No se registraron complicaciones derivadas del procedimiento. Seis pacientes fallecieron durante la hospitalización 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.

USO DE BALÓN BILIAR DE 3 LÚMENES COMO PRÓTESIS EN COLÉDOCO, VÍA ANTERÓGRADA, PARA COLELITIASIS CON COLEDOCOLITIASIS EN RENDEZVOUS SECUENCIAL

Marcelo Moran D.[1], Victor Vásquez M.[1], Sergio Domic P.[1], Cristian Siques U.[2] [1]Unidad de cirugía endoscópica. Hospital de Carabineros de Chile; [2]Escuela de Medicina. Universidad Santiago de Chile / Unidad de Cirugía Hospital San José.

INTRODUCCIÓN: Uso de balón biliar de 3 lúmenes como prótesis en colédoco, vía anterógrada, para colelitiasis con coledocolitiasis en rendezvous secuencial.OBJETIVOS: Este trabajo pretende mostrar una forma diferente de realizar el rendezvous biliar secuencial o diferido.MATERIAL Y MÉTODO: Experiencia del Hospital de Carabineros de Chile en rendezvous secuencial desde el 2017 – 2024. Se usó en pacientes con sospecha preoperatoria de coledocolitiasis un balón biliar de 3 lúmenes insertado transcístico para realizar la colangiografía intraoperatoria. En los pacientes con coledocolitiasis confirmada se introduce el balón hasta duodeno donde es inflado, y se corta la cánula a nivel del cístico el cual queda como prótesis de 3 lúmenes de 7 Fr, drenando la vía biliar. Se cierra el muñón cístico con clips y se completa colecistectomía. Luego se realiza la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el mismo tiempo anestésico o diferido, usando la prótesis como tutor para la papilotomía, permitiendo la extracción de los cálculos de conducto biliar. Todos firmaron consentimiento informado.RESULTADO: Se realizó el procedimiento en 90 pacientes, logrando pasar la guía a duodeno en 72 pacientes (80,0%), instalando la prótesis y de estos se logró canular el 100% de los pacientes en forma retrograda. En 70 pacientes se realizó en el mismo tiempo anestésico y en dos 72 hrs después. Se logró extraer los cálculos en 70 pacientes y se dejó prótesis para CPRE diferida en 2 pacientes, tratados con éxito en la CPRE post operatoria. Como complicaciones hubo un hemoperitoneo del lecho vesicular secundario a la colecistectomía y una microperforación de la papila con manejo conservador. No se describe pancreatitis, colangitis, ni mortalidad en los que se realizó el rendezvous. CONCLUSIÓN: Este rendezvous secuencial permitió la extracción de los cálculos en el mismo tiempo operatorio o diferido en el primer CPRE en el 77,8% de los pacientes con coledocolitiasis confirmada, sin aumentar los costos comparado al rendezvous clásico al usar un balón de 3 lúmenes y posteriormente un papilótomo de punta en vez de uno lateral. No se registraron pancreatitis ni mortalidad en esta serie con rendezvous secuencial concordante con la literatura, comprado al manejo en 2 tiempos. Esta forma diferente de rendezvous pudiera aplicarse para diferir el tiempo endoscópico en pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis como hallazgo intraoperatorio en que no se dispone del equipo endoscópico en ese momento. Siendo un procedimiento seguro y efectivo, comparable al rendezvous convencional.

ESÓFAGO NEGRO, DIAGNÓSTICO INESPERADO DE CAUSA DESCONOCIDA

Benjamín Miranda N., Antonio Jofré M., Vicente Gardeweg P., Rodrigo Ruz M., Aldo Cuneo G., Loreto Boetsch C.Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: La necrosis esofágica aguda, conocida también como "esófago negro" o "esofagitis necrotizante," es una condición rara y poco documentada, frecuentemente detectada en estudios post-mortem. Esta afección tiene una incidencia entre 0 y 0,2% y afecta predominantemente a hombres sobre 65 años. De causa idiopática, aunque se reconocen factores de riesgo asociados, tales como enfermedades cardiovasculares, abuso de alcohol, diabetes mellitus, neoplasias, enfermedad renal crónica (ERC) y estados de hipercoagulabilidad. OBJETIVOS: El objetivo de este caso es presentar una entidad extremadamente rara y analizar su clínica, diagnóstico y manejo. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y biopsia operatoria. RESULTADO: Paciente masculino de 53 años con múltiples comorbilidades mal controladas y sin tratamiento, entre ellas hipertensión arterial (HTA), ERC etapa IIIa, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con daño en órganos (retinopatía y nefropatía) y psoriasis. Fue hospitalizado por falla renal aguda de causa postrenal debido a nefrolitiasis, resuelta. Durante la hospitalización, presentó melena con hipotensión persistente. Se realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) que reveló un esófago negro con extensión total y una úlcera de 12 mm en su cara anterior. Dado los antecedentes y la fragilidad del paciente, se optó por un manejo conservador con soporte, régimen cero e inhibidores de la bomba de protones. Se descartaron síndromes antifosfolípidos tras dos estudios. En una EDA de control al mes, se describió esofagitis intensa secundaria a isquemia y estenosis infranqueable a 35 cm de la arcada dental. El manejo conservador y la rehabilitación continuaron durante 5 meses, progresando en la dieta hasta llegar a papilla, y finalmente el paciente fue dado de alta.CONCLUSIÓN: Este caso describe un paciente con una presentación clásica de esófago negro, caracterizada por hemorragia digestiva alta espontánea. Aunque no se identificó un gatillante, el paciente presentaba varios factores de riesgo. El esófago negro generalmente se diagnostica mediante EDA, mostrando una mucosa esofágica negra difusa, que afecta el esófago distal de manera circunferencial, con un corte abrupto en la unión gastroesofágica. En este caso, la extensión fue total, asociada a una úlcera anterior que aumentó el riesgo de complicaciones. El manejo del esófago negro es principalmente conservador, centrado en tratar la causa subyacente, hidratación endovenosa y nutrición enteral. En este caso, el tratamiento se extendió por la estenosis esofágica, una complicación común. Este caso es relevante para la literatura médica, ya que representa un diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva alta, con un diagnóstico específico por endoscopia y manejo conservador.

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA. RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 23 CASOS CONSECUTIVOS

Carlo Marino, César Muñoz, Guillermo Sepúlveda, Jesús Rojas, Carlos Varela, Carlidia Ortega, Franz González, Sergio Sotelo, Darío PalominosHospital Regional de Talca.INTRODUCCIÓN: La disponibilidad de endoscopía digestiva alta ha aumentado considerablemente, y esto ha llevado a diagnosticar un mayor número de lesiones gástricas incipientes susceptibles de tratamiento endoscópico. En medida que se establezcan protocolos de detección precoz, estos números deberían aumentar. El cáncer gástrico incipiente, y otras neoplasias gástricas, pueden ser tratadas por vía endoscópica con buenos resultados oncológicos y clínicos, permitiendo la preservación del estómago.OBJETIVOS: Describir los resultados quirúrgicos y clínicos de los primeros casos de disección submucosa endoscópica (DSE), realizados en el Hospital Regional de Talca.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de serie de casos. Se incluyeron todos los pacientes en los que se realizó una DSE como tratamiento para neoplasias gástricas, entre octubre 2022 y junio 2024. Se analizaron: sexo, edad, localización de la lesión, biopsia preoperatoria, biopsia postoperatoria, complicaciones, estadía hospitalaria, curación endoscópica, entre otros. Se utiliza estadística descriptiva.RESULTADO: En el período señalado, se realizaron 23 DSE en 22 pacientes (una paciente tuvo 2 lesiones). 55% fueron hombres. La mediana de edad fue de 76 años (45-88). La localización más frecuente fue el cuerpo del estómago (65%). La histología preoperatoria más frecuente fue el adenocarcinoma (65%). 3 pacientes (13%) tuvieron una complicación quirúrgica, siendo la más frecuente la perforación intraoperatoria. En 2 pacientes no se pudo completar la DSE por compromiso de la muscular propia. La mediana de estadía hospitalaria fue de 1 día (1-3). La biopsia postoperatoria (21 casos) informó adenocarcinoma en 61%, adenoma con displasia de bajo grado en 17%, displasia de alto grado en 2/21 y tumor neuroendocrino G2 en 1 caso. En los casos que corresponden a adenocarcinomas (14), 11/14 cumplieron criterios de curación endoscópica. 2 pacientes requirieron gastrectomías para completar tratamiento.CONCLUSIÓN: La DSE es un procedimiento orientado a tratar neoplasias precoces que permite preservar el estómago. A pesar de que el Hospital de Talca es un centro de derivación regional, el número de pacientes tratados en 2 años es bajo, lo que dificulta el desarrollo de la técnica. A pesar de esto, los resultados presentados demuestran una alta tasa de curación, con baja morbilidad asociada.

RENDEZ VOUS POR ENDOSONOGRAFÍA FRENTE A CPRE FRUSTRA

Nicolle Pinto V.[1], Pascale Sallaberry S.[2], Cristian Cruz U.[3]Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el método de elección para drenar la vía biliar en ictericia obstructiva. Sin embargo, en un 5% a 10% de los pacientes será frustra. Para estos casos, dentro de las opciones se encuentra el Rendez Vous, que puede ser laparoscópico o, como se ha desarrollado en los últimos años, guiado por endosonografía, especialmente en pacientes colecistectomizados. Su indicación más frecuente es la presencia de una papila accesible pero con falla en la canulación, ya sea por anatomía alterada, divertículo duodenal o tumor periampular.OBJETIVOS: Presentar a través de 3 casos clínicos, el uso de Rendez Vous guiado por Endosonografía, en pacientes colecistectomizados.MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan tres pacientes colecistectomizados, con CPRE frustra, en los que se realiza drenaje de vía biliar con técnica Rendez Vous por endosonografía, en Hospital San Juan de Dios.RESULTADO: Caso 1: Masculino, 63 años, antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y cardiopatía. Colecistectomizado. Ingresa en contexto de colangitis por coledocolitiasis. Se intenta CPRE en dos oportunidades, que resultan frustras por divertículo duodenal grande. Con endosonógrafo lineal, desde bulbo duodenal se ubica la vía biliar extrahepática, la cual se encuentra dilatada. Desde ahí se punciona vía biliar con aguja 19 G, bajo control fluoroscópico, se contrasta vía biliar. Se avanza guia hidrofilica vía anterógrada y aparece por duodeno. Se cambia a equipo duodenoscopio. Se realiza canulación tipo Rendez vous, logrando papilotomía y drenaje de vía biliar sin incidentes. Caso 2: Masculino, 74 años, HTA, diabético. Colecistectomizado. Ingresa en contexto de colangitis por coledocolitiasis. Se intenta CPRE sin lograr canular papila por divertículo duodenal grande, por lo que se realiza bajo endosonografía, siguiendo pasos mencionados previamente, canulación tipo Rendez Vous. Se realiza papilotomía amplia, logrando drenaje de vía biliar sin incidentes. Caso 3: Masculino, 48 años, antecedente de Colangiocarcinoma intrahepático. Colecistectomizado. Ingresa de forma electiva para Hepatectomía derecha + segmento IVa. Evoluciona con fuga biliar, se intenta drenaje por vía CPRE que resulta frustra por anatomía alterada de papila. Se realiza canulación tipo Rendez vous bajo endosonografía, siguiendo pasos mencionados en caso 1, realizando papilotomía e instalación de prótesis biliar.CONCLUSIÓN: El uso de la endosonografía ha permitido realizar distintas técnicas de drenaje biliar. Es un procedimiento seguro, que permite realizar Rendez Vous en pacientes colecistectomizados, cuando la CPRE fue frustra; como en los tres casos presentados en que se logró realizar papilotomía y drenaje de la vía biliar, sin complicaciones.

CARACTERIZACIÓN DE LAS COLONOSCOPÍAS Y SUS RESPECTIVOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UN CENTRO (HOSPITAL DIPRECA, 2022-2023)

Carolina Rivas F., María Campoverde P., María Valle B., Marcela Orellana T., Alice Rogel H., Raimundo Izquierdo C., Pablo Blake P., Ángel Aranda Ch., Rodrigo Cruz N., Rubén Romero C.Hospital DIPRECA. INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) a nivel mundial es la tercera neoplasia más común, con más de 1,9 millones de casos nuevos en 2022, y la segunda causa de muerte por cáncer. En Latinoamérica, la incidencia es del 5% y, en Chile, del 20,3%, convirtiéndose en la tercera causa de muerte para ambos sexos, representando un problema de salud pública significativo en la actualidad.OBJETIVOS: Determinar la cantidad de pacientes a los que se les realizó una colonoscopía en el Hospital DIPRECA, entre enero de 2022 y noviembre de 2023, y caracterizar sus hallazgos.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de cohorte descriptivo y retrospectivo, recolectando información de colonoscopías y biopsias del Hospital DIPRECA más CITOLAB, entre enero de 2022 y noviembre de 2023.RESULTADO: Se incluyeron 1.616 pacientes (47,02% hombres y 52,97% mujeres) con una mediana de edad de 65 años. Los motivos para la colonoscopía incluyeron screening 19,6% (317 pacientes), sangrado gastrointestinal 13,3% (215), anemia 6,1% (99), diarrea crónica 4,88% (79), dolor abdominal 7,1% (115), sospecha de cáncer 3,96% (64), seguimiento 24,6% (398), antecedente familiar 1,17% (19), constipación 3,77% (61) y otros 15,4% (249). Los hallazgos fueron pólipos 36,5%, tumores 6,62%, enfermedad diverticular 21,6%, enfermedad hemorroidal 17,2% y otros 11%. Se realizaron biopsias en 731 pacientes (45,23%) encontrándose malignidad en un 18,7% (137).CONCLUSIÓN: El alto porcentaje de hallazgo de pólipos y tumores resalta la importancia del screening y seguimiento en la prevención del CCR. Los resultados justifican programas de screening regulares, especialmente para mayores de 50 años o con factores de riesgo. El CCR supone una carga significativa para el sistema de salud, que puede ser reducida mediante la detección temprana y prevención, permitiendo el tratamiento de lesiones precancerosas. Lo anterior subraya la necesidad de políticas de salud pública enfocadas en reducir la morbimortalidad asociada a esta patología.

CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN COLONOSCOPÍAS EN EL HOSPITAL DIPRECA, DESDE EL AÑO 2022 AL 2023

Carolina Rivas F., María Campoverde P., María Valle B., Marcela Orellana T., Alice Rogel H., Raimundo Izquierdo C., Pablo Blake P., Ángel Aranda Ch., Rodrigo Cruz N., Rubén Romero C.Hospital DIPRECA.INTRODUCCIÓN: La mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) ha aumentado significativamente en Sudamérica en las últimas dos décadas. Programas de screening en países desarrollados han sido eficaces, pero en países en vías de desarrollo, las restricciones financieras y variabilidad en la calidad de la endoscopía dificultan su implementación.OBJETIVOS: Evaluar cumplimiento de criterios de calidad de colonoscopías realizadas en el Hospital DIPRECA, basándose en los motivos de solicitud, preparación intestinal según escala de Boston ≥6 puntos, tasa de intubación cecal ≥95%, tasa de detección de adenomas ≥25% y tiempo de retirada >6 minutos en más del 90% de las colonoscopías.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo-retrospectivo, recopilando datos de colonoscopías y biopsias del Hospital DIPRECA y CITOLAB, entre enero de 2022 y noviembre de 2023.RESULTADO: Se incluyeron 1.616 pacientes (47,02% hombres - 52,97% mujeres) con mediana de edad de 65 años. Las indicaciones de colonoscopía fueron screening 19,6% (317 pacientes), sangrado gastrointestinal 13,3% (215), anemia 6,1% (99), diarrea crónica 4,88% (79), dolor abdominal 7,1% (115), sospecha imagenológica de cáncer 3,96% (64), seguimiento por cáncer o pólipos 24,6% (398), antecedente familiar 1,17% (19), constipación 3,77% (61) y otros 15,4% (249). La preparación intestinal según Escala de Boston fue Regular o Buena (≥6 puntos) en un 75,8%, mala en un 19.3% y no es calculable por falta de datos o resección colónica previa en un 4.8%. Se logró intubación cecal en el 82,4% de los pacientes. La tasa de detección de adenomas (TDA) en colonoscopías de screening fue de un 40.7% ± 3.6% (IC 95%= 37.1%-44.3%). El tiempo de retirada fue >6 minutos en el 97,46% de los casos. La mala preparación colónica se asocia a mayor riesgo de no lograr una intubación cecal (OR 1.32.).CONCLUSIÓN: Esta serie reafirma que la preparación colónica es un factor fundamental al momento de realizar una colonoscopia de calidad, debiendo mejorar sus protocolos, ya que una escala de Boston <6 puntos se asocia con bajo porcentaje de intubación cecal respecto a los estándares internacionales. Por otro lado, se observa una elevada TDA que incide directamente en la prevención de CCR, además de tiempo de retirada adecuado, disminuyendo la probabilidad de omitir lesiones.

HEMOPERITONEO POST ERCP. REPORTE DE UN CASO

Camila Pacheco H., Daniel Márquez R., Felipe Santibáñez G., Francisca González V., Juan López O., Sergio Ahumada F., José Castro G., Brenda Briceño R., Nikol Vergara T., Guillermo Starck H. Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía. INTRODUCCIÓN: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) es un procedimiento frecuente en nuestro medio. Dentro de las complicaciones descritas se encuentran: pancreatitis (1-7%), colangitis aguda (1,4%), hemorragia (1%), perforación duodenal (<1%), cardiopulmonares (1%), entre otras.OBJETIVOS: Explorar una complicación hemorrágica poco común post ERCP.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico. RESULTADO: Paciente masculino de 83 años, con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, consulta por cuadro de 7 días de ictericia, prurito, e hiporexia. Al ingreso hemodinámicamente estable, con ictericia de piel y mucosas, sin otros hallazgos al examen físico. Al estudio de ingreso destaca hiperbilirrubinemia de predominio directo con patrón colestásico, enzimas pancreáticas normales y parámetros inflamatorios bajos. TC abdomen y Pelvis con contraste informa hepatopatía crónica, vesícula biliar distendida con pequeños cálculos endoluminales, vía biliar de calibre normal, con cálculo de 3 mm en colédoco. Se realiza ERCP que describe vía biliar intrahepática de calibre conservado y extrahepática levemente dilatada de 8 mm con defecto de llene distal. Se realiza papilotomía, exploración con balón y canastillo de dormia con salida de escaso barro biliar. Colangiografía de salida negativa para residuos, hemostasia conforme, sin signos de perforación. A los 3 días post ERCP se realiza intento de colecistectomía vía laparoscópica que evidencia hemoperitoneo con gran coágulo subhepático izquierdo, sin evidencia de sangrado activo. Se realiza aseo laparoscópico y se suspende colecistectomía. Estudio con TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso y oral que no demuestra signos de perforación intestinal ni de sangrado activo. Paciente se mantiene estable, sin compromiso hemodinámico, con parámetros hematológicos normales y descenso progresivo de hiperbilirrubinemia. Se decide realizar un segundo intento de colecistectomía vía laparoscópica, exitosa en esta oportunidad, destacando como hallazgo intraoperatorio: hígado cirrótico, adherido a pared abdominal, con restos hemáticos antiguos en cavidad abdominal. Regresa al cuarto día post colecistectomía. Biopsia quirúrgica se encuentra aún pendiente. CONCLUSIÓN: Dentro de las complicaciones descritas post ERCP, se encuentra la posibilidad de sangrado hasta en un 1,34%. Sin embargo, este tipo de complicación habitualmente se considera hemorragia digestiva alta, en el caso de sangrado del sitio de papilotomía. También está la posibilidad más remota, de desarrollar un hematoma subcapsular hepático (HSH). Dentro de la búsqueda realizada no se encontraron casos de hemoperitoneo post ERCP sin evidencia de HSH. La complicación presentada pudiese estar siendo subestimada, sobre todo en casos donde no existe un compromiso hemodinámico del paciente o la exteriorización de sangrados.

TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL COMO TRATAMIENTO PARA LA FILTRACIÓN ANASTOMÓTICA COLORRECTAL. UNA SERIE DE CASOS

Megan Neumann, Hugo Richter, Rodrigo Miguieles, Felipe Bellolio F., José Tomás LarachPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Las complicaciones más temidas de la cirugía colorrectal son la dehiscencia y filtración anastomótica. Su incidencia reportada oscila entre un 2 y un 7%, y conlleva un aumento del riesgo de mortalidad del 1,6% al 12%. El objetivo del tratamiento de las fugas anastomóticas es la prevención de la sepsis y la formación de fístulas crónicas. Sin embargo, no existe un protocolo estandarizado de manejo para esta complicación. La elección del tratamiento se basa en el estado clínico basal del paciente. Los pacientes estables pueden derivarse a tratamiento endoscópico según el tamaño de la lesión. En fugas pequeñas suelen ser suficiente el manejo con endoprótesis o clips, mientras que la terapia de vacío endoscópico (TVE) se reserva para fugas mayores de 2 cm o aquellas con absceso asociado. Varios estudios han demostrado que la TVE es segura y eficaz para el manejo de filtraciones colorrectales. Sin embargo, a la fecha, existen pocos reportes de experiencias con esta terapia. OBJETIVOS: Describir los resultados de una serie de pacientes complicados con filtración anastomótica colorrectal manejados con terapia de vacío endoscópico. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo sobre una serie de cuatro casos tratados entre los años 2023 y 2024. Se incluyeron pacientes diagnosticados con fuga anastomótica posterior a una cirugía colorrectal debido a cáncer de recto, manejados con TVE. Se excluyeron pacientes con signos de sepsis o peritonitis. RESULTADO: Se trataron 4 pacientes (3 mujeres y 1 hombre) con TVE. La edad media fue de 62 años. El tiempo medio de diagnóstico de fuga anastomótica fue de 5 días, excepto un caso derivado con diagnóstico hace 90 días. El porcentaje medio del defecto circunferencial fue de 37,5%, con un tamaño promedio de 3 cm. El tiempo medio de cierre de la fuga fue de 24.5± 7.16 días. El promedio de recambios de esponja endorectal fue de 3.5 veces y cada cambio se realizó cada 5-7 días. En 3 casos se visualizó resolución completa del defecto en la rectosigmoidoscopía. Un caso se manejó completamente ambulatorio. Sólo en un caso, con antecedentes de radioterapia, se reprodujo la dehiscencia 6 meses post tratamiento, a las 2 semanas de la reconstitución de tránsito. CONCLUSIÓN: La TVE parece ser un tratamiento mínimamente invasivo, seguro y eficaz para pacientes seleccionados con fuga anastomótica colorrectal. Además, es factible de realizar en forma ambulatoria, sin complicaciones. Se requiere de estudios de seguimiento a largo plazo y con mayor número de pacientes para evaluar mejor el éxito de este tratamiento.

ESOFAGOGÁSTRICO

RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LA REGIÓN DE AYSÉN

Jaime Zamarin, Claudio Vallejos, Andrés Torrealba, Rodrigo López, Elías FloresServicio de Cirugía Hospital Regional Coyhaique.INTRODUCCIÓN: El abordaje laparoscópico para el tratamiento del Cáncer Gástrico ha ido en progresivo aumento desde que fue descrito por Kitano en 1991. El desarrollo y crecimiento de las habilidades laparoscópicas han permitido reproducir los principios de la cirugía abierta, agregando los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, sin afectar los resultados oncológicos.OBJETIVOS: Analizar los resultados perioperatorios de los pacientes sometidos a Gastrectomía Laparoscópica. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo que incluye a todos los pacientes con Adenocarcinoma Gástrico sometidos Gastrectomía total o parcial vía laparoscópica, entre enero del 2020 a mayo del 2024, en el Hospital Regional Coyhaique.RESULTADO: Se incluyeron 13 pacientes, 7 hombres. Promedio de edad: 63,2 años. Hubo 11 pacientes con Cáncer Avanzado y 2 Incipientes. La localización tumoral más frecuente fue el tercio superior (38%). 46% de los pacientes recibieron neoadyuvancia. Se realizaron 7 Gastrectomías totales y 6 parciales. La linfadenectomía fue D1 en los casos incipientes y D2 en los avanzados, con una cosecha linfonodal promedio de 31,9. Se consiguió R0 en todos los casos. El tiempo operatorio promedio fue 241 minutos. No hubo conversión a cirugía abierta ni requerimiento de transfusiones sanguíneas. La morbilidad postoperatoria fue de 28%, con 2 casos de fístula de muñón duodenal. La estadía hospitalaria promedio fue 11 días. No hubo mortalidad. CONCLUSIÓN: El abordaje laparoscópico del Cáncer Gástrico puede ser realizado en forma segura en centros regionales, en la medida que manejen los principios quirúrgicos de la resección oncológica y que cuenten con experticia laparoscópica. Si bien la cosecha linfonodal es adecuada y se logra el R0, el seguimiento a largo plazo permitirá conocer su equivalencia oncológica con respecto la cirugía abierta.

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE. ¿QUÉ HACER CUANDO LA ESD NO ES FACTIBLE?

J.L. Quezada, Felipe Farfán, Ignacio Obaid, Paula FluxáHospital del Salvador, Clínica Bupa Santiago.INTRODUCCIÓN: La Disección submucosa endoscópica (ESD), representa una excelente alternativa terapéutica para el tratamiento del cáncer gástrico incipiente (CGI). En algunas oportunidades no factible ya sea por dificultades propias de la lesión, del paciente o de los recursos disponibles. Así, la resección quirúrgica del órgano pareciera ser la única alternativa terapéutica. Sin embargo, la literatura describe la disección submucosa intragástrica como una alternativa.OBJETIVOS: ¿Es factible y efectiva esta cirugía? A partir de 3 casos, evaluamos su indicación y resultados.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una disección submucosa intragástrica laparoscópica (DSIGL) siguiendo lineamientos de la cirugía descrita. Mediante cirugía laparoscópica, se ingresa primero a cavidad abdominal, para luego introducir los puertos de trabajo a la cavidad gástrica. Realizando neumogratrio, se distiende la cavidad para lograr el espacio de trabajo y realizar la disección submucosa. Finalmente, los mismos puertos de trabajo, se utilizan para cerrar las gastrotomías. Se analizaron los casos intervenidos respecto a su indicación, características demográficas y resultados.RESULTADO: Entre el 2022 y 2024, se presentaron 3 casos (61, 76 y 81 años) en que se resolvió realizar esta técnica. Las indicaciones fueron falta del recurso endoscópico, ubicación que representa imposibilidad técnica y tamaño de la lesión. La biopsia definitiva para los tres casos correspondió a adenocarcinoma gástrico bien a moderadamente diferenciado, 1 intramucoso y 2 submucosos. No existió morbilidad postoperatoria, todos progresaron ingesta precozmente. El alta hospitalaria fue al 5º día en todos los casos. No se ha reportado recidiva ni complicaciones derivadas del procedimiento a 22, 8 y 5 meses respectivamente.CONCLUSIÓN: La DSIGL es una alternativa terapéutica factible y eficaz para el tratamiento del CGI. Su principal valor es conservar el estómago.

QUISTE ESPLENICO MESOTELIAL. REPORTE DE UN CASO

Ana María Burgos L., Enrique Lanzarini S.Hospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: Los quistes son lesiones redondas con contenido líquido y mixto. En el bazo pueden ser de etiología no parasitaria, clasificándose en: verdaderos o epiteliales con revestimiento interno celular, como son los quistes mesoteliales; y los falsos sin revestimiento celular. Los quistes epiteliales esplénicos primarios constituyen el 10% de todos los quistes no parasitarios del bazo. OBJETIVOS: Reportar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de quiste esplénico mesotelial y revisión de la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó la revisión de las variables clínicas, imagenológicas, quirúrgicas e histopatológicas; y fueron analizadas en forma descriptiva.RESULTADO: CASO CLINICO Mujer 62 años, antecedentes de hipertensión arterial, histerectomía vaginal y cirugía de túnel carpiano mano izquierda. Al examen físico, sobrepeso, sin dolor abdominal, no otras alteraciones. Le realizan Urografía por Tomografía Computarizada (TC) por cistitis a repetición, evidenciándose un quiste esplénico. Por síntomas digestivos se realiza endoscopia digestiva alta que muestra: acantosis esofágica, cicatriz úlcera aspecto benigno en antro y cardias cerrado. Observándose también gran compresión gástrica extrínseca, cubierta con mucosa sana, en el cuerpo proximal (Fig. 1). Se completa estudio con TC de abdomen y pelvis que informa: Quiste de aspecto radiológico simple de 73 x 56 x 77 mm en el bazo, que impronta el fondo de la curvatura mayor gástrica (Fig.2). Se realiza estudio serológico (ELISA) para descartar hidatidosis con resultado negativo, resto de exámenes sanguíneos y orina fueron normales. En el preoperatorio se inicia vacunación contra neumococo, con vacuna neumocócica conjugada 13V. Por vía laparoscópica, se observa quiste de 8 cm de diámetro localizado en polo superior del bazo (Fig. 3). Se realiza drenaje del quiste con salida de líquido seroso amarillento, y con bisturí armónico se realiza resección parcial del quiste con preservación del bazo (Fig. 4). Se envía la pared del quiste a estudio anatomopatológico (Fig. 5). La descripción histológica muestra la pared de quiste revestido por monocapa de células planas y cúbicas con escaso citoplasma eosinófilo y núcleos redondeados pequeños de cromatina fina. No se observan signos de proliferación mesotelial. En el espesor de pared fibrosa se observa escaso infiltrado inflamatorio crónico y signos de hemorragia. Con técnica inmunohistoquímica para calretinina se evidencia la naturaleza mesotelial del revestimiento del quiste (Fig. 6). Correspondiendo el diagnóstico a un quiste esplénico mesotelial. Paciente evoluciona bien, y de alta 1 día después de la cirugía.

DISCUSION: El quiste esplénico mesotelial es común en niños y adultos jóvenes, pero también se presenta en personas mayores, siendo más frecuente en mujeres, como sucedió en el caso presentado. Los quistes esplénicos generalmente son asintomáticos; cuando los síntomas se presentan están relacionados con el tamaño de los quistes. El diagnóstico de estos quistes puede ser incidental, durante estudios imagenológicos. Las imágenes de elección para el estudio de estas lesiones son la TC y resonancia magnética, ya que permiten verificar las características y relaciones del quiste con órganos adyacentes. En función de su localización, lo quistes pueden ser tratados mediante esplenectomía total, parcial o también destechamiento o fenestración laparoscópica, resecando la mayor parte de la cubierta del quiste. Esta última opción se considera actualmente de elección.CONCLUSIÓN: Es importante el diagnóstico correcto del quiste esplénico, evaluando los hallazgos clínicos, imagenológicos, quirúrgicos e histopatológicos para la evolución satisfactoria del paciente.

TERAPIA DE CONVERSIÓN EN CÁNCER GÁSTRICO OLIGOMETASTÁSICO: ¿A QUIÉNES OPERAR?

Bárbara Carreño M., Patricio Araya C., Juan Gavilanes E., Enrique Lanzarini S.Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: La mitad de los pacientes con Cáncer Gástrico (CG) se diagnostica en etapas avanzadas, y un tercio ya tienen enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, principalmente en hígado, peritoneo y linfonodos extrarregionales. La sobrevida de estos pacientes (etapa IV) es de 9 a 16 meses. Sin embargo, en la última década se ha visto que algunos de estos pacientes, que responden a quimioterapia, se podrían beneficiar de ser operados, aumentando su sobrevida. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es determinar qué pacientes con CG oligometastásico se benefician de una cirugía de conversión tras quimioterapia.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional, de una base de datos prospectiva, de todos los pacientes operados por cáncer gástrico en un hospital universitario entre los años 2011 y 2023. Se incluyeron pacientes con cáncer gástrico en etapa IV sometidos a tratamiento quirúrgico oncológico, tras buena respuesta a quimioterapia. Se excluyeron cirugías exploratorias y paliativas. Se recopilaron datos antropométricos, histología del tumor, localización de las metástasis, tipo de quimioterapia neoadyuvante, resultado quirúrgico respecto a la enfermedad residual (R0 y R1-2) y supervivencia global en meses. Se utilizó estadística descriptiva: promedio +DS, medianas (intervalo) para variables continuas, % para variables categóricas. El análisis de sobrevida se realizó utilizando la estimación de Kaplan-Meier con un software comercial (RStudio).RESULTADO: De un total de 451 casos, se incluyeron 14 pacientes, de los cuales 5 son mujeres y 9 hombres, con una edad promedio de 58 años. Todos los casos fueron adenocarcinomas, 3 de ellos con células en anillo de sello. Las metástasis observadas fueron: hepáticas en 4 casos, linfonodos a distancia en 2, peritoneales en 7 y pulmonares en 1. Se usó FOLFOX neoadyuvante en 8 pacientes, FLOT en 4 pacientes y otros 2 recibieron otro tipo de neoadyuvancia. Los 14 pacientes fueron sometidos a cirugía, logrando una resección completa (R0) en 7 de ellos, mientras que los otros 7 quedaron con enfermedad residual (R+). La sobrevida promedio fue de 40.9 ± 32.3 meses en el grupo R0 y de 13.4 ± 6 meses en el grupo R+. La mediana de supervivencia estimada para el grupo R0 fue de 28.6 meses (IC 95% [19.6, NA]), mientras que para el grupo R+ fue de 12.4 meses (IC 95% [7.4, 22.9]). La prueba log-rank para comparar las curvas de supervivencia fue estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 7.9, p = 0.005).CONCLUSIÓN: En nuestro estudio, la cirugía de conversión en pacientes con CG oligometastásico, tras quimioterapia, mostró que aquellos con resección R0 obtuvieron significativamente mayor sobrevida que aquellos que quedaron con enfermedad residual.

CIRUGIA DE MERENDINO LAPAROSCOPICA. UNA ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE TUMORES BENIGNOS DE GRAN TAMAÑO DE LA UNION GASTROESOFAGICA. REPORTE DE UN CASO

Pascale Sallaberry S., Enrique Lanzarini S.Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: La cirugía de Merendino se presenta como una alternativa válida para el manejo de tumores benignos de gran tamaño de la unión gastroesofágica (UGE), esófago distal o estómago proximal. Es una cirugía que tradicionalmente se ha realizado por abordaje abierto, existiendo escasos reportes de esta cirugía con abordaje laparoscópico. El objetivo de este caso clínico es reportar la cirugía de Merendino como alternativa de manejo en una mujer joven, realizada por abordaje laparoscópico, evitando una gastrectomía total, con sus efectos adversos y alteraciones de calidad de vida a largo plazo. OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO: Mujer, 45 años, con antecedente de colelitiasis, que consultó por cuadro de dolor abdominal epigástrico. Dentro del estudio realizado, destaca tomografía computarizada que reveló tumor cardial submucoso de 57 x 42 x 27 mm, sin adenopatías. La endoscopía digestiva alta mostró lesión subepitelial con mucosa sana. Los exámenes de laboratorio evidenciaron anemia moderada microcítica hipocrómica. Se sospechó de GIST versus leiomioma. Técnica quirúrgica: Paciente en posición “francesa”. Neumoperitoneo a 15 mm Hg. Inserción 5 trócares. Se realizó esofagectomía distal y gastrectomía proximal, con reconstrucción con interposición de yeyuno (cirugía de Merendino), antecólica, por vía laparoscópica, y colecistectomía. Anastomosis esófago-yeyunal manual en doble plano con PDS 3-0, anastomosis yeyuno-gástrica y yeyuno-yeyunal mecánicas con sutura lineal 45 mm y PDS 3-0. Retiro de pieza operatoria por incisión de Pfannenstiel. Biopsia confirmó leiomioma de 8 x 3 x 2,5 cm con bordes quirúrgicos libres, y colecistitis crónica litiásica. El examen radiológico contrastado postoperatorio no mostró filtración ni estenosis, con buen paso del contraste a distal. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio. En seguimiento a cuatro años, se encuentra asintomática y con imágenes radiológicas y endoscopía digestiva alta sin hallazgos patológicos. Se presentan imágenes del intraoperatorio, pieza quirúrgica, postoperatorio y endoscópicas. RESULTADO:CONCLUSIÓN: La cirugía de Merendino, realizada por vía laparoscópica, aparece como una opción viable para el manejo de tumores benignos de gran tamaño de la UGE, especialmente en pacientes jóvenes, donde la preservación de la función gástrica y el pase de los alimentos por el duodeno es crucial, en términos de absorción de nutrientes, efectos adversos y calidad de vida a largo plazo. Este caso demuestra la factibilidad y seguridad de la técnica laparoscópica en este tipo de cirugía, ofreciendo beneficios como menor dolor postoperatorio y recuperación más rápida. Este reporte de caso contribuye a la literatura existente, destacando la importancia de considerar esta técnica en casos seleccionados.

TIEMPO TORÁCICO POR VTC EN PRONO DE ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER: TÉCNICA PASO A PASO

Rodrigo Abularach, Ramón Hermosilla, Cristian Pinto, Rodrigo VelaHospital Barros Luco Trudeau.INTRODUCCIÓN: Se describen múltiples alternativas para realizar el tiempo torácico en la esofagectomía por cáncer, ya sea desde la técnica abierta a la mínimamente invasivo y robótica. En ese sentido la esofagectomía en prono es una alternativa con buenos resultados en términos de morbi-mortalidad y pronóstico oncológico. OBJETIVOS: Describir la técnica de esofagectomía mínimamente invasiva en prono desarrollada en el Hospital Barros Luco Trudeau por el equipo de cirugía digestiva alta.CONTENIDO DE VIDEO: Se describe la técnica paso a paso del tiempo torácico por VTC en prono en esofagectomía por cáncer.

AMPLIACIÓN DE LAS INDICACIONES DE LA GASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA LAPAROSCÓPICA

Marco Ceroni V., Enrique Norero M., Cristian Martinez B., Rodrigo Muñoz C., Emilio Morales Z., Ignacio Obaid C., Nicolás Muñoz F., Alfonso Diaz F. Hospital Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: A través de la laparoscopía se puede realizar una gastrectomía oncológica en forma segura. Con el tiempo ha mejorado la tecnología, la resolución de los monitores y se ha extendido la indicación de cáncer gástrico (CG) incipiente a avanzado. Nuestro centro ha ampliado las indicaciones en forma progresiva, en base a protocolos, frente al análisis de la evidencia y la experiencia.OBJETIVOS: Describir la ampliación de las indicaciones de la gastrectomía oncológica laparoscópica a través del tiempo.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron los pacientes que tuvieron indicación de una gastrectomía laparoscópica con intención de resección de un tumor gástrico. Se excluyeron los pacientes con hallazgo de carcinomatosis durante la laparoscopía. Periodo: 2006-2024. La información se obtuvo de un registro prospectivo de nuestro centro. Se consideró para el análisis, índice de masa corporal (IMC), tamaño tumoral, tipo de resección, conversión, TNM 8va edición, conversión a cirugía abierta y complicaciones Clavien>2. Se dividieron los pacientes en 6 periodos compuestos de 50 cirugías. Se realizó análisis estadístico con t-student y chi-cuadrado. Se consideró significativo p<0,05.RESULTADO: Fueron 308 pacientes, edad 62,6 DE12,6. Las indicaciones de gastrectomía laparoscópica fueron: 241(78,2%) CG; 35(11,4%) GIST; 14(4,5%) tumores subepiteliales benignos; 11(3,5%) tumores neuroendocrinos; 5(1,6%) linfomas. Hay un aumento de la indicación por CG avanzado de 27% a 73% (p < 0,0001); del tamaño tumoral del CG del tercio superior de 2 a 4,5 cm(p=0,016); del IMC de 25,5 a 29,8 (p<0,0001); del recuento ganglionar de 21,4 a 42,9. Hubo conversión en el 7,5%, 3 por fallas técnicas, la última fue en la gastrectomía 122. No hay aumento de las complicaciones. Clavien>2 en 17(5,5%) pacientes. Se mantiene en el tiempo la distribución por ubicación del tumor y el tamaño tumoral para la ubicación del tercio medio e inferior.CONCLUSIÓN: Se han ampliado en forma segura las indicaciones de la gastrectomía laparoscópica a una mayor cantidad de pacientes con CG avanzado, con un IMC mayor y con mayor tamaño tumoral en el tercio superior del estómago.

GASTRECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA Y RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX CON ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL MANUAL. TÉCNICA SIMPLIFICADA CON SUTURA BARBADA

Daniel García, Matías Orellana, Emilio Morales, Marco Ceroni, Enrique NoreroEquipo de Cirugía Digestiva Esofagogastrica, Hospital Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La esofago-yeyuno anastomosis manual es un procedimiento que requiere una gran curva de aprendizaje y es técnicamente compleja de realizar. Con el desarrollo de la tecnología de suturas barbadas en los últimos años, cada vez existen más reportes sobre su uso para la esofago-yeyuno anastomosis para la reconstrucción luego de una gastrectomía total por cáncer gástrico, lo cual pareciera simplificar el proceso, con resultados similares perioperatorios.OBJETIVOS: Paciente de 28 años, sexo masculino, con antecedente de resección de tumor mediastínico en 2022 por enfermedad de Castleman. Consultó por baja de peso no cuantificada y saciedad precoz por lo que se realiza endoscopía digestiva alta que evidencia una lesión prepilórica de aspecto neoplásica, Borrmann III. Biopsia compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado G2. Se estudia con tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis, sin diseminación. Se realiza gastrectomía total laparoscópica con reconstrucción con esofagoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Esoyagoyeyuno anastomosis T-L en 2 planos, utilizando V-loc 3/0. Evolución favorable, trago contrastado día 3 PO sin filtración. Alta al 5to día postoperatorio, sin drenajes, tolerando papilla. Biopsia de pieza operatoria informa cáncer gástrico de antro y curvatura menor, de 4x3 cm, con compromiso hasta la submucosa. Tipo histológico: adenocarcinoma tubular G3 localizado, intestinal. Permeación linfovascular presente. Compromiso de 3 de 43 linfonodos, correspondiente a los del grupo 6. Bordes negativos (pT1bN2). Actualmente en su 5to ciclo de FOLFOX, bien tolerado.CONTENIDO DE VIDEO: Gastrectomía total laparoscópica + D2. Reconstrucción con esófago-yeyuno anastomosis termino-lateral manual en 2 planos, utilizando sutura barbada, en Y de Roux.

HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA POR ÚLCERAS DE CAMERON: EL ROL DE LA CIRUGÍA EN SU RESOLUCIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Enrique Biel W.[1,2,3], Josefa Erazo N.[1], Óscar Gamarra Ch.[1,2,3], Bárbara Merino A.[11]Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile; [2]Servicio de Cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano; [3]Servicio de Cirugía, Clínica Sanatorio Alemán, Concepción.INTRODUCCIÓN: Las úlceras de Cameron (UC) son úlceras a nivel de la crura en hernias hiatales (HH), observándose en un 5% de endoscopías digestivas altas (EDA). Representan el 0,6% de hemorragias digestivas altas (HDA) graves. La EDA, método diagnóstico de elección, permite su caracterización, descarte de diagnósticos diferenciales, y métodos terapéuticos que son eventualmente dificultosos: gran carga de coágulos, distorsión anatómica por HH, riesgo de perforación con métodos térmicos en UC profundas, prefiriéndose intervenciones quirúrgicas en HDA potencialmente mortales y en fracaso de manejo endoscópico en recurrencias. El rol de la cirugía es fundamental; la técnica dependerá en gran medida de la estabilidad del paciente. En sangrados intermitentes y pacientes estables, se preferirá terapia endoscópica asociada a reparación de la HH, pero en casos de sangrados masivos y fracaso de la terapia endoscópica, incluirá resección de la úlcera o ligadura transgástrica del vaso sangrante. La laparoscopía es una vía de abordaje ampliamente aceptada, incluso en urgencias. La recurrencia del sangrado es alta si la terapia indicada no es oportuna y eficaz.OBJETIVOS: Presentar resultados perioperatorios de caso de UC refractaria a tratamiento endoscópico y revisar literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente intervenida en centro universitario. Revisión Pubmed:" Cameron lesions", "surgery", "hiatal hernia" y "gastrointestinal bleeding".RESULTADO: Hombre de 65 años, hospitalizado por HDA por úlcera gástrica (UG) recurrente y anemia severa en reiterados episodios, portador de hernia hiatal grande por deslizamiento, manejado previamente con inyectoterapia y hemoclip y en este episodio con hemospray y clips y luego argón plasma, que cursa nuevamente con HDA masiva. Ante fracaso de la terapia endoscópica se programa cirugía de la UG. Se realiza gastrectomía en cuña de la lesión sangrante localizada en el ángulo, cruroplastía y fundoplicatura parcial posterior de Toupet. Se realizó marcación endoscópica intraoperatoria de la lesión con azul de metileno para una resección dirigida. La histología descarta neoplasia. Paciente evoluciona favorablemente, sin recurrencia de la HDA ni nuevos requerimientos transfusionales, dado de alta al día 2 postoperatorio. CONCLUSIÓN: La cirugía es parte del tratamiento de las UC. El manejo debe ser individualizado, considerando estabilidad clínica, asegurando un tratamiento en agudo y definitivo. La indicación clásica es la hernioplastía asociada a una fundoplicatura, pero además puede estar indicada una cirugía resectiva gástrica en caso de sangrados masivos que no respondan a terapia endoscópica. La vía laparoscópica es segura y eficaz en la resolución del cuadro, lo cual se representa también en nuestro caso.

GIST GÁSTRICO ACCIDENTADO RESUELTO POR LAPAROSCOPIA: REPORTE DE UN CASO CON GEN C-KIT NEGATIVO

Enrique Biel W,[1,2,3], Josefa Erazo N.[1], Rodrigo Torres-Quevedo Q.[1,2,31]Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile; [2]Clínica Bío Bío, Chile, [3]Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente.INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son lesiones subepiteliales infrecuentes que se asocian a mutación del gen KIT en el 75 al 80% y menos frecuentemente a mutación del PDGFRA (5-8%). La ubicación más habitual es en el estómago (50-70%). La clínica es inespecífica y el diagnóstico se realiza frecuentemente por endoscopia y/o endosonografía, requiriendo toma de muestras para confirmación histológica. Se recomienda la resección tumoral en la mayoría de los casos y la cirugía mínimamente invasiva es la vía de elección. La terapia adyuvante dependerá de las características tumorales y las mutaciones presentes. Los casos con mutaciones distintas al C-KIT no son buenos respondedores a la droga más ampliamente utilizada, el imatinib, y requieren de otro tratamiento adyuvante.OBJETIVOS: Presentar resultados perioperatorios de caso de Gist Gástrico C-Kit (-), y revisar literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente intervenida en centro universitario. Revisión Pubmed: “GIST”, “C-kit protein”, “PDGFRA mutation”.RESULTADO: Mujer de 45 años con historia de síntomas digestivos inespecíficos, endoscopia digestiva (EDA) que muestra tumor subepitelial gástrico de 26 mm en curvatura menor. Tomografía que confirma hallazgos sugiriendo una ubicación antral. Se repite EDA para biopsia por punción y estudio histológico sugiere leiomioma. Luego de este procedimiento, la paciente ingresa por abdomen agudo a urgencias, se repite tomografía evidenciando un crecimiento de la lesión hasta 6 cm y compromiso hasta región prepilórica. Ante la discordancia respecto al crecimiento tumoral y en pos de evaluar factibilidad de una resección segmentaria, se estudia con resonancia magnética (RM), sospechando sangrado tumoral como posible explicación al crecimiento. La RM lo confirma, informando masa sólida de 29 x 27 mm con componente líquido compatible con hematoma. Se indica una gastrectomía laparoscópica en cuña guiada por endoscopia. La histología revela un GIST con mutación c-KIT negativa y mutación del exón 18 del gen PDGFRA. Se presenta en comité oncológico determinando sólo seguimiento. EDA y tomografía a los 6 meses, sin hallazgos patológicos.CONCLUSIÓN: Los GIST gástricos no son tumores de crecimiento acelerado y al ser subepiteliales no son fáciles en su estudio endoscópico. La endosonografía es una mejor opción para punción con aguja fina; pueden presentar sangrado como complicación y mal interpretarse como crecimiento tumoral en una imagen. La RM evalúa mejor la presencia de un componente líquido. La investigación actual busca mejorar estrategias terapéuticas y pronóstico de los GIST C-Kit (-).

METÁSTASIS CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA Y ASINTOMÁTICA DE RECIDIVA EN CÁNCER GÁSTRICO

Carolina Espinoza Palma, Jesús Rojas Lizana, Glomaryeth Luque Sulbarán, César Muñoz CastroUniversidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca.INTRODUCCIÓN: Las metástasis cutáneas provenientes de neoplasias viscerales son infrecuentes, con una incidencia entre 0,71-9%. Estas lesiones carecen de características distintivas, lo que dificulta su diagnóstico clínico. Comúnmente se presentan como nódulos cutáneos o subcutáneos de color rosado-violáceo, generalmente asintomáticos y a veces ulcerados.OBJETIVOS: Comunicar una presentación infrecuente de síntomas metastásicos de un cáncer gástrico.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de registros y archivos clínicos. Se realiza una descripción de la historia clínica y la evolución postoperatoria con documentación completa de imágenes y placas histológicas.RESULTADO: Paciente de 66 años con diagnóstico de cáncer de la unión gastroesofágica Sievert II, tratado con neoadyuvancia FOLFOX (6 ciclos) con tolerancia regular. Se realiza gastrectomía total, pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía con linfadenectomía D2. El paciente presenta buena evolución postoperatoria por lo que es dado de alta. La biopsia informa adenocarcinoma tubular poco diferenciado de origen gástrico pT4bN1M0 (3/38). Continúa en control oncológico y completa 12 ciclos de adyuvancia con FOLFOX. A los 13 meses del seguimiento postoperatorio y sin evidencia tomográfica de recurrencia oncológica se pesquisa una lesión malar izquierda atípica muy sospechosa de neoplasia. Es evaluado por cirugía de cabeza y cuello y se decide realizar biopsia. La biopsia de la lesión extirpada muestra "piel infiltrada por neoplasia epitelial con características de adenocarcinoma poco diferenciado ulcerado". La inmunohistoquímica descarta Merkel y melanoma, apoyando el origen metastásico gástrico. Después de 24 meses de postoperatorio el paciente se mantiene en quimioterapia paliativa con FOLFOX.CONCLUSIÓN: Solo un 6% de las metástasis de tumores sólidos viscerales son de carcinomas gástricos. Los sitios más comunes de metástasis del adenocarcinoma gástrico son el hígado, la cavidad peritoneal y los ganglios linfáticos regionales. Histológicamente, las lesiones se identifican como adenocarcinomas metastásicos, carcinomas de células escamosas o indiferenciados, raramente identificando el primario a menos que presenten células "en anillo de sello", comunes en neoplasias gastrointestinales, pulmonares, mamarias y vesicales. Las metástasis cutáneas en el cáncer gástrico al momento del diagnóstico son un signo de gravedad, asociado a etapas avanzadas de la enfermedad.

DIVERTÍCULO DUODENAL PERFORADO RESUELTO MEDIANTE MANEJO MÉDICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Susan Granados Neyra, Claudia Lemus Rivera, Ana Marín Marín, Jesús Coa BrachoClínica Dávila.INTRODUCCIÓN: El duodeno es la segunda ubicación más común para los divertículos intestinales después del colon, y se estima una prevalencia de hasta el 22%. Las complicaciones de los divertículos duodenales incluyen ulceración, sangrado, perforación e inflamación con obstrucción intestinal. Las causas de perforación incluyen diverticulitis, manipulación durante endoscopía, ulceración o cuerpos extraños. El divertículo duodenal perforado sigue siendo una entidad clínica rara, cuyo manejo óptimo no está bien establecido. Históricamente, la cirugía ha sido la modalidad de tratamiento preferida, pero esto se ha cuestionado durante la última década con la aplicación exitosa de la terapia no quirúrgica en pacientes seleccionados. OBJETIVOS: Realizar el reporte de un caso de un divertículo duodenal perforado y su tratamiento no quirúrgico.MATERIAL Y MÉTODO: Recolección de datos desde ficha clínica de la paciente, desde primera consulta hasta el alta.RESULTADO: Mujer de 48 años, hipertensa, consulta por dolor en hemiabdomen superior de 2 semanas de evolución, asociado a diarrea y vómitos. Ingresa a Urgencias normotensa, afebril, con abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorios evidencian leucocitos en 13.700 y PCR en 15. Tomografía Computada (TC) de abdomen y pelvis (AP) muestra neumoperitoneo, pequeña colección en pared posterior de la 3era porción duodenal asociado a colección hidroaérea sugerente de perforación, por lo que se hospitaliza. Se complementa con radiografía de esófago, estómago, duodeno (Rx EED) que muestra salida de contraste extraluminal de un divertículo ubicado entre la 2da y 3era porción duodenal. Dado paciente asintomática, sin signos de irritación peritoneal y parámetros inflamatorios bajos, se instaura manejo médico mediante régimen cero, nutrición parenteral, antibióticos endovenosos y drenaje percutáneo de las colecciones por radiología intervencional, con buena respuesta. Tanto la TC AP como la Rx EED de control muestran resolución de colecciones y perforación, respectivamente, por lo que se da de alta.CONCLUSIÓN: El manejo no quirúrgico de los divertículos duodenales perforados es un tratamiento poco frecuente, pero seguro en pacientes hemodinamicamente estables y sin signos de irritación peritoneal, bajo estrecha observación clínica, pudiendo complementarse con un enfoque intensificado de drenaje percutáneo en caso de colecciones intraabdominales significativas.

CÁNCER GÁSTRICO 2 AÑOS DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL. REPORTE DE UN CASO

Pascale Sallaberry S., Enrique Lanzarini S., Rodrigo Muñoz C., Alex Escalona P.Clínica Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: La cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más eficaz en pacientes con obesidad mórbida. La gastrectomía en manga (GM) es el procedimiento más frecuentemente realizado en tratamiento quirúrgico de la obesidad. Se presenta caso de paciente que desarrolla cáncer gástrico (CG) posterior a gastrectomía en manga.OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino, 38 años, con CG avanzado dos años después de GM. Endoscopía preoperatoria y biopsias quirúrgicas de GM fueron normales. El diagnóstico se realizó mediante endoscopía de seguimiento, revelando adenocarcinoma avanzado. Se realizó etapificación con tomografía y endosonografía que informan compromiso subseroso sin adenopatías en imágenes. Se realiza quimioterapia neoadyuvante y gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D2 guiada por fluorescencia. Técnica quirúrgica: Gastrectomía total realizada por vía laparoscópica. Utilización de fluorescencia con verde indocianina para evaluar distribución ganglionar. Disección ganglionar D2. Resección de grupos 2 y 4 aparte porque arcada separada del estómago por antecedente de GM previa. Esófago-yeyuno anastomosis termino-lateral en Y de Roux manual. Extracción de pieza operatoria por laparotomía transversa suprapúbica. Se dejan drenajes en relación a esófago-yeyuno anastomosis y a muñón duodenal.RESULTADO: El paciente presentó una buena evolución postoperatoria, recibió quimioterapia adyuvante y se encuentra en seguimiento oncológico.CONCLUSIÓN: El CG tras GM ha sido descrito como reporte aislado. Este caso, paciente de 38 años, plantea interrogantes sobre su origen. La baja incidencia y la lenta progresión del CG sugieren un tumor preexistente no detectado en endoscopía preoperatoria o rápido desarrollo post-GM. La primera hipótesis enfatiza la importancia de endoscopía preoperatoria exhaustiva en todo candidato a CB, independientemente de la edad. La segunda, plantea la posibilidad de CG agresivo o factores asociados a GM que aceleran la carcinogénesis. En este caso, la endosonografía fue crucial para evaluar extensión del tumor dada anatomía alterada post-GM. La linfadenectomía D2 guiada por fluorescencia optimizó la identificación de ganglios linfáticos a pesar de no alcanzar el número óptimo de ganglios resecados. Este caso destaca la importancia del seguimiento clínico y endoscópico de pacientes sometidos a GM. Endoscopía preoperatoria y el seguimiento endoscópico de rutina pueden ayudar a detección temprana del CG, mejorando el pronóstico a largo plazo.

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA GASTRODUODENAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: REPORTE DE CASO

Felipe Barnert, Macarena Grandon, John Bittner, Erick CastilloHospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva es una condición médica potencialmente grave que puede tener diversas etiologías. El diagnóstico etiológico del sangrado gastrointestinal es fundamental para definir el manejo y, algunas veces, puede ser complejo, especialmente ante causas infrecuentes.OBJETIVOS: Exponer dos casos de pacientes, que cursaron con hemorragia digestiva alta secundario a malformación arteriovenosa gástrica (MAV).MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico y revisión de literatura.RESULTADO: Caso 1: Masculino de 60 años, con antecedente de hábito alcohólico suspendido, gastritis y hemorragia digestiva alta (HDA), acude a urgencias por melena de 3 días de evolución. Se realizó endoscopia digestiva alta (EDA) que informó una lesión corporal gástrica, 30 x 20 mm, cubierta con fibrina, sin sangrado. Se instalaron clips hemostáticos. Persistió con dolor abdominal, taquicardia y caída del hematocrito. Nueva EDA no evidenció sangrado activo. Posteriormente evoluciona con shock hemorrágico, requiriendo de laparotomía exploradora urgente donde se constató lesión descrita, sin objetivar sitio de sangrado por lo que se realizó gastrectomía subtotal. Evolucionó favorablemente, egresando a los 5 días. Anatomía patológica reportó una MAV submucosa perforada trombosada, sin malignidad. Caso 2: Masculino de 53 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión y obesidad. Ingresó por gangrena genital y perineal que requirió de resección, aseos quirúrgicos y colostomía de aseo. Durante la hospitalización cursó con melena asociado a caída del hematocrito y compromiso hemodinámico. Se realizó EDA que consignó una lesión de Dieulafoy en la segunda porción duodenal con sangrado activo controlándose con inyección de adrenalina y hemoclips. Nuevo deterioro hemodinámico motivó una embolización dirigida por arteriografía, con buena respuesta. CONCLUSIÓN: La HDA constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias y está asociada a una alta morbimortalidad y costos en salud. La gran mayoría corresponden a sangrados de origen variceal y sólo un 1 a 2% de las HDA no variceales tienen su origen en MAV gástrica. En este escenario, la MAV gástrica representa un desafío diagnóstico. Su presentación clínica no varía con respecto a otras causas de HDA y la presentación endoscópica es variable, incluyendo lesiones planas imperceptibles hasta la visualización directa del vaso sangrante. El tratamiento de estas lesiones también representa un reto, dado que las MAV reciben más de una arteria nutricia y/o múltiples shunts. Para fines terapéuticos el abordaje endoscópico es el más utilizado. La angioembolización directa es una buena alternativa y, ante inestabilidad hemodinámica es razonable plantear un quirúrgico.

METÁSTASIS COLÓNICA DE PRIMARIO GÁSTRICO: REPORTE DE CASO

Felipe Barnert, John Bittner, Macarena Grandon, Erick CastilloHospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico es la quinta neoplasia maligna más frecuente y la cuarta causa de muerte oncológica. Aproximadamente un 50% de pacientes con cáncer gástrico tienen metástasis al momento del diagnóstico. Las ubicaciones habituales de metástasis son el hígado, pulmón y peritoneo.OBJETIVOS: Describir caso clínico, de un paciente con cáncer gástrico que recibió tratamiento con intención curativa y que progresó con metástasis colónica única.MATERIAL Y MÉTODO: Se revisa caso clínico y análisis de la evidencia publicada.RESULTADO: Masculino de 41 años, sin antecedentes. Por epigastralgia y baja de peso de 2 meses de evolución se realizó endoscopia digestiva que constató lesión corporoantral neoplásica tipo Borrmann IV. Biopsia confirmó adenocarcinoma. Estudio de etapificación fue negativo para diseminación. Se realizó gastrectomía total R0 y linfadenectomía D2 en Julio del 2021. Biopsia definitiva informó tumor de 15.5x10 cm tipo adenocarcinoma poco cohesivo con células en anillo de sello. Se resecaron 28 ganglios, sin metástasis. La etapificación fue T3N0M0. Recibió adyuvancia con 8 ciclos de Xelox. Tomografía de seguimiento post quimioterapia evidenció engrosamiento inespecífico rectal. La colonoscopia no evidenció neoplasia. Posteriormente cursó con síndrome de obstrucción intestinal. Tomografía, colonoscopia y resonancia de pelvis demostraron neoplasia infiltrante transmural del recto medio, con compromiso de grasa mesorrectal anterior. Antígeno carcinoembrionario resultó de 1.5 ng/mL. Biopsia endoscópica informó carcinoma pobremente cohesivo. Inmunohistoquímica sugerente de metástasis de primario gástrico. Se realizó colostomía de urgencia. Posteriormente se realizó radioterapia con técnica VMAT, dosis 25 Gy en 5 fracciones y completó 6 ciclos de FOLFOX neo. Rectoscopia, PET CT y resonancia de pelvis (junio 2024) demostraron respuesta clínica completa por lo que se decide seguimiento.CONCLUSIÓN: Las lesiones metastásicas de colon y recto en el cáncer gástrico son infrecuentes siendo la evidencia al respecto limitada a reportes y series de casos. Se ha observado mayor incidencia en tumores gástricos con tipo histológico de Lauren, linitis plástica, diseminación peritoneal y células en anillo de sello. El seguimiento del cáncer gástrico no incluye el estudio dirigido del colon o el recto, por otra parte, existe un alto porcentaje de falsos negativos (54%) en el estudio endoscópico por lo que la detección precoz de esta complicación es difícil y requiere un alto índice de sospecha. No hay consenso en el tratamiento, reportándose en la literatura manejos variados que van desde la observación, resección quirúrgica y quimio-radioterapia en pacientes con metástasis única.

GASTRECTOMÍAS POR CÁNCER GÁSTRICO EN CENTRO DE REFERENCIA AL SUR DE CHILE REVISIÓN HISTÓRICA 2017-2023

Francisca Díaz, Felipe Barnert, Karen Concha, John Bittner , Nelson Corsini, Francisco Izquierdo, Erick CastilloHospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico presenta alta prevalencia y morbimortalidad en Chile y ,particularmente, en la región de Los Lagos. La cirugía oncológica es la única opción curativa en la mayoría de los casos. Ante la descentralización en salud, es necesario comparar y consensuar estos resultados perioperatorios con evidencia de calidad disponible.OBJETIVOS: Analizar los resultados perioperatorios de pacientes gastrectomizados por cáncer, con intención curativa y compararlos con los reportados el estudio es del consorcio gastrobenchmark y GASTRODATA.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo y descriptivo, realizado en el Hospital de Puerto Montt entre 2017 y 2023, incluyendo a todos pacientes consecutivos sometidos a gastrectomía electiva por cáncer gástrico, total (GT) o subtotal (GST), con intención curativa. Se excluyeron pacientes con cáncer sincrónico y metastásico. Se registraron variables demográficas y perioperatorias.RESULTADO: Se realizaron 314 gastrectomía durante el periodo descrito. 218 (69.4%) fueron GT y 96 (30.6%) GST. La media de edad fue 65 años (29-89), 66% fueron hombres, la mediana de índice de masa corporal fue 26.6 Kg/m2. El 65% de los pacientes presentaban comorbilidad siendo más frecuente la cardiovascular (54%). La puntuación de ASA más frecuente fue II (37%), seguido de III (34%). En GT el tiempo operatorio promedio fue de 150 minutos en abordaje abierto y 279 en laparoscópico. En GST fue de 140 minutos en abordaje abierto y 248 en laparoscópico. La mediana de estadía hospitalaria en GT fue de 9 días y 8 días en GST. Se convirtió a laparotomía en 6 casos, 5 (17.2%) en GT y 1 (3.1%) en GST. En GT hubo un 21% de morbilidad global y 19.7% en GST. 10 pacientes (4.6%) requirieron de reintervención en GT y 6 (6.25%) en GST. La mortalidad intrahospitalaria fue 1.5% en GT y 1.6 en GST. Se logró resección R0 en el 96% de los casos. La cosecha ganglionar promedio fue 39 ganglios en GT y 29 en GST.CONCLUSIÓN: Comparado con el grupo “Benchmark y no-benchmark” publicado el consorcio gastrobenchmark y GASTRODATA el 2024 destaca que esta serie tiene una media de edad mayor (65 años vs 55), similar estadía hospitalaria (8-9 días vs 10 días), morbilidad, (21% vs 19.8-22.5%). resección R0 (96% y 98%) y cosecha linfonodal (39 vs. 40 ganglios). Sin embargo, destacó mayor mortalidad (1% vs. 0.3%). Hubo menor proporción de cirugía laparoscópica (19% vs 58%). La cirugía gástrica oncológica en nuestro centro regional puede lograr estándares perioperatorios comparables a los publicados en el análisis de benchmark.

TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO Y PANCREÁTICO SINCRÓNICO. GASTRECTOMÍA EN MANGA Y PANCREATECTOMÍA DISTAL EN UN TIEMPO. REPORTE DE CASO

Felipe Barnert, Karen Concha, Gustavo Martínez, John Bohle, Erick CastilloHospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) gastropancreáticos representan un 2% de todas las neoplasias. Los TNE sincrónicos son raros en pacientes sin neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (NEM 1), siendo la evidencia disponible limitada a algunos reportes de caso.OBJETIVOS: Video de la técnica quirúrgica empleada para resecar un tumor neuroendocrino gástrico y un tumor neuroendocrino de páncreas sincrónico, con abordaje laparoscópico.CONTENIDO DE VIDEO: Por chequeo médico un paciente masculino de 70 años se realizó endoscopia digestiva alta evidenciando lesión de aspecto neoplásico de 3-4 cm de diámetro en el cuerpo gástrico, por la curvatura mayor con pliegues engrosados, indurado y congestivo que presenta en su superficie pequeñas erosiones con fibrina.Biopsia endoscópica: tumor neuroendocrino bien diferenciado, G2, índice Ki67 10%. TC TAP compatible con lesión neoplásica gástrica de curvatura mayor, sin diseminación. Se complementó estudio con PET-DOTATATE que informó un engrosamiento mural de la curvatura mayor del cuerpo gástrico con sobreexpresión de receptores de somatostatina con SUVmax 35.1 asociado a una masa de la cola del páncreas con hiperfijación del péptido radiomarcado de 38 x 25 cm con SUVmax de 29.7. Resto normal. Se discute en comité y se decide cirugía. Se realizó una gastrectomía en manga y pancreatectomía distal por laparoscopia en un tiempo, sin incidentes y con buena evolución postoperatoria, alta al quinto dia. La biopsia definitiva: Tumor bifocal gástrico (6 cm) y pancreático (3,5 cm). Nivel de infiltración gástrica hasta serosa, pancreático hasta tejido adiposo. Ambos tumores con permeaciones linfovasculares y perineurales positivas. 4/7 linfonodos peripancreáticos comprometidos por tumor. Ambos tumores sin compromiso de margen quirúrgico y con inmunohistoquímica con cromogranina A y sinaptofisina positivo, intenso y difuso. Índice Ki67 15-20% para estómago (NET-2, G2) y 20-30% páncreas (NET-3, G3).

SOBREVIDA ALEJADA Y MORBIMORTALIDAD DE LA ESOFAGUECTOMÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOQUIMIOTERAPIA CON ESQUEMA CROSS

Marcela Puente, Enrique Norero, Marco Ceroni, Paulina González, Fernando Araos, Raúl Cartes, Alfonso DíazHospital Sotero del Río, SSMSO, Pontificia Universidad Católica.INTRODUCCIÓN: En cáncer de esófago y unión gastroesofágica el estándar actual de tratamiento oncológico es la neoadyuvancia. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es evaluar la sobrevida a largo plazo de los pacientes sometidos al esquema CROSS y cirugía, el porcentaje de respuesta patológica completa y la morbimortalidad de la esofaguectomía luego de este tratamiento.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo a partir de una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes con cáncer de esófago y unión gastroesofágica que recibieron neoadyuvancia con radioquimioterapia, con esquema CROSS (41.4 Gy de radiación y carboplatino/placitaxel) a quienes se les realizó esofaguectomía entre los años 2014 y diciembre 2023. Se utilizo la clasificación de Mandard para la evaluación de la respuesta patológica. Para el análisis de la sobrevida a largo plazo se utilizaron curvas de Kaplan-Meier.RESULTADO: Treinta y cuatro pacientes recibieron el esquema CROSS, cinco pacientes no fueron a resección. Se evaluaron 29 pacientes (55% hombres, edad 65 años, 79% carcinoma escamoso). El tumor se ubicaba en el tercio inferior en el 52% de los casos. Se realizó esofaguectomía con videotoracoscopía en el 97% de los casos. La mortalidad perioperatoria a 30, 60, 90 días fue del 3%, 7% y 7%, dado una necrosis del tubo gástrico y una neumonía COVID grave. La morbilidad fue del 72% (filtración de la anastomosis 38%, complicaciones respiratorias 21%). La resección se consideró R0 en el 86%, R1 7% y R2 en el 7% de los casos. De los carcinomas escamosos, el 48% presentó una respuesta patológica completa. La mediana de seguimiento fue de 26 meses. La sobrevida global a 5 años fue de 44%, mediana de 46 meses. La sobrevida global de adenocarcinoma a 5 años fue de 66%, mediana no alcanzada. La sobrevida global del cáncer escamosos a 5 años fue de 40%, mediana de 26 meses. La sobrevida global de los pacientes con respuesta patológica completa (Mandard 1) a 5 años fue de 64%, con una de mediana 78 meses. CONCLUSIÓN: La sobrevida fue comparable a los estudios internacionales con el esquema CROSS y superior a la sobrevida histórica de nuestro centro. Aproximadamente la mitad de nuestros pacientes con carcinoma escamoso presentó respuesta patológica completa. La morbimortalidad es comparable a series de esofaguectomías publicadas sin neoadyuvancia.

FACTORES ASOCIADOS A ESTADIA HOSPITALARIA PROLONGADA TRAS GASTRECTOMÍA POR CANCER EN HOSPITAL LA FLORIDA

Pascale Sallaberry S., Valentina Molina H., Cecilia Casanova N., Catalina Vidal O., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.Hospital La Florida.INTRODUCCIÓN: La gastrectomía es un procedimiento quirúrgico complejo e invasivo, con morbimortalidad considerable, que muchas veces requiere de una estadía hospitalaria prolongada. Las consecuencias negativas de una hospitalización prolongada son conocidas y han sido ampliamente estudiadas. Identificar factores que influyen en hospitalizaciones prolongadas permite buscar alternativas que logren impactar en disminuir la estadía hospitalaria.OBJETIVOS: Determinar los factores clínicos y quirúrgicos asociados a una estancia hospitalaria prolongada en pacientes sometidos a gastrectomía en un hospital público.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de diseño analítico retrospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a gastrectomía (total o subtotal) por cáncer gástrico en un hospital público chileno Julio 2020 y junio 2024. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y resultados postoperatorios y días de estadía hospitalaria de las fichas clínicas electrónicas. Se describieron las variables con medianas y rangos y frecuencias absolutas y relativas. Se evaluó la distribución de los datos con la prueba se Shapiro Wilk. Se compararon las variables categóricas con la prueba de Chi2 y las variables numéricas con la prueba de Mann Whitney. Se realizó un análisis de regresión lineal para identificar los factores de riesgo independientes asociados a estadía hospitalaria prolongada, ajustando por posibles variables de confusión. Se hizo una transformación logarítmica de la estadía por su distribución con asimetría a derecha. Se considero un valor $p<0,05$ y se utilizó el software STATA v16.RESULTADO: Se incluyeron 93 pacientes. La mediana de edad fue de 61 (31-87) años y un 66% (61) fue de sexo masculino. Se obtuvo una mediana de hospitalización de 11 días (4-45). No se encontraron diferencias significativas en las medianas de días de hospitalización según sexo, ni comorbilidades. Se encontraron diferencias en según el tipo de gastrectomía (total 5 días vs subtotal 4; $p<0,01$) y según el abordaje (laparoscópica 4 días vs abierta 6 $p=0,02$). Además, se encontró asociación entre todas las complicaciones registradas y la estadía (Filtración anastomosis, filtración muñón, complicación respiratoria, sepsis o hemoperitoneo; $p<0,05$). La regresión lineal del logaritmo de estadía mostró que, al ajustar por edad, sexo, tipo de abordaje y tipo de gastrectomía, las 5 complicaciones siguen determinando una mayor estadía de forma estadísticamente significativa ($p<0,05$).CONCLUSIÓN: La gastrectomía total en comparación con el subtotal y la técnica abierta versus laparoscópica, se asocian a mayores estadías hospitalarias. Por otro lado, las complicaciones postoperatorias (filtración anastomosis, Filtración muñón, complicación respiratoria, sepsis o hemoperitoneo), fueron factores determinantes en prolongar la estadía hospitalaria de las pacientes post-gastrectomías.

GASTRECTOMÍA TOTAL ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS POSTOPERATORIOS Y CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS ONCOLÓGICOS

Pascale Sallaberry S., Nicolle Pinto V., Valentina Molina H., Cecilia Casanova N., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.Hospital La Florida.INTRODUCCIÓN: La gastrectomía total es una de las alternativas quirúrgicas para el cáncer gástrico. El abordaje laparoscópico ha demostrado beneficios en términos de recuperación postoperatoria y menor morbilidad, así como también, no inferioridad respecto a resultados oncológicos al compararla con el abordaje abierto. Actualmente, en nuestro centro, la vía mínimamente invasiva es la vía de elección. OBJETIVOS: Comparar los resultados postoperatorios y cantidad de linfonodos resecados en pacientes sometidos a gastrectomía total abierta versus laparoscópica.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio analítico retrospectivo de cohortes de pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico en un hospital público chileno entre Julio 2020 y junio 2024. Se recopilaron datos desde fichas clínicas electrónicas de cada paciente que se tabularon en tabla excel. Se compararon los grupos de gastrectomía abierta y laparoscópica utilizando pruebas estadísticas como p value para determinar significancia estadística de cada variable analizada.RESULTADO: De las 93 gastrectomías realizadas en el periodo estudiado, 65 fueron gastrectomías totales, de las cuales 45 fueron laparoscópicas y 20 abiertas. Edad media de pacientes sometidos a gastrectomía total laparoscópica fue de 66 años y abierta 71. En laparoscópicas, 38% fueron mujeres y 63% hombres. En abierta 20% mujeres y 80% hombres. Entre pacientes sometidos a gastrectomía abierta versus laparoscópica, no hubo diferencia significativa en comorbilidades asociadas (p=0,453), tiempo operatorio (p=0,298), reoperación (p=0,803), reingreso a 30 días (p=0,726), mortalidad (p=0,064) y resección de linfonodos (p=0,06). En cambio, las variables que si presentaron diferencia significativa son porcentaje de cirugía anexa asociada a gastrectomía (p=0,00012) y complicaciones postoperatorias (p=0,004), destacando esta última en favor de cirugía laparoscópica. CONCLUSIÓN: Tal como está descrito en la literatura internacional, los resultados de este estudio analítico comparativo respaldan el beneficio de la gastrectomía total laparoscópica en relación con la abierta, disminuyendo significativamente con técnica laparoscópica las complicaciones postoperatorias. Respecto a los resultados oncológicos, la resección de linfonodos es comparable en abordaje laparoscópico como en abordaje abierto. La gastrectomía total laparoscópica es segura y efectiva.

FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTES PARA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS GASTRECTOMÍA POR CANCER: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE UNA COHORTE DE PACIENTES

Pascale Sallaberry S., Cecilia Casanova N., Valentina Molina H., Catalina Vidal O., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.Hospital La Florida.INTRODUCCIÓN: Las complicaciones postoperatorias tras gastrectomía representan un desafío significativo en cirugía, impactando, entre otros, la recuperación del paciente y los costos hospitalarios. Identificar los factores de riesgo independientes asociados a estas complicaciones es crucial para optimizar la atención perioperatoria y mejorar los resultados. Este estudio busca analizar múltiples factores clínicos y quirúrgicos para determinar aquellos que predicen de forma independiente el desarrollo de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a gastrectomía.OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo independientes asociados al desarrollo de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a gastrectomía.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de diseño analítico retrospectivo de cohorte. Se incluyeron pacientes sometidos a gastrectomía (total o subtotal) por cáncer gástrico en un hospital público chileno julio 2020 y junio 2024. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y resultados postoperatorios de las fichas clínicas electrónicas. Se describieron las variables con medianas y rangos y frecuencias absolutas y relativas. Se evaluó la distribución de los datos con la prueba se Shapiro Wilk. Se compararon las variables categóricas con la prueba de Chi2 y las variables numéricas con la prueba de Mann Whitney. Se realizó un análisis de regresión logística multivariado para identificar los factores de riesgo independientes asociados a complicaciones postoperatorias, ajustando por posibles variables de confusión. Se considero un valor $p<0,05$ y se utilizó el software STATA v16.RESULTADO: Se incluyeron 93 pacientes. La mediana de edad fue de 61 (31-87) años y un 66% (61) de sexo masculino. No hubo asociación entre las diferentes comorbilidades (diabetes, hipertensión, tabaquismo y enfermedad pulmonar) ($p>0,05$) con la complicación postoperatoria. Ni tampoco asociación con la hemoglobina preoperatoria ($p=0,3$). Con respecto a los datos intraoperatorios/quirúrgicos los pacientes con gastrectomía total presentaron mayor proporción de complicaciones que aquellos con gastrectomía subtotal (36% versus 12%; $p=0,01$). No hubo asociación con el abordaje ni con el tiempo quirúrgico ($p>0,05$). El análisis de regresión entregó que los pacientes con gastrectomía total tienen 4,3 (IC95% 1,1-15,7; $p=0,03$) veces más chance de tener una complicación. Al ajustar por edad, sexo y tipo de abordaje mantiene su significancia, no así al ajustar por tiempo quirúrgico cuya significancia cambia a $p=0,2$.CONCLUSIÓN: De las variables revisadas, el tipo de gastrectomía es la única variable independiente con significancia estadística que se establece como factor de riesgo de complicaciones postoperatorias, teniendo un riesgo 4,3 veces mayor los pacientes sometidos a gastrectomía total en comparación con los sometidos a gastrectomía subtotal.

ESOFAGECTOMÍA TOTAL USANDO EL NUEVO STAPLER ENDRIVE ZERO

Alberto Sirabo, Michael Schiller, Matías Sosa, Cristóbal DavanzoIST, Clínica Lo Curro.INTRODUCCIÓN: Un paso crítico de la esofagectomía total es la tubulización del estómago la cual realizamos con el nuevo Stapler Endrive Zero.OBJETIVOS: Mostrar el primer caso de tubulización gástrica en esofagectomía total usando Endrive Zero.CONTENIDO DE VIDEO: Resumen de esofagectomía total mínimamente invasiva poniendo énfasis en la tubulización gástrica usando Endrive Zero.

LIPOMA GÁSTRICO SINTOMÁTICO, UNA ENTIDAD INHABITUAL: REPORTE DE CASO

Sofía Hernández G., Daniela Leporati J., Carlos Cárcamo I., Carla Lillo M., Francisco Reiser V.Instituto de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Base de Valdivia.INTRODUCCIÓN: El lipoma gástrico es un tumor infrecuente, constituyendo el 3% de los tumores benignos del estómago y el 1% de los tumores gástricos, con 32 reportes de casos en adultos desde 1980. Generalmente, son únicos y asintomáticos, diagnosticándose incidentalmente durante procedimientos endoscópicos o estudios imagenológicos en los que suele confundirse con tumores gastrointestinales estromales (GIST). Además, pueden causar dolor abdominal, hemorragia digestiva o síntomas obstructivos, especialmente a mayor tamaño. Por ello, su tratamiento es la resección endoscópica o quirúrgica.OBJETIVOS: Presentar un caso de lipoma gástrico manejado en nuestra institución, destacando el proceso diagnóstico y tratamiento.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de caso clínico a partir de ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Paciente masculino de 80 años, con antecedente de hipertensión arterial, presentó epigastralgia persistente. Una ecografía abdominal reveló un tumor sólido de origen gástrico y colelitiasis. La endoscopia digestiva alta evidenció mucosa gástrica difusamente atrófica, gran protrusión de la pared de la curvatura menor, con dos ulceraciones con fibrina, compatible con un tumor gástrico ulcerado de aspecto submucoso tipo GIST. La tomografía computarizada mostró una masa voluminosa de 12,6 cm, con grasa macroscópica y septos en su interior, de crecimiento endoluminal en la curvatura menor, sin componentes nodulares definidos. Se programó una gastrectomía subtotal con gastroyeyunanastomosis en Y de Roux y colecistectomía laparoscópica. Durante la exploración se observó un estómago abombado por un gran tumor, con serosa indemne y sin signos de metástasis. La evolución postoperatoria fue favorable, iniciando realimentación progresiva al primer día y alta al cuarto día. La biopsia mostró una lesión submucosa expansiva de 13x9x5 cm con márgenes libres, constituida por adipocitos maduros sin atipias, vasos capilares y vénulas interpuestas, siendo el diagnóstico final de lipoma gástrico.CONCLUSIÓN: El lipoma gástrico es un tumor benigno infrecuente. El manejo depende de los síntomas, el tamaño del tumor y la sospecha de un diagnóstico alternativo. Las técnicas de imagen como la endosonografía son útiles para el diagnóstico diferencial, pero el diagnóstico definitivo se obtiene mediante análisis histopatológico. Se recomienda la resección endoscópica para tumores menores de 2 cm y la cirugía abierta o laparoscópica para tumores mayores. La recurrencia es baja (5%) y no requeriría seguimiento tras la resección completa, aunque se necesita más literatura para llegar a consensos. Este caso ejemplifica un enfoque de manejo integral y exitoso, desde el diagnóstico hasta la recuperación postoperatoria, proporcionando una referencia valiosa para la práctica clínica y contribuyendo a la escasa literatura existente sobre el lipoma gástrico.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA EN ACALASIA ESOFÁGICA

Megan Neumann, María Jesús Irarrázaval, Josefina Sáez, Andrés Benítez, Fernando Crovari, Fernando Pimentel, Luis Ibáñez Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Acalasia esofágica, es un trastorno infrecuente de la motilidad esofágica. Si bien no existe tratamiento curativo, la Miotomía de Heller Laparoscópica (MHL) sigue siendo una de las opciones quirúrgicas más efectivas para el tratamiento de esta condición. Los resultados a corto plazo de la MHL están bien documentados y respladados en la literatura, sin embargo, se dispone de datos limitados que evaluén sus resultados a largo plazo. OBJETIVOS: Analizar los resultados a largo plazo de la MHL en paciente con acalasia esofágica operados en un hospital de alto volumen.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión retrospectiva en pacientes con diagnóstico de acalasia esofágica, que se sometieron a MHL entre los años 2001 y 2016. Se incluyeron pacientes de todas las edades, con o sin tratamiento previo, y con seguimiento a largo plazo (por más de 5 años). Se recolectó información de seguimiento endoscópico, necesidad de reintervenciones, y control sintomático mediante puntaje de Eckardt. RESULTADO: Se operaron 77 pacientes, 42 hombres y 35 mujeres, con diagnóstico de acalasia esofágica. La mediana de edad fue de 46 años (13 - 88 años). Un 13% tenía tratamiento previo no invasivo. Del estudio preoperatorio, 31% se realizó esofagograma, 100% endoscopía digestiva alta, y 24% manometría esofágica. El abordaje quirúrgico fue por vía laparoscópica en todos los casos, con un 2.6% de conversión. En 27% de los casos se asoció algún mecanismo antirreflujo como Dorr o Toupet, y en un 5% se usó parche de Thal. La morbilidad postoperatoria durante los primeros 30 días fue de un 2.6%, mientras que la mortalidad fue de 0%. El control sintomático demostró mejoría estadísticamente significativa para todas las categorías del puntaje de Eckardt. En cuanto al seguimiento endoscópico, el primer año se realizó control el 61% de los pacientes, a los 3 años un 50,1%, a los 5 años un 45% y a más de 6 años un 24%. Se identificaron signos de recidiva en el 14% de los pacientes y esofagitis en un 7%. Para el manejo de recidiva, 4% se realizó dilatación, 7% POEM y 1% reoperación. CONCLUSIÓN: En nuestro estudio de seguimiento, un 85,7% de los pacientes operados se mantiene, a largo plazo, sin signos endoscópicos de recidiva ni esofagitis. Se evidencia un adecuado control sintomático, medido por puntaje de Eckardt, lo que respalda la eficacia de MHL como tratamiento quirúrgico para la acalasia esofágica.

EVALUACIÓN DE SOBREVIDA A LARGO PLAZO Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER ESOFÁGICO EN ESTADIO T1 SOMETIDOS A ESOFAGECTOMÍA

Gonzalo Sáez C., Luis Contreras S., Enrique Norero M., Marco Ceroni V., Javier Meneses P., Paulina González, Fernando Araos, Alfonso Díaz Hospital Dr. Sótero del Río, SSMSO, Pontificia Universidad Católica de Chile. INTRODUCCIÓN: El cáncer esofágico en estadíos tempranos tiene una baja frecuencia, ya que la mayoría de los casos se diagnostica en estadíos avanzados. Existen actualmente 2 principales alternativas terapéuticas en cáncer esofágico T1 (compromiso de mucosa o submucosa), endoscópico y quirúrgico. Históricamente la esofagectomía se considera un procedimiento de alta morbi-mortalidad, sin embargo, en estadíos tempranos la cirugía podría presentar menor tasa de complicaciones.OBJETIVOS: Evaluar la mortalidad post operatoria y la sobrevida a largo plazo en esofagectomía en cáncer esofágico T1. MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo, a partir de una base de datos prospectiva. Incluimos a los pacientes que se sometieron a una esofagectomía con etapificación T1 entre los años 1996 y 2023. Se realizó una descripción demográfica, características tumorales, tipo de cirugía y sobrevida alejada. Se consideró la mortalidad post operatoria a 30, 60 y 90 días. Y se calculó la sobrevida global con curvas de Kaplan Meier. RESULTADO: Incluimos 16 pacientes (11 Hombres, edad promedio 63 años), 56% presentaban alguna comorbilidad. La ubicación del tumor fue 19% tercio superior, 63% medio y 19% inferior. El tipo histológico fue 44% adenocarcinoma y 56% escamoso. El tipo de cirugía fue 38% esofagectomía abierta (3 transhiatales y 3 transtorácicas) y 62% esofagectomía mínimamente invasiva (8 McKeown y 2 Ivor Lewis). El sangrado promedio fue de 205?95 cc, con un tiempo quirúrgico promedio de 400?72 min. La morbilidad postoperatoria fue de 81%, de los cuales un 25% fue Clavien ≥ 3. La mortalidad a 30, 60 y 90 días fue de 0%. La mediana de estadía hospitalaria fue de 20 días. En el 100% de los casos se logró resección R0, con un promedio de 19?13 ganglios resecados, todos los casos fueron N0. La profundidad fue T1a (mucoso) 81% y T1b (submucoso) 19%. La sobrevida global 5 años fue de 94% con una mediana de seguimiento de 101 meses.CONCLUSIÓN: En esta serie de pacientes que se sometieron a una esofagectomía por cáncer esofágico T1 no se presentó mortalidad postoperatoria. La sobrevida a largo plazo superó el 90%. Estos resultados se deben considerar al evaluar las alternativas de tratamiento quirúrgico o endoscópico en pacientes con cáncer esofágico en estadio T1.

VÓLVULO Y NECROSIS GÁSTRICA COMO RESULTADO DE UNA RECIDIVA PRECOZ EN HERNIOPLASTÍA HIATAL ELECTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Josefa Erazo N.[1], Darwin Madrid C.[1], Camila Olave V.[1], Enrique Biel W.[1,2], Jorge Gajardo J.[1,2], Thomas Schaub F.[1,2], Óscar Gamarra Ch.[1,2], Francisco Pacheco B.[1,2], Héctor Molina Z.[1,21]Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile, [2]Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: El vólvulo gástrico (VG) agudo es una complicación infrecuente posterior a una funduplicatura, siendo una emergencia quirúrgica, con morbilidad elevada y potencialmente letal. En su presentación mesenteroaxial, 29% de los casos, la estrangulación ocurre sólo en el 5-28%, requiriendo una intervención quirúrgica de urgencia. La tomografía computarizada (TC) es de elección para el diagnóstico, y la endoscopia es de utilidad para visualizar la anatomía, vitalidad de la mucosa gástrica y paso al duodeno. La reducción endoscópica se puede plantear en casos seleccionados, siendo el manejo quirúrgico el definitivo. Este último incluye la reparación herniaria y la gastrectomía en casos de necrosis. Se postulan causas como adherencias, tubos de gastrostomía o cuerpos extraños como suturas, entre otros factores técnicos.OBJETIVOS: Presentar un caso de vólvulo gástrico en el postoperatorio reciente de una reparación de hernia hiatal paraesofágica y fundoplicatura, abarcando su diagnóstico, manejo y revisión de la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Se reporta el caso de una paciente que consultó con esta complicación en nuestro centro. Revisión Pubmed con términos de búsqueda: “acute gastric volvulus”, “paraesophageal hernia repair” y “gastrectomy”.RESULTADO: Mujer de 64 años, antecedente de hernioplastia y fundoplicatura de Nissen por hernia paraesofágica hace 1 mes en otro centro, consulta en Urgencias por abdomen agudo asociado a vómitos de retención. Ingresa séptica y la tomografía es concordante con vólvulo gástrico mesoaxial y neumoperitoneo sugerente de perforación. Se lleva a cirugía de urgencias, evidenciándose perforación gástrica en estómago necrótico, peritonitis de 4 cuadrantes y evidencia de brida que volvula el estómago en 180°. Requirió gastrectomía total. Por evolución tórpida en el postoperatorio, es reintervenida a los 7 días, encontrándose muñones proximal y distal necróticos y con filtración de su cierre, por lo cual se realiza nueva resección, cierre y yeyunostomía de alimentación. Evoluciona favorablemente y está en espera de su reconstrucción del tránsito.CONCLUSIÓN: Las complicaciones graves de reparación electiva de una hernia hiatal son infrecuentes; el VG requiere un alto índice de sospecha, siendo una condición potencialmente mortal, que debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de los pacientes que presentan síntomas obstructivos postoperatorios. En casos de necrosis gástrica es fundamental la resección completa del estómago y sección en tejido vital y se asocia a elevada morbilidad.

METÁSTASIS DE MELANOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER GÁSTRICO. REPORTE DE CASO

Maria Valle B., Juan Cona F., Matías Martinez F., Gabriela Lagos F., María López L., Erwin Buckel G.Hospital DIPRECA.INTRODUCCIÓN: El melanoma metastásico representa el 80% de las muertes por cáncer de piel con sobrevida global a 2 años de 4%. Las metástasis gastrointestinales más comunes son intestino delgado, colon, recto y finalmente gástricas la cual es una presentación excepcionalmente diagnosticada; siendo en un 56% múltiples y localizadas en cuerpo gástrico .OBJETIVOS: (no aplica, caso clínico).MATERIAL Y MÉTODO: (no aplica, caso clínico).RESULTADO: Masculino 77 años con antecedente de Melanoma Nodular pT4aN0M0 operado en 2021, biopsia informa “Melanoma nodular Breslow 6 mm”, con PET-CT sin evidencia de localización secundaria. Se realiza ampliación de márgenes + biopsia de linfonodo centinela negativa y un nuevo PET/CT 09/2021 sin evidencia de recidiva ni localizaciones secundarias, con posterior abandono de controles. 18 meses después consulta por cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos y distensión abdominal. Al examen físico sin nuevas lesiones cutáneas sospechosas de melanoma y cicatriz subescapular derecha sin signos de recidiva. Se realiza EDA que informa Lesión Ulcerada Bormann III en curvatura mayor del estómago, biopsia indica adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado. Para etapificación se realiza TAC TAP destacando conglomerado adenopático en curvatura menor en contacto con páncreas y laparoscopía exploradora con toma de biopsia diferida de lesión nodular hepática, adenopatía de curvatura menor, líquido peritoneal y nódulo peritoneo parietal, solicitando estudio posterior con RMN que muestra múltiples metástasis hepáticas hipermetabólicas en PET-CT. Por antecedente de melanoma, se solicita un informe complementario de biopsia tomada por EDA, utilizando inmunohistoquímica, siendo HMB45 + y Melan A +, informándose como compatible con metástasis de melanoma en mucosa gástrica corporal. La biopsia de las lesiones obtenidas por laparoscopia exploratoria informa, lesión hepática como neoplasia maligna poco diferenciada. Inmunohistoquímica favorece tumor melanocítico maligno. Es presentado a comité oncológico definiendo manejo con inmunoterapia (Nivolumab). PET CT luego de VIII ciclo, muestra desaparición de lesión de mucosa gástrica, sin metástasis hepáticas, por lo que se indica mantener inmunoterapia CONCLUSIÓN: Este caso recalca la importancia de los antecedentes remotos del paciente para plantear diagnósticos diferenciales con baja incidencia como la metástasis gástrica de melanoma, la cual al ser única constituye además una presentación infrecuente de las mismas. Lo anterior asociado al correcto diagnóstico histopatológico a través del uso de inmunohistoquímica permitió ajustar el tratamiento y lograr respuesta completa de este paciente que en la actualidad se encuentra libre de enfermedad.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE CÁNCER GÁSTRICO OPERADOS EN HOSPITAL LA FLORIDA

Pascale Sallaberry S., Valentina Molina H., Cecilia Casanova N., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.Hospital La Florida.INTRODUCCIÓN: Chile, es uno de los países con mayor tasa de cáncer gástrico a nivel mundial. Una de las características que diferencia al cáncer gástrico en nuestro país de países asiáticos, es que, en Chile, se diagnostica principalmente en estadíos avanzados. Lo anterior, es una característica muy relevante, ya que determina el pronóstico de nuestros pacientes. A continuación, se describen las características anatomopatológicas de todas las gastrectomías realizadas por cáncer gástrico en Hospital La Florida en un periodo de 4 años. OBJETIVOS: Describir las características anatomopatológicas de las gastrectomías realizadas por cáncer gástrico en Hospital La Florida.MATERIAL Y MÉTODO: Se extraen datos de forma retrospectiva de ficha electrónica del hospital, registrándolos en una tabla excel. Se incluyen todas las gastrectomías realizadas por cáncer gástrico en el hospital en un período de 4 años entre julio 2020 y junio 2024. Se excluye una biopsia por no contar con todos los ítems evaluados. Se realiza análisis descriptivo univariado de variables obtenidas.RESULTADO: En el período de tiempo analizado, se registran 93 gastrectomías por cáncer gástrico. De estas se excluye 1 por no contar con biopsia completa, dejando un total de 92 biopsias analizadas. El 100% de las biopsias analizadas informa Adenocarcinoma Tubular de origen gástrico. El tamaño de los tumores fue en promedio de 5,3 cm con una desviación estándar de 3,4 cm. La cantidad de linfonodos resecados fueron en promedio de 36,4 con una desviación estándar de 17,5. Los linfonodos positivos para neoplasia fueron en promedio 7,3, con una desviación estándar de 10,2. Un 57,6% resultó positivo para permeación vascular y un 44,56% para permeación perineural. Respecto al grado de diferenciación, 4,3% fue bien diferenciado, 33,7% moderadamente diferenciado y 62% pobremente diferenciado. Respecto al estadío tumoral, 19,5% resultaron pT1, 18,5% pT2, 3,3% pT3 y 58,7% pT4. Respecto al N, 31,5% resultaron N0, 16,3% N1, 20,7% N2 y 31,5% N3.CONCLUSIÓN: Los hallazgos descritos en el presente trabajo concuerdan con la literatura reportada: en nuestro hospital la mayoría de cánceres gástricos operados son estadíos avanzados, siendo pT4N(+) los más frecuentes.

CIRUGÍA DE URGENCIA DE HERNIA HIATAL MIXTA COMPLICADA. REPORTE DE CASO

Juan Chuecas J., Lorena Garate G., Isadora Santander Z., Richard Romero M., Carlos Saiz T., Catalina Valenzuela V., Juan Peraza F.Hospital Las Higueras de Talcahuano, Servicio de Urgencias. INTRODUCCIÓN: Una hernia hiatal es una laxitud del hiato esofágico y la membrana frenoesofágica en la que el contenido intraabdominal se hernia hacia el tórax. Se clasifican en cuatro tipos según la ubicación y el grado de hernia. Una hernia hiatal tipo III afecta tanto al hiato esofágico como a una porción del estómago, siendo de las más infrecuentes. En general asintomáticas y hallazgo incidental en imagen, tienen una tasa de complicación anual de hasta 1% pudiendo generar cuadros potencialmente mortales, por lo que deber un diagnóstico diferencia a tener en cuenta en los servicios de urgencias. OBJETIVOS: Este reporte de caso describe un caso de hernia hiatal complicada que requirió intervención quirúrgica de urgencias. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente sexo masculino, 69 años de edad, antecedente de miastenia gravis y cirugías previas de prostatectomía, colecistectomía y hernioplastia inguinal derecha. Sin historia de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Consulta en urgencias por cuadro de vómitos intensos de 4 días, epigastralgia y anuria. Al examen físico taquicárdico, deshidratado, con masa palpable a nivel epigástrico, sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio destaca aumento de parámetros inflamatorios y falla renal aguda. Tomografía de abdomen evidencia hernia hiatal de tipo mixto con significativa dilatación gástrica asociado a enfisema parietal. Se decide instalar sonda nasogástrica, lo que genera alivio de síntomas, se inician antibióticos de amplio espectro y se ingresa a pabellón. RESULTADO: Se realiza abordaje laparoscópico. Se evidencia ascenso de la unión gastroesofágica, fondo y parte del cuerpo gástrico a mediastino, atascado en anillo herniario. Difícil reducción con línea isquémica que tras esta se torna hiperémica hasta recuperar coloración normal. Con saco herniario engrosado muy adherido a pleura izquierda, por lo que se genera apertura incidental con secundario colapso pulmonar izquierdo. Se realiza pleurostomía izquierda logrando reexpansión pulmonar. Se logra extirpar saco herniario preservando nervio vago. Se realiza cierre del hiato y fundoplicatura con técnica Nissen. Evolución posterior satisfactoria. Extubado al día 1 y alimentándose con régimen liquido vía oral a las 72 horas. CONCLUSIÓN: En este caso se debió resolver de urgencias una hernia hiatal previamente desconocida debido a signos de complicación local - estrangulación de fondo gástrico - y sistémicos -deshidratación severa con paciente en anuria. Manejado inicialmente como abdomen agudo, es la tomografía que realiza el diagnóstico especifico. Este caso resalta la importancia del estudio rápido y manejo quirúrgico en urgencias de una patología de baja frecuencia con complicaciones potencialmente mortales.

CASO CLÍNICO MALROTACIÓN INTESTINAL: UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA Y DESAFIANTE PARA EL CIRUJANO

Iñaki Castro A., Cristian Gallegos C., Owen Korn B, Luis Gutiérrez C., Patricio Araya C., Úrsula Figueroa F., Catalina Pozo V. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: La malrotación intestinal es una condición congénita infrecuente y principalmente diagnosticada en los primeros meses de vida, sin embargo un grupo de pacientes asintomáticos son diagnosticados en la adultez de forma incidental en exploraciones quirúrgicas de diferente causa. Con el aumento en los índices de obesidad, la cirugía bariátrica es cada vez más frecuente, y a pesar de los avances en el campo de la cirugía, la malrotación intestinal diagnosticada en el intraoperatorio de estos pacientes sigue planteando desafíos técnicos que pueden fácilmente determinar conversiones a cirugía abierta, cambios en los planes trazados o complicaciones quirúrgicas importantes cuando no se logra entender a cabalidad la anatomía del paciente. OBJETIVOS: Presentar un caso ejemplificador sobre la conducta a seguir frente al hallazgo intraoperatorio de anatomía alterada en contexto de una cirugía electiva.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de un caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente de sexo femenino de 31 años con antecedentes de hipotiroidismo y asma bronquial, operada de gastrectomía vertical hace 4 años, logrando peso mínimo de 59 kg, con reganancia de peso progresiva significativa (IMC: 37). Consulta por cólicos biliares comprobando colelitiasis en ecografía por lo que se completa estudio con endoscopia digestiva alta, sin hallazgos relevantes. Se programa para conversión a bypass gástrico laparoscópico y colecistectomía. Ingresa a pabellón evidenciando importantes alteraciones anatómicas en región inframesocólica con adherencias firmes de epiplón a pelvis, sin poder identificar colon transverso, ni ángulo de Treitz, por lo que se decide solo realizar la colecistectomía para ampliar estudio anatómico. Durante el postoperatorio se realiza Entero-resonancia que informa Malrotación intestinal, sin signos de complicación por lo que se programa nuevamente para conversión de manga a bypass. Reingresa a pabellón, realizándose Bypass gástrico laparoscópico, no resectivo revisional sin incidentes, evolucionando de forma satisfactoria y siendo dada de alta al día siguiente. CONCLUSIÓN: En este trabajo se presenta un caso clínico de una paciente joven, quien, en un procedimiento electivo para el manejo de su obesidad, se encuentra como hallazgo la anatomía alterada y previo intentar realizar el procedimiento, se prefiere diferir para completar el estudio anatómico correspondiente. En conclusión, este caso clínico destaca la importancia de realizar un estudio anatómico completo en pacientes con sospecha de variantes anatómicas complejas y la necesidad de adaptar el plan quirúrgico en función de evitar complicaciones. La detección de la malrotación intestinal antes de la cirugía bariátrica permitió tomar las medidas necesarias para garantizar la seguridad y el éxito del procedimiento.

TUMORES NEUROENDOCRINOS DE INTESTINO DELGADO. ¿ES COMPLETAMENTE NECESARIO LA ETAPIFICACIÓN CON PET CT PARA IDENTIFICAR EL PRIMARIO?

Rosario Millán C., Isabella Vaccarezza G., Felipe Farfán F., Barbara Godoy A., Diva Villao M., Ernesto Schultz F., Paula León B., José Quezada G., Paula Fluxá R.Hospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: Las neoplasias neuroendocrinas del tracto gastrointestinal representan casi el 70% del total siendo la localización más frecuente el intestino delgado (45%). El diagnóstico de los tumores neuroendocrinos de intestino delgado se realiza en un 62% con imágenes y hasta un 11% en alguna intervención quirúrgica. El TC y la RM son las modalidades más utilizadas tanto para la etapificación y seguimiento. El PET CT durante este último tiempo se ha integrado como un examen de detección de tumores y a la vez como seguimiento. Existen diferentes tipos de PET que pudiesen mejorar la localización del tumor primario como también la extensión de esté, logrando aumentar tanto la sensibilidad como especificidad del examen para estos pacientes. OBJETIVOS: Analizar la utilidad del PET CT como examen de etapificación de rutina en pacientes con tumores neuroendocrinos de intestino delgadoMATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes tratados por tumor neuroendocrino de intestino delgado desde enero 2019 a junio 2024 en un único centro de alta complejidad. Se registraron datos demográficos, clínicos, estudios de imágenes, resultados quirúrgicos, estudio anatomopatológico y resultados de seguimiento. Se realizó un análisis de los resultados de las piezas quirúrgicas obtenidas y se compararon con los descritos a nivel de los estudios de imágenes, en particular con el PET CT. RESULTADO: Se intervino 6 pacientes. 5 mujeres, con una mediana de edad de 56 años (43-78 años). El PET CT como examen de etapificación se utilizó en 4 pacientes, 2 ingresaron con cuadro de obstrucción intestinal producto del tumor teniendo como examen único un TC con contraste endovenoso. En 3 pacientes, el PET CT fue el único examen que logró identificar la lesión primaria reconocida en la biopsia definitiva. El análisis de la pieza quirúrgica mostró que los hallazgos imagenológicos más comunes se refieren al compromiso ganglionar contiguo más que al tumor primario. CONCLUSIÓN: El PET CT parece ser útil en la etapificación de los tumores neuroendocrinos de intestino delgado al ser capaz de pesquisar la lesión primaria, no necesariamente identificable por otros medios de imagen.

GIST GÁSTRICO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD. ¿LOGRAMOS UNA SOBREVIDA ADECUADA?

Felipe Farfán F., Felipe Aruta C., José Quezada G., Gabriela Ruiz V., Ernesto Schulz F., Diva Villao M., Paula León B., Paula Fluxá R.Hospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) se originan en las células intersticiales de Cajal a nivel submucoso. La ubicación más frecuente es el estómago (60%). El diagnóstico se obtiene mediante la biopsia y el análisis histopatológico. Se clasifican las lesiones de bajo a alto riesgo según el tamaño del tumor, tasa de mitosis y localización. Este riesgo se relaciona con el tiempo de sobrevida libre de enfermedad. La resección completa del tumor es el objetivo principal. Lograr márgenes microscópicos negativos (R0) y la terapia con imatinib mejora la sobrevida. Distintas series internacionales reportan aproximadamente un 80% de sobrevida libre de enfermedad a los 5 años de seguimiento; sobre un 90% en etapas I y II, 50-75% en etapas III a IV. OBJETIVOS: Analizar la sobrevida libre de enfermedad de los pacientes con GIST gástricos de acuerdo con la clasificación TNM que recibieron tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en nuestro centro.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico de cohorte retrospectivo. Analizamos la información de pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente y/o hayan realizado su tratamiento adyuvante en el Hospital del Salvador entre enero de 2019 y diciembre 2023 para comparar la sobrevida libre de enfermedad según su clasificación TNM. Para ello se construyeron curvas de Kaplan-Meier. El análisis estadístico se realizó en STATA v18. Para un $\alpha<0.05$ con significancia estadística. RESULTADO: En el periodo analizado tenemos 22 pacientes con GIST gástrico (55% mujeres), con una mediana de edad de 64,4 años. El tamaño tumoral promedio de 5,54 cm (1,9 – 19,5 cm). Se logro R0 en todos los pacientes. En la clasificación TNM AJCC 8, 77% de los pacientes se encuentra en etapa I – II. Del total de pacientes 13% (3/22) recibió neoadyuvancia y un 31% (7/22) inicio la adyuvancia con Imatinib. La mediana de seguimiento a la fecha es de 23,9 meses (1-65 meses). En los pacientes etapa III-IV que fallecieron fueron producto de la progresión de enfermedad. Observándose una diferencia significativa al comparar pacientes en etapa I-II con III –IV en una curva Kaplan-Meier. CONCLUSIÓN: La sobrevida libre de enfermedad en nuestros pacientes es comparable con los resultados publicados en la literatura, por lo cual la correcta etapificación como a la vez la conducta terapéutica permite lograr mejores resultados.

NECROSIS ISQUÉMICA DEL REMANENTE GÁSTRICO POST GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudia Marín H., Juan Andrés Díaz B., Brandon Valencia C., María Jesús Saavedra L., Fernando Crovari E.Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La necrosis isquémica del remanente gástrico (NIRG) posterior a una gastrectomía subtotal laparoscópica (GSTL) es una complicación infrecuente, con alta morbimortalidad. Si bien el estómago cuenta con una amplia vascularización, ciertas condiciones y factores de riesgo pueden comprometer la irrigación del remanente gástrico, provocando necrosis isquémica. Tradicionalmente la gastrectomía total (GT) ha sido el tratamiento estándar de esta complicación. No obstante, existen casos seleccionados en los que se puede optar por un tratamiento conservador no quirúrgico post GSTL. OBJETIVOS: Describir el manejo no quirúrgico de un caso NIRG posterior a una GSTL en un paciente con adenocarcinoma gástrico antral, destacando la importancia del tratamiento médico intensivo y estricto en una complicación grave con poca experiencia reportada en la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de literatura sobre necrosis isquémica gástrica post GSTL y presentacion de clínico.RESULTADO: Hombre de 74 años, diabético, no fumador, con adenocarcinoma gástrico antral YpT0N0, recibe CAPEOx perioperatorio. Se realiza GSTL + D2 con reconstrucción Y de Roux, sin incidentes. Alta al día 5 tolerando régimen papilla. Reconsulta día 12 postoperatorio por hemorragia digestiva alta con compromiso hemodinámico, se realiza TC de abdomen y pelvis que muestra distensión del remanente gástrico junto a contenido hemático en su interior sin neumoperitoneo ni líquido libre. Requiere intubación orotraqueal y transfusión de hemoderivados. La endoscopía digestiva alta (EDA) evidencia extensas áreas de necrosis isquémica en la mucosa del remanente gástrico. El paciente responde rápidamente a transfusión, se inicia régimen cero, sonda nasogástrica y dosis altas de Omeprazol + Sucralfato, antibioticoterapia. Se repite EDA tras 10 días, sin signos de isquemia ni úlceras. Es realimentado progresivamente y dado de alta tras 14 días de hospitalización. Actualmente, en seguimiento oncológico a 1 año, sin nuevos episodios de sangrado digestivo ni disfagia. CONCLUSIÓN: La NIRG puede llegar a tener tasas de mortalidad entre 40 a 70%. Se presenta precozmente en el postoperatorio con dolor abdominal y elevación marcada de marcadores inflamatorios. El diagnóstico oportuno es crucial y se basa en una alta sospecha clínica, respaldada por tomografía computarizada y EDA. Si bien la GT es el tratamiento estándar de esta complicación, el manejo expectante puede ser una opción viable en casos seleccionados con necrosis limitada y sin evidencia de perforación o peritonitis. Requiere una monitorización estricta y la disponibilidad de intervención quirúrgica inmediata en caso necesario. Desde 1991 a 2020 existe en la literatura japonesa solo 7 reportes de esta complicación, con 5 sobrevivientes.1 Se necesitan más estudios para definir criterios claros de selección para el tratamiento conservador y optimizar los resultados. La utilidad del uso de inmunofluorescencia con verde indocianina ha sido discutida como método de asesoramiento para evaluación intraoperatoria de la vitalidad del remanente gástrico como medida de evaluación en casos de alto riesgo.

ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA TRANSTORÁCICA CON TÉCNICA ESTANDARIZADA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Javier Meneses, Enrique Norero, Gonzalo Sáez, Marco Ceroni, Paulina González, Fernando Araos, Alfonso DíazHospital Sótero del Río, SSMSO, Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La esofagectomía mínimamente invasiva (EMI) ha demostrado disminuir la morbilidad postoperatoria. Desde el 2013 en nuestro centro realizamos una técnica estandarizada de EMI por videotoracoscopia (VATS) en posición semiprono. En la experiencia inicial previamente publicada la morbilidad global fue 78%, la morbilidad grave de 21% y la mortalidad de 0%.OBJETIVOS: Describir la morbilidad y la mortalidad postoperatoria utilizando nuestra técnica de EMI por VATS. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de tipo cohorte retrospectiva, a partir de una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes en que se planificó una EMI por VATS en posición semiprono por cáncer de esófago o unión gastroesofágica entre 2013 y 2023. Utilizamos las definiciones propuestas por el grupo de consenso de complicaciones en esofagectomía (ECCG).RESULTADO: Durante el período de estudio se realizaron 81 esofagectomías, de las cuales 66 corresponden a EMI por VATS (61% hombres, edad 64 años). Según las comorbilidades asociadas, se registraron 47 pacientes ASA II y 7 pacientes ASA III. La histología fue carcinoma escamoso en 34 pacientes, adenocarcinoma en 31 y adenoescamoso en uno. La ubicación más frecuente del tumor fue el tercio esofágico inferior (56%). Se realizó neoadyuvancia con radioquimioterapia en 29 pacientes y con quimioterapia en 14. Un caso se consideró localmente irresecable en el intraoperatorio. La EMI se realizó mediante técnica McKeown en 54 pacientes y por Ivor-Lewis en 11. En el 100% de los casos se completó la cirugía por VATS sin conversión a toracotomía. El tiempo abdominal se realizó mediante laparotomía en 27 pacientes y por laparoscopía en 38, con un caso de conversión a laparotomía. En 61 casos se realizó una reconstrucción con estómago, en un caso con colon transverso y en tres casos no se realizó reconstrucción inmediata. La morbilidad global postoperatoria fue de 68% y la morbilidad grave (Clavien 3 o más) fue un 16%. Las principales complicaciones fueron las respiratorias en un 24% y la filtración de la anastomosis esofágica en un 38% de los casos. La mortalidad a 30 y 90 días fue de 1,5% y 3%. La mediana de estadía hospitalaria fue de 20 días. La cirugía se consideró R0 en 57 pacientes, R1 en tres y R2 en 5. El promedio de recuento ganglionar fue de 27 ganglios. CONCLUSIÓN: Con nuestra experiencia acumulada observamos una menor tasa de complicaciones totales y graves. Con un mayor número de casos sometidos a EMI por VATS, se ha mantenido una baja mortalidad postoperatoria.

SÍNDROME DE PINZAMIENTO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA

Luis Barra L., Víctor Molina G., Luis Fonseca R., Cristóbal Azocar B.Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena Temuco.INTRODUCCIÓN: El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o pinzamiento de arteria mesentérica superior presenta como principal característica el estrechamiento del ángulo formado por la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta bajo los 20°, lo que resulta en la compresión de la tercera porción del duodeno y de la vena renal izquierda. Este síndrome se ha descrito principalmente en dos grupos: pacientes que lo presentan posterior a cirugía y asociado a una pérdida severa de peso por otra causa. El cuadro clínico característico incluye dolor epigástrico postprandial, vómitos, pérdida de peso, saciedad precoz y distensión gástrica. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando falla el manejo conservador. Existen múltiples opciones quirúrgicas como el procedimiento de Strong, gastroyeyuno anastomosis y duodenoyeyuno anastomosis. OBJETIVOS: Presentar la resolución quirúrgica mínimamente invasiva de un paciente de género masculino de 20 años con diagnóstico de síndrome de la arteria mesentérica superior.CONTENIDO DE VIDEO: Resumen de la técnica quirúrgica vía laparoscópica mediante duodeno yeyuno anastomosis.

ENUCLEACIÓN DE LEIOMIOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA POR LAPAROSCOPÍA. UNA ALTERNATIVA CONSERVADORA EN UNA LOCALIZACIÓN DIFÍCIL

Gabriela Ochoa S., Ignacio Soto C., Lucía Cortés S., Carlos Cárcamo I.Hospital Base Valdivia.INTRODUCCIÓN: Las UGE es una región anatómicamente compleja en su abordaje y en general para lesiones transmurales se ha utilizado como estrategia estándar las gastrectomías totales o proximales que requieren después la reconstrucción esofagoyeyunal que corresponde a una anastomosis de alto riesgo de filtración. En el caso de las lesiones subepiteliales, la enucleación es una alternativa que permite abolir esta morbilidad, y el abordaje laparoscópico además añade las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. Los leiomiomas son una lesión infrecuente que representa el 2,5% de las lesiones gástricas. Las formas infiltrativas de la pared gástrica son poco frecuentes y generalmente malignos. OBJETIVOS: Presentar caso clínico abordado por una alternativa mínimamemente invasiva en una localización difícil logrando evitar la morbilidad de una resección estándar (gastrectomía total).CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 50 años, con historia de dos meses de evolución de sensación de atoro y disfagia, se estudió con endoscopía digestiva alta que evidenció lesión en la región subcardial subepitelial 10 x 12 cm. Se complementó el estudio con TC TAP que informó engrosamiento parietal de aspecto neoplásico de la UGE de 5 cm. Se decidió realizar enucleación del tumor subepitelial de unión gastroesofágica por vía laparoscópica. En el intraoperatorio se observó lesión que sobrepasaba el hiato diafragmático sin comprometer la serosa de aproximadamente 5 cm. Se realizó liberación del esófago abdominal encontrándo el tumor en el ángulo de Hiss comprometiendo los primeros cm del esófago abdominal. Se decidió realizar enucleación de la lesión con hook y ligasure hasta el plano submucoso. Se produce pequeña lesión de la mucosa que se reparaa con monocryl 3.0 y se realiza el cierre de capa seromuscular con puntos corridos y se cubre el defecto en el fondo gástrico con un parche tipo Dor a la cara anterior del defecto reparado. La paciente evoluciona favorablemente durante hospitalización, tolerando alimentación oral progresiva y adecuado manejo del dolor. En controles posteriores paciente en buenas condiciones generales, sin dolor ni disfagia. La biopsia informó correlación de los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatible con leiomioma de la UGE.

PÁNCREAS ECTÓPICO EN PARED GÁSTRICA COMO ETIOLOGÍA DE ÚLCERA GÁSTRICA GIGANTE. REPORTE DE CASO

Pablo González Bobadilla, Antonio Mercandino Sepúlveda, Macarena Martínez Campillay, Ana Gómez Abreu, Joaquín Zambrano FreireServicio de Cirugía, Hospital Carlos Cisternas, Calama.INTRODUCCIÓN: El páncreas ectópico (PE) corresponde a tejido de origen pancreático ubicado en sitios anatómicos anormales, carece de comunicación anatómica con el páncreas ortotópico presentando sus propios sistemas vascular y ductal. Esto se observa con mayor frecuencia en hombres y su incidencia alcanza su punto máximo entre la cuarta, quinta y sexta década de la vida. Las ubicaciones anatómicas en las que se puede presentar con mayor frecuencia se encuentra el tracto gastrointestinal, en el cual la localización más común es el estómago (30%), duodeno (25-35%) y yeyuno (16%). El mecanismo por el cual se forma esta anomalía aún no se comprende en su totalidad, se cree que estaría relacionado con una alteración en la migración embriológica normal del páncreas. OBJETIVOS: Presentar caso de páncreas ectópico y revisión de literatura MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de literatura.RESULTADO: Paciente femenina de 42 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 1 mes de evolución de dispepsia y baja de peso (10 kg), se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) en la cual se aprecia úlcera con necrosis central que compromete toda la curvatura mayor y región pre-pilórica (Bormann III), la cual es biopsiada informando gastritis crónica severa activa y erosionada, sin evidencia de neoplasia. TC abdomen-pelvis: estómago distendido asociado engrosamiento parietal que impresiona estar en contexto de lesión, sin compromiso ganglionar ni metastásico. Dado mala tolerancia oral, se hospitaliza para nutrición por sonda enteral y continuar estudio. Múltiples EDA con biopsias negativas para neoplasia. Requiere hospitalización domiciliaria y alimentación enteral exclusiva, luego de 3 meses persiste sintomatica. EDA control informa cámara gástrica deformada, con estenosis distal y áreas de retracción, asociado a fibrosis extensa de cuerpo gástrico, proximal a la estenosis evidencia dilatación gástrica asociada a gastroparesia. Se decide realizar gastrectomía subtotal laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux, sin incidentes, evolución favorable. Biopsia definitiva: Coristoma pancreático de 2 x 1 cm, asociado a gastritis crónica focalmente activa.CONCLUSIÓN: El PE es una condición rara, su diagnóstico es desafiante y suele ser difícil de diferenciar clínicamente de GIST, leiomiomas, pólipos adenomatosos, úlcera péptica, metástasis o incluso neoplasias gástricas primaria. La endoscopia y estudios imagenológicos son útiles para orientarse, pero sólo la histología definitiva permite diferenciarlo de otras lesiones. La escisión quirúrgica proporciona mejoría sintomática con buen pronóstico y se recomienda especialmente en incertidumbre diagnóstica, sintomáticos o enfermedad severa que no permita diferenciar una neoplasia maligna.

SÍNDROME DE HAMMAN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Josefa Erazo N.[2], Enrique Biel W.[1,2], Jorge Gajardo J.[1,2], Thomas Schaub F.[1,2], Oscar Gamarra Ch.[1,2], Francisco Pacheco B.[1,2], Darwin Madrid C.[1,2], Camila Olave[1,2], Héctor Molina Z.[1,21]Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción; [2]Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: El neumomediastino espontáneo o síndrome de Hamman, es la presencia de aire libre en el mediastino sin causa evidente. Se describen factores predisponentes como enfermedades intersticial pulmonares, crisis asmáticas o enfermedades intersticiales difusas; y precipitantes asociados a cambios de presión en la cavidad torácica, maniobras de valsalva, alteraciones involuntarias de patrón respiratorio, sin ser ninguna de ellas determinante en su aparición. Se plantea el origen de aire extrapulmonar como consecuencia de la ruptura de la pared alveolar con entrada de aire en el manguito broncovascular. Se presenta clínicamente con enfisema subcutáneo, tos, fiebre, disfonía, odinofagia, disfagia, dolor torácico o cervical agudo y disnea. Frente a un cuadro clínico dudoso, es imprescindible descartar perforación esofágica para establecer el manejo adecuado y evitar complicaciones.OBJETIVOS: Presentar un caso de neumomediastino espontáneo, su diagnóstico, manejo y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente con neumomediastino espontáneo tratado en centro docente asistencial. Revisión Pubmed con términos de búsqueda: “spontaneous pneumomediastinum” y “Hamman’s syndrome”.RESULTADO: Hombre de 28 años que consulta en urgencias por hiperemesis y dolor torácico, y en quien la tomografía computada de tórax muestra neumomediastino. Al interrogatorio, refiere haber autoprovocados vómitos en varias oportunidades en los últimos días. Ingresa estable y afebril, destacando leucocitosis en la analítica de ingreso. Se decide hospitalizar como sospecha de perforación esofágica espontánea o síndrome de Boerhaave, que luego se descarta con un tránsito esofágico contrastado totalmente normal, y entonces haciéndose el diagnóstico de neumomediastino espontáneo o síndrome de Hamman. Presenta evolución favorable con neumomediastino en regresión y asintomático, decidiéndose seguimiento ambulatorio a los 5 días del ingreso. CONCLUSIÓN: El neumomediastino espontáneo, puede producirse debido a vómitos o cualquier otra causa de aumento brusco de la presión de la vía aérea como maniobras de Valsalva. El antecedente de vómitos reiterados, dolor torácico, leucocitosis y neumomediastino hacen pensar en perforación esofágica entre los diferenciales, diagnóstico que debe ser acuciosamente descartado debido a la morbimortalidad que representa, siendo el síndrome de Hamman un planteamiento diagnóstico una vez descartada la lesión esofágica. La tomografía computada es la imagen de elección y permite evaluar diagnósticos diferenciales: lesión del sistema traqueobronquial, neumotórax o la misma perforación esofágica, pudiendo requerir esta última un esofagograma con contraste o un estudio endoscópico para su evaluación dirigida.

TUBERCULOSIS PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Luis Barra L., Andrés Aguilar A., Víctor Molina G., Luis Fonseca R., Cristóbal Azocar B.Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena Temuco.INTRODUCCIÓN: Tuberculosis peritoneal (TBP) es una entidad poco frecuente, originada por el desarrollo de Mycobacterium tuberculosis en el peritoneo. Durante los últimos años la incidencia de tuberculosis en Chile ha aumentado paulatinamente, de los cuales solo el 19,2% corresponden a formas extrapulmonares, siendo el peritoneo una de las localizaciones más comunes. Su cuadro clínico inespecífico en presencia de factores de riesgo sociales y epidemiológicos, obligan a tener un alto índice de sospecha para diagnosticar esta enfermedad. OBJETIVOS: Describir las características de una serie de casos y analizar los factores de riesgo asociados a pacientes con TBP en el Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco en un periodo de 5 años.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo. Serie de Casos. Revisión de casos desde 2018 hasta 2024 con diagnóstico de TBP analizando sus variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo y características clínicas. Datos analizados en Microsoft Excel a través de tabla de datos y análisis estadístico descriptivo.RESULTADO: Se presentan y analizan 7 casos con diagnóstico de TBP tratados en el Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco en un periodo de 5 años, con las siguientes características: género femenino 85%, edad promedio de 46 años, 2 pacientes con antecedentes de tuberculosis pulmonar, y 2 casos con antecedente de inmunodeficiencia adquirida. Con relación a la sintomatología, 4 pacientes presentaron dolor abdominal, 4 presentaron ascitis y 3 presentaron fiebre, dentro de los síntomas más relevantes. El diagnóstico presuntivo en todos los casos se realizó con escáner de abdomen y pelvis con contraste y luego fueron confirmados por biopsia peritoneal quirúrgica (abierta o laparoscópica), con una eficacia diagnóstica del 100% de los casos, informando un granuloma caseoso de tipo tuberculoso. CONCLUSIÓN: La TBP es considerada una infección infrecuente, que en la mayoría de los casos requerirá de una biopsia quirúrgica y/o cultivo de Koch para su confirmación. El riesgo de esta infección aumenta según una serie de factores como: edad avanzada, migración, tratamiento inmunosupresor, inmunodeficiencias adquiridas, patologías neoplásicas, entre otras, los cuales quedan demostrados con los resultados obtenidos en esta serie de casos, en concordancia con la literatura. Es importante destacar el rol que cumple la biopsia peritoneal laparoscópica, la que tiene como objetivo visualizar la cavidad peritoneal y tomar muestras representativas para la confirmación histopatológica, sobre todo en aquellos casos con signos radiológicos de carcinomatosis peritoneal en contexto de tumores primarios ocultos.

RESECCIÓN DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO POR VIDEOTORACOSCOPÍA

Marcelo Santelices B., Carlo Marino C., César Muñoz C., Carlos Varela V., Gabriela Coronado T.Hospital Regional de Talca.INTRODUCCIÓN: Los tumores benignos del esófago son infrecuentes, y representan aproximadamente el 1%. El leiomioma es el tumor benigno más frecuente del esófago, con bajo potencial de malignización. Éstos suelen ser de ubicación transmural, asintomáticos, de crecimiento lento, y generalmente se ubican en el tercio medio o distal del esófago. Aquellos tumores mayores a 5 cm pueden presentar sintomatología, siendo lo más frecuente la disfagia, dolor epigástrico o retroesternal, y baja de peso. El manejo quirúrgico se ha establecido para pacientes sintomáticos, siendo de preferencia en la actualidad la enucleación de la lesión mediante un abordaje mínimamente invasivo. El apoyo endoscópico intraoperatorio es una herramienta útil para vigilar una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía, como es la laceración de la mucosa, pudiendo ser advertida y reparada tempranamente. OBJETIVOS: Exponer mediante video una técnica de resección mínimamente invasiva, como opción de abordaje quirúrgico en un caso de leiomioma esofágico sintomático.CONTENIDO DE VIDEO: Paciente femenina de 57 años hipertensa, monorrena, consulta por disfagia. Endoscopía digestiva alta (EDA): sin lesión intraluminal. Tomografía axial computarizada (TAC): evidencia lesión en esófago distal, sólida, intramural, por sobre el hiato esofágico, con calcificaciones, de 47 x 19 x 35 mm. Endosonografía: impresiona tumor del estroma gastrointestinal, no obstructivo de 30 mm. Se decide resección con abordaje por videotoracoscopía, se identifica lesión en receso costofrénico posterior, bajo el ligamento pulmonar, se realiza disección con hook y ligasure hasta identificar el pedículo de la lesión que se liga y secciona con carga EndoGIA vascular 60 mm. Se extrae la pieza por puerto anterior y se envía a biopsia diferida. Se instala Drenaje 24 fr posterior. EDA intraoperatoria muestra mucosa esófágica indemne. Buena evolución, alta al segundo día post operatorio. Biopsia: Proliferación tumoral nodular fusocelular de aspecto histológico y expresión inmunohistoquímica compatible con leiomioma.

ESOFAGECTOMÍA TOTAL MÍNIMAMENTE INVASIVA TRANSTORÁCICA EN SEMIPRONO CON ASCENSO GÁSTRICO (TÉCNICA DE MCKEOWN) CON USO DE VERDE DE INDOCIANINA

Autores: Francisco Rodríguez V.[1,3], Iván Núñez Q.[1,3], Fernanda Häberle O.[1,2], Rubén Lima F.[1], María Rodríguez T.[2], Sebastián Fuentes V.[2], Marysol Alejo Q.[2], Felipe Valenzuela M.[2], Abelino Jara N.[2], Enrique Norero M.[41]Servicio de Cirugía Hospital de La Serena; [2]Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte; [3]Facultad de Medicina Universidad del Alba; [4]Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: La esofagectomía es un procedimiento invasivo, con alta tasa de complicaciones postoperatorias (hasta 59%). Dentro de ellas, la fuga anastomosis es una de las complicaciones más temidas, con alta tasa de mortalidad y morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria y necesidad de nuevos procedimientos quirúrgicos. Unos de los puntos claves para evitar la fuga anastomótica es la correcta perfusión de los tejidos a utilizar. En la técnica de McKeown con ascenso gástrico se realiza la confección tubular del estómago, con dependencia total de su irrigación sobre la arcada gastroepiploica. El uso intraoperatorio de verde de indocianina permite evidenciar la correcta irrigación del estómago previo a su ascenso, disminuyendo así las posibilidades de la filtración de la anastomosis. OBJETIVOS: Presentar un video con la primera experiencia en nuestro centro del uso de verde de indocianina en la gastrectomía total mínimamente invasiva transtorácica en semiprono con ascenso gástrico. CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 50 años, sin comorbilidades con antecedente de cáncer de esófago Siewert II, con biopsia vía endoscópica compatible con tumor neuroendocrino de alto grado. En afagia, con instalación de yeyunostomía 30 días previo a resolución quirúrgica para pre-habilitación nutricional. Se presenta video del abordaje mínimamente invasivo transtorácico en semiprono, sección de vena ácigos, disección de esófago respetando vena pulmonar, vía aérea y arco aórtico. Disección de ganglios de grupo 1 y 2 derechos e infracarinales. Se liga conducto torácico. Tiempo abdominal se realiza mediante técnica de McKeown clásica, se confecciona colgajo gástrico de 4.5 cm de ancho a la curvatura mayor, con preservación de arcada gastroepiploica. Se utilizan 7.5 mg de verde de indocianina en intraoperatorio para la comprobación de la irrigación de remanente gástrico. En tiempo cervical se comprueba vitalidad de anastomosis con nuevo uso de 7.5 mg de verde de indocianina.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN POLIPOSIS GÁSTRICA SINTOMÁTICA RECIDIVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tomás Lazo, Nicolás Lapuente, Eduardo Cabezas, Andrea Schwenger, Rebecca Espinoza, Josefina Rojas, Santiago TessadaUniversidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: Los pólipos gástricos son lesiones luminales de la mucosa gástrica, diagnosticándose generalmente como hallazgo endoscópico, siendo con baja frecuencia sintomáticos (sangrado, dolor abdominal, etc.). La gastrectomía subtotal como manejo de pólipos gástricos suele reservarse para casos en que en la biopsia se evidencie un riesgo significativo de malignidad. Sin embargo, está poco descrito en la literatura su utilización en poliposis con bajo riesgo de malignidad. En este trabajo se presenta un caso de gastrectomía subtotal laparoscópica como alternativa terapéutica frente a poliposis gástrica recidivante benigna asociada a hemorragia digestiva.OBJETIVOS: Exponer la relevancia de la gastrectomía subtotal como alternativa de manejo de pólipos gástricos sintomáticos recidivantes. MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Paciente femenina de 59 años con antecedente de Síndrome Antifosfolípido en tratamiento crónico con rivaroxabán. Hace 2 años se realiza endoscopía digestiva alta (EDA) por anemia en estudio, evidenciando pólipo de 15 mm pediculado ulcerado en cuerpo gástrico. Se realiza polipectomía con biopsia diferida compatible con pólipo hiperplásico. Inicia fierro oral y mantiene anticoagulación, pero evoluciona a los 9 meses con fatiga y caída de hemoglobina hasta 10.2 mg/dL. Se realiza nueva EDA que evidencia recidiva de múltiples pólipos antrales erosionados de 10-20 mm, se realiza resección. Se decide mantener anticoagulación y reemplazar suplementación oral por fierro endovenoso, sin embargo, tras 6 meses presenta nueva caída de hemoglobina hasta 11 mg/dL, requiriendo de tercera EDA que revela recidiva de ocho lesiones antrales erosionadas de 6-20 mm, se realiza resección y se toma biopsia, siendo compatible con pólipos hiperplásicos. Seis meses después evoluciona con melena, acudiendo a Servicio de Urgencias, donde se constata estabilidad hemodinámica y se realiza EDA, evidenciando por cuarta vez múltiples pólipos gástricos antrales, uno de ellos erosionado. Se realiza nueva polipectomía, constatándose nuevamente pólipos hiperplásicos a la biopsia. Se decide presentar caso a comité con equipo multidisciplinario que decide indicar gastrectomía subtotal, se realiza procedimiento vía laparoscópica en julio 2024, con buena evolución postoperatoria. Al seguimiento no refiere sangrado ni empeoramiento clínico. CONCLUSIÓN: La gastrectomía subtotal se suele reservar para pólipos gástricos con riesgo significativo de malignidad. Pero hay ciertas ocasiones, como este caso, en que presentan poliposis gástrica sintomática, donde a pesar del manejo endoscópico sigue estando el inminente riesgo de resangrado, tanto por la recidiva de los pólipos como por el antecedente de anticoagulación oral. Planteándose así la relevancia de la gastrectomía subtotal como una alternativa más definitiva en ciertos casos de poliposis sintomática.

HEMOPERITONEO POR RUPTURA ESPLÉNICA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA HERNIA HIATAL COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Josefa Erazo N.[2], Enrique Biel W.[1,2], Jorge Gajardo J.[1,2], Thomas Schaub F.[1,2], Oscar Gamarra Ch. [1,2], Francisco Pacheco B.[1,2], Darwin Madrid C.[1,2], Camila Olave V.[1,2], Héctor Molina Z.[1,21]Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción; [2]Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: Las hernias hiatales (HH) se clasifican en 4 tipos, siendo el tipo IV complejas debido a la herniación gástrica y otras vísceras abdominales como colon, intestino delgado, páncreas o bazo. Clínicamente presentan disfagia y malestar postprandial en un 50% e infrecuentemente síntomas adicionales a los órganos herniados: síntomas crónicos de obstrucción subaguda intestinal, o dolor postural por pinzamiento pancreático. La indicación de reparación quirúrgica electiva busca prevenir complicaciones: vólvulo gástrico, obstrucción y perforación isquémica, y complicaciones por afectación de otros órganos herniados. Las complicaciones esplénicas son inusuales, describiendose en la literatura laceración capsular esplénica y shock hemorrágico, e infarto esplénico por trombosis arterial esplénica asociado a compresión del pedículo herniado. La tomografía computarizada (TC) es indispensable para caracterizar anatómicamente los defectos herniarios e identificar otros órganos comprometidos para la planificación quirúrgica. El diagnóstico requiere integrar el cuadro clínico e imagenología radiológica y endoscópica, sin retrasar su resolución quirúrgica. OBJETIVOS: Presentar un caso de hemoperitoneo secundario a laceración esplénica en contexto de tracción por HH, diagnóstico, manejo y revisar literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de hemoperitoneo secundario a laceración esplénica tratado en centro docente asistencial. Revisión Pubmed con términos de búsqueda: “Paraesophageal hernia, Intrathoracic spleen, Splenic rupture”.RESULTADO: Paciente femenina 69 años con antecedente de HH en lista de espera quirúrgica hace 2 años, consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal epigástrico intenso y masa palpable dolorosa en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, acompañado de náuseas y vómitos. El TC tórax-abdomen-pelvis contrastada muestra hernia hiatal complicada con vólvulo gástrico asociado a líquido libre con densidad hemática a nivel subfrénico izquierdo y periesplénico y burbujas aéreas extraluminales adyacentes a curvatura mayor gástrica, decidiendose laparotomía exploratoria. Intraoperatorio se describe laceración esplénica de 2cm, hemoperitoneo 1000 cc en fosa esplénica, HH de 8 cm con adherencias, que traccionan bazo y ascenso del cuerpo y fondo gástrico, sin perforación. Se realiza esplenectomía, liberación de HH, cruroplastia y funduplicatura Nissen, sin incidentes y transfusión intraoperatoria. Paciente ingresa a UTI quirúrgica para manejo postoperatorio y posterior en sala basica, presentado evolución favorable y alta a 6to dia postoperatorio.CONCLUSIÓN: Las HH tipo 4 pueden presentarse como complicaciones inusuales: obstrucción colónica, pancreatitis hemorrágica, fístulas gastrobronquiales y gastrocardíacas, e infrecuentemente lesiones esplénicas. Su adecuado manejo de requiere elevado índice de sospecha, imagenología, resolviendo la emergencia quirúrgica y manejo definitivo siendo la cruroplastia con fundoplicatura de elección, dentro en el mismo acto quirúrgico o diferido, según estado del paciente.

DISECCIÓN SUBMUCOSA INTRAGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA

José Luis Quezada, Felipe Farfán, Ignacio Obaid, Paula FluxáHospital del Salvador, Clínica Bupa Santiago.INTRODUCCIÓN: Durante la última década se encuentran múltiples reportes de resecciones tumorales intragástrica vía laparoscópica. Se establece como un tratamiento que permite preservar el órgano y como una alternativa al tratamiento endoscópico cuando este no es posible. Sin embargo, la disección submucosa intragástrica laparoscópica (DSIGL), sólo en recientes reportes se plantea como una alternativa para el tratamiento del cáncer gástrico incipiente. Hoy hemos efectuado una serie de casos locales que nos permite confeccionar un material visual al respecto.OBJETIVOS: Presentar la técnica de DSIGL, el desarrollo y aprendizaje local.CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta un registro visual continúo elaborado a partir del 3 casos de DSIGL en que se expone el proceso de aprendizaje, errores, avances y logros durante la ejecución de esta técnica. Etapa por etapa se expone el procedimiento en forma completa, mostrando su efectividad en el objetivo último que es una cirugía con carácter oncológico.

HEPATOBILIAR

COLANGIOGRAFÍA FLUORESCENTE DE RUTINA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA

Pascale Sallaberry S., Alex Escalona P., Rodrigo Muñoz C., Manuel Vial G., Enrique Lanzarini S.Clínica Universidad de Los Andes.INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica es la cirugía electiva más realizada en Chile. La complicación más temida es la lesión de vía biliar, que ocurre en el 0,2 a 0,7% de los pacientes, siendo la principal causa, la no identificación de las estructuras anatómicas. La utilización de fluorescencia en esta cirugía es una técnica prometedora, ya que permite una identificación rápida y no invasiva de la vía biliar principal, lo que podría disminuir el riesgo de lesionarla. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es determinar la factibilidad y seguridad de la colangiografía fluorescente de rutina en pacientes adultos sometidos a colecistectomía electiva.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio piloto que incluye todos los pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva en una clínica universitaria, entre junio del 2023 y junio del 2024. Se excluyeron los pacientes en que se realizó colecistectomía combinada con otra cirugía y pacientes alérgicos al iodo. Se compararon los pacientes en que se realizó colangiografía fluorescente (CF) con 1.25 mg de verde de indocianina, inyectados vía intravenosa 30 minutos antes de la cirugía, con los pacientes en que no se realizó (no-CF), como grupo control. Se evaluaron las variables demográficas, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, consulta en urgencias, reingresos, reintervenciones, conversión a cirugía abierta y lesión de la vía biliar. Se realizó análisis exploratorio de los datos y estadística analítica bivariada, T-test para variables continuas y X2 para variables categóricas.RESULTADO: Se incluyeron 254 pacientes. En 29 de ellos se realizó CF y en 225 no. La edad promedio fue 49.9±16 para ambos grupos. En el grupo con CF, un 54.2% fueron mujeres, y un 60.4% en el grupo no-CF. La estadía hospitalaria fue significativamente menor en el grupo con CF (11.8±5.9 versus 21.0±24 horas, p=0.031). No hubo diferencia estadística significativa en tiempo operatorio (59.1±11.7 versus 56.1±22.7 minutos). El grupo CF no tuvo consultas en urgencia, reingresos, reintervenciones, conversión a cirugía abierta, ni lesiones de la vía biliar, en comparación al grupo control, que tuvo 2.2%, 0.4%, 0.4%, 0.9% y 0.9% respectivamente, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. No se presentaron eventos adversos asociados a la inyección de verde de indocianina. En el grupo con CF se logró visualizar la vía biliar principal en todos los casos, tanto antes, como después de realizar la disección. CONCLUSIÓN: La CF en forma rutinaria es factible y segura en pacientes adultos sometidos a colecistectomía electiva. En nuestro estudio, la utilización de CF se asocia a menor estadía hospitalaria.ABSCESO HEPÁTICO COMO PRESENTACIÓN DE ÚLCERA DUODENAL PENETRADA A LA VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE CASO

Josefa Erazo N., Enrique Biel W., Oscar Gamarra Ch., Darwin Madrid C., Camila Olave V.Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.INTRODUCCIÓN: La úlcera penetrada (UP), es una complicación grave de la úlcera péptica, con un 1-2% de incidencia, y usualmente afecta al páncreas, epiplón, vía biliar e hígado. Su diagnóstico es frecuentemente realizado por endoscopía o como hallazgo intraoperatorio. Las imágenes, tomografía o resonancia, pueden mostrar burbujas de aire entre los órganos o fístulas. El valor diagnóstico de las pruebas de función hepática es limitado; hay elevación enzimática en 50% de las úlceras duodenales, evidenciando inflamación local inespecífica. El absceso hepático, con elevada morbimortalidad, es infrecuente como presentación de una UP, así como también la UP es rara causa de absceso hepático. Éste requiere un manejo agresivo y oportuno, muchas veces quirúrgico, reservándose el tratamiento médico para casos seleccionados. OBJETIVOS: Presentar un caso de absceso hepático como complicación de úlcera duodenal penetrada, su diagnóstico, manejo y revisión de la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado en centro universitario. Revisión Pubmed con términos de búsqueda: “penetrating peptic ulcer”, “Liver penetration”, “hepatic abscess” y “gallbladder penetration”.RESULTADO: Hombre de 35 años, sin antecedentes relevantes, hospitalizado en hospital periférico en tratamiento médico por absceso hepático, con evolución tórpida, por lo cual es referido a nuestro centro, donde ingresa séptico, con tomografía computada que muestra absceso hepático organizado en segmento 6, además de hallazgos que sugieren una colecistitis aguda. Se descartan otros posibles focos intraabdominales. Se decide tratamiento quirúrgico y durante la laparoscopía exploradora se advierte la existencia de una úlcera duodenal penetrada a la vesícula biliar, con colecistitis secundaria, además del absceso hepático descrito. Se completa la cirugía por laparoscopía sin incidentes, realizándose la colecistectomía, el drenaje del absceso y la rafia de la úlcera duodenal. Evolución postoperatoria favorable y terapia antibiótica prolongada. CONCLUSIÓN: El absceso hepático por vía ascendente es generalmente causado por patología de las vías biliares. En este caso, el absceso estaba alimentado por la úlcera penetrada a la vesícula biliar. Se trata de una complicación grave de la enfermedad péptica ulcerosa que requiere diagnóstico y tratamiento oportuno. La presentación clínica, la imagenología y los hallazgos intraoperatorios son esenciales para establecer un diagnóstico acabado. El tratamiento se basa en el drenaje quirúrgico del absceso, control de la fuente de infección y tratamiento antibiótico prolongado, considerando un manejo agresivo debido a la alta mortalidad del cuadro. El abordaje laparoscópico es seguro, permitiendo rafia de la úlcera y tratamiento del absceso con menor inflamación sistémica.

INCIDENCIA DE CÁNCER DE VESÍCULA EN COLECISTECTOMÍAS REALIZADAS EN HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN DURANTE LOS AÑOS 2018 A 2023

Francisco Silva F, Ignacia Silva R, Álida Troncoso V.Servicio de Cirugía Hospital Clínico Herminda Martín, Universidad Católica de la Santísima Concepción.INTRODUCCIÓN: El Cáncer de Vesícula Biliar (CaV) ha disminuido desde la implementación del GES de Colecistectomía preventiva el año 2006. La Mortalidad por CaV en mujeres el año 2007 fue de 16.5 por 100.000 habitantes, disminuyendo el 2023 a 8.7 por 100.000 habitantes. En estudios previos efectuados en Hospital Herminda Martin se encontró entre los años 2007 y 2009 un 2.3% de casos de CaV en colecistectomías realizadas en grupo etario NO GES, mientras que en el grupo etario GES se encontró 0.35% de casos con cáncer. OBJETIVOS: Determinar la incidencia de CaV en colecistectomías realizadas en el Hospital Herminda Martín durante los años 2018 a 2023 y revisar las variables relacionadas. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo, aprobado por Comité de ética. Se revisa base de datos de Pabellón del Hospital Herminda Martin, se extraen el total de Colecistectomías realizadas entre los años 2018 a 2023. Se consideran variables: sexo, edad y forma de acceso a la cirugía. Se revisa base de datos de Anatomía Patológica, se extrae el total de CaV en colecistectomías correspondientes al mismo periodo, se considera sexo, edad, presencia de cálculos, forma de acceso a la cirugía e histología. RESULTADO: Durante los años 2018 y 2023 se realizaron un total de 5459 colecistectomías, de ellas el 69% corresponde a mujeres y 31% a hombres. 33% fueron cirugías de urgencias NO GES, 8.8% cirugías de urgencia GES, 28.2% cirugías electivas en grupo etario GES y 30% electivas NO GES. Del total de colecistectomías, se encontraron 5451 biopsias, 34 correspondientes a CaV. Dentro de los casos de cáncer, 62% correspondía a mujeres y 38% a hombres. Las edades de presentación fueron entre 37 y 89 años. En este estudio, la incidencia de CaV en Colecistectomía es 1.2% en cirugías de Urgencia NO GES, 0.4% en Urgencia en grupo etario GES, 0.6% en cirugías electivas no GES y 0% en grupo electivo GES.CONCLUSIÓN: En nuestro Hospital la incidencia del cáncer de vesícula en colecistectomías ha disminuido considerablemente los últimos años, en especial en colecistectomías realizadas por programa Electivo GES, el cual parece ser una herramienta sanitaria que ha generado un impacto favorable en la disminución de la mortalidad por este cáncer.

RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA POSTERIOR A QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN Y CIRUGÍA DE CONVERSIÓN. REPORTE DE CASO

Rodrigo Abularach C., Cristian Pinto L., Ignacia Santiago H.Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma ductal de páncreas (PDAC) es una neoplasia maligna de carácter agresivo y mal pronóstico, alcanzando una sobrevida a 5 años de 11.5%, y siendo la cuarta causa de muerte por cáncer en países occidentales, con una proyección de ocupar el segundo lugar en muertes por cáncer para el año 2030 según las últimas publicaciones. A pesar del avance del manejo médico, el tratamiento quirúrgico con resección “R0” continúa siendo la única opción curativa. Dada la ausencia de sintomatología temprana y exámenes de screening, el PDAC suele ser diagnosticado en estadio avanzado, con tasas de resecabilidad que, a pesar de reportar un aumento en las últimas 2 décadas, continúan sin superar el 20% al momento del diagnóstico. Lla respuesta patológica completa (RPC) en PDAC fue definida en las clasificaciones de Le Scodan y el Colegio de Patólogos Americano (CAP) como “0% de células neoplásicas viables”, siendo un hallazgo poco frecuente, que ocurre en aproximadamente un 3 a 11% de las piezas operatorias evaluadas posterior a tratamiento neoadyuvante. EL PDAC puede dividirse en metastásico o no metastásico, dependiendo de la existencia o no de compromiso de órganos a distancia. Con respecto al PDAC no metastásico, éste debe clasificarse según su resecabilidad al momento del diagnóstico. De acuerdo con lo anterior, podemos definir como cáncer de páncreas resecable (R-PDAC) a aquellos tumores con contacto estructuras venosas ≤180°, sin pérdida del plano de clivaje y sin contacto arterial. Definimos como Borderline (BR-PDAC) a un tumor que contacta estructuras venosas en ≤180° con irregularidad del contorno venoso, contacto arterial ≤180°, de vena mesentérica superior o vena porta >180°con adecuado plano de clivaje, o posibilidad de resección y adecuada reconstrucción. Por último, un tumor no resecable/ localmente avanzado (UR-PDAC o LA-PDAC) presenta un compromiso de estructuras vasculares >180°, con una baja probabilidad de resección R0. En casos de LA PDAC el manejo ha sufrido cambios durante los últimos años, principalmente gracias al desarrollo de esquemas de quimioterapia más efectivos, que han permitido proponer la posibilidad de ciclos de quimioterapia de inducción con posterior cirugía de conversión. La eficacia clínica, sin embargo, continúa en estudio y la evidencia actual se basa principalmente en series de casos y estudios retrospectivos con un número de pacientes limitado.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar el caso una paciente con diagnóstico de adenocarcinoma ductal infiltrante pancreático inicialmente irresecable (LAPDAC) sometida a tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y cirugía de conversión, con posterior respuesta patológica completa. MATERIAL Y MÉTODO: Previo consentimiento de la paciente, se realizó una revisión de la historia clínica utilizando datos de la ficha clínica, el sistema de imágenes, los resultados de laboratorio y datos del departamento de anatomía patológica del Hospital Barros Luco Trudeau.RESULTADO: Presentamos el caso de una mujer de 57 años, con historia de 3 meses de evolución de dolor abdominal epigástrico irradiado a región dorsal izquierda hasta intensidad de 7/10 en escala verbal simple (EVS), asociado a ictericia, coluria y baja de peso de 5 kilos en el último mes. En el estudio imagenológico se objetivó una lesión pancreática de aspecto neoplásico con adenopatías peripancreáticas y dilatación de la vía biliar. Se realizó una endosonografía + colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con instalación de prótesis biliar y biopsia de la lesión, con resultado compatible con adenocarcinoma ductal infiltrante de páncreas. Durante estudio se realizó colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda, con evolución postoperatoria favorable. Se solicitó tomografía por emisión de positrones (PET/CT) que describe masa hipermetabólica en proceso uncinado del páncreas, con signos sugerente de diseminación perineural, compromiso de la lámina retroportal derecha y superficie de contacto de 180º con arteria mesentérica superior (AMS). En cuanto a marcadores tumorales, destaca un CA 19-9 de 68.7 U/ML. Se decide iniciar quimioterapia neoadyuvante en comité oncológico multidisciplinario el dado tumor borderline, el 30/03/2022. Completó 12 ciclos de quimioterapia con protocolo FOLFIRINOX en aproximadamente 11 meses. Se reevaluó con PET CT (27/02/23) que informaba disminución significativa de tamaño tumoral, aún con imagen sugerente de compromiso en 180° de AMS. Dada la respuesta parcial a quimioterapia se realiza laparoscopía exploradora convertida el 11/04/23, siendo irresecable por compromiso tumoral retroítsmico en borde anterolateral derecho y posterior de VM, sin plano de clivaje; sin lesiones sugerentes de carcinomatosis peritoneal. Evoluciona con un bilioma postoperatorio, con buena respuesta tras aseo quirúrgico, siendo dada de alta. Es reevaluada nuevamente por equipo. Con estabilidad de lesión imagenológica tras 5 meses, decidiendo nueva exploración quirúrgica para evaluar resecabilidad. Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica sin preservación de píloro + reconstrucción en asa child + pancreatoyeyuno anastomosis termino lateral + shaving de AMS. Se controla con resultado de biopsia operatoria que informa: “Cabeza de páncreas- estómago- duodeno- yeyuno proximal- vía biliar distal: No se encuentra tumor en pieza operatoria. 12 linfonodos examinados, sin compromiso tumoral. Ganglio retropancreático negativo para compromiso tumoral. Linfonodos retropancreáticos, tronco celiaco, arteria hepática común, propia y ligamento hepatoduodenal: 9 linfonodos negativos para metástasis. Linfadenitis granulomatosa no necrotizante extensa, sospechosa de sarcoidosis Actualmente mantiene controles con equipo de cirugía Digestiva, persistiendo en buenas condiciones, sin dolor u otras molestias, performance Status ECOG 0, Ca19-9 de control en 3.4. CONCLUSIÓN: Pese a la limitada evidencia, los enfoque

multidisciplinarios, las terapias neoadyuvantes y la cirugía de conversión ofrecen perspectivas prometedoras en el manejo del PDAC. Se requieren más estudios para mejorar la calidad de la evidencia, comprender la variabilidad en las respuestas patológicas y mejorar la efectividad terapéutica. Si bien los casos como el presentado actualmente siguen siendo escasos, destacamos el actual panorama en evolución del manejo del PDAC y el potencial de las terapias neoadyuvantes junto con la cirugía de conversión para mejorar los resultados en una neoplasia históricamente desafiante.

PÓLIPOS VESICULARES: CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN POBLACIÓN CHILENA

Paloma Pozo, Martín Inzunza, María Jesús Irarrázaval, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Luis IbáñezPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: Los pólipos vesiculares se están convirtiendo en un hallazgo común en la ecografía abdominal. El tratamiento debe considerar el riesgo potencial de lesiones malignas. OBJETIVOS: Analizar los hallazgos ecográficos en pacientes sometidos a colecistectomía por pólipos vesiculares y compararlos con los resultados histopatológicosMATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de pólipo vesicular que se sometieron a colecistectomía desde el 2007 hasta el 2020 en la Red de Salud UC Christus. RESULTADO: Se incluyeron un total de 447 pacientes, de los cuales el 58% fueron mujeres. La edad media fue 45±12 años. El tamaño medio de los pólipos en la ecografía preoperatoria fue de 7,9 ± 3,6 mm. El 9% de los pólipos medían más de 10 mm y los pólipos únicos eran significativamente más grandes que los múltiples (p=0,003). Los resultados histopatológicos confirmaron la presencia de pólipos en un 88,4%, con un tamaño promedio de 4,8 ± 3,4 mm. Sólo 16 casos correspondieron a pólipos neoplásicos (4,1%), 4 de ellos malignos, todos únicos y mayores de 10 mm. Encontramos una correlación significativa entre el tamaño de los pólipos obtenido en la ecografía y la biopsia (r=0,44; p<0,001). El análisis de Bland-Altman obtuvo una sobreestimación del tamaño ecográfico de 3,26 mm. El análisis ROC entre ambas medidas obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,77 (IC 95%: 0,74-0,81). Los pólipos de tamaño superior a 10 mm en la ecografía tenían un OR de 8,147 (IC 95% 2,56-23,40) para la presencia de adenoma y malignidad, con un likelihood ratio de 2,78.CONCLUSIÓN: Existe una correlación positiva y una precisión diagnóstica adecuada entre el tamaño ecográfico de los pólipos vesiculares en comparación con los resultados histopatológicos, con una tendencia a sobreestimar el tamaño en unos 3 mm. Los pólipos neoplásicos son poco comunes y se correlacionan con el tamaño. Aquellos pólipos mayores a 10 mm se asociaron con adenoma y malignidad.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LESIÓN DE VÍA BILIAR HANNOVER D4

Omar Orellana E., María José Higueras, Katrina Lolas T., Alexander Saure M., Sebastián Sapiain, Deycies GaeteDepartamento de Cirugía del Hospital Clínico U de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios. INTRODUCCIÓN: Una de las cirugías más frecuentemente realizada en Chile es la colecistectomía laparoscópica. La lesión de vía biliar es una de las más temidas complicaciones.OBJETIVOS: Presentar una alternativa de reparación en caso de lesión compleja de vía biliar post colecistectomía laparoscópica.CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta un caso de una lesión de vía biliar con diagnóstico post operatorio, en el cual se encuentra una sección completa de hepático derecho y realiza una reparación laparoscópica mediante una derivación biliodigestiva.

RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON Y SIN HIPERTENSIÓN PORTAL: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Deycies Gaete L., Alexandre Saure M., Omar Orellana E., Hanns Lembach J., Carlos Mandiola B., Jaime Castillo K., Juan Carlos Díaz J.Hospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: Desde su introducción en 1995, la Resección Hepática Laparoscópica (RHL) por Carcinoma Hepatocelular (CHC) ha aumentado de manera constante, siendo factible y segura cuando es realizada por cirujanos experimentados, incluso en pacientes cirróticos avanzados seleccionados con resultados perioperatorios aceptables. OBJETIVOS: Comparar los resultados a corto y mediano plazo de la RHL por CHC en pacientes cirróticos con y sin Hipertensión Portal Clínicamente Significativa (HPCS).MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de casos y controles que incluyó pacientes con cirrosis y CHC sometidos a RHL entre el 2016 y el 2023. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la presencia o ausencia de HPCS (definida por un gradiente de presión venosa hepática ≥10 mmHg o la presencia de signos de hipertensión portal). Se compararon las características basales, los resultados intraoperatorios y perioperatorios y la supervivencia a 1 y 3 años.RESULTADO: El estudio incluyó 40 pacientes, los cuales fueron categorizados de a acuerdo a la presencia de hipertensión portal, 15 pacientes (37,5%) constituyeron el grupo sin HPCS, y, 25 (62,5%) el grupo con HPCS. No hubo diferencias en las características basales, extensión de la resección, requerimientos de transfusión de hemoderivados en el intraoperatorio, duración de la cirugía o de la maniobra de Pringle ni en la tasa de conversión a cirugía abierta. En los primeros 90 días tras la RHL, no hubo mortalidad y las tasas de morbilidad grave (Clavien Dindo≥III) fueron similares entre ambos grupos (7% en sin HPCS y 8% en con HPCS). Tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos sin HPCS y con HPCS en; la tasa de ascitis post operatoria (13,3% vs 24%), Insuficiencia Hepática Post-hepatectomía (13,3% vs 0), encefalopatía (0 vs 4%), descompensación hepática postoperatoria (20% en ambos) e infección pulmonar o abdominal (13,3% vs 12%). La mediana de estadía hospitalaria fue 4 días en ambos. Los márgenes negativos fueron similares en ambos grupos (7% sin HPCS vs 12,5% con HPCS). La mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango 2-89). Las tasas de supervivencia global a 1 y 3 años fueron de 100 y 78%, respectivamente, sin diferencias significativas entre los grupos (p= 0,1448).CONCLUSIÓN: La RHL fue segura en pacientes con HPCS en nuestro centro, sin mortalidad perioperatoria y, con una supervivencia global >75% a los 3 años.

NEOPLASIA FUSOCELULAR MIOFIBROBLÁSTICA PANCREÁTICA: ANÁLISIS DE UN CASO SINGULAR

Daniel Montaño, Nicolás Carrasco, Dania Molina, Florencia Curti, Catalina GuajardoHospital Félix Bulnes Cerda.INTRODUCCIÓN: El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI), también conocido como fibrosarcoma inflamatorio o pseudotumor inflamatorio, es una neoplasia rara de tejidos blandos caracterizada por la proliferación de células de músculo liso, tejido conjuntivo y células inmunitarias. Aunque generalmente benigno, el TMI puede presentar comportamiento agresivo y potencial de recurrencia, especialmente en su localización extrapulmonar. Los TMI se diagnostican principalmente en niños y jóvenes, siendo muy infrecuente en adultos. La mayoría de estos tumores presentan positividad para ALK-1, lo cual tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas importantes. En este reporte, presentamos un caso de TMI fusocelular ALK-1 negativo en el páncreas de una mujer de 51 años.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) fusocelular ALK-1 negativo en páncreas, una localización inusual para este tipo de tumor, describiendo el manejo quirúrgico realizado y el resultado obtenido.MATERIAL Y MÉTODO: revisión de caso clínico y de literatura nacional e internacional, además de bases de datos y revistas científicas indexadas, junto con una descripción retrospectiva del manejo quirúrgico realizado. RESULTADO: Mujer de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial y resistencia a la insulina, consulta por dolor abdominal epigástrico crónico que se asocia a vómitos, inapetencia y diarrea. Niega baja de peso, coluria, acolia o fiebre. TAC abdomen y pelvis con contraste informa en relación con el margen distal de la cola del páncreas una lesión nodular vascularizada de 38 mm, indeterminada. Se amplio estudio con TAC tórax sin diseminación o hallazgos pulmonares; RNM abdomen y pelvis reporta páncreas con imagen focal en relación al sector caudal, en contacto con la vena esplénica, sin claro plano de clivaje, con restricción de la difusión y realce tardío de 35x28 mm, sugestivo de proceso neoformativo primario en primer término. Marcadores tumorales AFP 1.61, CEA 3.0, Ca-125 8.0, CA 19-9: 11. Se realiza pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía. Estudio inmunohistoquímico destaca actina músculo liso positivo extenso (leve) y ALK-1 negativo. Se confirma diagnóstico de neoplasia mesenquimática fusocelular con estudio inmunohistoquímico sugerente de neoplasia miofibroblastica. En comité oncológico se decide mantener en seguimiento sin recidiva local a la fecha. CONCLUSIÓN: El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es extremadamente raro, con menos de 1 caso por millón de personas, y su localización en el páncreas es aún más inusual. La mayoría de los TMI son positivos para ALK-1, lo que facilita su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, en este caso, el tumor fue ALK-1 negativo, complicando el manejo clínico. El diagnóstico diferencial del TMI requiere estudios inmunohistoquímicos detallados para diferenciarlo de otras neoplasias mesenquimatosas. En este caso, la paciente presentó una lesión nodular en el margen distal del páncreas, identificada mediante TAC y RNM. La intervención quirúrgica incluyó una pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía, logrando márgenes quirúrgicos adecuados. Lograr márgenes quirúrgicos libres de tumor es crucial para prevenir la recidiva local, que ocurre en el 25-40% de los casos, especialmente en lesiones extrapulmonares y durante el primer año post-resección. La resección completa con márgenes libres reduce la tasa de recurrencia a menos del 10%. Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de neoplasias raras y la necesidad de un seguimiento estrecho para detectar y tratar recidivas tempranas. La rareza del TMI en el páncreas y la negatividad para ALK-1 resaltan la diversidad en la presentación de estos tumores y la importancia de una resección quirúrgica adecuada para optimizar el pronóstico del paciente.

TUMOR DE FRANTZ, NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: REPORTE DE SERIE DE CASOS EN HOSPITAL PÚBLICO METROPOLITANO

Benjamín Dublé M., Dominique Krauss S., José Poblete P., Pascale Sallaberry S., Caterina Contreras B., Lissette Leiva S., Ruben Ávila S., José Luis Galindo R., Andrés Marambio G., Pedro Soto G. Equipo de Cirugía Abdominal Adulto Hospital Clínico Dra. Eloisa Díaz la Florida, Santiago, Chile. Universidad de los Andes, Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: La neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas (NSP) o tumor de Frantz corresponde a un tumor poco frecuente (2-3% neoplasias pancreáticas), con bajo potencial maligno (15%), que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Microscópicamente se caracteriza por áreas sólidas, quísticas y pseudopapilares. Su presentación es inespecífica mediante síntomas abdominales, pero muchas veces su diagnóstico corresponde a un hallazgo incidental en una tomografía (TC) de abdomen. El manejo de elección es la resolución quirúrgica conservadora con márgenes negativos (3-5 mm). OBJETIVOS: Presentar una serie de tres casos de pacientes con diagnóstico de Tumor Frantz, realizando hincapié en su diagnóstico y tratamiento. MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan tres casos de mujeres jóvenes (17, 19, 37 años) sanas, que consultan por epigastralgia asociado a sintomatología inespecífica. Estudiadas con TC abdomen, que informa tumor pancreático sólido pseudopapilar, en dos de ellas de ubicación corporocaudal y en la tercera en cabeza de páncreas. Se decide resolución quirúrgica mediante pancreatectomía corporocaudal laparoscópica y duodenopancreatectomía abierta respectivamente. Evolucionan favorablemente, siendo dadas de alta en promedio al 5to día postoperatorio. RESULTADO: Corresponde a un tumor infrecuente, siendo 1-2% de los tumores exocrinos de páncreas. Se observa principalmente en mujeres jóvenes (10:1) con dolor o disconfort abdominal, ocasionalmente acompañado de ictericia o síntomas obstructivos o como hallazgo imagenológico en pacientes asintomáticas. La ubicación más frecuente es en páncreas distal (85%), y entre 10-15% presenta metástasis al diagnóstico siendo el hígado el sitio más afectado. Se presentan 3 casos de mujeres jóvenes entre 18 y 37 años que inician con molestias abdominales inespecíficas y baja de peso en una de ellas. Estudiadas con TC de abdomen que evidencia una masa compatible con tumor de Frantz localizado. En los casos expuestos 2 pacientes se presentaron con la ubicación más frecuente (corporocaudal), mientras que la última en cabeza de páncreas. La resolución quirúrgica es el estándar de tratamiento, según la ubicación se debe realizar una pancreatectomía corporocaudal o una pancreatoduodenectomía para resección tumoral, concordante con lo realizado en los casos presentados. De presentar márgenes negativos, la sobrevida es alrededor 96%, con una tasa de recidiva alrededor 23% siendo más frecuente en tumores con factores de mal pronóstico. CONCLUSIÓN: Aunque el tumor Frantz es infrecuente, es importante recordar su existencia porque puede encontrarse como un hallazgo imagenológico, y debe ser resuelto quirúrgicamente precozmente. Tiene una tasa baja de recidiva, pero se debe mantener seguimiento imagenológico estricto sobre todo en pacientes con factores de riesgo presentes.

¿ES POSIBLE ALCANZAR LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN HOSPITAL REGIONAL DE CHILE?

Jesús Rojas L., Guillermo Sepúlveda D., Carlo Marino C., Carlos Varela V., Carlidia Ortega P., Sergio Sotelo H., Franz González A., César Muñoz C.Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía (PD) es una cirugía compleja. En la actualidad cuenta con estándares de volumen y resultados perioperatorios bien establecidos a nivel internacional. OBJETIVOS: Nuestro objetivo es evaluar si es posible cumplir y mantener los estándares internacionales de esta cirugía compleja, en un centro de referencia regional de Chile. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte. Se incluyeron todos los pacientes en los cuales se realizó una PD en nuestro centro entre junio 2014 y junio 2023. Se excluyeron PD asociado a resección multivisceral (colon, hígado y estómago) y pancreatectomía total. Se midieron variables preoperatorias, quirúrgicas y de seguimiento oncológico (100% de seguimiento). Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptica y analítica con el uso de STATA 18.0®.RESULTADO: Hay 89 PDs en el periodo de estudio. La edad promedio 60.3 ± 11.7 años y el 60% masculino. El 98% corresponde a patología maligna. El 100% tuvo cirugía R0 y un 10% resección-reconstrucción vascular. El 98% se realizó reconstrucción pancreatoyeyunal con asa de Child o Y de Roux. El 21% requirió reintervención quirúrgica. El 18% tuvo una fistula pancreática clínicamente significativa (B-C). Un 51% tuvo morbilidad postoperatoria y el 29% requirió de UCI en el postoperatorio. La mediana de postoperatorio fue 12 días. El tumor fue más frecuentemente: ampular, páncreas, colédoco y duodeno. El 66% tuvo compromiso ganglionar. La mortalidad operatoria fue 5.6%. El 55% recibió tratamiento adyuvante. La sobrevida media global fue 40% (32% páncreas, 38% ampolla, 40% colédoco y 60% duodeno) a 60 meses.CONCLUSIÓN: El estudio demostró que un centro de referencia regional de Chile es capaz de realizar PDs con resultados que cumplen con las recomendaciones de los estándares internacionales en términos de morbimortalidad, manejo de complicaciones, supervivencia y control de la enfermedad. Estos resultados sugieren que los pacientes en este centro reciben un nivel de atención clínica comparable al de centros internacionales.

RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA EN METÁSTASIS HEPÁTICAS DE GIST GÁSTRICO POSTERIOR A TERAPIA CON IMATINIB: REPORTE DE UN CASO

Jesús Rojas Lizana, Gabriela Coronado Toro, César Muñoz CastroUniversidad Católica del Maule. Hospital Regional de Talca.INTRODUCCIÓN: El GIST corresponde a una neoplasia originada en las células de Cajal del tracto gastrointestinal, siendo la ubicación más frecuente el estómago. La mayoría de presentación asintomática o como hallazgo incidental. Los GISTs presentan una mutación en el gen C-KIT, que permite utilizar un inhibidor selectivo del receptor tirosina kinasa como terapia adyuvante o neoadyuvante. Las lesiones de alto riesgo tienen mayor riesgo de metástasis, principalmente hepáticas. La cirugía es el tratamiento de elección por vía mínimamente invasiva. OBJETIVOS: El objetivo de este artículo es presentar un reporte de un caso infrecuente de Respuesta Patológica Completa (RPC) infrecuente MATERIAL Y MÉTODO: La información utilizada fue obtenida de los registros clínicos, estudios preoperatorios, estudios histopatológicos y protocolo quirúrgico. El reporte se realizó acorde a las recomendaciones publicadas para este diseño. El documento tiene consentimiento informado para su publicación. RESULTADO: Paciente femenina de 54 años con historia de hemorragia digestiva alta y melena. Se realiza endoscopia digestiva que evidencia lesión gástrica corporal distal de 4 cm submucosa. La tomografía axial computada evidencia lesión endofítica de 4 cm en estómago, asociado a metástasis hepáticas. Se realiza gastrectomía subtotal + biopsia de lesión hepática. Biopsia informa tumor gástrico compatible con GIST y metástasis hepática. Recibe imatinib 5 años como adyuvancia. Se mantiene enfermedad estable durante el seguimiento, por lo que se planifica una hepatectomía central + metastasectomías no anatómicas. Biopsia informa lesión nodular vascularizada con estroma fibromixoide acelular compatible con RPC. Sin recidiva hasta la actualidad completando 2 años de terapia con imatinib.CONCLUSIÓN: Este caso reporta un evento infrecuente de RPC de metástasis hepáticas de GIST gástrico posterior a adyuvancia con imatinib, es necesario evaluar los resultados a largo plazo, la sobrevida global y libre de enfermedad.

COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Verónica Pulgar B., Sonia Curitol S., Andrés Troncoso T., Khatalina Muñoz L., Fernanda Sandoval V., Benjamín Lobos T., Luis Acencio B., Oriel Arias R., Eduardo Sepúlveda S., Héctor Losada M.Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.INTRODUCCIÓN: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una patología infrecuente a nivel global siendo Chile el país donde se alcanzan las tasas más altas (27/100.000). Es la neoplasia maligna más frecuente de las vías biliares y se caracteriza por su tendencia a la invasión de órganos vecinos y a distancia. La colecistectomía extendida (CE) es la cirugía de elección en pacientes con CVB T1a con invasión de senos de Rokytansky (SRA); T1b y T2.OBJETIVOS: Se presenta serie de casos sometidos a CE por CVB en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre los años 2008-2024 con la finalidad de determinar los aspectos técnicos, histopatológicos, morbilidad, mortalidad y sobrevida de los pacientes.MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de pacientes sometidos a CE por CVB en el Hospital Regional de Temuco entre los años 2008-2024. Se usó estadística descriptiva con herramientas de tendencia central y dispersión, además de un análisis de sobrevida con curvas de Kaplan Meier con Stata ®.RESULTADO: La cohorte consta de 103 pacientes con edad promedio de 62.61 ± 9.3 años; 88% es de género femenino. El tiempo promedio entre la colecistectomía inicial y la colecistectomía extendida fue de 134 ± 62 días. El 66% tenía tumores de vesícula biliar T2. 45% de CE fue realizada por vía laparoscópica, 50% vía abierta y 4% se convirtió. El tiempo quirúrgico promedio de CE abierta fue de 274 ± 58 minutos y de CE laparoscópica de 256 ± 74 minutos. El promedio de ganglios linfáticos en la linfadenectomía fue de 5 ± 3.8. 18% de los pacientes tuvieron ganglios linfáticos positivos. La morbilidad fue del 14%, siendo más frecuentes el tipo I y II según la clasificación Clavien-Dindo. La cohorte no presentó mortalidad perioperatoria. El seguimiento promedio fue de 71 ± 48 meses; la sobrevida con análisis de Kaplan Meier para tumores T1a con invasión de SRA fue de 92 meses; para T1b fue de 68 meses y para T2 fue de 63 meses. La sobrevida en pacientes con ganglios positivos fue de 46 meses y con ganglios negativos fue de 71 meses.CONCLUSIÓN: Discusión: La Cohorte de CE del Hospital Hernán Henríquez Aravena presenta un 45% de cirugía laparoscópica, una morbilidad de un 14% y ausencia de mortalidad perioperatoria. La sobrevida tiene relación directa con el estadio T y N. Los resultados fueron similares a series nacionales e internacionales descritas.

QUISTECTOMÍA EN QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Verónica Pulgar B., Sonia Curitol S., Andrés Troncoso T., Fernanda Sandoval V., Matías Salinas N., Benjamín Lobos T., Joaquín Reyes T., Luis Acencio B., Oriel Arias R., Héctor Losada M.Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.INTRODUCCIÓN: La hidatidosis quística es una zoonosis parasitaria causada por *Echinococcus granulosus* y la localización más frecuente es la hepática. A nivel global carece de importancia epidemiológica, sin embargo, en sitios endémicos como Chile la prevalencia es de 5:100.000 habitantes y en la región de la Araucanía es de 48:100.000 habitantes constituyendo un gran problema de salud pública.OBJETIVOS: Se presenta una serie de pacientes sometidos a quistectomía con el objetivo de determinar aspectos demográficos, resultados quirúrgicos, morbilidad y mortalidad perioperatoria.MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos con seguimiento de pacientes con quiste hidatídico hepático (QHH) sometidos a quistectomía entre los años 2001-2024 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Los datos se recolectaron en Excel ® y se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión con Stata ®.RESULTADO: La cohorte consta de 545 pacientes, con edad promedio de 45 ± 19 años; 52% de la cohorte es de género masculino y 48% femenino. El 45,3% ingresaron vía urgencias y 54,7% vía electiva. 82.7% se diagnosticaron por Tomografía Axial Computada. La presentación más frecuente fue quiste único en un 65% seguido de 2 quistes en un 18% y 3 quistes en el 10%. La ubicación predominante fue en lóbulo hepático derecho en un 71% seguido de lóbulo izquierdo en un 23% y el diámetro promedio del quiste mayor fue de 9,7 ± 6.5 cm. El 7% presentó colangiohidatidosis, 6% ruptura a cavidad intraperitoneal, 5% tránsito hepato-torácico y 3% absceso hepático. Desde el año 2018 se inició la cirugía laparoscópica como tratamiento para esta patología y desde esa fecha se han operado 63 pacientes vía laparoscópica y 2 conversiones. La técnica quirúrgica más utilizada fue quistectomía subtotal en un 94%. En el 81% se usó povidona y en un 10% solución hipertónica como escolicida. El 29% recibió tratamiento con albendazol. La estadía hospitalaria promedio fue de 12 ± 12 días. La morbilidad fue de un 18.9% y la mortalidad de 0,55%. Se reportó recurrencia en 8,26% de los pacientes de los cuales un 68,8% fue de localización hepática, 24% peritoneal y 6,6% pulmonar.CONCLUSIÓN: Discusión: Se presentó una serie de casos con un número importante de pacientes pertenecientes a una región de alta incidencia. La morbilidad y mortalidad asociada fueron de 18,9% y 0,55% respectivamente y hubo recurrencia en un 8,26% de los pacientes, cifras similares a las descritas en series nacionales e internacionales.

RECONSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR. SERIE DE CASOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Khatalina Muñoz L., Verónica Pulgar B., Sonia Curitol S., Andrés Troncoso T., Fernanda Sandoval V., Benjamín Lobos T., Luis Acencio B., Oriel Arias R., Eduardo Sepúlveda S., Héctor Losada M.Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.INTRODUCCIÓN: Introducción: Las lesiones de vía biliar (LVB) son un desafío para los cirujanos biliopancreáticos. Se producen principalmente en las colecistectomías siendo 2-3 veces mayor en cirugías vía laparoscópica respecto a vía abierta.OBJETIVOS: Se presenta serie de casos con el propósito de determinar aspectos biodemográficos, técnica quirúrgica, morbilidad y mortalidad perioperatoria de pacientes sometidos a reconstrucción de vía biliar (RVB).MATERIAL Y MÉTODO: Material y método: Serie de casos con seguimiento de pacientes sometidos a RVB por LVB en el Hospital Hernán Henríquez Aravena entre los años 2000-2024. Los datos se recopilaron en Excel® y se realizó análisis descriptivo con uso de medidas de tendencia central y dispersión con Stata®.RESULTADO: Resultados: La cohorte consta de 91 pacientes con una edad promedio de 51 ± 18 años; 71% de la cohorte es de género femenino. La indicación principal de la colecistectomía fue colelitiasis en un 60% seguida de colelitiasis con coledocolitiasis en un 28% y síndrome de Mirizzi en un 5,5%. Se realizó colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) preoperatoria en el 34,5%. La LVB ocurrió en centros de salud de Temuco en el 48%. En el 56% se identificó la lesión en la cirugía inicial. En el 22% se intentó una reparación en el centro de la cirugía inicial. La presentación clínica fue similar entre sección de vía biliar y estenosis. En el 43% de los pacientes la cirugía inicial fue por vía laparoscópica. El tipo de lesión según la clasificación de Strasberg fue 23% E1; 32% E2 y 26% E3. En el 48,35% la cirugía inicial fue por vía abierta. El tipo de lesión según la clasificación de Bismuth fue 41% Bismuth 1, 32% Bismuth 2 y 18% Bismuth 3. La técnica de RVB más usada fue hepatoyeyunoanastomosis en 87%. La morbilidad de la cohorte fue de 32% de la cual el 63% fue tipo I y II según la clasificación de Clavien-Dindo; La mortalidad perioperatoria fue de un 3%. El seguimiento promedio fue de 13 ± 21 meses y se identificó estenosis de la RVB en el 11% las cuales fueron tratadas en su totalidad por vía percutánea.CONCLUSIÓN: Discusión: En la Cohorte de RVB por LVB las presentaciones clínicas entre sección y estenosis biliar fueron similares. No hubo diferencias significativas entre cirugía abierta y laparoscópica. La técnica de reparación más usada fue hepatoyeyunoanastomosis y las cifras de morbilidad y mortalidad fueron comparables con cifras nacionales e internacionales.

TRASPLANTE HEPÁTICO SPLIT: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE SOBREVIDA

Natalia Reyes L., Martín Dib M., Eduardo Briceño V., Eduardo Viñuela F., Nicolás Jarufe C., Jorge Martínez C.Hospital Clínico UC-Christus, Servicio de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante.INTRODUCCIÓN: El trasplante hepático split ofrece la posibilidad de incrementar el número de órganos disponibles, lo que reduce el tiempo en lista de espera y la mortalidad para los candidatos a trasplante. La sobrevida del paciente y del injerto es comparable entre el trasplante hepático completo y el split, tanto en receptores pediátricos como en adultos. No obstante, los trasplantes split son raramente utilizados. El objetivo del estudio es describir los resultados perioperatorios y de sobrevida de pacientes con trasplante hepático split.OBJETIVOS: El objetivo del estudio es describir los resultados perioperatorios y de sobrevida de pacientes con trasplante hepático split operados en HCUC de 2010-2023.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente de pacientes con enfermedades hepáticas en etapa terminal sometidos a trasplante hepático split en Hospital Clínico UC-Christus de 2010-2023. Todos los pacientes pediátricos y adultos fueron incluidos. Se revisaron las características clínicas, quirúrgicas y postoperatorias a corto y largo plazo que se registraron en porcentajes y medianas. El análisis de supervivencia se realizó con Kaplan Meier.RESULTADO: De un total 490 trasplantes hepáticos durante el periodo de estudio, 8 pacientes recibieron trasplante hepático split (1,6%), 6 adultos y 2 pediátricos. La mediana de edad fue 41 (1-58) años, con 75% de mujeres. El tiempo en lista de espera fue 4 (1-50) meses, con MELD operacional de 26 (16-38). Un paciente pediátrico recibió el lóbulo hepático izquierdo reducido (segmento II-III) y el otro paciente pediátrico recibió el lóbulo izquierdo completo, los adultos recibieron el lóbulo hepático derecho. La relación de peso entre injerto-receptor en adultos fue 1,34 (1,28-1,8) y en pacientes pediátricos 2,1 y 3,25, no se desarrolló síndrome de small-for-size. 2 pacientes requirieron reoperación precoz y 2 pacientes sufrieron complicaciones biliares que requirieron ERCP y drenaje percutáneo. Las complicaciones tardías fueron 2 estenosis de anastomosis biliar manejado con ERCP y 1 estenosis de vena porta manejada con venoplastía y luego shunt mesocavo. La sobrevida fue 58 (7-165) meses, con 100% de sobrevida a 5 años. CONCLUSIÓN: El trasplante hepático split en los pacientes adultos y pediátricos de esta revisión fue un procedimiento factible, importante destacar que la relación de peso entre injerto y receptor fue dentro de los límites aceptados según la evidencia existente, >0,8%, disminuyendo el riesgo de síndrome small-for-size. Los resultados a corto y largo plazo fueron comparables con los resultados publicados en la literatura, y la sobrevida global es destacable en esta revisión. Se requiere un mayor número de pacientes para establecer diferencias significativas y comparar el trasplante hepático completo del trasplante hepático split.

QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PRESURIZADA EN AEROSOL (PIPAC) EN CARCINOMATOSIS POR CÁNCER DE PÁNCREAS

Mario Uribe, Carlos García, Robin Álvarez.Clínica MEDS.INTRODUCCIÓN: La Quimioterapia Intraperitoneal Presurizada en Aerosol (PIPAC) es una técnica emergente, que consiste en la administración de fármacos antineoplásicos en la cavidad abdominal a alta presión. Sus indicaciones son: disminuir el volumen de masas tumorales, a través de repetición del procedimiento, con el objetivo de hacer resecable las lesiones que no lo eran y, el más frecuente, para paliación de ascitis refractaria y otros síntomas abdominales. Sus contraindicaciones son, una sobrevida estimada menor a 3 meses, alergia a las drogas a administrar, obstrucción o perforación intestinal y malas condiciones generales del paciente. OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente portador de carcinomatosis peritoneal de origen pancreático y mostrar un video con la técnica de PIPAC.CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso clínico de un paciente de 44 años portador de carcinomatosis por cáncer de páncreas. El video muestra la implementación de pabellón, la técnica de acceso a la cavidad abdominal, la toma de biopsias intraoperatorias, la administración de quimioterapia a alta presión, sus precauciones y bioseguridad. Posteriormente se muestra una visión panorámica del pabellón y la monitorización anestésica y laparoscópica afuera del mismo. Finalmente, el video revela la técnica de aspiración de los gases de la quimioterapia, y el cierre de la pared abdominal. De acuerdo a nuestro conocimiento, éste es el primer video de esta técnica presentado en nuestro país.

VESICULAR BILIAR GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gustavo Morales C., Geraldine González T., Milisa Barraza C., Sofia Pizarro G., Antonella Aguirre B., Sebastián Cruz M., Cesar Navarro A.Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen, Chile. Facultad de Medicina, Universidad de Atacama, Chile. INTRODUCCIÓN: La vesícula biliar gigante es una afección extremadamente rara, se han presentado no más que un par de decenas de casos desde el siglo XVII hasta la fecha. Dado lo infrecuente de esta entidad, aún no existe un consenso sobre la definición, aunque en algunas publicaciones se establecen un volumen superior a 1,5 litros para definirla. Se suele presentar más frecuentemente a consecuencia de procesos benignos como colelitiasis, colecistitis crónica o una patología biliar obstructiva, y en el menor de los casos, secundario a una neoplasia biliar. La mayoría de los casos se resuelve mediante laparotomía. OBJETIVOS: En el presente estudio describiremos el caso de una vesicular biliar gigante que se presentó como una ictericia biliar obstructiva y su respectivo manejo en el hospital regional de Copiapó.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de ficha clínica y revisión de literaturaRESULTADO: Paciente masculino de 51 años con antecedentes de DHC por alcohol, varices esofágicas y episodios de encefalopatía hepática, acude a urgencias por dolor abdominal intermitente de 4 días de evolución localizado en flanco derecho, se acompaña de ictericia, coluria y vómitos. En hipocondrio derecho se palpa masa dolorosa, sin signos de irritación peritoneal. En los exámenes de laboratorio se evidencia alteración de pruebas hepáticas de patrón colestásico, alteración de pruebas de coagulación y elevación no significativa de parámetros inflamatorios. TC de abdomen y pelvis muestra masa de aspecto quístico de aproximadamente 21x12x11 cm, que condiciona dilatación de conducto hepático común de 18 mm. Paciente evoluciona con signos de insuficiencia hepática y ante imposibilidad de contar con ERCP se decide laparotomía exploratoria en donde se visualiza vesicular biliar gigante, se punciona con salida de 1,5 LT de bilis y se realiza colecistectomía parcial tipo Pribram. Además, se efectúa una colangiografía intraoperatoria que evidencia vía biliar proximal dilatada, buen paso a duodeno, sin defectos de llene ni estenosis. Dado el compromiso hemorrágico secundario a coagulopatía e hipertensión portal, requirió maniobras de Pringle intraoperatorias, laparotomía contenida y manejo en UPC y posterior revisión y cierre. En post operatorio paciente evoluciona con mejoría clínica y de las pruebas de función hepática. Sin embargo, posteriormente cursa con episodio de HDA, falleciendo producto del shock hemorrágico. El estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas indica una vesicular biliar con un proceso inflamatorio crónico reagudizado.CONCLUSIÓN: La vesícula biliar gigante es una condición poco conocida, cuyo diagnóstico puede resultar difícil versus lesiones quísticas tanto del hígado como del árbol biliar. Debido a su poca descripción en la literatura no existe un consenso sobre su manejo. En el caso de nuestro paciente, debido a la falta de disponibilidad de terapias no invasivas, requirió cirugía abierta debido a su deterioro clínico y que determinó sus consecuentes complicaciones hemorrágicas posteriores, que, si bien no fue la causa de muerte, si condicionó un estado de fragilidad que llevó a su desenlace final.

DUPLICACIÓN VESICULAR COMO HALLAZGO INESPERADO EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR COLELITIASIS: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Felipe Barnert, John Bittner, Macarena Grandon, Erick CastilloHospital Base Puerto Montt, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: La duplicación vesicular es una condición relativamente rara con una incidencia de 1/3800-4000, presente en 0.026% de autopsias, siendo hasta 2 veces más común en mujeres. Usualmente presenta clínica bastante similar a vesículas únicas. Su importancia radica en ser un factor de riesgo teórico para lesiones de vía biliar.OBJETIVOS: Exponer un caso de duplicación vesicular con el fin de aportar en la casuística de esta condición.MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico y revisión de literatura.RESULTADO: Femenina de 33 años sin antecedentes relevantes, con historia de dolor abdominal epigástrico cólico de 10 años de evolución. Se realizó ecografía abdominal que informó: “Vesícula biliar en repleción, cálculo luminal de 2.8 cm y barro biliar. Área focal de engrosamiento parietal en fondo vesicular vascularizado al Doppler-color y algunos focos hiperecogénicos. Sugiere el diagnóstico de adenomiomatosis vesicular, colecistitis crónica focal o neoplasia vesicular primaria”. Resonancia de abdomen contrastada informó: “Vesícula biliar en repleción, pared de grosor normal, pliegue a nivel del fondo y un cálculo endoluminal de 2,5 cm. Lesión quística exofítica originada de la fosa vesicular, con contenido proteináceo-hemorrágico en su porción dependiente”. Se realizó una colecistectomía laparoscópica consignandose una vesícula de paredes engrosadas con una lesión de aspecto pseudoquística tumoral de 5 cm de diámetro en relación al fondo vesicular, sin infiltración de estructuras vecinas. Cístico único y vía biliar de calibre normal”. La biopsia diferida informó: vesícula de 10.5 cm de longitud. Con una tabicación transversal completa a nivel del cuerpo/fondo la cual determina 2 cavidades luminales independientes sugerentes de malformación “en reloj de arena”. La proximal de 6 cm, constituida por cuerpo y cuello con drenaje a través del cístico, que alberga cálculo ovoide de 4 cm. La distal de 5 cm, constituida por fondo y cuerpo, lumen sin contenido, mucosa aplanada congestiva con algunas áreas trabeculadas. Conducto cístico de 0.5 cm de diámetro y 2 ganglios de 1 cm cada uno sin signos de malignidad. La paciente evolucionó satisfactoriamente por lo que fue dada de alta y al control diferido se encontró asintomática.CONCLUSIÓN: El diagnóstico preoperatorio de la duplicación vesicular resulta difícil dado la variedad de diagnósticos diferenciales tales como divertículo, gorro frigio y adenomiomatosis. Las herramientas preoperatorias, si bien prestan utilidad, no constituyen una certeza diagnóstica. Una adecuada exploración operatoria nos permite obtener la mayor cantidad de información y de esta manera brindar un manejo seguro y adecuado.

PREVALENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA POST PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN CENTRO REGIONAL

Felipe Barnert S., Karen Concha V., Mónica Díaz H., Macarena Grandón F., Constanza Medina R., Francisco Izquierdo, Nelson Corsini, Francisca Díaz H., Erick Castillo F.Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: La fístula pancreática (FPPO) en la principal complicación posterior a una pancreatoduodenectomía. El tratamiento oportuno depende del diagnóstico precoz y abordaje multidisciplinario. Además de las técnicas de anastomosis, características de la glándula y diámetro del conducto de Wirsung, existen múltiples estudios que muestran asociación significativa entre el volumen de pacientes sometidos a una intervención y el resultado postquirúrgico, por lo cual es importante revisar los resultados en centros de menor volumen.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de FPPO en pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía, además de evaluar algunas variables intraoperatorias y su posible relación causal con dicha complicación.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes sometidos a PDD cefálica abierta con reconstrucción pancreatoyeyunoanastomosis en Hospital Base de Puerto Montt, entre los años 2018 y 2023. Se definió y clasificó fístula pancreática de acuerdo a la clasificación del International Study Group of Pancreatic Fistulae (ISGPF). Información obtenida de base de datos local “Experto”. Se realizó análisis estadístico con prueba de chi-cuadrado.RESULTADO: Se realizaron 70 PDD. La mediana de edad fue de 64 años (40-84) y 36 (50.7%) fueron varones. La puntuación de ASA más frecuente fue III (52.1%). El tiempo operatorio promedio fue de 242 minutos. 42.3% presentaron un wirsung dilatado (≥ 5 mm), Se realizó pancreatoyeyunoanastomosis anastomosis ducto mucosa en 37 casos (52.1%) y telescopada en 32 casos (45.7%). Se utilizó tutor en conducto pancreático en 25 casos (35%). Veinte (29%) pacientes presentaron fístula pancreática, de ellas 8 (40%) fue grado A, 11 (55%) grado B, no hubo casos grado C. No hubo diferencia estadística en la incidencia de fístula pancreática según el diámetro del conducto de Wirsung (P=0.291), el tipo de anastomosis (P=0.672) o el uso de tutor (P=0.214).CONCLUSIÓN: El Hospital Base de Puerto Montt es un centro de alta complejidad de referencia regional, donde el volumen de pacientes ha aumentado exponencialmente. En nuestra serie de casos la presencia de fístula pancreática en esta serie fue similar a reportada por centros de alto volumen (29% vs 8-32%). No se encontró diferencia estadística en la técnica de pancreatoyeyunoanastomosis ni diámetro del conducto pancreático.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA CON ABORDAJE PEDICULAR

Felipe Barnert, Karen Concha, John Bohle, Erick CastilloHospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: En las resecciones hepáticas laparoscópicas, la técnica quirúrgica se caracteriza por tener un nivel importante de complejidad, determinando una prolongada curva de aprendizaje.OBJETIVOS: Presentar la técnica quirúrgica de Hepatectomía izquierda por vía laparoscópica con abordaje pedicular que se realiza en Hospital de Puerto Montt.CONTENIDO DE VIDEO: Paciente femenina de 71 años, colecistectomizada. Consulta a Broncopulmonar por tos. Se solicitó TC que pesquisó tumor hepático. Se solicita resonancia de abdomen con contraste que evidencia lesión quística compleja multiseptada en lóbulo hepático izquierdo, pudiendo corresponder a metástasis hepática versus cistoadenoma/adenocarcinoma. Evaluación ginecológica, endoscopia digestiva alta y colonoscopía no evidenciaron presencia de tumor primario. Se discute caso en comité oncológico, se decide, resolución quirúrgica. Hepatectomía izquierda laparoscópica: Abordaje pedicular y control de pedículo izquierdo con stapler lineal 60 morado. Demarcación isquémica y transección con sonicision y bipolar. Control de ramas venosas con hemolok. Sección de vena suprahepática hepática izquierda con carga 45 mm beige. Liberación de ligamento triangular izquierdo, se extrae pieza con endocatch por mini laparotomía de pfannenstiel.

VÓLVULO DE VESÍCULA: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Macarena Saavedra T., Nidia Vukasovic A., Constanza Alarcón, Ricardo Tamayo M., Amador Montero R.Hospital San José.INTRODUCCIÓN: El vólvulo de vesícula es una patología rara, en donde la vesícula biliar se rota sobre su propio eje. Esta rotación puede ser completa (>180°) o incompleta (<180°), en sentido horario o antihorario. La rotación, que puede incorporar a la arteria cística, va a comprometer el flujo sanguíneo, causando isquemia y eventual necrosis. La causa exacta aún es desconocida, pero el retraso del diagnóstico se asocia a un peor desenlace. El vólvulo de vesícula biliar tiene una clínica similar a la colecistitis aguda, por lo que el diagnóstico preoperatorio es difícil y posible solo en menos del 10% de los pacientes.OBJETIVOS: Descripción clínica de un caso de vólvulo de vesícula y su resolución.MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico de vólvulo de vesícula resuelto quirúrgicamente por el equipo de cirugía del Hospital San José de Santiago en 2024.RESULTADO: Paciente de 86 años con antecedentes de DM2 en control, con 24 horas de dolor abdominal súbito en cuadrante superior derecho y náuseas posterior a ingesta copiosa de alimentos. Al examen físico, abdomen depresible, con signo de Murphy esbozado y masa palpable en cuadrante superior derecho. Hemodinámicamente estable, afebril. En exámenes de ingreso con leucocitosis (18360) e hiperlactatemia (26). Se realiza TAC abdomen y pelvis en donde se visualiza sobredistensión vesicular, fuera de su fosa habitual, con mayor espesor mural global con zonas de pérdida de la continuidad y "swirling" pedicular, aumento de calibre de la vía biliar intra y extrahepática. Dado la sospecha diagnóstica de un vólvulo vesicular se decide realizar una colecistectomía laparoscópica. Intraoperatoriamente se evidencian adherencias múltiples asociadas a una vesícula volvulada con necrosis, sin perforación y fuera del lecho vesicular. Se realiza adherensiolisis, distorsión vesicular y luego se completa la colecistectomía logrando una adecuada visión crítica de seguridad.CONCLUSIÓN: El vólvulo vesicular es una causa poco frecuente de abdomen agudo, presentándose con síntomas que a menudo se confunden con los de colecistitis aguda, incluyendo una masa palpable en el hipocondrio derecho en hasta un tercio de los casos. Se debe considerar como diagnóstico diferencial en pacientes con colecistitis aguda alitiásica y su sospecha preoperatoria es fundamental para plantear un plan quirúrgico adecuado que incluye la distorsión del vólvulo para poder identificar el triángulo de Callot.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFANGIOMA PANCREÁTICO SINTOMÁTICO: REPORTE DE UN CASO

Camila P. Samaniego S., Sofía Pumarino L., Liliana Sanhueza P., María José Martínez S., Álvaro Paredes Q., Felipe Castillo H.Hospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: El linfangioma pancreático (LP) es un tumor quístico del páncreas poco frecuente. Suelen ser asintomáticos, de lo contrario presentan una clínica inespecífica caracterizada por dolor abdominal epigástrico inespecífico. El estudio inicial es compartido con el resto de las lesiones quísticas del páncreas, con métodos de imágenes como ecografía, tomografía computacional y resonancia magnética (RM), no obstante, el diagnóstico definitivo es histológico. Se podría complementar el estudio con una punción por aguja fina, evidenciando fluido blanquecino con más de 5g/dL de triglicéridos, bajos niveles de CEA y valores elevados de amilasa. El manejo definitivo de la lesión es la resección quirúrgica, pese a que existe la posibilidad de mantener vigilancia activa en el caso de pacientes asintomáticos y lesiones no invasivas.OBJETIVOS: Revisión bibliográfica breve de patología poco descrita en la literatura y reporte de caso clínico sobre paciente con quiste pancreático sintomático que requirió resolución quirúrgica y la biopsia reveló LP. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica breve y reporte de caso clínico.RESULTADO: Caso clínico: se presenta caso de paciente de sexo femenino de 65 años con antecedente de cistoadenoma mucinoso de 1x2 cm en la cola del páncreas diagnosticada hace 3 años mediante RM. En control imagenológico con ecografía y RM se evidenció aumento de tamaño de la lesión hasta 3x4 centímetros, asociado presentó cuadro de baja de peso y mala tolerancia oral de 3 meses. Se decidió realizar pancreatectomía distal con esplenectomía total ante sospecha de neoplasia mucinosa. Biopsia de tejido definitiva fue compatible con LP. En el postoperatorio inmediato evoluciona estable, sin sangrado u otras complicaciones, siendo dada de alta al 5to día postoperatorio.CONCLUSIÓN: El LP es un tumor infrecuente del páncreas. En este caso se presenta una paciente con progresión del tamaño del quiste y desarrollo de sintomatología en relación a éste, por lo que se decide manejo quirúrgico ante sospecha de malignidad. De momento no se han reportado casos de LP con transformación maligna por lo que se podría manejar de forma conservadora, sin embargo, dado la similitud clínica con el carcinoma pancreático, en caso de presentar síntomas o de duda diagnóstica, el manejo definitivo es la resección quirúrgica completa, con muy baja probabilidad de recurrencia y buen pronóstico.

CARACTERIZACIÓN ANATOMORADIOLÓGICA DEL TRONCO DE HENLE EN PANCREATODUODENECTOMÍAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS

Bettina Guijón, Xabier de Aretxabala, Felipe Castillo.Hospital Padre HurtadoINTRODUCCIÓN: El Tronco de Henle (TC) se describe frecuentemente como una estructura anatómica altamente variable y de gran importancia en diversos procedimientos quirúrgicos, incluyendo pancreatoduodenectomías (PD), gastrectomías y colectomías derechas1. Así, su importancia quirúrgica ha ganado protagonismo últimamente, convirtiéndose en una estructura de renombre. Su primera descripción se remonta a 1868 cuando Jakob Henle, lo describió por primera vez como “una vena gastrocólica compuesta por la vena gastroepiploica derecha (VGED) y la vena cólica, que drena en el lado cóncavo de la vena mesentérica superior (VMS)” 2. Con el tiempo, esta descripción ha evolucionado, describiéndose ramas tributarias pancreáticas en publicaciones de Descomps & De Lalaubie en 1912 y Guillot en 1962, denominadas venas pancreatoduodenales anteroinferior y anterosuperior, respectivamente1,3,4. La definición del TH ha evolucionado, reconociéndose actualmente como tronco gastropancreatocólico en la mayoría de los casos (56,1%). Sin embargo, puede presentar variantes en sus afluentes, incluido los troncos gastrocólicos (17,8%). %), gastropancreáticos (12,7%) o pancreatocólicos (0,9%)1. Su ubicación en el borde inferior del páncreas5, entre el mesocolon, el mesopancreático y el epiplón mayor, plantea desafíos para la disección. Además, debido a las múltiples variantes anatómicas que puede presentar, existe un riesgo importante de sangrado para quienes no están familiarizados con la anatomía del paciente; lo que podría provocar una hemorragia importante por su proximidad a la VMS y tracción inadvertida del mesocolon1,5,6. Si bien se ha prestado mucha atención a su descripción, la mayoría de la literatura existente consiste en estudios radiológicos y/o cadavéricos del TH, con descripciones anatómicas limitadas, como en la laparoscopia7. Esto subraya la importancia de realizar una descripción anatómica meticulosa.OBJETIVOS: Analizamos el TH en cinco pacientes sometidos a PD mínimamente invasiva por sospecha de tumores periampulares, entre enero de 2022 y julio de 2024. Nuestro objetivo es brindar una descripción integral de la anatomía del Tronco de Henle y sus variantes, tanto en imágenes como durante la laparoscopia.MATERIAL Y MÉTODO: Revisamos las imágenes preoperatorias y registramos los procedimientos quirúrgicos, presentando solo los segmentos relevantes, mediante edición de los videos.RESULTADO: Las imágenes preoperatorias se correlacionaron con los hallazgos durante los procedimientos laparoscópicos. La mayoría de los pacientes presentaban un tronco gastropancreatocólico, y sólo unos pocos presentaban un tronco gastropancreático. Un paciente también presentó múltiples venas cólicas, que se fusionaron en una antes de llegar a la VMS.CONCLUSIÓN: Se observó una alta concordancia entre los casos expuestos y la literatura existente. La mayoría de los pacientes tenían tronco gastropancreatocólico, ninguno tenía tronco pancreatocólico y solo unos pocos tenían tronco gastropancreático; siendo las variantes más común, menos común y segunda menos común, respectivamente. Esto demuestra que con una comprensión anatómica profunda y un análisis de imágenes preoperatorio, es posible realizar una disección precisa y exitosa del tronco de Henle sin mayores complicaciones. Sin embargo, se deben realizar más estudios anatómicos para precisar la prevalencia de cada variante.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POST HEPÁTICO-YEYUNO ANASTOMOSIS. RESOLUCIÓN HÍBRIDA DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Bettina Guijón, Felipe Castillo, César Serrano, Hugo Veis.Hospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: La hepático-yeyuno anastomosis (HYA) es una técnica comúnmente utilizada en las derivaciones biliodigestivas. Se ha reportado una morbilidad de 13.5%, con complicaciones frecuentes como la estenosis (47%), hepatolitiasis (32%) y fístula biliar (11%)1. La hemorragia digestiva alta tardía asociada a HYA y/o pancreatoduodenectomía es poco frecuente, ocurriendo en un 3-13% de los casos, pero con una mortalidad significativa que oscila entre 15-58%2. Ésta puede deberse a sangrados del muñón de arteria gastroduodenal2, pseudoaneurismas3, fístulas pancreáticas3, angioectasias perianastomóticas3, lesiones de Dieulafoy4, entre otras. El diagnóstico y tratamiento es endoscópico3,4, sin embargo, en estos pacientes con alteraciones anatómicas derivadas de la cirugía inicial, puede considerarse un abordaje mixto quirúrgico-endoscópico para superar las dificultades de acceso presentes.OBJETIVOS: Presentar un abordaje multidisciplinario quirúrgico-endoscópico exitoso para el diagnóstico y tratamiento de una HDA en paciente con HYA reciente y reconstrucción en Y de Roux, con las complicaciones de abordaje y tratamiento por la anatomía que estas cirugías conllevan.CONTENIDO DE VIDEO: El video muestra una paciente femenina de 34 años, con antecedentes de cirugía de Whipple (con reconstrucción en Y de Roux) por quiste coledociano en 2021, re anastomosis hepático-yeyunal en junio 2024 por estenosis de la anastomosis y consultas recurrentes por hemorragia digestiva alta (HDA), con 2 endoscopías digestivas altas (EDA) descartando sangrado. Consulta en urgencias con cuadro de shock hipovolémico, melena y hematemesis. El AngioTAC demuestra neumobilia intrahepática y contenido denso cercano a confluencia hiliar de aspecto hemático, sin sangrado activo. Se realiza abordaje mixto quirúrgico-endoscópico mediante externalización de pie de Y de Roux, ingreso de endoscopio y exploración de asas alimentaria, ciega y biliar. Se identifica úlcera de 1.5 cm en cara anterior de HYA, a 20 cm de entrada de asa biliar, con vaso visible y estigmas de sangrado residual y otro vaso visible con coágulos en cara posterior. Se maneja con hemoclips a vasos, cierre de defecto con clips y hemospray. Evolución postoperatoria inmediata favorable, sin nuevos episodios de sangrado.

ANÁLISIS DE 10 AÑOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN EL HOSPITAL LA FLORIDA

Samuel Balmaceda, Denisse Vera, Pascale Sallaberry, Rubén Ávila, José Galindo, Lissette Leiva, Natalia Reyes, Andrés Marambio, Pedro Soto, Caterina ContrerasUniversidad de los Andes, Universidad Finis Terrae, Equipo Cirugía Abdominal Adulto Hospital La Florida.INTRODUCCIÓN: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es la neoplasia más frecuente del tracto biliar. Tiene una presentación heterogénea a nivel mundial, siendo Chile uno de los países con mayor prevalencia y mortalidad en el mundo. Existe escasa información que permita ahondar en su comportamiento local.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es aportar conocimiento en cuanto a los resultados del tratamiento quirúrgico de esta patología en los últimos 10 años en un centro hospitalario.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo a partir del análisis de registros clínicos. Muestreo por conveniencia no probabilístico, incluyendo casos consecutivos de pacientes operados por CVB en el Hospital La Florida de Santiago, Chile entre los años 2014 y 2024. Se utiliza estadística descriptiva para análisis de variables demográficas y clínicas.RESULTADO: Se incluyeron 41 pacientes, de los cuales 35 (85,3%) fueron mujeres. Edad promedio al diagnóstico de 68 años (46-80 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (63,4%) y DM2 (48,7%). En su mayoría, el diagnóstico fue postoperatorio en biopsias de pacientes operados de urgencia por colecistitis aguda (39%) o electiva por colelitiasis (34%). Un menor porcentaje se diagnosticó en contexto de estudio por dolor abdominal inespecífico (15%), síndrome consuntivo (10%) o síndrome ictérico (2%). El estadío al diagnóstico fue 0-I (12%), II-III (76%) y IV (2%). El 100% fue a cuña hepática + linfadenectomía tras la confirmación diagnóstica, con un abordaje abierto en 30 pacientes (73%), y conversión en 2 pacientes (5%). En dos pacientes se hizo adicionalmente resección segmentaria de colon (4.8%) y en cuatro de ellos una derivación biliodigestiva (9.8%). Trece presentaron complicaciones postoperatorias (31,7%), de los cuales 3 fueron Clavien Dindo ≥ III, requiriendo re-operación (7.3%). El promedio de días de hospitalización postoperatoria fue de 7 días (1-29 días). Tres pacientes se re-hospitalizaron en los primeros 30 días postoperatorios (7.3%). Sólo 14 pacientes fueron candidatos a quimioterapia adyuvante (34%). El promedio de sobrevida de la serie fue de 44.8 meses (0.3-142.7 meses).CONCLUSIÓN: El tratamiento quirúrgico del CVB se ha realizado en el Hospital La Florida desde su apertura en 2014. Este análisis inicial evidencia una morbimortalidad comparable con la escasa literatura disponible. Llama la atención el escaso porcentaje de pacientes que reciben terapia adyuvante o la ausencia de terapia neoadyuvante en estos grupos, lo cual podría mejorar aún más los resultados en estos grupos.

REPARACIÓN DE LESIÓN DE VÍA BILIAR ROBOT ASISTIDA CON SISTEMA DA VINCI X R

Elías Arroyo A., Guillermo Martínez S., Ignacio Miranda C., Carlos García C.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La cirugía robot asistida es poco frecuente en nuestro medio debido a los costos asociados, sin embargo, los beneficios de esta técnica son la precisión, ergonomía y la mejor visualización de estructuras. A pesar de la seguridad y eficacia de la cirugía robótica, existen pocas publicaciones en reparación de lesiones de vía biliar, siendo lo más frecuente la hepático yeyuno anastomosis en y de Roux.OBJETIVOS: Presentar el video de un caso de reparación de lesión de vía biliar con técnica mínimamente invasiva robot asistida con sistema Da Vinci X RCONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 32 años colangioresonancia y colangiografía a través de drenaje, evidencian lesión de conducto hepático derecho aberrante en lecho vesicular. Se realiza reparación de lesión con derivación bilio digestiva en Y de Roux mediante cirugía mínimamente invasiva robot asistido con sistema Da Vinci.

EXPERIENCIA EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN HOSPITAL CLÍNICO DRA. ELOISA DÍAZ LA FLORIDA

Camila Olivares R., Caterina Contreras B., Natalia Reyes L., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., José Galindo R., Andrés Marambio G., Pedro Soto G.Hospital Dra. Eloísa Díaz de la Florida.INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía es una cirugía de alta complejidad y representa el único tratamiento potencialmente curativo para los pacientes con tumores periampulares. Si bien en los últimos años la mortalidad postoperatoria ha disminuido a menos de 5%, las complicaciones fluctúan entre un 30-60%.OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyeron a todos los pacientes operados entre junio de 2021 a junio 2024 en el Hospital Clinico Dra Eloisa Díaz La Florida. Se revisó el registro clínico y se confeccionó una base de datos con las características demográficas, variables quirúrgicas, complicaciones postoperatorias, readmisión a los 30 días y resultados histopatológicos. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva. Las variables cualitativas fueron expresadas en porcentajes y las cuantitativas utilizando media y valores mínimo y máximo. RESULTADO: Se incluyeron 38 pacientes, de los cuales 28 (73,7%) fueron de género femenino. La edad promedio fue de 72 años (37-88). Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron la hipertensión arterial (55,3%) y la diabetes mellitus (39,5%). Solo 3 pacientes requirieron un drenaje biliar preoperatorio. Con respecto a la vía de abordaje un 92,1% fue abierta y un 7,9% laparoscópica. El tipo de reconstrucción pancreática más utilizada fue la pancreato yeyuno anastomosis en un 94,7% de los casos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 416 min (240-600) y el sangrado de 550 cc (200-1500 cc). Un 60,5% de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias, sin embargo, solo un 18,4% fueron Clavien Dindo ≥III. Un total 34,2% pacientes desarrollaron fístula pancreática, de las cuales un 18,4% fueron clínicamente significativas. El retardo del vaciamiento gástrico se presentó en 13,2% de los casos y la hemorragia digestiva en un 10, 5%. Una paciente falleció a causa de un hemoperitoneo. El promedio de estadía hospitalaria fue de 14 días (8-63). No hubo readmisión a los 30 días. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma ductal de páncreas en un 65,8% de los casos.CONCLUSIÓN: La pancreatoduodenectomía en nuestro centro es una cirugía habitual, con más de 12 casos al año y con resultados comparables a los reportados en la literatura.

COLECISTITIS AGUDA A CONSECUENCIA DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Carla Pereira M.[1], Denisse Vera H.[1], Barbara Ortiz J.[21]Residente de Cirugía General, Universidad Finis Terrae, Multicéntrico; [2]Departamento de Cirugía general, Hospital de Urgencia y Asistencia Pública. Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: El pseudoaneurisma hepático es una patología vascular de baja prevalencia, representando hasta el 20% de los aneurismas viscerales arteriales. Sus principales causas son el traumatismo (accidental o iatrogénico), patologías vasculares, inflamatorias e infecciosas. Se manifiesta de forma inespecífica, mediante dolor abdominal, hemorragia digestiva, hemobilia e ictericia. Los factores de riesgo predisponentes para esta patología son hipertensión arterial, enfermedad vascular, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, infecciones, neoplasias malignas y traumatismos. Su diagnóstico se realiza a través de imágenes, siendo la tomografía computarizada (TC) y angiografía por TC los de elección. En cuanto al manejo se prefiere una resolución endovascular mínimamente invasiva debido a mejores tasas de éxito y menores complicaciones. Respecto al manejo de la colecistitis aguda el gold standard sigue siendo colecistectomía laparoscópica.OBJETIVOS: Presentar una manifestación atípica de pseudoaneurisma de arteria hepática.MATERIAL Y MÉTODO: Hombre de 46 años, con antecedente de VIH sin tratamiento. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio de 4 días de evolución, inicio postprandial, tipo cólico, asociado a ictericia de piel y mucosas, coluria, sudoración, náuseas y deposiciones oscuras. Ingresa taquicárdico, con tendencia a la hipotensión, afebril y deshidratado. Laboratorio de ingreso destaca anemia moderada, hiperbilirrubinemia de predominio directo, patrón colestásico, parámetros inflamatorios bajos. TC abdomen y pelvis: dilatación de vía biliar con hallazgo sugerente de colelitiasis y coledocolitiasis, sin embargo, se realiza ecografía abdominal que descarta litiasis, sugerente de hemovesícula que podría estar en contexto de neoplasia vesicular. AngioTC: dilatación aneurismática de arteria hepática de 26 x 23 mm, sugerente de pseudoaneurisma. Resonancia magnética (RM) de abdomen: colecistitis aguda hemorrágica, sin evidencia de colelitiasis ni coledocolitiasis. Se realiza un manejo multidisciplinario: Radiología intervencional realiza embolización de pseudoaneurisma, angiografía de control evidencia ausencia de opacificación del pseudoaneurisma y adecuada ramificación de arteria hepática izquierda. Posteriormente se realiza colecistectomía laparoscópica, con evolución favorable y se da de alta con seguimiento ambulatorio.RESULTADO:CONCLUSIÓN: Se presenta el caso de un paciente con pseudoaneurisma hepático y colecistitis alitiásica (aunque TC informa litiasis) que se manifestó principalmente por dolor abdominal e ictericia obstructiva. En imágenes destaca hemocolecisto, complicación infrecuente de colecistitis, donde se genera una úlcera en la pared vesicular con posterior necrosis. El manejo multidisciplinario es importante para obtener buenos resultados, utilizando radiología intervencional para la embolización del saco aneurismático y una colecistectomía laparoscópica. Es fundamental un diagnóstico y manejo precoz de esta patología debido a la alta morbilidad y mortalidad asociada.

EXPERIENCIA INICIAL EN RESECCIONES HEPÁTICAS MENORES POR ABORDAJE ROBÓTICO

Carlos García C., Guillermo Martínez S., Elías Arroyo A., Arantxa García A., Nicolas Retamal C.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La cirugía hepática ha evolucionado hacia técnicas mínimamente invasivas. El abordaje robótico ofrece ventajas como la ausencia de temblor, mejor visión 3D y mayor precisión en la disección fina. Este estudio presenta la experiencia inicial en resecciones hepáticas menores utilizando cirugía robótica inserto en un programa de cirugía robótica digestiva.OBJETIVOS: Evaluar los resultados postoperatorios inmediatos en resecciones hepáticas menores por abordaje robótico con el propósito de demostrar su factibilidad y seguridad.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo. Los datos fueron obtenidos del registro prospectivo de cirugía robótica de la unidad correspondiente. En esta experiencia inicial, entre enero 2023 y marzo 2024, se efectuaron 10 procedimientos de resecciones hepáticas menores (menos de tres segmentos) por vía robótica. Criterios de inclusión: todos los pacientes consecutivos en que se programó y se realizó procedimiento total o parcial por vía robótica. Se registraron y analizaron variables demográficas, co-morbilidades, cirugías abdominales anteriores, tipo de hepatectomía, tiempo de Docking, tiempo en cónsula, tiempo total quirúrgico, destino postoperatorio, complicaciones intra y postoperatorias, conversión. Análisis estadístico descriptivo, según variables.RESULTADO: 10 pacientes consecutivos sometidos a hepatectomía menor robótica. Periodo de estudio: enero 2023-marzo 2024. Relación género masculino: femenino 4:6, promedio de edad:66,4 años. Diagnósticos preoperatorios: Cáncer vesicular (3), hepatocarcinoma (1), sospecha adenoma/HNF (3), metástasis hepáticas cáncer de colon (2), lesión sólida- quística compleja (1). Tiempo Docking 18,9 minutos; tiempo de consola: 150,2 min. (rango 13-268), promedio sangrado intraoperatorio 255 ml. Tipos de hepatectomía: Segmentectomia IV y V (3), segementectomia simple (2), tumorectomias (5). Conversión a cirugía abierta: 1/10. Destino paciente: Intensivo 1/10. Complicaciones quirúrgicas: 1/10 (punción percutánea). Anatomía patológica: Cirugía R0 10/10.CONCLUSIÓN: La experiencia inicial en resecciones hepáticas menores por abordaje robótico en nuestro programa de cirugía robótica digestiva ha demostrado ser factible y segura. En un periodo de 15 meses, se realizaron 10 procedimientos con resultados postoperatorios inmediatos satisfactorios, incluyendo una baja tasa de complicaciones y conversión a cirugía abierta. Los tiempos quirúrgicos y el sangrado intraoperatorio fueron aceptables, y todas las resecciones lograron márgenes negativos (R0). Estos hallazgos sugieren que la cirugía robótica es una opción viable y efectiva para hepatectomías menores, ofreciendo beneficios en términos de precisión y recuperación del paciente.

¿CÓMO INICIAR UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN HPB?

Carlos A. García, Guillermo Martínez, Carlos Esperguel, Ignacio MirandaHospital San Borja Arriarán, Servicio de cirugía, Departamento de Cirugía Campus centro Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: Iniciar un programa robótico en cirugía hepato-bilio-pancreática (HPB) es un desafío significativo que requiere una implementación progresiva, supervisada y prudente. Es fundamental considerar la formación y capacitación en cirugía robótica, incluyendo al personal adjunto, así como la experiencia previa en cirugía laparoscópica. El apoyo de un equipo multidisciplinario es crucial para la discusión y selección de pacientes adecuados. Además, es necesario demostrar la factibilidad económica del proyecto y presentar constantemente los resultados clínicos para evaluar y optimizar el programa. Con este enfoque, nuestro estudio documenta las lecciones aprendidas durante la implementación y desarrollo de un programa de cirugía robótica HPB, destacando los logros y desafíos enfrentados.OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es evaluar la implementación clínica de un programa de cirugía robótica en procedimientos hepato-bilio-pancreáticos (HPB), analizando su factibilidad, seguridad y eficacia a través de los resultados postoperatorios iniciales. MATERIAL Y MÉTODO: Diseño del Estudio: Estudio observacional descriptivo. Periodo de Estudio: enero 2023 - junio 2024. Población del Estudio: Pacientes sometidos a cirugía HPB mediante abordaje robótico. Criterios de Inclusión: Pacientes programados para hepatectomías, cirugías de vía biliar (benignas y malignas), colecistectomías y resecciones pancreáticas por abordaje robótico. Selección de casos por un equipo multidisciplinario. Procedimientos Quirúrgicos: Realizados con el sistema robótico Da Vinci. Se comenzó con casos de menor complejidad y se avanzó a procedimientos más complejos. Todos los cirujanos y el personal adjunto recibieron formación específica en cirugía robótica. Variables Analizadas: Datos demográficos, comorbilidades, cirugías abdominales previas, tipo de hepatectomía, tiempo de docking, tiempo en consola, tiempo total quirúrgico, destino postoperatorio, complicaciones intra y postoperatorias, conversión a cirugía abierta. Recolección de Datos: Los datos pre, intra y postoperatorios fueron recolectados prospectivamente en una base de datos específica. Análisis Estadístico: Análisis descriptivo de todas las variables. RESULTADO: Durante el periodo de estudio se operaron 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 56,5 años, con una relación hombre de 0,61:1. Las cirugías realizadas incluyeron: Colecistectomías (con o sin otros procedimientos): 34 Hepatectomías: 10 Pancreatectomías: 8 Derivaciones biliodigestivas: 5 Otros: 3 Tiempos Promedios: Docking: 18,28 minutos Consola: 117,97 minutos (variando de 50 minutos para colecistectomía a 341 minutos para pancreatoduodenectomía). Resultados Clínicos: Mortalidad operatoria: 0% Complicaciones postoperatorias: 18,33% Días promedio de hospitalización: 4 CONCLUSIÓN: La implementación de un programa de cirugía robótica HPB en nuestro centro ha demostrado ser factible, segura y efectiva. Los procedimientos realizados incluyeron colecistectomías, hepatectomías, pancreatectomías y derivaciones biliodigestivas, con tiempos quirúrgicos aceptables y bajas tasas de complicaciones. La mortalidad operatoria fue nula y el tiempo de hospitalización promedio fue de 4 días, indicando una recuperación rápida y eficiente. La capacitación específica del equipo quirúrgico y el apoyo de un equipo multidisciplinario fueron clave para el éxito del programa. Estos resultados sugieren que la cirugía robótica es una opción viable y segura para procedimientos HPB, ofreciendo beneficios significativos en precisión quirúrgica y recuperación del paciente.

RECURRENCIA TARDÍA EN PARED ABDOMINAL POR CÁNCER DE VESÍCULA: REPORTE DE CASO

Jesús Rojas Lizana, César Muñoz CastroUniversidad Católica del Maule. Hospital Regional de Talca.INTRODUCCIÓN: El cáncer de vesícula biliar (CaVB) es la neoplasia maligna más frecuente que afecta la vía biliar. Generalmente, es asintomático en etapas iniciales, presentando ictericia en las fases avanzadas. El estándar de tratamiento incluye cirugía combinada con terapia sistémica. No obstante, las tasas de recurrencia son elevadas, alcanzando hasta el 60%, especialmente en hígado y ganglios linfáticos, lo que confiere un pronóstico desfavorable. La recurrencia en la pared abdominal es extremadamente rara, haciendo su resección y pronóstico inciertos.OBJETIVOS: Presentar un caso inusual de recidiva en la pared abdominal de una paciente tratado por cáncer de vesícula biliar.MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron registros clínicos, estudios de imagen y datos histopatológicos del paciente.RESULTADO: Caso Clínico: Paciente femenina con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, quien fue sometida a colecistectomía laparoscópica por colelitiasis en junio de 2019. La biopsia post-operatoria informó adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo biliar, G2, que infiltra la muscular propia y el tejido conectivo perimuscular sin afectar la serosa. Una tomografía axial computarizada no evidenció signos de diseminación. Se realizó posteriormente una cuña hepática laparoscópica con linfadenectomía, la biopsia resultante no mostró presencia de neoplasia (pT2aN0M0). La paciente recibió tratamiento adyuvante con capecitabina durante 6 ciclos. Durante el seguimiento en marzo de 2023, debido a dolor en la pared abdominal, se realizó una ecografía y una biopsia por punción que informó la presencia de tejido fibroadiposo infiltrado por adenocarcinoma bien diferenciado. Un PET-CT en agosto de 2023 reveló una lesión hipermetabólica en la pared abdominal compatible con recurrencia, sin otros signos de diseminación. Se optó por una resección oncológica de la pared abdominal con reparación mediante malla, sin signos de enfermedad intrabdominal. La biopsia postoperatoria reportó tejido conectivo, adiposo y muscular esquelético infiltrado por adenocarcinoma moderadamente diferenciado, confirmado por inmunohistoquímica. Actualmente, la paciente está en tratamiento con quimioterapia basada en gemcitabina-cisplatino y no presenta signos de recidiva en la tomografía axial de control.CONCLUSIÓN: Las metástasis extra-abdominales son infrecuentes en tumores gastrointestinales. Este caso representa una recurrencia tardía de CaVB en la pared abdominal que fue exitosamente resecada. No existe consenso sobre el manejo de las metástasis de CaVB ni sobre su pronóstico a largo plazo, subrayando la necesidad de más estudios para establecer directrices clínicas.

LESIÓN DE VÍA BILIAR: EXPERIENCIA REGIONAL

Geyneider Castejon[1], Carla Arias[1], Carlidia Ortega[2], Jesús Rojas[2], Carlo Marino[2], Guillermo Sepulveda[2], Carlos Varela[2], Sergio Sotelo[2], Franz González[2], César Muñoz[2]Hospital Regional de Talca.INTRODUCCIÓN: La lesión de la vía biliar (LBD), es una complicación infrecuente, con una incidencia del 0,1% al 0,4%, según las series publicadas. El factor más importante a considerar en estos casos es la morbilidad y el impacto a largo plazo en la calidad de vida del paciente.OBJETIVOS: El objetivo es presentar una serie de casos de lesiones de vías biliares atendidas en el hospital regional (HRT) de Talca, y estimar la incidencia de este evento en nuestra región.MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de una serie de casos que incluye pacientes con diagnóstico de lesión de la vía biliar, atendidos en el Hospital Regional de Talca en Chile, entre junio de 2013 y junio de 2023. Se realizó una revisión de la historia clínica, registrando las variables: edad, fecha y lugar de cirugía primaria, de emergencia o electiva, tipo de lesión según clasificación de Strasberg, diagnóstico intraoperatorio o postoperatorio, cirujano tratante y años de experiencia, método de diagnóstico BDI, tratamiento de la lesión y momento de la misma, complicaciones tempranas y tardías post tratamiento, estancia hospitalaria, entre otros. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central.RESULTADO: Unos 48 pacientes diagnosticados de BDI: 9 Strasberg A (18,8%), 8 Strasberg C (16,7%), 6 Strasberg D (12,5%) y 25 Strasberg E1-5 (52%). Un total de 24 (55%) en urgencias y 20 (45%) en cirugías electivas, 22 (46%) pacientes fueron remitidos desde otros centros para resolución quirúrgica. Se realizó diagnóstico intraoperatorio en 16 pacientes (33%). Se utilizaron métodos diagnósticos como CPRE (20%), Cirugía (33%) y MRI Colangio (47%). Se optó por tratamiento quirúrgico en 35 (73%) pacientes, de los cuales 25 (71%) fueron sometidos a hepaticoyeyunostomía laparoscópica (24%). Se realizaron 9 (60%) reparaciones tempranas (dentro de las 72 horas). Durante la evolución de los pacientes, 19 (40%) de ellos tuvieron complicaciones, las más frecuentes fueron abscesos intraabdominales (26%) y pancreatitis post-CPRE (19%). La estancia hospitalaria media fue de 18 días. No se obtuvo información representativa de los cirujanos tratantes ni de los años de experiencia por falta de información en la historia clínica. La incidencia estimada fue del 0,01% para el período de tiempo indicado.CONCLUSIÓN: Esta serie de casos demuestra una baja incidencia de lesiones de la vía biliar en el período comprendido entre junio de 2013 y junio de 2023. Casi el 50% de los pacientes presentaron lesiones mayores, requiriendo reconstrucciones complejas con hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. La falta de mejores registros estadísticos impidió realizar mayores análisis sobre los factores predisponentes a la BDI.

PANCREATECTOMÍA TOTAL: RESULTADO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Sebastián Sapiain González, Patricio Araya Cortés, Deycies Gaete Letelier, Alexandre Saure Maritano, Jaime Castillo Koch, Hanns Lembach Jahnsen, Carlos Mandiola Bunster, Omar Orellana Espinoza, Karin Papapietro VallejoHospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: La pancreatectomía total (PT), publicada en 1943, es una cirugía de alta morbimortalidad, genera insuficiencia pancreática endocrina y exocrina permanente, por lo que es poco practicada. Los avances en el tratamiento de la diabetes y reemplazo de enzimas pancreáticas, ha mejorado significativamente en la calidad de vida y sobrevida de estos pacientes. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es caracterizar a los pacientes sometidos PT en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) y su evolución.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio unicéntrico, descriptivo, observacional, retrospectivo de los pacientes con PT en el HCUCH entre 2006 y 2024, caracterizándose en cuanto a morbimortalidad y seguimiento.RESULTADO: Se realizaron un total de 20 PT. Esta población presentó: similar distribución entre sexos, promedio de edad de 63 años. 55% eutróficos, 25% sobrepeso, 10% obesos al ingreso. El 75% presentaba comorbilidades, principalmente hipertensión (45%), diabetes (25%) y tabaquismo (25%), antecedente de cáncer de otro origen tratado (15%). Un 95% fue por cáncer, un 84,21% adenocarcinoma, 10,53% neuroendocrino y 5,26% metástasis (de cáncer renal), 1 caso con IPMN de alto grado. 35% presentó ganglios comprometidos. 55% presentó complicaciones, 35 % quirúrgicas, principalmente retención gástrica (28%) y hemorragias digestivas (28%). Mortalidad del 10% (2 pacientes). La estadía hospitalaria fue de 20 días en promedio (DE +/-19 días). Al seguimiento 30% presentó recidiva, 10% local, 25% metastásicas (hepáticas, peritoneales, pulmonar, otros). 35% recibió quimioterapia, 20% radioterapia. Sobrevida 55 % al año y 15 % a 5 años. De los pacientes vivos, con seguimiento desde 6 meses a 17 años (5 de 6 casos), se encontró un 100% de pacientes con bajo peso, todos en tratamiento con enzimas pancreáticas e insulinoterapia. CONCLUSIÓN: La indicación clásica de PT es enfermedad neoplásica como adenocarcinoma, IPMN, metástasis, tumores neuroendocrinos, sin embargo, también se realiza en casos de trauma y para el tratamiento de la pancreatitis crónica. En nuestra serie de casos encontramos como principal indicación el adenocarcinoma, seguido de tumores neuroendocrinos. La morbimortalidad y resecabilidad presentada es comparable a lo reportado en la literatura. La PT es una cirugía de gran morbilidad y de complejo manejo postoperatorio, pero está indicada en algunos casos para lograr un manejo oncológico adecuado. Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura, siendo esta la mayor serie chilena publicada de estas características hasta la fecha.

DOBLE CISTO-GASTRO ANASTOMOSIS POR PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO BILOBULADO CON COLECISTECTOMÍA EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO. UNA TÉCNICA EN DESUSO EN LA ERA ENDOSCÓPICO-RADIOLÓGICA

Nicolás Esquivel D., Rodrigo Abularach C., Cristian Gallegos C.Equipo Cirugía Digestivo Alto, Servicio Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau.INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda continúa siendo una entidad compleja, con evoluciones diversas y complicaciones tanto sistémicas como locales. En nuestro medio con una alta incidencia de colelitiasis la etiología biliar se posiciona como el factor de riesgo principal en la génesis de esta enfermedad. Dentro de las complicaciones locales los pseudoquistes pancreáticos pueden resultar en una complicación frecuente que en casos de presentarse sintomáticos o tener complicación como la sobreinfección deben tener una conducta terapéutica activa mediante el drenaje de los mismos. Con el progreso de los procedimientos endoscópicos avanzados, así como técnicas de punción guiadas por radiología intervencional, el enfrentamiento quirúrgico tanto abierto como laparoscópico ha comenzado a quedar relegado a segundas opciones, sin embargo, la poca accesibilidad en regiones; los costos asociados, y el escaso recurso humano capacitado para resolver estas complicaciones, hace necesario tener siempre en consideración el abordaje quirúrgico que puede tener resultados comparables y con escasa morbilidad asociada. OBJETIVOS: Cistogastro anastomosis y colecistectomía laparoscópica en un tiempo quirúrgico por pancreatitis biliar complicada. Presentación de caso y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica a partir de un caso clínico.RESULTADO: El estudio presenta un caso de manejo quirúrgico del pseudoquiste pancreático mediante cisto-gastro anastomosis laparoscópica. Paciente sexo masculino 46 años, fue intervenido debido a complicaciones locales de una pancreatitis aguda biliar. Evoluciono con pseudoquiste sintomático: dolor persistente, baja de peso y mal vaciamiento gástrico. Dado acceso limitado a recursos endoscópicos avanzados y poca factibilidad de resolución por punción percutánea se plantea manejo quirúrgico en un tiempo por vía mínimamente invasiva durante colecistectomía. La cisto-gastro anastomosis laparoscópica se realizó empleando técnica mecánica. La combinación con colecistectomía durante el mismo acto quirúrgico subraya la conveniencia y costo-efectividad de abordar ambas patologías en un tiempo, minimizando la morbilidad asociada a procedimientos múltiples y optimizando los tiempos y costos operatorios. La evolución postoperatoria fue favorable, caracterizada por una recuperación rápida y sin complicaciones mayores. El paciente fue dado de alta al cuarto día postoperatorio El seguimiento radiológico mediante tomografía computarizada evidenció una reducción significativa de las colecciones peri-pancreáticas asociado a una mejora sintomática, validando la efectividad del procedimiento en la resolución de la patología principal.CONCLUSIÓN: Este caso subraya la importancia de considerar la cisto-gastro anastomosis laparoscópica como una opción segura y efectiva en el manejo de pseudoquistes pancreáticos, particularmente en entornos donde los recursos endoscópicos y radiológicos son limitados. La técnica no solo ofrece una alternativa quirúrgica viable y reproducible, sino que también optimiza la utilización de recursos al realizarse en conjunto con la colecistectomía.

CÁNCER DE PÁNCREAS CON METÁSTASIS TARDÍA HACIA LA PARED ABDOMINAL: UBICACIÓN Y TEMPORALIDAD POCO HABITUAL

Iñaki Castro A., Cristian Gallegos C., Ramón Díaz J., Maher Musleh K., Catalina Pozo V., Patricio Araya C., Úrsula Figueroa F.Hospital Clínico de la Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas es conocido por su agresividad y su capacidad de diseminación a distancia, siendo hígado, pulmón y peritoneo las más frecuentes. Posterior a la cirugía es fundamental el seguimiento estricto en búsqueda de metástasis metacrónicas, las cuales suelen aparecer con mayor frecuencia hasta los 48 meses de seguimiento. Las metástasis a pared abdominal representan un hallazgo poco común, que puede desviar la sospecha diagnóstica y retrasar posibles tratamientos quirúrgicos.OBJETIVOS: Abordaremos la presentación clínica, los hallazgos radiológicos, las consideraciones quirúrgicas y las opciones terapéuticas empleadas en el manejo de esta presentación poco usual de metástasis de cáncer de páncreas. Además, se pretende destacar la importancia de una evaluación integral y multidisciplinaria en pacientes con cáncer de páncreas, así como resaltar la necesidad de estrategias de seguimiento prolongadas para abordar de manera efectiva y lo más oportuna una posible recidiva tumoral. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de un caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 68 años con antecedente de cáncer páncreas de manejo quirúrgico con operación de Whipple (Pancreatectomía total) y quimiorradioterapia hace 17 años, con seguimiento clínico e imagenológico durante 5 años. Consulta 3 años después por aumento de volumen progresivo en pared abdominal en relación a cicatriz de laparotomía. Se sospecha que puede corresponder a hernia incisional y pierde controles debido a la pandemia. Retoma controles en el año 2022 (15 años después de la cirugía) se realiza ecografía partes blandas que informa masas sólidas en pared abdominal descartando hernia incisional. Se continúa estudio con biopsia por punción de la lesión, que informa adenocarcinoma con inmunohistoquímica que sugiere origen pancreatobiliar. Se complementa con PET-CT que informa masa en pared abdominal flanco izquierdo de 49 mm con compromiso plano muscular en todo su espesor. Se decide en comité oncológico mFOLFIRINOX, completando 12 ciclos, seguimiento posterior con imágenes muestra estabilidad de la lesión por lo que se decide resección quirúrgica. Se realiza laparoscopía exploradora, que descarta compromiso intraperitoneal y se continúa con resección en bloque con biopsia rápida informando márgenes libres, finalmente se cierra defecto con malla de Prolene. CONCLUSIÓN: El manejo multidisciplinario y la vigilancia continua son cruciales para abordar casos complejos de cáncer de páncreas con metástasis tardías en ubicaciones poco habituales. Este enfoque integral garantiza una evaluación exhaustiva, decisiones terapéuticas adecuadas y la posibilidad de ofrecer tratamientos efectivos y oportunos para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes.

DESPLAZAMIENTO DE PRÓTESIS BILIAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Ivonne Zárate G., Nastassja Durán N.Hospital Clínico Magallanes, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: La instalación de una prótesis mediante CPRE ante una estenosis de vía biliar, corresponde a un tratamiento estándar para esta condición, sin embargo, puede presentar complicaciones como pancreatitis y hemorragia, siendo menos frecuente un desplazamiento de la prótesis o perforación intestinal secundaria.OBJETIVOS: En este caso se presenta un paciente con obstrucción intestinal duodenal secundaria a desplazamiento de prótesis biliar.MATERIAL Y MÉTODO: Hombre de 90 años usuario de prótesis biliar por estenosis biliar (instalada en enero 2020), con antecedente de Enfermedad de Alzheimer y cáncer de próstata. Consulta en Servicio de Urgencias del Hospital Clínico por cuadro de dolor en hemiabdomen superior asociado a cinco episodios de vómitos fecaloideos y uno de diarrea posterior a nueve días sin deposiciones. Al examen físico destaca abdomen distendido y doloroso a la palpación en epigastrio, y en el tacto rectal impresiona una ampolla rectal con abundantes heces sin fecaloma. En exámenes de laboratorio destaca leucocitosis de 18700 y PCR 1.1 mg/dl (rango normal hasta 1 mg/dl), resto sin hallazgos patológicos. Se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste que muestra cámara gástrica y duodeno ampliamente dilatado, sin lugar de transición evidente. Se decide ingresar con diagnóstico de obstrucción intestinal duodenal para estudio y manejo. Durante la hospitalización se realiza EDA que muestra signos de esofagitis distal, lesión polipoídea en cuerpo gástrico (pendiente biopsia) y prótesis biliar in situ. Informe radiológico de TC de ingreso describe desplazamiento de prótesis biliar con la mayoría de su trayecto en el interior del duodeno y pequeño segmento en el interior del conducto colédoco, por lo que se decide realizar CPRE. Durante procedimiento se observa prótesis disfuncional con 90% fuera de la vía biliar, se retira con dormía, se amplía papilotomía previa y se realiza exploración de la vía biliar; debido a que el contraste no demuestra estenosis biliar no se instala nueva prótesis. Paciente evoluciona favorablemente sin dolor ni molestias, buena tolerancia oral, diuresis y deposiciones positivas, por lo que se indica alta. RESULTADO: Este caso clínico nos muestra una complicación poco frecuente de la prótesis biliar: el desplazamiento fuera de la vía biliar. Se puede manifestar como una perforación de intestino delgado o de forma menos frecuente de intestino grueso, o una obstrucción intestinal como en este paciente. CONCLUSIÓN: En conclusión, aunque sean inusuales, es indispensable considerar las complicaciones de una prótesis biliar al enfrentar un paciente portador para saber el escenario clínico al que nos enfrentamos.

COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A COLEDOCOLITIASIS EN RELACIÓN A MIGRACIÓN DE CLIP DE COLECISTECTOMÍA PREVIA. REPORTE DE UN CASO

Pablo Repullo, Macarena Ormazábal, Constanza Leiva, Gabriela Fuentes, José Osvaldo Palma, Marcelo Villarroel-Hospital Base de Linares.INTRODUCCIÓN: La migración de clip quirúrgico posterior a la colecistectomía es un evento adverso bien descrito pero poco frecuente de la cirugía laparoscópica, describiéndose poco más de 100 casos desde el inicio de la era laparoscópica. Este evento puede generar complicaciones graves. Dentro de estas se describen la ictericia obstructiva, colangitis y pancreatitis, como también la perforación duodenal y embolia del clip. Sin embargo, la formación de cálculos de novo en contexto de migración de clip es poco descrita en la literatura. OBJETIVOS: Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de colangitis aguda en contexto de un cálculo de novo en relación a un clip quirúrgico migrado.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 60 años con antecedente de una colecistectomía laparoscópica en el año 2021, consulta por cuadro de ictericia, dolor abdominal y fiebre. Se diagnostica colangitis aguda secundario a coledocolitiasis, en donde se describe imagen metálica dentro de la vía biliar en relación a cálculo descrito sugerente de clip quirúrgica. Se realiza una exploración de vía biliar vía laparoscópica, con coledocotomía y extracción de cálculo con dormía, identificando clip de colecistectomía previa. Se realiza colangiografía de salida sin incidentes. RESULTADO: Desde el inicio de la era laparoscópica, la gran mayoría de los casos de migración de clip quirúrgico post colecistectomía laparoscópica son descritos en los años 90', siendo extremadamente raro hoy en día. Este fenómeno ha sido poco descrito y estudiado en la literatura, por lo que aún no se conoce su mecanismo exacto. Sin embargo, se postula que la inflamación local y un clipado ineficaz podrían estar dentro de los factores relacionados. CONCLUSIÓN: A pesar de su baja frecuencia, no se debe excluir esta etiología dentro de los diagnósticos diferenciales en contexto de coledocolitiasis con cálculos de novo. El procedimiento de elección es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, sin embargo, la resolución mediante la exploración de vía biliar laparoscópica sigue siendo una opción viable para estos casos.

METÁSTASIS CERVICAL DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO, PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE: REPORTE DE CASO

Javiera Díaz E., Víctor Pino P., Luis Medina G.Instituto Nacional del Cáncer.INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas corresponde a una patología que presenta múltiples desafíos para la Medicina. El tipo histológico más común, se desarrolla a partir de las células exocrinas pancreáticas (90%) y durante las últimas décadas se ha asociado en un 10% a historia familiar. Ha aumentado su incidencia durante los últimos años, sin embargo, la mayoría de las presentaciones, se asocian a etapas avanzadas de la enfermedad, con síntomas como ictericia indolora, compromiso del estado general, donde el mayor porcentaje corresponde a enfermedad metastásica. Su tratamiento depende de la resecabilidad, puede incluirse neoadyuvancia en aquellos que se encuentren borderline. Sin embargo, la mayoría de los casos no tienen buen pronóstico.OBJETIVOS: Describir presentación poco frecuente de cáncer de páncreas avanzado.MATERIAL Y MÉTODO: Femenino 54 años, con antecedentes de cáncer de mama derecha Luminal A, tratado con cirugía, radioterapia y terapia endocrina. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de ictericia indolora, se realiza estudio con PET CT que describe neoplasia hipermetabólica de la segunda porción del duodeno, con adenopatías regionales y a distancia y dilatacion de vía biliar y wirsung. Se realiza ecografía cervical que describe adenopatias cervicales grupo IV izquierdo, con biopsia adenocarcinoma, descarta origen mamario. Se completa estudio con endosonografía, evidencia lesion hipoecogenica cabeza pancreática, con anatomía patológica concordante con adenocarcinoma ductal. Se maneja con Drenaje transparietohepático. Se presenta en comité oncologico del centro, decidiendo cirugía paliativa con derivación biliodigestiva y quimioterapia paliativa, dado compromiso secundario a distancia, de metástasis cervicales. RESULTADO: Descrito.CONCLUSIÓN: La presentación más frecuente de cáncer de páncreas es la ictericia indolora, por lo tanto, es un síntoma que debemos buscar imperiosamente. El diagnóstico temprano del cáncer de páncreas continúa siendo una interrogante en Medicina y cirugía, durante los últimos años se ha avanzado en nuevos tratamientos para aumentar la sobrevida global de los pacientes, sin embargo, aún no lo logramos.

USO DE STENT BIODEGRADABLE EN VÍA BILIAR COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE ESTENOSIS EN ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CAROLI, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicolás Lapuente N., Tomás Lazo B., Santiago Tessada Y., Antonia Morales D., Valentina Molina H., Eduardo Cabezas M.Universidad de Los Andes.INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Caroli (EC), es una enfermedad congénita de herencia autosómica recesiva con una prevalencia de 1/1.000.000 habitantes, caracterizada por múltiples dilataciones saculares o quísticas multifocales en la vía biliar intrahepática, lo cual se asocia a distintas complicaciones, entre ellas: litiasis intrahepática, colangitis, abscesos hepáticos y colangiocarcinoma. Respecto al tratamiento, en casos de EC localizada puede realizarse hepatectomía parcial, mientras que en casos de presentación difusa el tratamiento definitivo es el trasplante hepático, sin embargo, en la práctica se somete a derivación biliodigestiva a gran parte de estos pacientes, con el riesgo de producirse futuras estenosis de la anastomosis, con la consecuente formación de litiasis de novo.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es mostrar el desarrollo de stents biodegradables en el tratamiento de las estenosis de derivaciones biliodigestivas, tecnología innovadora que se ha realizado hace pocos años a nivel mundial, siendo este caso unos de los primeros en Chile. Estos stents corresponden a mallas expansibles creadas para ser implantadas en un sistema biológico vivo, con la capacidad de ser degradadas químicamente o descompuestas por factores naturales como las bacterias.MATERIAL Y MÉTODO: .RESULTADO: Paciente femenina de 64 años, con antecedente de Enfermedad de Caroli diagnosticada a los 16 años, con múltiples intervenciones quirúrgicas por dicha patología: Quistoyeyunoanastomosis en Y de roux (1980), Coledocoduodenoanastomosis (1997), Colecistectomía + Resección parcial de quiste biliar con Hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux (2005), Hepatectomía izquierda (2006). Desde el año 2019, inicia episodios de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a ictericia. Se estudió con ColangioRM, evidenciando litiasis y dilatación quística de la vía biliar intrahepática, con estenosis de la anastomosis biliodigestiva. Se realiza plastia de la anastomosis con balón y remoción de litiasis percutánea transhepática a través de radiología intervencional. A los pocos meses, se pesquisa recidiva con nueva estenosis y litiasis intrahepática múltiple, requiriendo de hasta 12 intervenciones con plastia y remoción de cálculos (último episodio en marzo 2024). En abril 2024 se decide instalación de stent biodegradable en vía biliar intrahepática, realizado por radiología intervencional. En control con ColangioRM se observa el stent bien situado, con porciones sobre y bajo el foco de estenosis. Tres meses después la paciente se encuentra asintomática, sin nuevos episodios de dolor abdominal ni ictericia. Se mantiene en seguimiento por los equipos de cirugía digestiva y radiología intervencional.CONCLUSIÓN: Este caso subraya el uso de nuevas tecnologías, como la instalación de un stent biodegradable en la vía biliar, como alternativa terapéutica en pacientes con recidiva de estenosis benigna de la anastomosis biliodigestiva. La instalación de este tipo de stent es un procedimiento novedoso, que comenzó a realizarse por primera vez hace un par de años en el mundo, principalmente en Europa, y en Chile recién en febrero de este año, siendo este caso uno de los primeros en nuestro país donde se hace uso de esta técnica. Como ventajas, este procedimiento mejoraría la calidad de vida de los pacientes y evitaría intervenciones periódicas, colangitis a repetición y reingresos hospitalarios en pacientes con estenosis recidivante de anastomosis biliodigestiva; además de ofrecer la posibilidad de realizar otros procedimientos o cirugía en caso de falla terapéutica, debido al proceso de degradación del producto.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POST ERCP CON EVOLUCIÓN A SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

Camila Pacheco H., Mauro Morel F., Gabriela Smith P., Juan López O., Sergio Ahumada F., Daniel Márquez R., José Sánchez V., José Castro G., Guillermo Starck H.Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía. INTRODUCCIÓN: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP), juega un rol fundamental en el manejo de patología biliar y pancreática. A pesar de su uso rutinario, las complicaciones asociadas al procedimiento alcanzan hasta un 6.85 %, con una morbilidad de entre un 6.27% y 7.51 % y una mortalidad hasta un 21.4 %. La complicación más frecuente es la pancreatitis, sin embargo, existen complicaciones infrecuentes como los hematomas subcapsulares hepáticos (HSH).OBJETIVOS: Exponer una complicación infrecuente post ERCP y su progresión a un evento fatal.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico.RESULTADO: Paciente femenina de 74 años, con hipertensión y DM2. Consulta por cuadro de 3 días de dolor abdominal, vómitos, fiebre y coluria. Laboratorio destaca hiperbilirrubinemia directa, con patrón colestásico, y alza de parámetros inflamatorios. TC Abdomen y Pelvis informa dilatación de colédoco y vía biliar intrahepática con cálculo en colédoco distal. Se realiza ERCP con instalación de prótesis biliar hacía vía biliar derecha. Sangrado desde precorte de papilotomia que se controla con adrenalina, sin signos de perforación, con hemostasia conforme. Egresa a UCI donde se mantiene en shock profundo y con parámetros inflamatorios altos. TC Tórax, Abdomen y Pelvis evidencia hematoma hepático subcapsular derecho de 18x16x14 cm, vía biliar dilatada con prótesis biliar in situ, leve hemoperitoneo y derrame pleural bilateral. Se decide manejo conservador y se instala pigtail pleural. Paciente mantiene falla respiratoria asociada a compromiso inflamatorio y falla renal, evolucionando con síndrome compartimental abdominal. Nueva imagen reporta organización de hematoma subhepático, efecto de masa en lóbulo derecho, y zonas isquémicas en segmentos hepáticos II y III. Paciente se mantiene en falla multiorgánica, asociada a sepsis no desfocable en vista de labilidad de paciente. Se desestima manejo activo y paciente fallece.CONCLUSIÓN: Los HSH son una complicación post ERCP extremadamente rara, con una mortalidad de un 2,2 % y hasta un 21,4 % en caso de ruptura. Uno de los mecanismos de producción propuestos es la perforación del conducto hepático común con la guía hacia el parénquima hepático causando ruptura de vasos intrahepáticos, y la sobreinfección puede asociarse al uso de guías no estériles. Si bien el desenlace fatal del caso es consecuencia de múltiples factores, es fundamental tener un alto índice de sospecha de este tipo de complicaciones, por la tasa de mortalidad que asocian. Además, destaca la importancia de realizar una revisión periódica de los instrumentales utilizados en este tipo de procedimientos.

GASTRO YEYUNOANASTOMOSIS AL ASA BILIAR PARA ACCESO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA

Mónica Rondón Rodríguez, Nasser Eluzen G., Daniel Segovia M., Barbara Carreño M., Cristian Romero B., José Siccha E., Bruno Solari V., Barbara Silva P.Universidad de Antofagasta, Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: La hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux sigue siendo el abordaje principal para los casos quirúrgicos con lesión del conducto biliar, siendo la estenosis anastomótica la complicación más grave a largo plazo debido a sus devastadoras secuelas. El tratamiento quirúrgico destinado a la revisión de la derivación bilioentérica es un gran desafío para el cirujano, y a pesar de la alta eficacia del tratamiento endoscópico, el acceso al sitio anastomótico se ve obstaculizado por la larga distancia recorrida por el endoscopio para alcanzar dicha anastomosis. Esto puede superarse si se dispone de un “bucle de acceso” corto al sitio anastomótico bilioentérico. En esta oportunidad presentaremos la provisión de este bucle de acceso, desde una gastroyeyunoanastomosis para el tratamiento de la hepatolitiasis secundaria a la estenosis de la derivación biliogestiva. OBJETIVOS: Describir la técnica de la gastro-yeyunoanastomosis, para lograr el acceso endoscópico futuro en las derivaciones biliodigestivas complejas y con alto riesgo de estenosis. CONTENIDO DE VIDEO: Se muestra a un paciente de 41 años, procedente de Calama, sin patologías de base, con antecedente quirúrgico de una hepatoyeyunoanastomosis en Y de roux por lesión de vía biliar en septiembre 2021. Evoluciona con estenosis de la hepaticoyeyunoanastomosis y se establece como plan la realización de una nueva derivación biliodigestiva asociado a extracción de litiasis y dilatación de anastomosis intra-pabellón con asistencia endoscópica. Descripción de técnica quirúrgica: Técnica: Dilatación de anastomosis biliodigestiva. Extracción de coledocolitiasis. Gastro yeyuno anastomosis al asa biliar. Instalación de prótesis biliar. Se realizo un abordaje abierto mediante laparotomía media supra umbilical. Enterotomía cercana a la anastomosis con exploración endoscópica asistida a través del asa bilar, constando como hallazgos: - Dos (2) anastomosis milimétricas Vía biliar dilatada con múltiples cálculos. Se realiza corte con papilotomo, unión de las dos anastomosis logrando un lumen de 1 cm. Luego la extracción de múltiples litos con canastillo y balón, asociado a litotricia de los cálculos mayores. No se logra la extracción de todos los litos por lo cual se instalan dos prótesis biliares. Enterorrafia de enterotomía y se confecciona anastomosis del asa biliar al estómago para tener acceso endoscópico. Resultados: Paciente cumple 6 días de hospitalización postoperatoria, con evolución satisfactoria. Se programa colangiografía endoscópica por gastroyeyunoanastomosis dos semanas después, evidenciando anastomosis amplia, vía biliar con múltiples coledocolitiasis las cuales se extraen con balón, colangiografía negativa para coledocolitiasis.

PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL, 14 AÑOS DE EXPERIENCIA Y RIESGO DE FÍSTULA PANCREÁTICA SEGÚN MÉTODO DE SECCIÓN EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Camila Sotomayor L., Daniel García., Megan Neumann B., Claudia Marín H., Natalia Reyes, Vicente Caldentey M., Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Eduardo BriceñoDepartamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.INTRODUCCIÓN: A través de los años se han descrito múltiples factores de riesgo para desarrollo de fístula pancreática en las pancreatectomías corporocaudales (PCC), entre ellos tabaquismo, cirugía abierta versus minimamente invasiva, textura del páncreas, sangrado intraoperatorio y métodos de cierre del muñón pancreático. Grapadoras con tecnología tri-stapler son frecuentemente utilizadas en la actualidad para dividir el páncreas en esta cirugía, sin embargo, el criterio de selección del método de sección para prevenir la aparición de fístulas persiste sin consenso.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de 14 años en PCC laparoscópicas en un programa universitario nacional y evaluar riesgo de fístula según método de sección del páncreas.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de registros clínicos entre 2010 y 2024 de PCC laparoscópicas realizadas en Red de Salud UC-Christus, Santiago, Chile.RESULTADO: 143 pancreatectomías corporocaudales con intención laparoscópica fueron realizadas entre enero 2010 y julio 2024. 88% totalmente laparoscópicas y 11% convertidas a vía abierta. El promedio +DE de edad de los pacientes fue de 51,8 + 18,4 años. 65% fueron mujeres (n=94). El 14% fueron con preservación esplénica, 8,8% con resección multiorgánica y 4,4% requirió resección vascular. 25% de los pacientes operados presentaba antecedente de diabetes o resistencia a la insulina, 28% tabaquismo y 44% antecedente de cirugía abdominal previa. La causa de la resección fue adenocarcinoma en un 20% de los casos. El plano de transección más frecuente fue cuello de páncreas (71%). Al analizar el método de sección de páncreas 95,6% de los casos (n=137) fueron realizados con stapler y los restantes (n=6) con métodos de sección variados, como instrumentos de energía, bisturí frio u otros. 39% de los pacientes presentó fístula pancreática, de éstos solo 45% fue clínicamente significativa (B o C). Al dividir el total de cirugías en 3 periodos quirúrgicos (2010-2015/ 2016-2020/2021-2024), podemos notar que durante los primeros 5 años un 44.7% presentó fístulas pancreáticas clínicamente significativas, mientras que durante los periodos siguientes este porcentaje disminuyó a un 23,1% y 23,7% respectivamente. Realizando revisión de registro de pabellón y protocolos operatorios se identificó 14 tipos diferentes de stapler utilizados a través de los años. Al evaluar según tipo de stapler, los más utilizados fueron EndoGIA blanca 60 mm-2.5 en 20,1%, EGIA60CTAVM (Endo GIA 60 mm carga Beige vascular/medium) en 28,4%, SIG60CTAVM (60 mm carga Beige vascular/medium con tecnología Signia) en 12,7% y ENDOGIA 60 mm-4.8 DLU carga verde en 8,2% de los pacientes. En el grupo de pacientes en que se utilizó ENDOGIA 60 mm-4.8 DLU carga verde hubo 72,7% de fístula total y 45,5% de fístula clínicamente significativa. En aquellos en que se utilizó EndoGIA blanca 60 mm-2.5 hubo 63% de fístula en total y 18,5% de fístula clínicamente significativa, Al usar EGIA60CTAVM 52,6% de fístula, siendo 23,7% al considerar solo tipo B o C y con SIG60CTAVM 41,2% de fístula pancreática y solo 17,6% tipo B o C. CONCLUSIÓN: Resulta interesante evaluar la incidencia de fístula pancreática en pancreatectomías corporocaudales en nuestro centro, en especial al dividir la experiencia en periodos de 5 años, con lo que se observa una disminución tanto del porcentaje de fístulas en general como de aquellas clínicamente significativas, contando con el mismo equipo médico. Podemos apreciar una asociación de esta disminución con el cambio progresivo de métodos de sección, evolucionando desde grapadoras simples hasta la tecnología tri-stapler y Signia, con lo que se evidencia una clara caída en el porcentaje de filtración y de la gravedad de éstas.

PANCREATECTOMÍA CENTRAL COMO ALTERNATIVA QUIRÚGICA PARA PRESERVACIÓN DE PARÉNQUIMA

Camila Sotomayor L., Herta Sagredo T., Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Eduardo Briceño, Martin Dib M.Departamento Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía y la pancreatectomía corporocaudal constituyen tratamientos estándar en variadas patologías pancreáticas. Estos procedimientos implican una resección radical así como una importante pérdida de tejido pancreático que puede conducir a insuficiencia pancreática exocrina y/o endocrina.OBJETIVOS: Reportar caso clínico de paciente con diagnóstico de tumor neuroendocrino de páncreas (TNE) tratada mediante pancreatectomía central abierta.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica de la paciente y revisión de la literatura.RESULTADO: Mujer 45 años, sin antecedentes médicos relevantes, consulta por quiste de páncreas incidental en ecografía abdominal. Luego en RM lesión quística pancreática de 20 mm en cuello de páncreas sin elementos de agresividad. Endosonografía sin hallazgos sugerentes de agresividad, punción líquido citrino CEA < 1.8. amilasa 144 glucosa 102 citología positiva para TNE. PET octreótide hipercapatante en páncreas sin otros focos. Se decide realizar pancreatectomía central. Cirugía sin incidentes. Buena evolución clínica. Dada de alta al 5ª día post operatorio, sin fístula pancreática. Biopsia informa TNE bien diferenciado 2,1 cm G1. Bordes quirúrgicos negativos sin permeaciones vasculares, linfáticas ni perineurales. pT2N0. CONCLUSIÓN: Ciertos casos seleccionados de tumores benignos y con bajo potencial de malignidad podrían tratarse con pancreatectomía central con morbilmortalidad aceptable. El beneficio de conservar la mayor cantidad de tejido pancreático sano se traduce en la conservación de la función exocrina y endocrina del páncreas.

REPARACIÓN DE CONDUCTO HEPÁTICO COMÚN Y PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DERECHA POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE CASO

Elías Arroyo A., Joaquín Bravo C., Ignacio Miranda C., Guillermo Martínez C., Carlos Esperguel G., Edgardo Sepúlveda V., Carlos García C.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la lesión simultánea de la vía biliar y la arteria hepática derecha post colecistectomía no está bien establecida, la mayoría de los estudios reportan la incidencia de lesiones de la vía biliar o de la arteria hepática por separado.OBJETIVOS: Describir un caso de manejo de lesión de vía biliar del conducto hepático común y de pseudoaneurisma de arteria hepática derecha post colecistectomía laparoscópica.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de la literaturaRESULTADO: Hombre de 39 años, sin antecedentes mórbidos. Se realiza colecistectomía laparoscópica por colecistolitiasis, evoluciona con dolor abdominal e ictericia, sospechando lesión de vía biliar. Se realiza ERCP que describe fuga de contraste en vía biliar intrahepática y se instala prótesis biliar. Evoluciona con hemorragia digestiva alta, que se estudia con endoscopía donde se identifican restos hemáticos en relación a prótesis de vía biliar, y AngioTC donde se observan signos de sangrado activo desde A. Hepática común adyacente a su bifurcación, con aparente sangrado hacia la vía biliar intra y extrahepática. Se realiza aseo quirúrgico, estabilización hemodinámica y paciente es derivado a nuestro centro para resolución. Se estudia con ColangioRM destacando dilatación severa de VB intrahepática secundario a amputación de vía biliar a nivel de la bifurcación, con material hemático en VB intrahepática central, prótesis biliar desplazada y laceración hepática del segmento posterior derecho con hematoma subcapsular y colección hemática de lecho vesicular. Se realiza laparotomía exploradora identificando sección parcial de conducto hepático común a 5 mm bajo la confluencia, asociado a pseudoaneurisma de arteria hepática derecha sin sangrado activo. Se realiza resección de pseudoaneurisma y bypass desde arteria hepática propia a arteria hepática derecha con vena safena, y reparación de vía biliar con hepaticoyeyunoanastomosis a conducto hepático común en Y de Roux. Evoluciona en forma favorable, drenajes con débito bilioso a la baja. AngioTC 48h posterior a cirugía con bypass permeable. Sin evidencia clínica ni de laboratorio de isquemia hepática, y con resolución de colestasia. Es dado de alta al día 10 postoperatorio con drenaje.CONCLUSIÓN: En las lesiones de vía biliar asociadas a lesiones de arteria hepática es importante el abordaje multidisciplinario, incluyendo al equipo de cirugía hepatobiliar y vascular. Es fundamental el estudio preoperatorio para planificar la resolución quirúrgica. Se debe asegurar la reparación vascular en primera instancia, ya que el éxito de la reconstrucción de la vía biliar es dependiente de una adecuada irrigación.

HEPATICOYEYUNO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA POR LESIÓN DE VÍA BILIAR STRASBERG

Zeyuan Zhang, Samuel Balmaceda, Caterina Contreras Bertolo, Rubén Ávila Sepúlveda, Andrés Marambio Granic, Pedro Soto GajardoUniversidad de los Andes, Hospital de la Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.INTRODUCCIÓN: La lesión de vía biliar es una de las complicaciones más graves posterior a una colecistectomía, pudiendo generar morbimortalidad perioperatoria significativa a corto y largo plazo. Tiene una incidencia reportada entre 0,2-0,5% siendo más alta en colecistectomía laparoscópica inicialmente, sin embargo, gracias al progresivo entrenamiento laparoscópico, las cifras actuales son similares. Sólo un tercio se diagnostican intraoperatoriamente, siendo el diagnóstico tardío de peor pronóstico. El manejo de las lesiones de vía biliar es variable, dependiendo del tipo de lesión, temporalidad diagnóstica y múltiples otros factores. No obstante, la mayoría de los casos es de manejo quirúrgico, especialmente lesiones transfixiantes, a través de una derivación biliodigestiva, siendo la hepatico-yeyuno anastomosis en Y de Roux una de las opciones más frecuentes.OBJETIVOS: El manejo quirúrgico clásicamente se ha descrito con técnica abierta por laparotomía, con una tasa de éxito cercana al 90% en casos de diagnóstico precoz en manos de cirujanos expertos. Estrategias mínimamente invasivas por laparoscopía han sido descritas en la literatura reciente, con reportes de caso y series retrospectivas con buenos resultados, pero en población limitada. Se presenta a continuación un video intraoperatorio de manejo laparoscópico de lesión de vía biliar para aportar a la literatura sobre el manejo mínimamente invasivo de esta entidad y resaltar las implicancias quirúrgicas del manejo laparoscópico.CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 56 años sexo femenino, evaluada en su tercer día postoperada de Colecistectomía laparoscópica con sospecha de lesión de vía biliar, dejándose drenaje a lecho quirúrcico. Se realiza laparoscopía exploradora con hallazgo de múltiples estructuras clipadas en lecho, retiro de clip y colangiografía que muestra lesión de vía biliar tipo Strasberg E2, paciente en buenas condiciones, sin infección sistémica ni local, tejidos sanos, se decide realizar hepatico-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Resección y regularización de borde de colédoco proximal, muestra a biopsia diferida. Se confecciona hepaticoyeyuno anastomosis término-lateral puntos corridos PDS 5-0 y entero-entero anastomosis laterolateral mecánico con cierre anterior de Monocryl 3-0. Se completa cirugía sin incidentes, paciente evoluciona de forma favorable, se indica alta al 6to día posoperada. La biopsia diferida informa vía biliar infiltrada por adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado pancreatobiliar. Se decide quimioterapia.

HERNIAS

HERNIA DE SPIEGEL BILATERAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HERNIA INGUINAL

Javiera Araya Salas, Sebastián Sapiain González, Carlos Jauregui Lozada, Jaime Rappoport StramwasserHospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: Las hernias de Spiegel, también llamadas de la línea semilunar, son infrecuentes y corresponden al 2% de las hernias de pared abdominal. Se producen por debilidad de la aponeurosis Spigeliana localizada lateral al músculo recto abdominal y medial a la línea semilunar. Su ubicación más frecuente es el cinturón de Spiegel, delimitado por una línea entre ambas espinas iliacas anterosuperiores y otra línea paralela 6 cm sobre esta. El defecto se produce a través de la aponeurosis del Músculo oblicuo interno (MOI) y Músculo Transverso Abdominal (MTA), en la mayoría de los casos respetando la aponeurosis del Músculo Oblicuo Externo (MOE). Se describen con orificio herniario pequeño y alta frecuencia de atascamiento, dada la rigidez de la aponeurosis de estos músculos. Adultos mayores presentan hernias de Spiegel más grandes y con contenido intraabdominal, versus adultos jóvenes. La clínica es poco específica, habitualmente se presenta como dolor abdominal aumentando con Valsalva, asociado o no a aumento de volumen de la pared abdominal en relación a la línea semilunar. Su diagnóstico precoz es relevante dado el alto riesgo de atascamiento, alcanzando hasta un 24%, habitualmente involucrando intestino, omento y colon, en casos raros anexos uterinos y vejiga. Ante la sospecha el apoyo es imagenológico, ya sea con ultrasonido (US) o Tomografía computada (TC), donde se describe una sensibilidad > 95% con el (TC) de abdomen y pelvis. Pese a lo anterior, existe la posibilidad de falsos negativos, sobre todo en US. En consecuencia, el diagnóstico definitivo es intraoperatorio por el cirujano. El tratamiento es quirúrgico con uso de malla con buenos resultados a largo plazo, la elección entre vía abierta o mínimamente invasiva depende del cirujano.OBJETIVOS: Conocer como diagnóstico diferencial las hernias de Spiegel.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente mujer de 67 años, antecedentes de 4 cesáreas y colecistectomizada. Refiere cuadro de 4 años de evolución de aumento progresivo de volumen en fosa iliaca izquierda tras Valsalva, asociado a dolor intermitente. Hace 1 año refiere aumento de volumen en fosa iliaca derecha con leve dolor. Se estudia electivamente con TC de abdomen y pelvis donde describe hernia inguinal bilateral con contenido intestinal y anexos ginecológicos en hernia izquierda, se decide resolución quirúrgica. Ingresa a pabellón donde se realiza abordaje vía línea media infraumbilical con resección de cicatriz por cirugías previas, se diseñan dos colgajos supra aponeuróticos exponiendo defectos bajo MOE. Al lado izquierdo tras apertura de aponeurosis de MOE evidencia saco herniario de 15x10 cm con anillo de 4 cm entre fibras de MOI y MTA. Se reduce saco cerrando orificio con PDS, instalación de malla progrip subaponeurótica y cierre de aponeurosis de MOE. Al lado derecho tras la apertura de MOE se visualiza saco de 5x6 cm con anillo de 3 cm entre fibras de MOI y MTA, reducción y reparación de defecto con la misma técnica contralateral. Posteriormente instalación de malla progrip supra aponeurótica de 15x15 cm y se deja drenaje hemosuc, cierre por planos. Evoluciona en el postoperatorio en buenas condiciones por lo que se decide alta hospitalaria, en control postoperatorio se retira drenaje por escaso débito y paciente sin nueva recidiva hasta la fecha. RESULTADO: Ante la sospecha de Hernia de Spiegel dada por aumento de volumen abdominal, habitualmente en hemiabdomen inferior en relación a línea semilunar, se debe realizar estudio imagenológico. La ecografía tiene una sensibilidad de hasta un 90%, el TC es más sensible, sin embargo, existe la posibilidad de diagnosticar erróneamente una hernia inguinal. Por lo anterior, debe existir una planificación quirúrgica adecuada, sabiendo que el diagnóstico definitivo será intra-pabellón. La técnica quirúrgica estándar debe ser con uso de malla, el abordaje dependerá de la experiencia de cada centro y cada equipo quirúrgico.CONCLUSIÓN: N/A es Caso Clínico.

TUMOR DESMOIDES RECIDIVADO Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL

Jacqueline Villanueva, Pablo Bórquez, Valentina Cabrera, Pablo Raba, Sebastián Ayarza Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso.INTRODUCCIÓN: Los tumores desmoides son neoplasias mesenquimáticas benignas, pero con infiltración localmente agresiva. El embarazo, los estrógenos y las cicatrices quirúrgicas como las cesáreas son sus gatillantes.OBJETIVOS: Presentar un caso de esta neoplasia de gran tamaño, recidivada con ubicación en pared abdominal inferior que requirió de preparación preoperatoria, resección ampliada y reconstrucción de pared abdominalMATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico de paciente mujer de 35 años, con antecedente de 2 CCA. Con aumento de volumen de 6 cm de diámetro suprapúbico derecho que fue resecado por ginecólogo en segunda Cesárea, cuya biopsia mostró tumor desmoides. Un año después acudió a policlínico de cirugía por recidiva tumoral de 9 cm de diámetro que comprometía vaina anterior del recto, y musculo recto del abdomen inferior derecho por TAC A-P y RNM de abdomen y Pelvis. Se decidió en Comité Oncológico Resección Ampliada y Reconstrucción de Pared Abdominal más Radioterapia Postoperatoria.RESULTADO: Se infiltró con 100 unidades de toxina botulínica la pared abdominal un mes previo, se realizó resección de tumor con margen de 2 cm de diámetro con ligasure resecando piel y cicatriz cutánea previa, celular subcutáneo, vaina recto anterior y musculo recto inferior derecho más tejido preperitoneal y peritoneo. Se realizó Reconstrucción de pared abdominal con epiplón, malla de polipropileno de alto gramaje de 30*30 cm sublay fijándola al ligamento de Cooper de ese lado, separación de componente anterior del lado izquierdo, malla onlay de 10*15 cm suprapúbica derecha y abdominoplastia para lograr cierre de pared abdominal. Con buena evolución postoperatoria, presentó parestesia EID que cedió con Kinesioterapia. Completó 30 sesiones de Radioterapia Postoperatoria Sin herniación de pared abdominal ni recidiva tumoral a dos años de seguimiento, de vuelta a sus actividades habituales post completar tratamiento.CONCLUSIÓN: Estos tumores requieren de un manejo multidisciplinario y seguimiento para evitar recidiva y reintervenciones.

HERNIA DE GARENGEOT. UNA RARA PRESENTACIÓN DE APENDICITIS AGUDA

Juan Maturana Arancibia[1], Macarena Vallejos Castillo[2]Hospital Juan Noé Crevani.INTRODUCCIÓN: La Hernia de Garengeot es una patología extremadamente rara en donde el apéndice se halla en el espacio crural casi siempre presentándose como apendicitis aguda. En su fisiopatología destaca una compresión extrínseca y con congestión posterior, evolucionando en forma similar a la apendicitis aguda común, con procesos de necrosis y perforación si no es resuelta. OBJETIVOS: Mostrar una Hernia de Garengeot in situ y su resolución por vía completamente laparoscópica.CONTENIDO DE VIDEO: Apendicectomía laparoscópica en contexto de Hernia de Garengeot.

HERNIA DE AMYAND CONCOMITANTE CON VEJIGA EN SACO HERNIARIO, ABORDAJE TRANSPERITONEAL CON VIDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Reyes B., Rocío Vera P. Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La hernia de Amyand corresponde a la presencia del apéndice en el saco herniario, es una entidad infrecuente con tasas reportadas de 0.4 a 1%, y 1,3 cada 1000 con apendicitis. La mayoría de los abordajes descritos en la literatura son por vía abierta y se diagnostican en el intraoperatorio. Es mucho más frecuente en hombres y tiene una distribución bimodal en la edad siendo mayor en infantes y personas mayores. En el caso de las hernias inguinales (HI) con presencia de vejiga en el saco estas corresponden a un 1-4% de las HI, son más comunes en hombres obesos y de mayor edad. El diagnóstico es también mayoritariamente intraoperatorio (77%). En este caso se realiza un abordaje transperitoneal con reparación con malla con hallazgo intraoperatorio de lo descrito. Masculino de 57 años sin antecedentes presenta hernia inguinoescrotal derecha. Ingresa para resolución electiva realizándose abordaje transperitoneal con presencia de vejiga deslizada en un 60% dentro del saco y presencia del apéndice cecal sin signos de complicación (Lossanof y Basson tipo 1), ambos en saco herniario indirecto, con presencia además de hernia crural sin órganos en su interior. Se realiza dificultosa disección de vejiga, reducción de vejiga, apéndice y saco herniario de HI y hernia crural, sin apendicectomía y reparación con malla. Evoluciona favorablemente y se da de alta en buenas condiciones. Se sigue en controles, sin recidiva al año y medio de seguimiento. OBJETIVOS: Se trata de un caso infrecuente, la presencia de cada uno de estos órganos por separado es ya infrecuente y la concomitancia de estos en el saco herniario se encuentra reportada solo 2 veces en la literatura (Búsqueda en PubMed de “Bladder”, “Inguinal Hernia” y “Amyand”). Además, la gran mayoría de los reportes de estos casos (por separado) se abordan de forma abierta. El diagnóstico fue intraoperatorio como en la mayoría de la literatura descrita. Existe controversia sobre la decisión de realizar apendicectomía profiláctica ante la posible contaminación de la malla, se decidió no realizar en este caso, presentando favorable respuesta. La importancia de este trabajo radica en la rareza del caso, en estos casos existe escasa evidencia debido al bajo número y el reporte de estos casos permite el traspaso de la experiencia entre cirujanos, sirviendo como referencia para el manejo de futuros casos para lo cual se presenta un video que muestra la presencia de ambos órganos en el saco herniario. CONTENIDO DE VIDEO: Video de laparoscopía que evidencia presencia de vejiga en saco herniario e imágenes tomadas que evidencian presencia de apéndice.

TUMOR DESMOIDES DE PARED ABDOMINAL Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Reyes Belandria, Douglas Caraballo, Wirley GuillenRedsalud Santiago.INTRODUCCIÓN: Los tumores desmoides son neoplasias benignas histológicamente miofibroblásticas que aparecen en aponeurosis y tejido muscular, también conocidas como fibromatosis profunda o agresiva y que tienen una tendencia a la recidiva entre el 10 y 40% de los casos, pero según Nishida y cols., refieren hasta un 6,7%, e invasión local. Estos tienen distintas zonas de aparición pudiendo ser abdominales, intra-abdominales, extra-abdominales, múltiples o genética de origen familiar. Representan el 0,03 al 3% de los tumores de tejido blando. Macroscópicamente son redondeados o irregulares, inmunohistoquímicamente muestra positividad para vimentina, actina de músculo liso y beta-caterina, tiene como diagnósticos diferenciales los GIST, leiomiosarcomas, sarcomas neurales, histiocitoma fibroso maligno mixoide, condrosarcomas mixoides y neurofibromas. La clínica de los pacientes que presenten esta patología va a depender del lugar y tamaño de la lesión, pero habitualmente es de crecimiento lento, con dolor asociado a la compresión extrínseca a zonas adyacentes. Posterior a la escisión radical de estos, la reparación de la pared abdominal es menester realizarla con distintas técnicas siendo preferencia de este autor, la reparación con doble prótesis por técnica moreno-egea. Según los criterios SCARE, se presenta este caso de una paciente de 16 años de edad sin historia de trauma o cirugías abdominales previas.OBJETIVOS: Exponer el caso de una paciente con tumor desmoldes y su reparación compleja de pared abdominal.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 16 años de edad con tumor desmoldes, realizándose escisión tumoral y reparación tipo Moreno-Egea.RESULTADO: Hallazgos: tumor de músculos oblicuos de 10x6cm firmemente adherido a músculo recto anterior y espina ilíaca anterosuperior. Se realiza la resección de la lesión, con revisión de cavidad y adherencias a la zona, sin otros hallazgos pertinentes. Se procede a realizar una reconstrucción de pared abdominal con cierre del peritoneo posterior a realizar una liberación del músculo transverso abdominal, se practica una reparación con doble prótesis según lo expuesto por Moreno-Egea. Se logra cerrar la pared abdominal dejando drenaje por contrabertura. La paciente queda hospitalizada por 48 hrs para vigilancia de dolor y complicaciones iniciales. Al egreso queda indicado kinesiología y controles postoperatorios seriados. En cuanto a los resultados de la biopsia, reporta lo siguiente: Neoplasia Fusoselular de bajo grado con estudios inmunohistoquímicos positivos para Ciclina D1 y SMA con un Ki 67 con índice de proliferación celular del 5%. El último control postoperatorio imagenológico a los 6 meses post operatorios sin signos que sugieran la presencia de diseminación y del punto de vista funcional no se evidencian fallas funcionales. CONCLUSIÓN: El tumor desmoide de la pared abdominal, es rara, que debe tenerse en consideración como diagnóstico diferencial en lesiones de pared en mujeres en edad fértil. Estos requieren manejo multidisciplinario y de resecciones idealmente radicales por su alta tasa de recidiva, pudiendo o no usarse radioterapia postoperatoria según sea cada caso. Es ideal buscar una pauta clínica estandarizada para el manejo de estas lesiones, puesto en la actualidad no existen dado la falta de evidencia científica por su baja incidencia.

EXPERIENCIA CON HUGO-RAS PARA REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL, VENTRAL Y HIATAL

María Jesús Irarrázaval, Fernando Crovari, Fernando Pimentel, Nicolas QuezadaPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La plataforma HUGO-RAS es uno de los nuevos sistemas de cirugía robótica disponibles. Experiencias iniciales con él han sido descritas para cirugía general, urológica y ginecológica.OBJETIVOS: Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia en cirugía robótica con HUGO-RAS para reparación de hernia ventral, inguinal y hiatal.MATERIAL Y MÉTODO: Todos los pacientes que fueron sometidos a reparación de hernia ventral, hiatal y/o inguinal con HUGO-RAS en nuestra institución fueron incluidos. La configuración de los brazos y el docking fueron definidos por nuestra equipo y personal de Medtronic. Variables operatorias y de seguimiento precoz fueron reportadas.RESULTADO: Treinta y cuatro pacientes fueron incluidos. Veinte hernias ventrales, nueves hernias inguinales y cinco hernias hiatales. Dentro de las reparaciones de hernia ventral, 11 fueron TAR bilateral, ocho TAR unilateral, y una cirugía de Rives. Todas las reparaciones de hernia inguinal fueron realizadas con técnica TAPP. Las reparaciones de hernia hiatal fueron todas asociadas a un procedimiento antirreflujo ya sea funduplicatura parcial o total. En los consecutivos casos, se observó una tendencia a disminuir los tiempos de cirugía, tiempos de consola y tiempos de docking. No se reporta morbilidad ni mortalidad precoz. La mediana de estadía hospitalaria fue de 2(1-6) días para hernia ventral, 1(0-2) días para hernia inguinal, 2(1-2) días para hernia hiatal. CONCLUSIÓN: La reparación de hernia ventral con técnica TAR, TAPP inguinal, y reparación de hernia hiatal son factibles y seguros de realizar con la plataforma HUGO-RAS.

AUMENTO DE VOLUMEN DORSOLUMBAR Y HERNIAS DE GRYNFELT COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POCO FRECUENTE. REPORTE DE CASO

Diego Montoya[1], Jorge Kutscher B.[2], Sebastián Aravena Á.[3], J. León[11]Hospital Luis Tisne; [2]Residente Cirugía General, Hospital del Salvador, Universidad de Chile; [3]Interno Medicina, Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: Las hernias del triángulo lumbar superior son una entidad extremadamente infrecuente, Existen reportes en la literatura de menos de 500 casos. Un 20% de estas son congénitas, el resto adquiridas y se estima una recurrencia cercana al 2% tras la cirugía. La obesidad sería un factor de riesgo identificable. La presentación clínica y las indicaciones quirúrgicas de estas hernias son similares a las de pared abdominal anterior. Sin embargo, debido a su ubicación es óptimo contar con una imagen de alta calidad (Tomografía computada o Resonancia Nuclear Magnética) para la planificación quirúrgica. OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Caso clínico: Hombre 60 años, sin quirúrgicos, derivado desde APS por aumento volumen dorsolumbar derecho de 3x4 cm, sintomático, como sospecha de lipoma. Al examen físico: masa blanda, poco móvil. Ecografía partes blandas: protrusión en región lumbar derecha sugerente de Hernia de Grynfelt. TAC compatible con el diagnóstico planteado. Abordaje quirúrgico por lumbotomía derecha en relación al defecto, divulsión del músculo Dorsal Ancho exponiendo hernia a través del triángulo lumbar superior. Anillo de 1 centímetro con contenido graso. Reducción digital y cierre primario con prolene punto continuo y malla prolene preperitoneal fijada por cuadrante. Cierre por planos. Alta a las 24 horas en buenas condiciones. Control post operatorio precoz satisfactorio. Control a los 6 meses sin recidiva.CONCLUSIÓN: Patología infrecuente, no existe consenso respecto a la técnica quirúrgica estándar, aunque se recomienda el abordaje abierto ante grandes defectos asociados con atrofia de la pared muscular, contenido herniario voluminoso, piel delgada atrófica o grandes cicatrices distróficas. La cirugía laparoscópica cumpliría cierto rol en defectos pequeños <5 cm y sin atrofia muscular. En cuanto al uso de malla, las recomendaciones se extrapolan de los resultados de patología herniaria abdominal de pared anterior, y las recomendaciones de expertos apuntan hacia una colocación de la malla en el espacio preperitoneal. En casos más complejos podría ser de utilidad un abordaje combinado. Las hernias lumbares tienen indicación quirúrgica de entrada, dado el riesgo de complicaciones y progresión de la patología.

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE HERNIAS DE AMYAND TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE EN EL SERVICIO DE PARED ABDOMINAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CHILE (2017-2023)

Andrea Manrique C., Arturo Jirón, Gonzalo Ortega, Marvin Querales, Andrés Reyes B.Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La hernia de Amyand es una condición rara en la cual el apéndice vermiforme está contenido dentro de un saco herniario inguinal, esta entidad clínica presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos únicos debido a su baja prevalencia y variabilidad en la presentación clínica. La prevalencia de la hernia de Amyand varía entre el 0,19% y el 1,7% del total de hernias inguinales intervenidas, con una incidencia aún menor de apendicitis dentro del saco herniario, situándose entre el 0,07% y el 0,13% del total de apendicitis. El diagnóstico preoperatorio de esta entidad es difícil debido a la ausencia de signos o síntomas específicos, presentándose generalmente como una hernia inguinal derecha irreductible. Sin embargo, en casos asociados a apendicitis aguda, pueden presentarse distensión y dolor abdominal, náuseas y vómitos. El manejo quirúrgico varía según el estado inflamatorio del apéndice y las características de la hernia, siendo crucial contextualizar cada caso. OBJETIVOS: Caracterizar los casos de hernia de Amyand tratados en el Servicio de Pared Abdominal del Hospital San Juan de Dios, ubicado en Santiago de Chile, entre enero de 2017 y diciembre de 2023.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo que se llevó a cabo en el Hospital San Juan de Dios, ubicado en Santiago de Chile, en donde se revisaron los casos de hernia de Amyand diagnosticados y tratados entre enero de 2017 y diciembre de 2023. La información fue obtenida de la base de datos del servicio de cirugía, específicamente de los registros de intervenciones quirúrgicas relacionadas con hernias inguinales. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con diagnóstico intraoperatorio de hernia de Amyand, definidos como aquellos en los que se identificó la presencia del apéndice vermiforme en el saco herniario inguinal durante la cirugía. Se recolectaron y analizaron las siguientes variables: edad, sexo biológico, signos de atascamiento, tipo de resolución quirúrgica, comorbilidades y número de días de hospitalización. Para garantizar el cumplimiento de los principios éticos, se realizó un riguroso proceso de anonimización de los datos. Los nombres, números de identificación y cualquier otra información que pudiera identificar a los pacientes fueron eliminados o codificados antes del análisis. Este proceso de anonimización asegura que la privacidad de los pacientes se mantenga intacta y que los datos se utilicen únicamente para fines de investigación. Se obtuvo una exención de consentimiento informado, dado que el estudio se basó en una revisión retrospectiva de registros médicos y no implicó ningún contacto directo con los pacientes. Los datos recolectados fueron ingresados en una base de datos y analizados utilizando el software estadístico STATA versió 18. Se realizaron análisis descriptivos para cada una de las variables, reportando frecuencias, medias y desviaciones estándar según correspondiera. RESULTADO: Durante el período de estudio comprendido entre enero de 2017 y diciembre de 2023, se identificaron cinco casos de hernia de Amyand en el Hospital San Juan de Dios y cuyas características se muestran en la Tabla 1. La edad de los pacientes varió entre 46 y 72 años, con una edad promedio de 61,8 años y una desviación estándar de 33,2 años. De los cinco pacientes, cuatro eran hombres y uno era mujer. A su vez, tres de los pacientes presentaron signos de atascamiento herniario. Se puede apreciar en la tabla que cada paciente tuvo una resolución quirúrgica distinta, aunque todos estuvieron acompañados de una apendicentomía. Por su parte, ninguno de los pacientes presentó complicaciones postquirúrgicas, y todos tuvieron una estancia hospitalaria de dos días. Así mismo, dos de los cinco pacientes presentaron comorbilidades, siendo estas diferentes en cada caso: uno de ellos tenía diabetes mellitus tipo 2 y artrosis, mientras que el otro presentó hipertensión arterial y retinitis pigmentaria. Los resultados obtenidos en esta serie de casos destacan la diversidad en la presentación y manejo quirúrgico de la hernia de Amyand, así como la ausencia de complicaciones postoperatorias y una estancia hospitalaria uniforme y breve.CONCLUSIÓN: La hernia de Amyand, aunque infrecuente, requiere un enfoque quirúrgico individualizado basado en las características específicas de cada paciente. Este estudio resalta la importancia de un diagnóstico preciso y una intervención adecuada para evitar complicaciones. A pesar de la variabilidad en los métodos quirúrgicos empleados, los resultados favorables observados en nuestros pacientes subrayan la eficacia de un manejo adaptado a cada caso. Se necesita más investigación, idealmente con un mayor número de casos y estudios multicéntricos, para establecer guías clínicas más robustas y mejorar los resultados a largo plazo en pacientes con hernia de Amyand.

ANÁLISIS CLÍNICO, QUIRÚRGICO Y RESULTADOS DE LA REPARACIÓN DE HERNIAS LATERALES DE LA PARED ABDOMINAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD

Paulina Rojas A., Andrea Manrique C., José Rivas A., Sofia Alamo M., Sergio Ahumada F., Nicolle Pinto V., Francisca López B., Luymar Petit G., Andrés Reyes B.Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: Las hernias lumbares de la pared abdominal son infrecuentes y desafiantes. El presente estudio retrospectivo analiza las características clínicas, quirúrgicas y resultados postoperatorios de estas reparaciones en un hospital universitario de alta complejidad. OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de recidiva y complicaciones postoperatorias en pacientes operados de hernias inguinales de la pared abdominal y su relación con las comorbilidades, IMC, técnica quirúrgica, posición de la malla y tamaño de la hernia.MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron pacientes operados por hernias laterales de la pared abdominal (L1-L4) en el Hospital San Juan de Dios entre septiembre de 2022 y marzo de 2024. Los datos, obtenidos de la plataforma RedCap, incluyeron variables como técnica quirúrgica (abierta o laparoscópica), posición de la malla, tamaño de la hernia, comorbilidades, IMC, días de seguimiento postoperatorio, recidiva y complicaciones. Se incluyeron pacientes con hernias incisionales laterales, diagnosticados clínicamente o mediante imagen, sin criterios de exclusiónRESULTADO: Durante el período de estudio, se operaron 18 hernias laterales. Las comorbilidades prevalentes fueron diabetes (38.8%) e hipertensión (50%), con un 82% de los pacientes presentando un IMC > 25. La mayoría de las hernias fueron primarias (16), con dos recidivas. Localizaciones: L1 (38.55%), L2 (7.7%), L3 (30%) y L4 (23%), con tamaños W1 (15.4%), W2 (15.4%), W3 (38.5%) y W3+ (30.8%). El 72% de las cirugías fueron abiertas y el 27% laparoscópicas, con posiciones de malla Onlay (46%), Sublay (44%) y Sandwich (30%). La recidiva fue del 27%, con una mediana de seguimiento de 124 días. Las complicaciones incluyeron un caso de Clavien IIIa y seromas en el 50% de los pacientes. De los 5 pacientes con recidiva, 4 fueron operados por vía abierta: 40% con malla en posición Onlay, 40% en posición Sandwich y 20% con malla sublay por técnica laparoscópica. CONCLUSIÓN: Se recomienda desarrollar protocolos estandarizados basados en evidencia para el manejo de hernias laterales, enfocándose en la evaluación comparativa de técnicas quirúrgicas y posiciones de malla. Es esencial mejorar el seguimiento postoperatorio para evaluar los resultados a largo plazo y manejar complicaciones. Estudios prospectivos futuros con muestras más grandes y seguimiento prolongado son necesarios para confirmar estos hallazgos y optimizar las estrategias quirúrgicas.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI GIGANTE EN PACIENTE ADULTO: PRESENTACIÓN DE CASO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO

Francisca Vásquez P., Catalina Retamal V., Bárbara Merino A., Josefa Erazo N., Juan Peraza F., Oscar Ariscain J.Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras de Talcahuano.INTRODUCCIÓN: La hernia de Morgagni es una hernia diafragmática congénita (HDC) muy poco frecuente, correspondiendo a alrededor del 2% de los casos de HDC. Aunque se han documentado numerosos casos de hernia diafragmática en recién nacidos, los informes de esta afección en adultos son infrecuentes. En casos raros, los pacientes pueden llegar a la adultez sin un diagnóstico previo y generalmente presentan síntomas respiratorios y gastrointestinales o ser un hallazgo en la imagenología. Su manejo es quirúrgico e idealmente con una técnica lo menos invasiva, dentro de lo posible. En cirugías laparoscópicas el uso de malla es lo más común. OBJETIVOS: Dar a conocer un caso de una gran Hernia de Morgagni en un paciente adulto y su abordaje quirúrgico. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 46 años con antecedentes de hipotiroidismo, fibromialgia y obesidad mórbida, consulta en el servicio de Urgencias del Hospital las Higueras por dolor abdominal, náuseas, vómitos de 3 días de evolución y disnea. Al examen físico se destacaba auscultación de ruidos hidroaéreos en tórax. Se solicita un TAC de abdomen y pelvis con contraste que informa extensa hernia diafragmática anterior con ascenso de tejido adiposo y del colon transverso hacia el tórax sin signos que sugieran complicación actual. Por gran tamaño de hernia se decide hospitalizar para evaluación por equipo de Cirugía de Tórax, quienes deciden realizar cirugía de manera diferida ya que no había signos de complicación. Posteriormente se realiza hernioplastía diafragmática con malla por toracotomía anterolateral bilateral (Clamshell). Se observó hernia de Morgagni con anillo de aproximadamente 15 cm de diámetro y saco gigante de aproximadamente 30 cm conteniendo colon transverso epiplón y cámara gástrica. RESULTADO: Dada complejidad de cirugía paciente ingresa a UTI para vigilancia y monitorización continua. Evoluciona favorablemente retirándose drenajes pleurales al sexto día y decidiéndose alta hospitalaria. Actualmente paciente se mantiene en controles postoperatorios en excelentes condiciones generales, sólo con leves molestias en sitio quirúrgico. CONCLUSIÓN: La hernia de Morgagni es un tipo de hernia diafragmática congénita muy poco frecuente, y extremadamente rara en adultos. Su manejo es quirúrgico dado el riesgo de complicaciones y lo ideal es que se utilice una técnica lo menos invasiva posible, en nuestro caso no fue posible dada la gran extensión de la hernia, por lo que se decidió realizar una hernioplastía por toracotomía anterolateral bilateral con malla, siendo la técnica más común en estas situaciones según describe la literatura.

NEURECTOMÍA SELECTIVA EN PACIENTE CON INGUINODINIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Reyes Belandria, Frank Hernández, José MejíasClínica Lircay.INTRODUCCIÓN: La inguinodinia postoperatoria es una condición asociada al tratamiento de la hernia inguinal que, en los últimos años ha presentado una mejoría en el tratamiento de la misma, pasando por la creación de distintos algoritmos que introducen la multidisciplinariedad haciendo que la resolución del dolor sea más efectiva. En la actualidad, el dolor inguinal postoperatorio está reportada entre el 1% y el 37% (4), lo que no es menor, por las distintas variaciones anatómicas que presentan los nervios Iliohipogástrico (IH), Ilioinguinal (II) y Genitofemoral (GF) y que distintas causas asociadas a la cirugía también aportan en la aparición de esta patología. Estos autores, tienen algoritmos personales para el manejo de la inguinodinia postoperatoria, pero quien recopila un trabajo ideal es Osvaldo Santilli que desglosa la forma ideal del tratamiento de la inguinodinia crónica. Para entender esta patología hay que tener en consideración los síntomas iniciales de los pacientes independientemente del tiempo y hacer un seguimiento precoz para el tratamiento adecuado, a pesar de que la gran mayoría en pocas semanas el dolor se resuelve espontáneamente. Según los criterios SCARE, se presenta el caso de paciente femenina de 45 años de edad con antecedentes de reparación tipo Lichtenstein de 6 meses de evolución de dolor inguinal postoperatorio. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de inguinodinia postoperatoria y su resolución laparoscópicaMATERIAL Y MÉTODO: Ficha clínica, protocolos operatorios y revisión bibliográfica.RESULTADO: Paciente quien egresa de forma ambulatoria satisfactoriamente posterior a neurectomía selectiva de nervios ilioinguinal y rama genital del nervio genitofemoral y en los controles postoperatorias llegando a su 3er mes, no presenta dolor alguno con hipoestesia de la zona inguinal. CONCLUSIÓN: La inguinodinia postoperatoria es una complicación quirúrgica poco esperable, comprendida y estudiada por los cirujanos generales, lo que es meritorio el conocimiento de las distintas especialidades que manejan el dolor crónico no oncológico y la pared abdominal. Idealmente el manejo de esta patología debe ser multidisciplinaria y entender que el resultado del caso presentado es muestra fidedigna que la neurectomía selectiva puede ser una opción viable para los pacientes con inguinodinia postoperatoria.

USO DE PNEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREOPERATORIO (PPP) COMO TRATAMIENTO DE HERNIAS INCISIONALES DE LA PARED ABDOMINAL GIGANTES: REPORTE DE CASOS

Paula Asima F., Felipe Celedón P., Sebastián Uribe A., Solange Silva F., Javiera Andrighetti B.Hospital Fuerza Aérea de Chile (FACH).INTRODUCCIÓN: Las hernias incisionales gigantes con pérdida de derecho a domicilio son defectos mayores de 10 centímetros (cm) de diámetro, con presencia continua en el saco herniario de una parte significativa del contenido intestinal. Como parte del manejo una opción es el Pneumoperitoneo Progresivo Preoperatorio (PPP), que logra una reexpansión de la cavidad abdominal y facilita la tolerancia ante el retorno de los contenidos herniados, disminuyendo las complicaciones respiratorias agudas, el síndrome compartimental abdominal, dehiscencia de la herida y recurrencia de la hernia. OBJETIVOS: Describir el uso de neumoperitoneo progresivo preoperatorio como una opción adecuada, efectiva y de bajo riesgo para el manejo de esta patología.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de dos casos clínicos y revisión de la literatura.RESULTADO: Caso 1: Femenina 73 años con antecedentes de hipertensión, Dislipidemia, obesidad mórbida y colecistectomía presentó una hernia incisional en 2013, con múltiples complicaciones y cirugías subsecuentes. En diciembre de 2021, se inició neumoperitoneo progresivo insuflando 100 cc de aire diario por 35 días, acumulando 3.500cc en total. El 7 de enero de 2022, se realizó una hernioplastia con malla Parietene de 30x30 cm y resección de tejido redundante, seguido de un drenaje Hemovac.Evolucionó sin complicaciones postoperatorias y sin recidivas. Caso 2: Femenino de 64 años, sin antecedentes mórbidos, presentó una gran hernia incisional en 2022. La TC de mayo de 2022 mostró una hernia de 16,4 x 14,2 x 22,9 cm sin complicaciones. El 25 de noviembre de 2022, se inició un neumoperitoneo progresivo con 100 cc de aire diario, alcanzando 4.500 cc en 45 días. El 9 de enero de 2023, se realizó una hernioplastia con malla Simbotex y drenajes Hemosuc. La paciente evolucionó sin complicaciones y sin recidivas en los controles clínicos.CONCLUSIÓN: La eventración gigante con pérdida de dominio es una patología que afecta la calidad de vida de los pacientes, con altos índices de morbimortalidad y recidiva, por lo que plantea un gran desafío para los cirujanos, tanto por la dificultad de retornar el contenido a la cavidad abdominal como por las complicaciones asociadas. El uso de neumoperitoneo progresivo ambulatorio es una técnica segura, fácilmente aplicable, con buena tolerancia y resultados favorables.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES OPERADOS POR HERNIA INCISIONAL UMBILICAL POST COLECISTECTOMÍA

Ximena Concha S.[1], Víctor Ortiz R.[1], Francisca Díaz A.[1], Liumariel Vegas S.[1], Edgarick Silva M.[1], Daniel Flores R.[1], Sherwin Aponte H.[1], Antonella Bombín F.[2], Catalina Rodríguez C.[21]Equipo Cirugía General. Complejo Asistencial Padre Las Casas; [2]Interna Medicina Universidad Autónoma de Chile.INTRODUCCIÓN: La hernia incisional umbilical post colecistectomía es una patología con incidencia variable, habitualmente secundaria a la instalación del trócar umbilical que, en ocasiones, requiere ampliación local. OBJETIVOS: Caracterizar a los pacientes operados por hernia umbilical incisional post colecistectomía en el Complejo Asistencial Padre las Casas (CAPLC). MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Seleccionando pacientes intervenidos en el CAPLC por hernia incisional umbilical post colecistectomía, desde agosto 2020 a abril 2024, registrando datos demográficos, de la intervención y complicación postoperatoria. El análisis de los datos fue realizado con Microsoft Excel.RESULTADO: De 441 pacientes intervenidos por hernia umbilical, 116 (26%) corresponden a hernia incisional umbilical post colecistectomía laparoscópica; 94 de ellos son mujeres (81%), promedio de edad 56 años (DS 12,7), IMC promedio 31,3 (DS 4,2), tabaquismo presente en un 22%, recidiva herniaria umbilical de 9%. Un 47% de los pacientes presentó el antecedente de colecistectomía hace más de 5 años. La vía de abordaje de la colecistectomía fue: 51% laparoscópica, 26% abierta, 22% sin información y 1% convertida. Técnica del capnoperitoneo: 63% sin información, 36% técnica abierta y 1% técnica cerrada. El 73% de los casos fue resuelto como cirugía mayor ambulatoria, 7% mayor y 20% de urgencia, con un tiempo operatorio promedio de 69 minutos (DS 21,2). Tamaño promedio de saco herniario: 51 mm, descrito en el 69% de los pacientes. Tamaño promedio del anillo herniario: 34 mm, señalado en el 88% de los protocolos. En el 88% se realizó reparación con malla; supraaponeurótica en el 85% de estos. El cierre del defecto herniario con polidioxanona en 74% y prolene en el 19%. En 32 pacientes (28%) se instaló drenaje, de estos, 19 (16%) intervenciones correspondieron a cirugía de urgencia o electiva mayor; con retiro en promedio de 4 días. Hubo 3 casos (2,5%) de complicaciones postoperatorias: dos seromas y una pexia intestinal con fístula que requirió reintervención. En 90% de los pacientes controlados, ninguno presentó dolor o recidiva. CONCLUSIÓN: En el presente estudio se puede señalar que en uno de cada cuatro pacientes operados por hernia umbilical fue secundario a una incisión de colecistectomía, la mayoría de ellas correspondiendo a mujeres mayores, con saco de 5 cms y anillos mayores a 3 cms, siendo el cierre del defecto con polidioxanona, la reparación con malla de polipropileno supraaponeurótica fue la técnica de elección, con complicaciones postoperatorias mínimas. Esta entidad requiere el estudio de los factores que inciden en su aparición para promover su prevención.

HERNIA INGUINOESCROTAL COMPLICADA CON PERFORACIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE CASO

Constanza Díaz G., Rodrigo Salamanca C., Valentina Núñez P., Rodrigo Domínguez C., Jean Phillipe Bachler G., Rodrigo Miranda P., Nicolás Campaña W., Hermelany González E.Residente Cirugía General, Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago de Chile.INTRODUCCIÓN: Las hernias de la pared abdominal afectan entre el 10% y el 15% de la población mundial, siendo hasta el 60% de estas hernias inguinales.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de paciente con hernia inguinoescrotal complicada con perforación de víscera hueca por cuerpo extraño.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y atención directa del paciente.RESULTADO: Masculino de 59 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de 4 días de evolución de dolor inguinoescrotal derecho, asociado a aumento de volumen no reductible, disminución de la frecuencia defecatoria y náuseas. Al examen, presenta hernia inguinoescrotal derecha gigante, no reductible. Laboratorio con leucocitosis 22.540 mm3, proteína C reactiva (PCR) 38 mg/dL. En tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis, se constata: “Hernia inguinoescrotal derecha con dilatación patológica de intestino delgado compatible con obstrucción. Saco herniario con colecciones hidroaéreas organizadas sugerentes de perforación intestinal”. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando líquido libre y perforación en asa de intestino delgado a 10 cm de válvula ileocecal que se encontraba atascada a nivel inguinoescrotal, con hallazgo de cuerpo extraño en su interior (mondadientes) con abundante fibrina y líquido purulento. Requirió resección de 40 centímetros (cm) de intestino delgado con posterior entero-entero anastomosis y herniorrafia inguinal derecha, sin incidentes. Se deja drenaje hacia la región escrotal. Postoperatorio favorable, con retiro de drenaje al quinto día, completando 12 días de tratamiento antibiótico, evolucionando posteriormente con seroma de herida operatoria resuelto de forma ambulatoria.CONCLUSIÓN: Generalmente, la ingesta de cuerpos extraños se realiza de forma involuntaria, siendo los objetos más frecuentes el bolo de carne y las espinas de pescado. Las áreas más frecuentes de perforación por cuerpos extraños son la región ileocecal y el rectosigma, debido al estrechamiento y la angulación del tracto digestivo. La impactación puede estar favorecida por zonas de adherencias, áreas con procesos diverticulares o anastomosis quirúrgicas. La perforación intestinal asociada a cuerpo extraño dentro de una hernia inguinal es una entidad poco frecuente, con escasos reportes en la literatura, pero es necesario su conocimiento para su adecuado tratamiento.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO SOMETIDOS A HERNIOPLASTIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE DE 10 AÑOS

Sebastián Sapiain G., Claudia Salazar F., Camilo Huerta M.Hospital Clínico de la Universidad de Chile. INTRODUCCIÓN: Los pacientes con daño hepático crónico presentan una mayor incidencia de hernias de la pared abdominal e inguinales que la población general, adicionalmente el manejo quirúrgico se asocia a mayor morbimortalidad. Conocer las características de esta población es relevante para generar estrategias de manejo que permitan optimizar sus resultados post operatoriosOBJETIVOS: Determinar las características demográficas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con daño hepático crónico sometidos a hernioplastia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizo estudio observacional descriptivo de cohorte de pacientes ingresados al hospital clínico de la Universidad de Chile, entre los años 2014 y 2024, que cumplieran con los criterios de selección de antecedente de daño hepático crónico previo y que fueron sometidos a hernioplastia independiente del tipo de hernia presentada, en nuestra institución por equipo de cirujanos de turno de residencia y/o equipo de pared abdominal. Se identificaron un total de 36 pacientes que cumplían dichos criterios, registrándose a través de sistema integrado electrónico antecedentes clínicos e intraoperatorios, para su posterior tabulación y análisis estadístico a través de Microsoft Excel 365. RESULTADO: La edad media de los pacientes es de 63 años, siendo una mayor proporción de hombres con un 66% que de mujeres con 33%. Mayoritariamente los pacientes fueron categorizados como CHILD B con un 52% en el momento en de la cirugía, seguidos por CHILD A 39% y CHILD C 17%. El tipo de hernia más frecuente fue incisional con una media de 41%, mientras que la hernia inguinal corresponde a un 36% y la hernia umbilical a un 22%. La indicación quirúrgica más frecuente fue de urgencia con un 70% mientras que la indicación electiva fue en un 30% de los casos. Se instalo malla en la reparación en un 72% de las cirugías, mientras que el uso de drenaje se realizó en un 61% de los casos. Con respecto a las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias corresponden a un 8 y 27% respectivamente. CONCLUSIÓN: Las características demográficas y clínicas de los pacientes sometidos a hernioplastia, sumado a que la indicación de resolución quirúrgica es de urgencia y el alto índice de complicaciones en relación a las reportadas en la población general, sugiere que se requiere generar estrategias multidisciplinarias para disminuir la morbimortalidad postoperatoria en este grupo de pacientes.

REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES GRANDES CON TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES, EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO

Gerson Pérez F., Valeria Arancibia Q., Waldemar Adelsdorfer O., Carlos Casanova M., Vinzenz Córdova de H., Camila Nanjari B., Gonzalo Yáñez C.Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: La laparotomía es la principal vía de abordaje de la cirugía abdominal, y presenta un 2-11% de probabilidad de desarrollar una hernia incisional La hernia incisional grande es aquella que posee un anillo mayor a 10 cm, representando su reparación un desafío para el cirujano. Una de las principales opciones terapéuticas es la técnica de separación de componentes, la cual puede ser utilizada sola o en adyuvancia con otras terapias. OBJETIVOS: Describir y analizar la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de hernias incisionales grandes con técnica de separación de componentes como terapia principal. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes con hernias incisionales grandes, sometidos a reparación quirúrgica con técnica de separación de componentes entre los años 2018 y 2024. Se analizaron datos demográficos, clínicos e imagenológicos obtenidos desde ficha clínica. Los datos fueron ingresados a una planilla Excel® para su análisis. RESULTADO: Se incluyeron 19 pacientes operados con técnica de separación de componentes, 10 de sexo masculino. La media de edad fue de 63 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y diabetes tipo 2, el IMC promedio fue de 30,3 y 26% tenían hábito tabáquico. Todas las hernias eran ventrales, y en su estudio preoperatorio con TC tenían un defecto aponeurótico promedio de 14,75 cm en su diámetro transverso y un área promedio de 220,4 cm2. 18 pacientes fueron sometidos a separación de componentes anterior y 1 a posterior; 17 con uso de malla onlay, en 15 se utilizó coadyuvancia con toxina botulínica tipo A y en 2 neumoperitoneo progresivo, no hubo complicaciones preoperatorias en el uso de terapias adyuvantes. En el postoperatorio el 52,6% de los pacientes presentó alguna complicación de herida operatoria, siendo la más frecuente la dehiscencia y luego la infección de herida operatoria; 1 paciente requirió reoperación por una complicación mayor (perforación intestinal). En el seguimiento a 6 meses 1 paciente presentó recidiva. CONCLUSIÓN: La cirugía de reparación de hernias grandes se realizó principalmente mediante la técnica de separación anterior de componentes, utilizando como coadyuvante principal la toxina botulínica tipo A. El porcentaje de complicaciones postoperatorias fue significativo, con un 52,6% de complicación de herida operatoria, pero consideradas menores ya que no requirieron reintervención quirúrgica, a excepción de 1 paciente con complicación post operatoria mayor. Destaca que la tasa de recidiva fue baja, en relación a lo reportado por la literatura.

HERNIA INGUINAL RECIDIVADA COMPLICADA, MANEJO POR TREPP, UNA ALTERNATIVA NOVEDOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Maximiliano López M.[1], Álvaro Gallardo V.[3], Paula Glaus H.[2], José Manuel Martínez V.[1], Catalina Lermanda V.[1], Lorena Gárate G.[21]Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián; [2]Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; [3]Servicio de Cirugía, Hospital Las Higueras.INTRODUCCIÓN: El manejo quirúrgico de una hernia inguinal complicada recidivada representa un gran desafío, al no existir planos definidos debido a que estos ya han sido intervenidos. Gracias al desarrollo de la técnica preperitoneal laparoscópica, aprendimos de la gran utilidad de enfrentar el problema por un acceso virgen, como lo es el preperitoneal la mayoría de las veces. Sin embargo, no es posible ofrecer una resolución laparoscópica de urgencia para todos nuestros pacientes; por eso la técnica TREPP (del inglés Trans REctus sheath Pre-Peritoneal) parece una opción favorable. La técnica TREPP es una alternativa novedosa, con un enfoque abierto posterior, en la cual se realiza una pequeña incisión en la vaina del músculo recto, permitiendo el acceso al espacio preperitoneal por donde se accede al defecto y, además permite una entrada a la cavidad peritoneal en caso sea necesario.OBJETIVOS: Describir un caso de hernia inguinal recidivada complicada resuelta por vía preperitoneal por acceso a través de la vaina del recto abdominal (TREPP). MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico y de la literatura.RESULTADO: Se presenta el caso de un paciente masculino de 71 años con antecedente de EPOC y una hernia inguinal intervenida en 3 oportunidades por vía anterior, quien consultó por una masa inguinal, dolor abdominal y vómitos fecaloideos. Se decide resolución quirúrgica con técnica abierta TREPP, la que permite un adecuado acceso al defecto y permite realizar la resección y anastomosis del segmento intestinal afectado.CONCLUSIÓN: La técnica TREPP permite un acceso novedoso y altamente útil, sobre todo en el caso de hernias inguinales recidivadas, con un beneficio teórico en la recidiva y tasa de complicaciones.

ANALGESIA MULTIMODAL EN HERNIOPLASTÍA DE LICHTENSTEIN: EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ Y TARDÍO

Jacqueline Villanueva B., Andrea Monsalve C., Trinidad Bravo A., Maicol Fuentes P.Hospital Naval Almirante Nef, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: El manejo del dolor postoperatorio continúa siendo un reto en la hernioplastía inguinal, con incidencia de 1-10% de inguinodinia. La analgesia multimodal es fundamental, y el bloqueo del nervio ilioinguinal, la analgesia regional y otros fármacos han permitido disminuir el dolor postoperatorio y facilitar el manejo ambulatorio de estos pacientes. OBJETIVOS: Los objetivos son evaluar la intensidad del dolor en el postoperatorio precoz y tardío luego del uso de analgesia multimodal que incluye bloqueo del nervio ilioinguinal realizado por el cirujano según referencias anatómicas, evaluar la incidencia de dolor crónico postoperatorio, analizar las complicaciones postoperatorias y los días totales de hospitalización. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio prospectivo observacional que incluyó pacientes mayores de 15 años operados de hernioplastía de Lichtenstein en que se usó bloqueo de nervio ilioinguinal con anestésico local por el cirujano por técnica de referencia anatómica en intraoperatorio o previo a la incisión, intervenidos desde el 2 de enero del 2022 hasta el 31 de marzo del 2024, con control postoperatorio precoz a las 4 semanas y tardío luego del tercer mes postoperatorio. Además, se evaluó las complicaciones postoperatorias según la escala de Clavien-Dindo y los días totales de hospitalización.RESULTADO: De los 47 pacientes operados, en el primer día postoperatorio 45 pacientes categorizaron su dolor como leve, 2 como dolor moderado y ninguno de ellos presentó dolor severo. Se controlaron los mismos pacientes a las 4 semanas de operados y se realizó la misma categorización de dolor, resultando 45 pacientes con dolor leve y 2 con moderado. Destaca que los 2 pacientes que señalaron dolor moderado fueron los mismos en ambos controles y presentaban inguinodinia al momento del control preoperatorio. En el control tardío los 47 individuos relataron sentir dolor leve. Además, 21 pacientes presentaron algún tipo de complicación postoperatoria. Según la escala de Clavien-Dindo, 20 se categorizaron como 1 y un paciente como 3 por un hematoma inguinoescrotal que requirió reintervención a las 4 semanas postoperatorias. El promedio de días de hospitalización fue de 1.19 días, donde 3 requirieron más tiempo por problemas urológicos y traslape a anticoagulantes orales. CONCLUSIÓN: La técnica de analgesia multimodal con bloqueo del nervio ilioinguinal en hernioplastía de Lichtenstein es una técnica segura y efectiva, logrando dolor leve en alrededor de un 95% de los pacientes de este estudio. En los 2 pacientes con inguinodinia preoperatoria y posterior dolor moderado postoperatorio faltó más estudio de la causa del dolor y de su eventual manejo.

ANÁLISIS DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO SOMETIDOS A CIRUGÍA DE HERNIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE DE 10 AÑOS

Camilo Huerta M., Claudia Salazar F., Sebastián Sapiain G.Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El daño hepático crónico (DHC) representa un desafío significativo en la práctica quirúrgica debido a las alteraciones fisiológicas y bioquímicas que acompañan esta condición. Los pacientes con DHC que requieren intervención quirúrgica, como la reparación de hernias, están en un riesgo elevado de desarrollar complicaciones perioperatorias. Estas morbilidades pueden incluir hemorragias, infecciones, insuficiencia hepática, y disfunción multiorgánica, complicando así el manejo clínico y afectando negativamente el pronóstico postoperatorio.OBJETIVOS: El presente trabajo se centra en el análisis de las morbilidades perioperatorias en 24 pacientes con DHC sometidos a cirugía de hernia donde se pretende identificar la incidencia de complicaciones y las estrategias de manejo que pueden optimizar los resultados en esta población vulnerable. MATERIAL Y MÉTODO: Se utiliza una base de datos de 24 pacientes operados de hernioplastia tanto de urgencias como electivos, clasificándolas según Child antes de la intervención, y complicaciones intra y post operatorias presentadas. RESULTADO: La mayoría de los pacientes con puntaje Child A y B no presentan complicaciones quirúrgicas. Solo un paciente con puntaje Child C tuvo una complicación quirúrgica significativa (resección de asa isquémica). Los pacientes con puntaje Child A presentan menos complicaciones postquirúrgicas en comparación con los de puntaje B y C. Los pacientes con puntaje Child B presentan una variedad de complicaciones, incluyendo aumento de ascitis, falla renal y sepsis. Los pacientes con puntaje Child C tienen una mayor tendencia a complicaciones graves, incluyendo la necesidad de cuidados intensivos (UCI).CONCLUSIÓN: Es crucial realizar una evaluación preoperatoria exhaustiva de los pacientes con daño hepático crónico, especialmente aquellos con puntajes Child B y C, para anticipar y mitigar posibles complicaciones. Los pacientes con un puntaje Child más alto (especialmente C) tienden a tener un mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas. Los pacientes con puntajes Child B y C deben ser monitoreados de manera intensiva en el postoperatorio para detectar y tratar rápidamente cualquier complicación.

HERNIA EPIGÁSTRICA CON CONTENIDO DE COLON ASCENDENTE NEOPLÁSICO EN UNA PACIENTE QUE INGRESA POR PANCREATITIS AGUDA BILIAR: REPORTE DE UN CASO

José Castro G., Alejandro Iglesias M., Andrés Reyes B., Rocío Vera P., Rocío Witto E., Catalina Fuchs G., Luymar Petit G.Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La hernia epigástrica corresponde al prolapso de contenido por un defecto en la línea alba entre la apófisis xifoides y el ombligo. El contenido suele ser grasa preperitoneal u omento. Se presenta un caso de hernia epigástrica con contenido de colon ascendente de aspecto neoplásico de 8,5 cm de longitud, en una paciente que ingresa por pancreatitis aguda biliar, la cual se resuelve finalmente con hemicolectomía derecha + colecistectomía + hernioplastía. En la revisión bibliográfica no se encontraron casos reportados de hernia epigástrica con contenido herniario neoplásico de colon. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de hernia epigástrica con contenido herniario neoplásico colónico, además de colecistolitiasis complicada por pancreatitis aguda biliar, diagnósticos los cuales se resolvieron en una misma cirugía.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica, ficha clínica y protocolo operatorio. RESULTADO: Paciente de 67 años con antecedentes de DM2, HTA, anemia en estudio. Consulta por cuadro de epigastralgia de 8 hrs de evolución. Al ingreso se constata gran hernia epigástrica ventral irreductible. En laboratorio destaca lipasa 1300, PCR 87. TC de ingreso evidencia prominente hernia umbilical complicada, con signos de isquemia venosa e incipiente arterial de colon herniado y de asas de yeyuno-íleon en la pelvis y en hemiabdomen derecho. Masa en colon ascendente (herniado), compatible con neoplasia primaria. Adenopatías ileocólicas posiblemente secundarias y colecistolitiasis. Se ingresa para manejo médico de pancreatitis aguda biliar, con buena respuesta clínica y normalización de pruebas hepáticas. Una vez resuelta, se decide cirugía. Se realizó colectomía derecha con ileotransverso anastomosis terminolateral manual, hernioplastia epigástrica y colecistectomía. Hallazgos intraoperatorios: Masa en ciego de aproximadamente 10x8cm pétrea, no perforada Adenopatías locales gomosas. Vesícula biliar distendida con paredes finas y litiasis palpable. Vía biliar prominente. Defecto herniario M2 W2 supraumbilical de aprox 8cm de diámetro asociado a gran saco con contenido epiploico, intestinal y tumoral. Cavidad peritoneal sin evidencia de implantes metastásicos. Parenquima hepático sin signos patológicos. Paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio. Egresada a los 5 días. Seguimiento ambulatorio.CONCLUSIÓN: Se presenta un caso de hernia epigástrica con contenido colónico de aspecto neoplásico en una paciente que ingresa por una pancreatitis aguda biliar, diagnósticos los cuales se resuelven en una misma intervención quirúrgica. En la bibliografía no se encontraron casos reportados de hernia epigástrica con contenido herniario neoplásico de colon. Este caso reviste especial interés tanto por el contenido de la hernia como la cirugía que permitió resolver tanto la patología neoplásica de colon, como la patología biliar y la reparación aponeurótica.

HERNIA DE GRYNFELT: REPORTE DE UN CASO

Catalina Retamal V., Francisca Vásquez P., Bárbara Merino A., Nelson Vidal A., Nicolás Hermosilla C., Estefanía Muñoz G., Camila Sepúlveda P.Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras, Talcahuano. INTRODUCCIÓN: La hernia de Grynfelt es la protrusión de contenido intraabdominal a través del triángulo lumbar superior. Ésta corresponde a menos del 2% de las hernias de la pared abdominal, con pocos casos descritos en la literatura.OBJETIVOS: Describir el caso clínico de un paciente portador de hernia de Grynfelt resuelta exitosamente y revisar la literatura actual con respecto a su manejo.MATERIAL Y MÉTODO: Anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio e imagen y protocolo quirúrgico.RESULTADO: Paciente masculino de 68 años derivado a policlínico de cirugía por dolor paravertebral izquierdo de aproximadamente 6 meses de evolución. Al examen físico, se palpa defecto de pared abdominal a nivel de fosa renal izquierda. Se solicita ecotomografía de partes blandas que informa hernia de Grynfelt, de 2 cm de diámetro, de contenido graso. Se decide cirugía electiva encontrando defecto de aproximadamente 2 cm de diámetro por donde protruye contenido graso. Se reduce el contenido, se cierra el defecto mediante puntos continuos de Vicryl 1 y se instala malla de prolene fijada con puntos del mismo material. Postoperatorio favorable. CONCLUSIÓN: La hernia de Grynfelt es un diagnóstico infrecuente y su incidencia exacta es difícil de determinar debido a que puede ser confundida con otros padecimientos lumbares. Con respecto al manejo, el tratamiento de elección parece ser la reparación quirúrgica del defecto con malla, sin embargo, no existe una técnica única estandarizada que demuestre beneficios por sobre otras.

EXPERIENCIA INICIAL DE USO DE MALLAS TITANIZADAS EN REPARACIÓN HERNIARIA. REPORTE DE UN CASO

William Acero, Andrés Reyes BelandriaHospital de Puerto Montt, Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La malla sintética ideal debería asegurar una óptima biocompatibilidad, ser fácil de manipular y proporcionar suficiente estabilidad para evitar la recurrencia, degradación o contracción. En estudios experimentales se ha demostrado que la aplicación de una capa adicional de titanio atómico a los filamentos de polipropileno ha dado como resultado una mejora adicional de la biocompatibilidad y tasas de contracción significativamente más bajas en comparación con una malla de polipropileno sola. Un ECA demostró que la malla liviana de polipropileno recubierta de titanio se asoció con menos dolor postoperatorio a corto plazo, menor consumo de analgésicos y un retorno más rápido a las actividades cotidianas en comparación a la malla compuesta de peso medio Parietex, sin diferencia en las tasas de recurrencia.OBJETIVOS: Exponer el uso de la malla titanizada y demostrar su efectividad en reparación herniaria.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes, protocolo operatorio y literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 47 años de edad, obeso, antecedente de laparotomía exploradora en contexto de peritonitis apendicular (2022), cursó con evisceración contenida, multiples aseos quirúrgicos y requerimiento de injerto dermoepidermico por defecto de pared abdominal. Evoluciona con hernia incisional compleja. TAC AP preoperatorio informa voluminosa hernia de la línea media supraumbilical con defecto de 13,8 cm en el eje axial máximo y un saco de 19,3 x 6,7 x 22,4 cm en los ejes mayores que contiene asas de intestino delgado y colon transverso. Evaluado por equipo de pared abdominal, se define prehabilitacion mixta con toxina botulínica A 200UI + neumoperitoneo progresivo por un total de 11 dias (1200cc aire ambiente/día). Se realiza reparación de hernia mediante técnica de Carbonell-Bonafe nivel II, empleando malla titanizada retromuscular a rectos abdominales y malla de polipropileno pesada ante rectal con fijación a oblicuos mayores y sistema Prevena. Evoluciona de forma favorable, buen control del dolor, sin complicaciones, logrando el alta a los 8 días postoperatorios, sin evidencia de recidiva precoz. Control ambulatorio a los 14 días postoperatorio, encontrándose en buenas condiciones, sin recidiva, se retiran drenajes.CONCLUSIÓN: En Chile, no se ha documentado la utilización de malla titanizada para reparación herniaria. Este caso representa el advenimiento de las nuevas opciones protésicas existentes en cirugía herniaria para el país, mejorando así los resultados tempranos en nuestros pacientes en cuanto a dolor y retorno laboral, sin demostrarse aún la disminución de tasas de recidiva.

RESOLUCIÓN DIFERIDA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN CONTEXTO DE HERNIA INCISIONAL GIGANTE

Sebastián Sapiain G., Catalina Pozo V., Patricio Araya C., Úrsula Figueroa F., Iñaki Castro A., Javier Urrutia F.Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: La hernia incisional representa una complicación común y potencialmente grave de la cirugía abdominal abierta, presentándose hasta en un 20% de los pacientes sometidos a laparotomía, aumentando hasta un 35% en procedimientos de emergencia. Se ha empleado el neumoperitoneo progresivo preoperatorio para hernias gigantes, mediante insuflación intermitente que estira los músculos contraídos de la pared abdominal, reduce el tamaño y edema de las vísceras y facilita el cierre exitoso. Se presenta un caso donde se difirió el manejo de una obstrucción intestinal de etiología herniaria, para resolver ambas patologías en una misma instancia quirúrgica. OBJETIVOS: Dar a conocer manejo innovador en la literatura médica.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y revisión de la literatura. Se utilizaron datos de ficha clínica. RESULTADO: Mujer, 61 años, antecedentes de trasplante hepático ortotópico y renal heterotópico. Ingresa al servicio de urgencia cursando shock séptico por obstrucción intestinal. Se realiza manejo de sepsis, se instala sonda nasogástrica con salida de contenido fecaloideo. Se solicita escáner que evidencia obstrucción mecánica de intestino delgado secundario a bridas en hernia incisional, con anillo de 25x20 cm y pérdida de derecho a domicilio. Dada complejidad de abdomen, se decide realizar manejo médico de obstrucción intestinal y planificar resolución quirúrgica en conjunto de patología adherencial y hernia incisional gigante. Se realiza neumoperitoneo progresivo por 10 días, insuflándose 9330 mL de aire ambiental. Se realiza laparotomía exploradora y hernioplastia, visualizándose hernia en región subcostal derecha, cambio de calibre en yeyuno en relación a brida que tracciona estructura sacular que resulta ser divertículo yeyunal con perforación contenida. Se reseca área afectada de yeyuno y anastomosis entero-entero manual. Colgajo retromuscular e instalación de malla de contacto visceral preperitoneal, separación anterior de componentes, otro flap peritoneal para cobertura de malla, finalizando refuerzo de cierre con instalación de 2 mallas Progrip supra aponeurótica, realizando un “sándwich” de mallas y peritoneo. Cursa su postoperatorio en unidad de cuidados intensivos, con buena evolución. CONCLUSIÓN: La obstrucción intestinal representa al menos el 15% de las hospitalizaciones quirúrgicas de urgencia, siendo las etiologías más frecuentes bridas y hernias. Las hernias incisionales gigantes son un desafío quirúrgico, con incidencia de hasta 40% en pacientes de trasplante hepático. El uso de recursos como el neumoperitoneo, toxina botulínica y técnicas de separación de componentes, logran resultados satisfactorios con menor morbilidad. El neumoperitoneo progresivo es una técnica recomendable y segura en pacientes con obstrucción intestinal en pacientes con hernias gigantes, siendo una ventaja poco descrita la adherenciolisis.

PRIMERAS 100 HERNIAS RESUELTAS POR VIA MINIMAMENTE INVASIVA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Jonatan Ponce O., Francisco Podestá, Wenceslao Zegers, Rubén ÁvilaHospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I. La Florida.INTRODUCCIÓN: La cirugía electiva de patología herniaria es muy frecuente en nuestro medio, cuya resolución mínimamente invasiva ha alcanzado gran importancia y se ha estandarizado en los últimos años.OBJETIVOS: Describir a los pacientes portadores de las primeras 100 hernias resueltas por vía mínimamente invasiva en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Diaz de La Florida.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de cirugías de pacientes con hernia intervenidos por vía laparoscópica desde julio 2022 hasta diciembre 2023, analizando ubicación, lateralidad, antecedentes, y complicaciones postoperatorias. Se elaboró base de datos en Microsoft Excel 365, realizando análisis estadístico de tipo descriptivo.RESULTADO: En el período estudiado se operaron 62 pacientes con patología herniaria por vía mínimamente invasiva (técnica TAPP inguinal), con un total de 100 hernias resueltas. Promedio de edad 60,7 años. Género masculino 73%. El 95% de los pacientes presentó hernia inguinal y 5% hernia femoral. Respecto de las hernias inguinales, un 61% de los pacientes presentó hernia bilateral, 19% derecha y 15% izquierda. El índice de masa corporal promedio fue de 26,55. Un 3% de los pacientes presentaba diabetes, 42% hipertensión, 10% hipotiroidismo y el 16% tabaquismo activo al momento de la intervención. El 21% de los pacientes eran recidivados. El tiempo operatorio promedio fue de 105 minutos. Solo un paciente en el periodo estudiado no fue ambulatorio y estuvo un día hospitalizado. Una paciente presento recidiva bilateral, que fue resuelta posteriormente por vía anterior sin complicaciones. El 26% de los pacientes presentaron complicaciones de las cuales la más frecuente fue el seroma (75%). No hubo mortalidad postoperatoria asociada, ni reoperaciones por complicaciones agudas.CONCLUSIÓN: Los pacientes intervenidos por vía laparoscópica para resolución de patología herniaria son en su mayoría hombres de la tercera edad, con sobrepeso, 21% recidivados. El tiempo promedio está en relación a la curva de aprendizaje y a la complejidad de los pacientes (bilaterales y recidivados). La principal complicación postoperatoria fue el seroma. Una paciente presentó recidiva herniaria que requirió reparación por vía anterior. No hubo reoperaciones por complicaciones agudas. Sin dolor crónico y sin mortalidad en esta revisión.

HERNIA CRURAL CON DESLIZAMIENTO DE OVARIO Y TROMPA UTERINA EN UNA ADULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Constanza Narváez J., Daniela Leporati J., Claudia García Á., Joaquín Cárcamo F., Camila Figueroa V., Sofía Hernández G.Hospital Base Valdivia.INTRODUCCIÓN: La hernia crural constituye entre el 2% y el 8% de las hernias de pared abdominal, predominando en mujeres entre los 40 y 70 años. Suele presentarse con contenido atascado o estrangulado, requiriendo manejo urgente y aumentando la morbi-mortalidad perioperatoria. Aunque infrecuente en adultos, el contenido puede incluir el ovario y la trompa de Falopio. El diagnóstico es principalmente clínico, apoyado por imagenología para evaluar el contenido y su vitalidad. La resolución quirúrgica de urgencia es crucial para evitar la progresión del compromiso circulatorio, especialmente en los anexos que son vulnerables a la isquemia.OBJETIVOS: Describir el diagnóstico y tratamiento de una hernia crural infrecuente.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de un caso clínico a partir de ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Mujer de 54 años, con historia reciente de dolor abdominal recurrente en hipogastrio, tratado como infección urinaria tras una orina completa inflamatoria y tomografía computarizada (TC) sin hallazgos significativos. Consulta nuevamente por dolor abdominal persistente en hipogastrio, irradiado a región inguinal derecha, sin vómitos ni ausencia de gases por ano. El examen físico reveló un aumento de volumen móvil bajo pliegue inguinal derecho, sin alteraciones cutáneas. Un análisis retrospectivo de la TC previa mostró un defecto herniario sospechoso de contener asa intestinal o anexo uterino. Se realizó hernioplastia crural mediante abordaje inguinal, identificando hernia crural deslizada con contenido vital correspondiente a ovario con un quiste ovárico y una trompa de Falopio. Se redujo el contenido, se cerró el defecto y se reforzó con malla cónica (plug de Lichtenstein). La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dada de alta al día siguiente con control en ginecología.CONCLUSIÓN: La hernia crural, aunque poco frecuente, conlleva un alto riesgo de estrangulación, con elevada morbilidad y mortalidad. Este caso destaca la necesidad de una alta sospecha clínica y la consideración de que el contenido herniario puede incluir diversas estructuras, visibles en TC. Es fundamental actuar precozmente para evitar consecuencias irreversibles como la infertilidad. Este caso subraya la importancia de considerar los anexos femeninos en el diagnóstico diferencial de hernias crurales en mujeres, aportando conocimiento valioso sobre su manejo y tratamiento efectivo.

HERNIOPLASTÍA INGUINAL ROBÓTICA: EXPERIENCIA INICIAL Y SEGUIMIENTO A UN AÑO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE

Guillermo Martínez S.[1,2,3,4], Constanza Díaz G.[1], Elías Arroyo A.[1], Gonzalo Contreras H.[1], Carlos Esperguel G.[1,2,3,4], Ignacio Miranda C.[1,2], Carlos García C.[1,2,3,41]Servicio de Cirugía Adulto, Hospital Clínico San Borja Arriarán; [2]Equipo de Cirugía Digestiva Alta, Hospital Clínico San Borja Arriarán; [3]Facultad de Medicina Universidad de Chile, Sede Centro; [4]Clínica MEDS.INTRODUCCIÓN: La hernia inguinal es una patología de alta prevalencia. Actualmente la laparoscopia es el gold Standard para su reparación, pero la hernioplastia inguinal robótica facilita la sutura intracorpórea, mejora la visualización para el cirujano y mejora la ergonomía, además de ser una técnica segura y replicable que se presenta como una alternativa en centros que disponen de esta tecnología.OBJETIVOS: Mostrar los resultados perioperatorios y del seguimiento a un año de nuestra serie inicial de hernioplastia asistida por robot.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes operados entre octubre de 2022 y julio 2023, con sistema robótico DaVinci XR. Se analizaron los datos perioperatorios; siendo la técnica de elección la hernioplastia inguinal con malla de Polipropileno autoadherente por abordaje transabdominal (TAPP).RESULTADO: Durante el período comprendido entre agosto 2022 y julio 2023 se operaron 20 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal. No se requirió conversión en ningún caso. La edad promedio de los pacientes fue 55.8 años y un 60% presentaba comorbilidades. Del total de pacientes 35% tenían hernias inguinales bilaterales, 25% hernia inguinal derecha y 40% izquierda. El tiempo promedio de cirugía bilateral fue de 90 minutos (76 a 209 minutos) mientras que unilateral de 65.6 minutos (48 a 221 minutos), existiendo una curva de aprendizaje con tiempo decreciente sin diferencias estadísticamente significativas entre los cirujanos. El promedio de estadía intrahospitalaria fue de 1.4 días (0 a 1 días). Al control postoperatorio de un año, 4 pacientes presentaron inguinodinia leve (20%), 1 con dolor testicular (5%), 1 con hidrocele enquistado. Solo 2 pacientes presentaron recidiva herniaria hasta la fecha, siendo estas hernias complejas y dentro de las primeras cirugías realizadas.CONCLUSIÓN: La serie de casos corresponde a las primeras cirugías robóticas realizadas por el equipo, lo que formó parte de la curva de aprendizaje de los cirujanos con mejora progresiva en los tiempos y resultados perioperatorios. La hernioplastia inguinal asistida por robot es una técnica segura y reproducible, con una curva de aprendizaje más rápida comparado con la técnica laparoscópica. Los resultados del estudio muestran tendencias generales consistentes con la literatura, aunque con tasas de recurrencia e incidencia de inguinodinia ligeramente más altas, lo que podría deberse a factores específicos del paciente y curva de aprendizaje del cirujano. La reducción de los tiempos operatorios a lo largo del estudio indica una curva de aprendizaje positiva. La estadía intrahospitalaria y las demás complicaciones están dentro de los rangos esperados según la literatura.

TÓRAX

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL LAVADO TORÁCICO VS USO DE PLEUROSTOMÍA, EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO

Jorge Arche Prats, Hugo Álvarez Martínez, Sergio Aranda Gancedo, Ángel González López, Carlos Díaz Alcocer, Gely Andrea Muñoz Bannura, Carol Escalona Bustamante, Vicente Antonio Fernández Rodríguez, Francisco San Miguel, Patricio Rodríguez Duque.Hospital El Pino, Mutual de Seguridad, Clínica INDISA.INTRODUCCIÓN: El trauma torácico que produce un hemotórax (HTx) se trata con la instalación de un tubo pleural (TT). Hasta un 20% de los pacientes desarrollan HTx retenido, lo que puede traducirse en una intervención adicional para su manejo definitivo. Aunque el manejo óptimo del HTx retenido ha sido ampliamente estudiado, el cómo prevenirlo sigue siendo un tema a discusión. Nuestra hipótesis es que la irrigación torácica durante la colocación del TT disminuiría significativamente la incidencia de HTx retenido que necesite intervención secundaria.OBJETIVOS: El objetivo principal fue evaluar la recuperación de pacientes con hemotórax traumático, en los dos grupos estudiados con el siguiente manejo, grupo I (lavado torácico) vs grupo II (pleurostomía).MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado a simple ciego en tres centros clínicos en Santiago de Chile, en pacientes con (HTx) traumático a quienes se les colocó (TT). El grupo de control incluyó a pacientes que recibieron la instalación estándar de TT, mientras que el grupo de irrigación recibió (TT) estándar con irrigación inmediata usando 1 l de ringer lactato estéril tibio. Se excluyeron pacientes que requirieron toracotomía de emergencia, aquellos con (TT) retirados dentro de las 24 horas o que fallecieron dentro de los 30 días posteriores al alta. RESULTADO: En un período de 11 meses, un total de 201 pacientes fueron sometidos a la colocación de TT para el manejo de HTx traumático. Los pacientes eran predominantemente masculinos (68.9%) con una edad mediana de 35 años y estaban divididos equitativamente entre mecanismos contusos (52.7%) y penetrantes (47.3%). Sesenta coma tres (30%) pacientes se sometieron a irrigación torácica en el momento de la colocación inicial de TT. La tasa de intervención secundaria fue significativamente menor en el grupo I de estudio (4.6% vs. 19.8%; OR, 0.17; $p < 0.001$). No se observaron diferencias significativas en la duración del TT, días de ventilador o duración de la estancia entre el grupo de irrigación y el manejado con pleurostomía.CONCLUSIÓN: La irrigación torácica en el momento de la colocación inicial de TT para HTx traumático redujo significativamente la necesidad de intervención secundaria para HTx retenido.

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN DOS TIEMPOS DE SECUESTRO MÚLTIPLE

Ana Velásquez A., Oksana Maldonado H., Barbara González E., Francisco Jofre C., Diego Barros C., Belén Pedraza J., Juan Cheyre F., Valentina Abiuso B., Jorge Armijo H., Virginia Linacre S.Instituto Nacional del Tórax.INTRODUCCIÓN: El secuestro pulmonar es una malformación congénita caracterizada por tejido pulmonar con vascularización proveniente de una arteria sistémica anómala. En ocasiones, el secuestro intralobar es un hallazgo incidental en imágenes en un paciente asintomático; Sin embargo, el trastorno suele ser sintomático y la presentación más común es la infección pulmonar recurrente. Se clasifica en intralobar y extralobar según sus características anatómicas. El secuestro pulmonar intralobar consiste en tejido pulmonar anormal rodeado parcialmente por parénquima pulmonar normal, compartiendo el tejido pleural de revestimiento, el drenaje venoso es mediante las venas pulmonares. Se describe que se comunica con el árbol bronquial, pero en ningún caso permite una adecuada expansión o relación ventilación perfusión, por lo que se considera no funcionante. El secuestro pulmonar extralobar, es una masa de tejido pulmonar accesorio, recubierta de tejido pleural independiente. El lóbulo pulmonar inferior es el más afectado, especialmente el segmento basal posterior del pulmón izquierdo, y la vascularización proviene en la mayorías de los casos de la aorta descendente y menos comúnmente del tronco celiaco. La génesis no está completamente definida. Estudios han relacionado la sobreexpresión de marcadores epiteliales de las vías respiratorias con la diferenciación anormal del tejido embrionario pulmonar.OBJETIVOS: A partir de un caso clínico revisar el manejo quirúrgico y la literatura existente.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica del paciente, previa firma de consentimiento informado. Revisión de la literatura. RESULTADO: Paciente de 53 años, asintomático. Se realiza TC y AngioTC de tórax en enero 2023 en el que se informa secuestro pulmonar en ambos lóbulos inferiores, a derecha con una arteria única que nace desde anterior de la aorta descendente, y en el lado izquierdo con tres arterias sistémicas que nacen desde la pared lateral izquierda de la aorta. El pulmón izquierdo aparece notoriamente distorsionado por el proceso malformante. Se realiza resección segmentaria atípica del lóbulo inferior izquierdo por VATS, se identifican vasos arteriales y seccionan con sutura mecánica vascular. Biopsia compatible con pulmón con anomalía vascular intralobar caracterizada por vaso arterial grande, de paredes gruesas, el parénquima vecino presenta algunos quistes bronquiales y bronquiectasias compatible con secuestro pulmonar. Posteriormente, en segundo tiempo, en Julio 2024 se realiza por VTC Derecha, resección segmentaria atípica del Lóbulo inferior derecho + sección arterial accesoria de aorta descendente con sutura mecánica vascular con resultado de biopsia: parénquima pulmonar con área correspondiente a estructura vascular anfractuosa compatible con secuestro pulmonar. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones intra ni postoperatorias.CONCLUSIÓN: El secuestro pulmonar es una malformación congénita rara que representa del 0,15% al 6,4% de todas las malformaciones pulmonares. El secuestro pulmonar bilateral es una condición extremadamente rara. En una revisión de la literatura médica, se han documentado muy pocos casos de secuestro pulmonar bilateral en el mundo. Requiere de un diagnóstico preciso con AngioTC y adecuada técnica quirúrgica para evitar complicaciones graves.

TUMOR TRITÓN MALIGNO DE PARED TORACOABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO INFRECUENTE

Paulo Pereira B., Belén Tapia D., Pablo Velásquez M.Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: Los sarcomas de tejidos blandos representan el 45% de los tumores primarios malignos de pared torácica. Aproximadamente un 50% de los casos se presenta como una masa torácica, y se diagnostica mediante biopsia incisional. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, y su resultado es el factor más determinante en la supervivencia del paciente. El propósito de este estudio es reportar el manejo quirúrgico de un subtipo raro de sarcoma de pared toracoabdominal, mediante una revisión bibliográfica y la presentación de un caso clínico.OBJETIVOS: Describir hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos de paciente con diagnóstico postoperatorio de Tumor Tritón Maligno.MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha clínica electrónica. Se realiza revisión de literatura con los conceptos: “Sarcoma de Partes Blandas” “Sarcoma Pared Torácica” “Tumor Tritón Maligno”.RESULTADO: Se presenta paciente con cuadro de 2 años de evolución, caracterizado por masa toracoabdominal indolora de 17 x 12 x 18 cm, con metástasis en lóbulo inferior de pulmón derecho y glándula suprarrenal derecha, sometido a radioterapia y cirugía con resección completa de tumor primario y metástasis más reconstrucción en un tiempo.CONCLUSIÓN: El Tumor Tritón Maligno es un subtipo raro y agresivo de Tumor Maligno de la Vaina Nerviosa Periférica. La edad media de presentación fue de 43 años, siendo más frecuente en hombres, y el sitio de enfermedad más común es cabeza y cuello. El diagnóstico es generalmente postoperatorio, mediante histopatología e inmunohistoquímica. Las estrategias de manejo no están bien establecidas, sin embargo, la resección quirúrgica completa es el tratamiento más efectivo y se ha asociado la radioterapia con una mejor sobrevida general.

DESEMPEÑO Y VIABILIDAD DE LA CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA: ESTUDIO MONOCÉNTRICO DE UN AÑO

Nicolás Berríos C., Benjamín Belmar G., Sofia Olmedo E., Raimundo Santolaya C., Manfred Zink R., Pablo Pérez C., Raúl Berríos S., José Ortega S., Gerardo Mordojovich R.Clínica Alemana de Santiago.INTRODUCCIÓN: Durante los últimos años se ha visto una expansión de la cirugía torácica asistida por robot (RATS). Desde su implementación, se ha demostrado su viabilidad y seguridad para procedimientos torácicos complejos, con múltiples beneficios asociados. A pesar de esto, existe una lenta implementación de programas RATS en los servicios de cirugía en nuestro medio nacional.OBJETIVOS: Describir los resultados iniciales de la implementación de un programa de cirugía robótica en el equipo de cirugía torácica de Clínica Alemana de Santiago. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes operados mediante RATS con el robot Da Vinci Xi, desde mayo de 2023 hasta junio de 2024. Se obtuvieron los registros de los protocolos operatorios y ficha electrónica de los pacientes. RESULTADO: Se intervinieron 40 pacientes por RATS. En 75% (n=30) se realizaron intervenciones no pulmonares, 3,3% (n=1) pleurales, 10,0% (n=3) diafragmáticas y 86,7% (n=26) mediastínicas. Entre las cirugías mediastínicas, la timectomía fue la más frecuente, realizándose 6 intervenciones por miastenia gravis. En cuanto a tiempos operatorios, el docking tomó en promedio 11,3 minutos y el tiempo en consola 120 minutos. No se registraron conversiones ni reintervenciones. En 83,3% (n=25) se instaló pleurostomía, con una duración media de 1,47 días y un tiempo promedio de hospitalización de 2,43 días. Un 25% (n=10) fueron intervenciones pulmonares, donde el 60% (n=6) corresponden a segmentectomías anatómicas y 40% (n=4) lobectomías. El tiempo de las intervenciones pulmonares tuvo una media de 18 minutos para el docking y de 152,3 minutos para el tiempo en consola. Se registró una conversión a VATS. En todos los pacientes se instaló una pleurostomía, la cual se mantuvo en promedio 1,5 días. El tiempo promedio de hospitalización fue de 2,8 días. No se registraron reintervenciones. El dolor postoperatorio para todas las intervenciones fue en promedio 1,1 en escala de EVA, y en 5,2% (n=6) de los pacientes presentó algún grado de dolor (EVA mayor a 0). El sangrado intraoperatorio de todos los casos fue inferior a 150cc, con un promedio de 18,5cc. CONCLUSIÓN: Implementar un programa de cirugía robótica torácica en Chile es factible. Nuestra serie muestra buenos resultados, comparables con la literatura internacional. Los tiempos de drenaje pleural y estadía hospitalaria son cortos y eficientes. Nuestros resultados incentivan a seguir desarrollando el programa, siendo clave el apoyo de expertos que ayuden al desarrollo de este y al trabajo en equipo.

HERNIA INTERCOSTAL TORACOABDOMINAL ESPONTÁNEA ASOCIADA A TOS: REPORTE DE UN CASO

Aldo Cuneo G., Mathias Johow R., Nicolás Riquelme I., Nicolás Berríos C., Gerardo Mordojovich R., Raúl Berríos S., José Ortega S.Facultad de Medicina CAS-UDD.INTRODUCCIÓN: Una hernia intercostal toracoabdominal es una afección poco común, caracterizada por la protrusión de los órganos torácicos y/o abdominales a través de un defecto intercostal. Aunque la mayoría de los casos son secundarios a trauma o procedimientos quirúrgicos previos, también pueden ser espontáneos debido a aumentos súbitos de presión intratorácica. OBJETIVOS: Describir un caso infrecuente de una hernia intercostal toracoabdominal secundaria a tos y su posterior manejo quirúrgico. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente hombre de 61 años, con antecedentes de hipertensión, tabaquismo y bypass gástrico. Consulta por primera vez en el servicio de urgencia por dolor y aumento de volumen toracoabdominal derecho posterior a un acceso de tos. Se le realiza un TAC de tórax que evidencia un hematoma de la pared costal derecha, que se maneja de forma médica. Meses después, consulta por aumento de volumen persistente en la pared costal derecha, el cual aumenta en bipedestación y se reduce en decúbito lateral izquierdo. Un nuevo TAC de tórax revela una hernia intercostal derecha entre la 9ª y 10ª costilla de 13 cm de amplitud, causada por la desinserción de la 10ª costilla del reborde costal. Se evidencia una protrusión del diafragma y del lóbulo hepático derecho con asas de intestino delgado, además de una fractura costal de la 9ª costilla ipsilateral. Se realiza una toracotomía a nivel del defecto, visualizándose la hernia con componente diafragmático y fractura de la 9ª costilla. Se instalan dos placas costales a modo de tutores y una malla de prolene intercostal fijada con puntos cardinales. Posteriormente, se colocan cuatro puntos pericostales para la aproximación costal. El paciente evoluciona de forma favorable y es dado de alta a los dos días. Las imágenes de control muestran el defecto herniario torácico reparado. CONCLUSIÓN: Las hernias intercostales toracoabdominales son una entidad rara. Se recomienda un manejo quirúrgico, y este debe ser realizado por un especialista en cirugía de tórax. Dada su baja frecuencia, no hay una técnica quirúrgica estandarizada. Para hernias en estado agudo, se sugiere un cierre primario a tensión, pero en casos más crónicos parece más útil un cierre con malla libre de tensión. La aproximación costal es tema de debate, pero evitarla podría ayudar a prevenir el dolor crónico por lesión de nervios intercostales. Independientemente de la técnica elegida, existe una alta tasa de recurrencia, por lo que el seguimiento de estos pacientes es fundamental.

LIGADURA CONDUCTO TORÁCICO ROBÓTICA GUIADA CON VERDE INDOCIANINA

David Lazo P., Gonzalo Contreras H., Huáscar Rodríguez G., Javier Vega S., Roberto Rodríguez P., Felipe Undurraga M.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La lesión del conducto torácico es una complicación inusual, pero con alta morbimortalidad cuando no es manejada a tiempo y de manera adecuada. Esta puede ocurrir luego de cirugías torácicas o en disecciones cervicales mayores, dando lugar a un Quilotórax o a colecciones y/o fístulas quilosas cervicales, respectivamente. La identificación del conducto torácico para su ligadura puede ser muy difícil y el uso de la fluorescencia con verde de indocianina (ICG), herramienta que utiliza ondas cercanas al infrarrojo y una molécula fluorescente inyectable, para poder identificar estructuras, mejora la identificación del conducto torácico facilitando este procedimiento. A día de hoy existe controversia sobre el tratamiento ideal del quilotórax y las lesiones del conducto torácico. Alrededor de 2⁄3 de los pacientes tienen respuesta favorable al manejo conservador, sin embargo, en los que no responden el tratamiento quirúrgico es perentorio. La linfografía y la linfocintigrafía son usadas para identificar el sitio de la lesión previo a la intervención, sin embargo, no son tan precisas y además es complejo transferir esta información anatómica a la situación intraoperatoria. Es evidente que, en los nuevos avances en relación a la mejora de visualización de estructuras, el ICG se ha posicionado en primer lugar actualmente. La efectividad, facilidad de su uso y el poco tiempo agregado a la intervención lo hacen una alternativa muy prometedora.OBJETIVOS: Presentar un video de la ligadura del conducto torácico asistida por robot para manejo de una fístula quilosa cervical. Además, se describe la técnica quirúrgica y realiza una breve revisión bibliográfica.CONTENIDO DE VIDEO: Caso clínico: Paciente 44 años con antecedentes de HTA, Obesidad y un Cáncer Papilar de tiroides multifocal bilateral de predominio izquierdo operado en 2018 + adyuvancia con radioyodo, que requirió resección de remanente tiroideo más disección ganglionar grupo III izquierdo en 2021. El 2023 cursa con nueva recidiva local, por lo que se somete a disección cervical lateral izquierda. El primer día postoperatorio se evidencia fístula quilosa, se inicia manejo médico, pese al que llegó a débitos de hasta 3800 cc/día. Se interconsulta a equipo de cirugía torácica y se decidió ligadura de conducto torácico robótica usando verde de indocianina. Postoperatorio inmediato con caída radical de los débitos de drenaje, radiografías de control con pulmón expandido, sin derrame pleural. Fue dada de alta al 5o día postoperatorio.

TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE POST NEUMONECTOMÍA - A PROPÓSITO DE UN CASO

Isidora Belletti S., Sebastián Uribe V., Daniela Colina A., Jorge Arche P., Sergio Aranda G.Universidad Andrés Bello, Servicio de Cirugía, Hospital El Pino, San Bernardo.INTRODUCCIÓN: La neumonectomía por trauma (NT) es un procedimiento agresivo, con una tasa de mortalidad de 50 - 100%, indicado para controlar la hemorragia hiliar y lesiones broncopulmonares complejas. OBJETIVOS: Presentar un caso infrecuente de paciente con trauma torácico penetrante (TTP) que sobrevivió a una NT, una posterior neumonía por SARS-CoV2, y un nuevo TTP en pulmón remanente.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso observacional, descriptivo y transversal, de paciente con TTP manejado con NT, con nuevo TTP en pulmón contralateral, en Hospital El Pino (HEP), 2019 -2024.RESULTADO: Paciente masculino de 35 años, ingresa al Servicio de Urgencias (SU) HEP por TTP bilateral por arma cortopunzante (ACP), con herida de 3 cm en mamila izquierda, asociado a shock hipovolémico sin respuesta a reanimación. Se realiza toracotomía anterolateral izquierda, evidenciándose hemotórax masivo por compromiso de hilio pulmonar y lesión de parénquima. No se logra control vascular, realizándose neumonectomía izquierda. Tras tratamiento de soporte multidisciplinario, es dado de alta sin complicaciones. Consulta en SU un año después por disnea, tos, hemoptisis y fiebre. TC tórax: signos compatibles con neumonía por COVID-19. Se hospitaliza en UCI para manejo médico con VMNI y antibioticoterapia. Tras evolución favorable, egresa a los 12 días. Dos años más tarde, ingresa nuevamente a SU HEP por TTP, con 17 lesiones por ACP en hemitórax posterior derecho, hemodinámicamente inestable, instalándose pleurostomía con débito de 1600 ml. Se realiza toracotomía anterolateral que evidencia lesión de 3 cm en lóbulo superior derecho en cara posterior del segmento II con sangrado activo, controlada con neumorrafia. Se instalan dos pleurostomías. Paciente ingresa a UCI con VMI, logrando weaning 7 días después. Control radiológico con reexpansión pulmonar completa, se retiran pleurostomías. Evolución satisfactoria, logrando alta al 11º día postoperatorio.CONCLUSIÓN: Discusión: El trauma torácico es la principal causa de muerte en menores de 40 años, siendo responsable del 75% de las muertes por trauma. Aunque el manejo médico con pleurostomía suele ser exitoso, un 20% de las lesiones requerirán resolución quirúrgica. Una alternativa frente a hemorragia hiliar y lesiones irreparables es la NT, cuya supervivencia oscila entre el 0 y 50%. A su vez, las tasas de mortalidad de neumonía por COVID-19 fluctúan entre 7.1 - 23%, según la gravedad y comorbilidades del paciente. Conclusión: Presentamos el caso excepcional de paciente que sufrió tres eventos consecutivos y que, contra todo pronóstico, se recupera exitosamente, siendo el tercer de caso de neumonectomía con asociación a neumonía por COVID-19 reportado a la fecha.

CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO ECTÓPICO MEDIASTÍNICO PRIMARIO, REPORTE DE UN CASO

Bárbara Merino A., Catalina Retamal V., Francisca Vásquez., Josefa Erazo N., Valentina Vega Q., Yelka Tenelema C., Juan Peraza F., Oscar AriscainUniversidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: El tejido ectópico tiroideo es una rara condición dada por un desarrollo y migración anormal del tejido a nivel embriológico. La malignización del tejido tiroideo ectópico es sumamente rara; la mayor parte de los reportes son de carcinomas papilares, que fueron diagnosticados tras su resección. OBJETIVOS: Presentar un tumor papilar tiroideo ectópico mediastínico, sin afectación ortotópica. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 85 años, consulta en servicio de urgencias del Hospital las Higueras, en julio 2023 por disnea progresiva de 6 meses de evolución asociado a tos crónica, estridor, disfagia progresiva y vértigo. Se realiza tomografía computarizada de tórax que describe masa mediastínica hipervascular de 7x6 cm que genera importante efecto de masa desplazando y estenosando tráquea en su segmento proximal. Evaluada por cirugía de Tórax, quienes indican manejo quirúrgico diferido. Se realiza exéresis tumoral por esternotomía media con ampliación a región cervical en agosto de 2023. Se describe tumor de mediastino anterosuperior de 8 cm encapsulado con múltiples vasos nutricios, que desplazaba tráquea y esófago. La biopsia informa carcinoma papilar de tiroides clásico encapsulado. Posteriormente se solicita ecografía tiroidea y punción con aguja fina que muestra nódulo tiroideo derecho Bethesda 2 y no visualiza lóbulo tiroideo izquierdo. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por cirugía de cabeza y cuello en plan de tiroidectomía total. RESULTADO: Biopsia: El tumor mide 86 mm en eje mayor, íntegramente encapsulado, con glándula tiroides no neoplásica periférica a la cápsula. No se identificó permeación tumoral vascular linfática, sanguínea, ni infiltración tumoral perineural. Se identificaron hasta 2 mitosis en 2 mm2. CONCLUSIÓN: La mayoría de los casos descritos de cáncer tiroideo ectópico se presentan con una lesión tumoral primaria en la tiroides ortotópica. Se han reportado algunos casos de cáncer papilar tiroideo en área submentoniana, quistes del conducto tirogloso y del arco branquial sin evidencia alguna malignidad de la tiroides ortotópica. Hasta el momento de la redacción de este reporte, en PubMed solo hay tres casos de carcinoma papilar tiroideo mediastínico sin implicación neoplásica en el tejido tiroideo ortotópico. Dado a la rareza de estas lesiones no existe consenso en el tratamiento, pero se ha descrito que la escisión del tejido tumoral puede resultar curativa. En otros casos se ha realizado además tiroidectomía total seguida de radioterapia con buenos resultados. El carcinoma papilar ectópico de tiroides primario es extremadamente raro, más aún de ubicación mediastínica, de ahí la importancia de reportarlo en este caso y tenerlo en consideración como diagnóstico diferencial.

EFECTIVIDAD DEL USO DE ALECTINIB COMO TERAPIA NEOADYUVANTE EN CARCINOMA DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS CON ALK MUTADO EN ESTADIO IIIA: REPORTE DE UN CASO

Oksana Maldonado H., Ana Velásquez A., Lorena Sánchez O., Barbara González E., Belén Pedraza J., María Saavedra V., Cristina Fernández F., Virginia Linacre S.Universidad Católica del Norte, Instituto Nacional del Tórax.INTRODUCCIÓN: El cáncer pulmonar de células no pequeñas (CPCNP) continúa representando una carga significativa de morbilidad y mortalidad a nivel global, siendo responsable de aproximadamente el 85% de todos los casos de cáncer de pulmón. En estadios avanzados, las opciones terapéuticas han evolucionado notablemente con el advenimiento de terapias dirigidas específicas, particularmente para subgrupos de pacientes con mutaciones genéticas oncogénicas como la translocación del gen ALK (quinasa de linfoma anaplásico) responsable de aproximadamente el 3-7% de los pacientes con CPCNP, y su identificación implica la posibilidad de tratamientos específicos que han demostrado mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Alectinib, un inhibidor de ALK de segunda generación, ha mostrado eficacia en el tratamiento de CPCNP ALK-positivo metastásico, con tasas de respuesta superiores y menor toxicidad. El estudio ALNEO, un ensayo clínico de fase II reciente, ha explorado el papel potencial de Alectinib como terapia neoadyuvante en pacientes con CPCNP ALK-mutado en estadio avanzado. Este estudio ha investigado la seguridad y eficacia de Alectinib en la reducción del tamaño tumoral antes de la cirugía, con resultados preliminares prometedores que sugieren beneficios significativos en la respuesta tumoral y la posibilidad de lograr una resección quirúrgica más exitosa. Se presenta un caso de una paciente con CPCNP ALK-mutado en estadio IIIA tratado con Alectinib como terapia neoadyuvante. Este reporte de caso no solo ilustra la aplicación clínica de Alectinib en este contexto específico, sino que también su relevancia en el manejo actual del cáncer pulmonar avanzado. OBJETIVOS: Reportar el caso y demostrar los resultados con el uso de Alectinib como neoadyuvante en cáncer pulmonar estadio IIIA.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso.RESULTADO: Paciente femenina de 39 años con antecedentes de resistencia a la insulina y tabaquismo activo desde los 12 años (índice de paquetes-año de 14), estado funcional ECOG de 0, por síntomas respiratorios inició estudios con TAC de tórax, y, por hallazgos se indica PET-CT que informó un nódulo LID de 27mm SUVmax 29, otro nódulo Cisural de 9mm con N2 Bulky (paratraqueal derecho e hiliar derecho). EBUS (ganglios 4R, 7, 11R y nódulo del LID) con biopsia positiva para carcinoma no células pequeñas con patrón micropapilar y sólido, y mutaciones para ALK mutado. La etapificación final fue cT1cN2M0, clasificado como estadio IIIA según la 8va edición de la clasificación TNM. Se inició terapia neoadyuvante con Alectinib, completando un total de 69 dosis. La reetapificación con PET-CT se realizó dentro de las 8 semanas posteriores al tratamiento con resolución radiológica completa del nódulo del lóbulo inferior derecho y de los ganglios mediastínicos e hiliar derecha. Cuatro semanas después de la terapia de inducción, se realiza lobectomía inferior derecha más linfadenectomía mediastínica por VATS, sin complicaciones intraoperatorias. Con alta médica al cuarto día postoperatorio. La biopsia definitiva reveló un adenocarcinoma con patrón lepídico, con un tumor residual de 2 mm y márgenes negativos, así como una respuesta patológica mayor en los cuatro ganglios subcarinales y cinco paratraqueales derechos extirpados. CONCLUSIÓN: Los resultados del caso indican que Alectinib como neoadyuvante en pacientes con CPCNP ALK-mutado no solo es eficaz en la reducción tumoral, sino que también puede contribuir a una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes al permitir intervenciones quirúrgicas menos invasivas y con menos complicaciones postoperatorias. En suma, logrando resultados: de downstaging tumoral y ganglionar, cirugía mínimamente invasiva y una respuesta patológica mayor. La paciente actualmente se encuentra en seguimiento y sin recidiva. Los resultados obtenidos son prometedores y apoyan el uso de Alectinib como inducción en etapas avanzadas del CPCNP, destacando su potencial para lograr la mejor reducción de estadio y evitar resecciones pulmonares mayores

ECOGRAFÍA EPI-AÓRTICA COMO RUTINA PARA ELECCIÓN DEL SITIO DE CANULACIÓN AÓRTICA EN CIRUGÍA CARDÍACA

Belén Tapia D., Manuel Quiroz F., Víctor de la Torre C.Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: El accidente cerebro vascular (ACV) postoperatorio es una de las principales causas de morbi-mortalidad en cirugía con circulación extracorpórea (CEC). El estudio de la aorta con ecografía epi-aórtica (EEA) ha demostrado mejor sensibilidad para detectar placas ateroscleróticas de riesgo.OBJETIVOS: Describir los hallazgos identificados mediante un protocolo de EEA realizado de manera estandarizada.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo de registro consecutivo de pacientes operados por patología cardiaca, en el periodo abril 2020- enero 2023, utilizando un protocolo de EEA para elegir el sitio de canulación. Se incluyeron todos los pacientes operados por el mismo cirujano que fueron seleccionados para cirugía con CEC en los que se realizó EEA. Se excluyeron pacientes seleccionados para cirugía sin CEC. Se registraron antecedentes demográficos, médicos, diagnósticos y la incidencia de ACV postoperatorio. EEA: posterior a la esternotomía y apertura del pericardio, se llena la cavidad pericárdica con solución salina tibia al 0.9% y mediante una manga de laparoscopia estéril se conecta un transductor lineal 4-12 MHz. Se estudia aorta distal, arco proximal, aorta ascendente y válvula aórtica. Se registró grosor de pared aórtica (normal <3 mm, moderado 3-5 mm y severo >5 mm), la presencia y ubicación de calcio y si los hallazgos condujeron a un cambio de conducta. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva para variables continuas, medidas de tendencia central y promedios. El estudio fue aprobado por el comité de ética científico de la Universidad de Antofagasta.RESULTADO: Se obtuvo un total de 84 pacientes operados en el periodo de estudio, 70 fueron incluidos inicialmente para cirugía con CEC, hombres fueron 80% (n=56), la edad promedio fue 63 en hombres y 65 en mujeres, las comorbilidades fueron hipertensión arterial, 47,1% (n=33) diabetes, 28,6% (n=20) obesidad, 11,4% (n=8) enfermedad renal crónica 2,9% (n=2). Las cirugías fueron; cirugía coronaria, 88,6% (n=62) cirugía de reemplazo valvular aórtico, 7,1% (n=5) cirugía de reemplazo valvular mitral 2,9% (n=2) y cirugía combinada 1,4% (n=1). Los hallazgos patológicos de la EEA fueron 21,7% (n=15), se decidió cambio del sitio de canulación en 7,3% (n=5) y conversión a cirugía no touch aórtica en 1,5% (n=1). La incidencia de ACV postoperatorio fue de 1,5% (n=1). CONCLUSIÓN: El uso de un transductor lineal vascular convencional permite realizar un estudio adecuado de la aorta y detectar hallazgos que ayudan a guiar la conducta disminuyendo el riesgo de ACV en el post operatorio.

FRACTURA ESTERNAL EN TRAUMA CERRADO DE TÓRAX. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU EN BASE A UNA SERIE DE CASOS

Fernanda Hofmann L., Pedro Ramirez N., Lidice Torres B., Sofía Blanco C., Carlos Guzmán M., Carlos Álvarez Z., Roselyn Noguera A.Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile. INTRODUCCIÓN: Las fracturas esternales comúnmente se presentan en contexto de traumas torácicos contusos por accidentes de tránsito. Ocurre en 0,3 a 8% de los traumas, y en 5% de los pacientes se presenta concomitante a fracturas costales. Rara vez se asocia a contusión cardiaca. Se puede realizar manejo conservador con analgesia y kinesiología respiratoria, o bien cirugía. Dentro de las indicaciones de manejo quirúrgico se incluyen manejo del dolor severo, falla respiratoria, deformidades cosméticas o inestabilidad, no unión, entre otras, sin embargo, no existe un consenso.OBJETIVOS: Exponer la experiencia en el Hospital Barros Luco Trudeau del manejo de fracturas esternales, su seguimiento y resultados. MATERIAL Y MÉTODO: Se evaluaron a 17 pacientes con diagnóstico de ingreso: fractura esternal. Se realizó una revisión de los casos y seguimiento telefónico previo consentimiento del paciente, analizando el manejo de ellos durante la hospitalización y al alta y evaluando el manejo del dolor a largo plazo. RESULTADO: Entre el 2016 y 2024 ingresaron 17 pacientes con diagnóstico de fractura esternal al servicio de cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau, con edades entre 20 y 90 años, todos posterior a trauma contuso. De ellos, 16 de los pacientes fueron manejados de forma médica. Se realizó seguimiento telefónico a 8 de ellos, ya que el resto perdieron seguimiento. 50% de tuvo dolor después de la fractura, todos en disminución con el tiempo y solo uno de ellos con una duración mayor a 3 meses. Uno de los pacientes, por osteomielitis en contexto de hematoma retroesternal infectado secundario a fractura esternal, requirió manejo quirúrgico y en unidad de cuidados intensivos, realizándose osteosíntesis esternal con placa de titanio.CONCLUSIÓN: No existe consenso en relación a la indicación quirúrgica en pacientes con fractura esternal. El manejo conservador, incluyendo analgesia multimodal y kinesiología, tienen buenos resultados a largo plazo. Adicionalmente, el manejo quirúrgico debe ser individualizado según cada paciente, considerando la necesidad de estabilizar el tórax.

HEMOTÓRAX MASIVO ESPONTÁNEO SECUNDARIO A ARTERIA INTERCOSTAL EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

Bárbara Merino A., Israel Aguayo S., Catalina Retamal V., Benjamín Olfos M., Yelka Tenelema C., Juan M. Peraza F., Renzo Carpanetti C., Paul Ríos G.Hospital las Higueras, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La neurofibromatosis (NF) es una enfermedad autosómica dominante con 8 subtipos, que comúnmente se asocian a la aparición de tumores del tejido nervioso, siendo el tipo 1 (NF1) la más frecuente.(1)(2) La afectación vascular en NF es rara con una incidencia de 3.6%, caracterizada principalmente por malformaciones vasculares intratorácicas que predisponen a aneurismas o sangrado de tumores torácicos. (3)(1) Por consecuencia, pueden causar hemotórax masivo espontáneo (HME) siendo una de las complicaciones raras pero grave en pacientes con NF1 con una mortalidad de 30.9% (1) En una revisión bibliográfica, el 61.8% de los casos de hemotórax masivo espontáneo en NF1 afectaron a mujeres de 43.9 años, predominando en el hemitórax izquierdo (56.4%) y el espacio intercostal (41.8%) (4)OBJETIVOS: Presentar un caso de hemotórax masivo en una paciente con neurofibromatosis tipo 1 y su manejo exitoso. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 53 años con NF1, consulta en urgencias por dolor torácico derecho de 2 días de evolución, asociado a disnea progresiva, síncope, náuseas y vómitos. Ingresa hemodinámicamente inestable, se estabiliza con drogas vasoactivas (DVA), línea arterial izquierda y acceso venoso central yugular derecho. Se realiza angiotomografía computarizada que revela hemotórax derecho masivo con desplazamiento mediastínico y signos de hemorragia activa probablemente de un aneurisma o pseudoaneurisma cercano a la arteria subclavia en el vértice pulmonar. Se maneja shock hipovolémico con transfusión masiva, drogas vasoactivas, intubación orotraqueal y traslado a pabellón.RESULTADO: Se realiza incisión trapdoor derecha modificada disecando hasta liberar la clavícula, se realiza aspiración de 3.000 cc de hemotórax, posterior se identificó sangrado desde intercostal mayor que se controló con sutura de prolene 4.0 a nivel de su nacimiento en la arteria subclavia derecha. Se instala pleurostomía y se traslada a UCI para continuar postoperatorio, donde evoluciona favorablemente, por lo que se traslada a sala básica, actualmente en control en cirugía tórax.CONCLUSIÓN: La neurofibromatosis tipo 1, aunque generalmente benigna, puede llevar a complicaciones graves como el HME. El manejo del hemotórax asociado a NF1 varía según la estabilidad del paciente. Se recomienda la embolización endovascular si el paciente se encuentra estable, si no se prefiere el tratamiento agresivo con toracotomía y ligadura vascular. (3) En suma, presentamos un caso de HME en una paciente con NF1 que recibió el tratamiento adecuado de manera precoz y eficaz lo que permitió su supervivencia.

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: SERIE DE CASOS Y EXPERIENCIA CLÍNICA

Yelka Tenelema C., Barbara Merino A., Juan M. Peraza F., Oscar Ariscain J.Hospital las Higueras, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: El neumomediastino espontáneo (NME) es una condición rara caracterizada por la presencia de aire en el mediastino sin un evento traumático previo. El NME se clasifica en primario, sin causa evidente, y secundario, asociado a enfermedades subyacentes como asma o infecciones respiratorias. (1)(2) Durante la pandemia de COVID-19, se ha observado un aumento de casos secundarios a SARS-CoV-2, especialmente en pacientes con neumonía grave y ventilación mecánica. (1) El fenómeno de Macklin, descrito en 1939, explica la patofisiología del NME por ruptura alveolar y disección de aire hacia el mediastino.(3) La incidencia es aproximadamente el 1% de todos los casos de neumomediastino. (4)(5)OBJETIVOS: Presentar una serie de casos de NME diagnosticados entre 2020 - 2024, y analizar diferencias clínicas y demográficas entre casos asociados a COVID-19 y aquellos sin esta asociación.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo revisando historias clínicas de pacientes diagnosticados con NME entre 2020 - 2024. Se incluyeron datos demográficos antecedentes mórbidos, hábitos, motivos de consulta, diagnóstico imagenológico y tratamiento. Se excluyeron etiologías traumáticas y iatrogénicas. La tomografía computarizada (TAC) de tórax confirmó el diagnóstico en todos los casos. El tratamiento fue principalmente conservador, con seguimiento clínico.RESULTADO: Se analizaron 11 pacientes diagnosticados con NME. Entre 2020 y 2022, se identificaron 7 pacientes, todos mayores de 50 años (±58.3 años) asociados a COVID-19 y con múltiples comorbilidades. Entre 2023 - 2024, se identificaron 4 pacientes jóvenes (±16.75 años) sin comorbilidades previas significativas. La disnea fue el síntoma más prevalente (100%), seguida de tos (45%) y dolor torácico (27%). En el examen físico, el 63% presentó taquicardia, el 54% saturación de oxígeno <95%, y el 45% sibilancias y crepitaciones a la palpación del tórax. Se observó enfisema subcutáneo en el 27.3% de los casos, consistente con la migración de aire a tejidos subcutáneos en el NME. Todos los pacientes ingresaron por urgencias, y el diagnóstico de neumomediastino se realizó mediante TAC de tórax, mostrando signos característicos del efecto de Macklin, como aire en las vainas broncovasculares. Los pacientes fueron manejados con diferentes estrategias, predominando el manejo conservador.CONCLUSIÓN: El NME es una condición rara que ha aumentado durante la pandemia de COVID-19. Nuestros hallazgos subrayan la importancia del diagnóstico temprano y manejo adecuado, especialmente en jóvenes sin comorbilidades significativas. La literatura indica que el manejo conservador es generalmente efectivo, pero es esencial vigilar de cerca la evolución clínica para prevenir complicaciones graves. (1)(4)(5)

EXPERIENCIA EN EL USO DE OSTEOSÍNTESIS MEDIANTE EL SISTEMA STRACOS EN FRACTURAS COSTALES TRAUMÁTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DURANTE 2019-2024

Javiera Lisperguier C., Antonia Gómez R., Pablo Velásquez M., Belén Tapia D., Paulo Pereira B., Augusto Siccha V., Nelson Noriega S., Miguel Castellanos H.Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: Las fracturas costales son lesiones frecuentes, y representan una mortalidad de hasta un 20%. Dentro de sus principales implicancias, se encuentran el aumento del gasto sanitario, mayor estadía hospitalaria y una disminución de la funcionalidad futura. La estabilización quirúrgica es la opción terapéutica en fracturas costales complicadas, o bien, cuando existe mala respuesta al tratamiento conservador. El propósito de este estudio es caracterizar el manejo quirúrgico de fracturas costales por osteosíntesis desde la perspectiva del Hospital Regional de Antofagasta como centro de derivación de patologías quirúrgicas de alta complejidad.OBJETIVOS: Describir las características clínicas y resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a osteosíntesis costal en Hospital Regional de Antofagasta entre abril 2019 y mayo 2024. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Se recopiló información de 18 pacientes con fracturas traumáticas tratados con osteosíntesis mediante el sistema StraCos en Hospital Regional Antofagasta entre abril 2019 y mayo 2024. Obtenido de la base de datos interna “SICLOPE”. Análisis descriptivo realizado con “Microsoft Excel”. No se declaran conflictos de interés. RESULTADO: De los 18 pacientes analizados el 83,3%(n=15) pertenece al sexo masculino y 16,7%(n=3) al femenino. Con una edad promedio de 56 años. La causa del traumatismo preponderante fue el accidente automovilístico con 38,9% (n=7), seguido de la caída de altura 27,8% (n=5). Se obtuvo una media de 5 costillas fracturadas. Un 44,4%(n=8) de los casos fue tórax volante. Según lateralidad de la osteosíntesis, la mayoría fueron del lado izquierdo 55,6%(n=10). El tiempo quirúrgico promedio fue 121 minutos. Hubo un promedio de 5,8 clips instalados. Del total de pacientes 4 fueron trasladados a su centro de origen y del resto hubo una media de 10,8 días de estadía hospitalaria. Respecto a las complicaciones un 22,2%(n=4) tuvo neumonía y 11,1%(n=2) requirió reintervención. No hubo mortalidad operatoria.CONCLUSIÓN: Los resultados contribuyen a la evidencia existente acerca de la experiencia del manejo quirúrgico de las fracturas costales. Destaca la baja cantidad de complicaciones y reintervenciones, así como la nula mortalidad operatoria, lo que podría asociarse al uso de osteosíntesis con StraCos. Es necesario dilucidar los factores que aumentan la estadía hospitalaria, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes no presentó complicaciones ni requirió reintervención. Esto con el objetivo de seguir optimizando la utilización de recursos humanos y materiales.

REPORTE DE CASO: BLACK PLEURAL EFFUSION SECUNDARIA A FÍSTULA PANCREÁTICO PLEURAL

Lídice Torres Bavestrello, Pedro Ramírez N., Carlos Álvarez Z., Fernanda Hofmann L. Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile. INTRODUCCIÓN: Dentro de los derrames pleurales los más comunes son los serosos y serohematicos, los derrames pleurales negros o “Black pleural effusion” son poco comunes, dentro de las causales se encuentran infecciones fúngicas Aspergillus niger o Rhizopus oryza, melanoma metastásico, hemorragia y hemólisis en pacientes con cancer pulmon de no células pequeñas, ruptura de pseudoquistes pancreáticos, así como las fístulas pancreato pleurales. OBJETIVOS: Presentar un caso de fístula pancreato pleural asociado a colección mediastínica y derrame pleural masivo con su resolución quirúrgicaMATERIAL Y MÉTODO: caso clínico, cuenta con registro fotográfico RESULTADO: Paciente de 37 años de edad, con antecedentes de alcoholismo y múltiples hospitalizaciones por pancreatitis aguda a repetición, con colecciones peripancreáticas y derrame pleural, consulta por cuadro de 5 meses de evolución de baja de peso, anorexia, astenia, adinamia, diaforesis nocturna y disnea progresiva hasta el reposo por lo que decide consultar. Laboratorio de ingreso: Amilasa 500 Lipasa 510, con insuficiencia respiratoria aguda, radiografía de tórax de ingreso se evidencia derrame pleural derecho masivo, se realizan múltiples toracentesis con amilasa >150000, dentro de las características de este líquido destaca su color negro. Se realiza colangioresonancia que demuestra pancreatitis aguda en con signos de síndrome de desconexión del ducto del páncreas, con colección que se extiende a través de la crura diafragmática al mediastino en relación con derrame pleural derecho masivo. Dentro de su evolución durante hospitalización aumenta colección en mediastino, sospechando mediastinitis, se instala catéter pleural permanente, dando salida de líquido negruzco, drenando máximo 1500cc diarios, se toma imagen de control, con drenaje completo de colección mediastínic. Se decide realizar pancreatectomía distal abierta. Dentro de los hallazgos intraoperatorios destaca trayecto fistuloso por la crura diafragmática. Durante postoperatorio paciente con buena evolución, catéter pleural con débito <50cc, se controla con escáner que no muestra complicaciones quirúrgicas. Paciente actualmente sin dolor abdominal ni esteatorrea, radiografía de control sin derrame pleural CONCLUSIÓN: La fístula pancreato pleural es una de las casas infrecuentes de derrame pleural negro, pero debe ser un diagnóstico de sospecha en pacientes con pancreatitis aguda alcohólica a repetición. Inicialmente el manejo de las fístulas pancreato pleurales es escalonado, comenzando con manejo médico, endoscópico y finalmente quirúrgico. En algunos casos el derrame pleural puede extenderse hacia el mediastino, como fue el caso de este paciente, que fue drenado exitosamente a través de un drenaje pleural.

EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DURANTE 2019-2024

Paulo Pereira B., Antonia Gómez R., Belén Tapia D., Pablo Velásquez M., Augusto Siccha V., Nelson Noriega S., y Miguel Castellanos H.Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: Las prótesis traqueales son dispositivos tubulares que se insertan al interior de la tráquea o bronquios con el objetivo de mantener el diámetro de su luz en caso de obstrucción. Las causas de estenosis pueden dividirse en malignas (ya sea primaria o secundaria) y benignas, usualmente como secuela de intubación prolongada o traqueostomía. Algunos tipos de prótesis son en “Y”, “rectas” y “T de Montgomery”. El propósito del estudio es realizar un análisis respecto a la experiencia en uso de prótesis traqueales en un establecimiento de alta complejidad de la zona norte de Chile.OBJETIVOS: Analizar la experiencia en uso de prótesis traqueales en el Hospital Regional de Antofagasta durante 2019-2024. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se recopilaron un total de 7 casos de pacientes con uso de prótesis durante los años 2019-2024, la información fue obtenida del programa interno “SICLOPE”. Datos organizados mediante “Microsoft Excel”. No se declaran conflictos de interés.RESULTADO: De los 7 casos, el 57,1%(n=4) pertenece al sexo femenino. Hubo un promedio de 59 años (menor de 36 años y mayor 81). La mayoría de las causas de estenosis fueron benignas 85,7% (n=6), donde cinco de ellas fueron secundarias a intubación prolongada. El 57,1%(n=4) utilizó prótesis en “Y”, 28,6%(n=2) prótesis recta, y 14,3%(n=1) de tipo Montgomery. De los pacientes, tres tuvieron complicaciones en relación a la prótesis: desplazamiento, infección y extubación fallida en varios intentos. El 42,9%(n=3) de los pacientes fallecieron en el establecimiento por condición de gravedad previa a instalación de prótesis.CONCLUSIÓN: El uso de prótesis en el Hospital de Antofagasta comenzó el 2019, debido a esto, aún se cuenta con poca experiencia en el uso del dispositivo, sumado a su indicación como última línea de tratamiento y pacientes con vía aérea difícil. Importante el énfasis en un manejo interdisciplinario para la rehabilitación con kinesiología y fonoaudiología. El pronóstico de resultado va entrelazado con la condición previa del paciente, por lo cual, para futuros estudios se sugiere una mejor caracterización de los pacientes antes del procedimiento, como también en relación a los casos de estenosis producto de intubación prolongada: establecer el número de intentos de intubación, días de conexión a ventilación mecánica y traqueostomía previa. Respecto a esta última, es primordial un manejo óptimo de traqueostomía, lo cual podría evitar las complicaciones que resultan finalmente en la instalación de prótesis.

AGGREGATIBACTER ACTINOMYCETEMCOMITANS PULMONAR QUE IMITA TUMOR DE PANCOAST

Diego Gianetti, Catalina Gutiérrez, Rodrigo Ávila, María José Vicuña, Pablo Pérez, Hugo Álvarez, Rubén Valenzuela-Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) es un patógeno reconocido en el ámbito odontológico por su asociación con enfermedades periodontales. Sin embargo, su capacidad para causar infecciones sistémicas graves, incluidas endocarditis infecciosas y abscesos en diversas localizaciones del cuerpo ha sido menos reconocida. OBJETIVOS: Este caso clínico ilustra una presentación inusual de infección por Aa que imita un tumor de Pancoast, destacando la importancia de considerar esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de masas cervicales y torácicas.MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico.RESULTADO: Presentamos el caso de un hombre de 61 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tabaquismo crónico y consumo previo de THC y pasta base. El paciente consultó por la presencia de una masa cervical paramediana derecha, inmóvil, no dolorosa, con supuración de material purulento los días previos a la consulta. La tomografía computarizada (TC) torácica reveló una masa sugerente de neoplasia pulmonar apical derecha, con infiltración de venas cava inferior, yugular interna y confluencia con vena subclavia ipsilateral, lo que sugería un tumor de Pancoast, irresecable debido a su localización y extensión. Se realizó una biopsia incisional ecoguiada de la masa cervical para obtener diagnóstico histológico. Los resultados de la biopsia mostraron inflamación crónica, con ausencia de malignidad, y los cultivos revelaron la presencia de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Se inició tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y posteriormente Amoxicilina/Ácido clavulánico completando un total de 40 días. En el seguimiento ambulatorio, se observó una regresión clínica completa de la masa cervical y la desaparición de los hallazgos descritos previamente en las imágenes. CONCLUSIÓN: Este caso resalta la importancia de considerar la infección por Aa en el diagnóstico diferencial de masas cervicales y torácicas, especialmente en pacientes con antecedentes de enfermedades pulmonares crónicas, hábitos de tabaquismo y mala higiene dental, sobre todo si hay presencia de enfermedad periodontal. Además, destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo de estas infecciones, que pueden presentar desafíos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Se requieren más investigaciones para comprender completamente el espectro de presentaciones clínicas y el manejo óptimo de las infecciones por Aa.

¿SON NECESARIAS LAS PLEUROSTOMÍAS EN RESECCIONES PULMONARES? ANÁLISIS DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN AUSENCIA DE DRENAJES PLEURALES

Heriberto Mancilla C., Sebastian Uribe V., Nicolás Berrios C., Raúl Berrios S., Gerardo Mordojovich R.Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile.INTRODUCCIÓN: El uso de pleurostomía posterior a cirugía torácica ha sido durante años el enfoque estándar en los cuidados postquirúrgicos. Sin embargo, se ha evidenciado que el drenaje es una de las principales causas de dolor postoperatorio, además de prolongar la estancia hospitalaria y retrasar la recuperación. Múltiples estudios de series internacionales han encontrado que la omisión de la instalación de pleurostomía posterior a procedimientos videotoracoscópicos pulmonares es segura y factible en pacientes seleccionados. Esto podría reducir el dolor postoperatorio y acortar la estadía hospitalaria sin aumentar de manera significativa las complicaciones. A pesar de los buenos resultados descritos, aún no es una técnica adoptada masivamente en la comunidad internacional y, hasta la fecha, no hay publicaciones al respecto en nuestro país.OBJETIVOS: Reportar la experiencia inicial del servicio de cirugía del Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile en el manejo postoperatorio sin drenaje pleural de pacientes sometidos a resección segmentaria videotoracoscópica. Objetivo secundario: analizar la estadía hospitalaria, complicaciones, requerimiento de intervenciones secundarias y dolor postoperatorio.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron 30 pacientes operados entre enero de 2016 y junio de 2024, a los que se les realizó resecciones segmentarias anatómicas y no anatómicas por nódulo pulmonar o biopsia pulmonar mediante videotoracoscopía. Se estableció una muestra a conveniencia con un matching 2:1 entre pacientes con pleurostomía y sin pleurostomía postoperatoria. Los criterios de inclusión para no dejar drenaje fueron previamente definidos. Se compararon resultados evaluando estadía hospitalaria, complicaciones y dolor postoperatorio entre ambos grupos. Se utilizó la prueba t de Student, la prueba t de Welch y la prueba U de Mann-Whitney según la distribución y varianza para variables continuas, y la prueba exacta de Fisher para variables categóricas.RESULTADO: Los pacientes sin pleurostomía tuvieron una estadía hospitalaria significativamente menor (mediana: 1.0 día) en comparación con aquellos con pleurostomía (mediana: 2.5 días, p: 0.006) y menor dolor postoperatorio. No se encontraron diferencias significativas en la edad, cantidad de segmentos resecados, complicaciones respiratorias (p: 0.440) ni en las comorbilidades respiratorias entre los grupos. La indicación de cirugía tampoco mostró una asociación significativa con la presencia de pleurostomía.CONCLUSIÓN: El retiro intraoperatorio de pleurostomía en resección segmentaria pulmonar en pacientes seleccionados es seguro y no aumenta la tasa de complicaciones. Se asocia a menos días de hospitalización, menor dolor postoperatorio y podría disminuir costos asociados a la atención de salud.

LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR, UNA RARA CAUSA DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paulina Pérez, Sofia López, Carol Vargas, Alfonso Oropesa, Yoselin Burgos, Carlos FigueroaHospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schutz Schroeder.INTRODUCCIÓN: La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad pulmonar rara y progresiva con una prevalencia estimada de 2.6 casos por cada 1,000,000 de mujeres. Se caracteriza por la degeneración quística difusa del parénquima pulmonar, ocasionada por la proliferación destructiva y excesiva de células similares al músculo liso o células LAM a partir de los vasos linfáticos, sanguíneos y la vía aérea.OBJETIVOS: Describir un caso clínico infrecuente, destacar la importancia de sospechar esta enfermedad para prevenir complicaciones y revisar la literatura existente al respecto.MATERIAL Y MÉTODO: Se discute un caso clínico tras la revisión de bases de datos y el análisis del mismo en relación con la evidencia publicada.RESULTADO: Paciente femenina de 34 años, sin antecedentes conocidos. Consulta al servicio de urgencia tras presentar disnea y dolor torácico opresivo de dos días de evolución. Se realizó radiografía de tórax, que evidenció neumotórax bilateral. Se complementa estudio con una tomografía de tórax que reporta moderado neumotórax bilateral y enfisema pulmonar paraseptal. Se realizan pleurostomías bilaterales y se inició estudio de enfermedad parenquimatosa pulmonar en conjunto con equipo broncopulmonar. Se decide pleurodesis derecha y bulectomía apicoposterior izquierda, con el fin de disminuir el riesgo de recidiva, como también se toman biopsias de pulmón y pleura que evidencia signos histopatológicos compatibles con bula complicada con inflamación aguda fibrino-supurada concordantes con enfermedad de LAM. CONCLUSIÓN: La enfermedad de LAM es poco común, siendo un diagnóstico de descarte confirmado con estudio histopatológico. Cuenta con un índice de mortalidad que varía del 10 al 90% a los 10 años, debido a su carácter progresivo, caracterizándose por su mal pronóstico. Se presenta principalmente en adultos jóvenes y mujeres, debutando principalmente con neumotórax espontáneo. El estudio inicial se realiza con radiografía y TC de tórax, con quistes redondeados difusos y bilaterales. El diagnóstico definitivo se realiza con biopsia pulmonar o niveles altos de VEGF-D asociado a imágenes características. El tratamiento consta de actividad física regular, suspender hábito tabáquico, vacunación contra influenza y neumococos y el uso de oxigenoterapia. El primer episodio de neumotórax se maneja con drenaje pleural percutáneo, y posteriormente pleurodesis química. En el caso de nuestra paciente debido a que presentó neumotórax bilateral se decidió realizar pleurodesis en hemitórax con mayor número de lesiones y mayor tamaño del mismo. El tratamiento definitivo es el trasplante pulmonar.

MUCORMICOSIS PULMONAR POR *CUNNINGHAMELLA*, REPORTE DE CASO

Roberto Rodríguez Poblete, Alejandro Ferreira Camacho. Gonzalo Contreras Hasbún, Javier Vega Salas, Huáscar Rodríguez Galbán, David Lazo Pérez, Felipe Undurraga Machicao Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile, Campo Centro.INTRODUCCIÓN: La mucormicosis es una infección por hongos, rara y que conlleva riesgo de muerte de los pacientes, causada por hongos del orden de los mucorales. Su incidencia va en aumento debido al crecimiento de los pacientes con factores predisponentes (inmunosuprimidos, diabetes mellitus, trasplantados, neutropenia o pacientes en diálisis.) A nivel mundial la mucormicosis pulmonar es la tercera más frecuente después de la rino-orbito-cerebral y la piel. Los géneros causantes más frecuentes en humanos son *Rhizopus, Mucor* y *Rhizomucor*. Siendo la *Cunninghamella* un agente causal esporádico, con pocos reportes de caso.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de un paciente con mucormicosis pulmonar causado por *Cunninghamella* sp.MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.RESULTADO: Paciente de 58 años con antecedente de LMA y NFAR en segunda consolidación. Se realiza TC de tórax que informa lesiones nodulares pulmonares múltiples, condensantes con halo en vidrio esmerilado sugerentes de infección fúngica invasora. Tratamiento con Anfotericina liposomal sin mayores cambios en TC. Se realiza lavado Bronco alveolar con GenXpert (-), Galactomanano (-) y cultivos (-). Se realiza resección quirúrgica de gran lesión tumoral de aspecto necrótica de 8 x 10cm aprox. Que compromete parcialmente el lóbulo superior, con adherencias firmes hacia región anterior del tórax, pleura parietal y tejidos friables y sangrantes. Estudio anatomopatológico informa: Parénquima pulmonar con necrosis, hemorragia e inflamación crónica granulomatosa con presencia de hifas gruesas no septadas de tipo *Mucor* sp cuyo posterior análisis informa *Cunninghamela* sp como agente etiológico definitivo. CONCLUSIÓN: La mucormicosis pulmonar es una patología rara, grave y con alta mortalidad. Se presenta caso de paciente de 58 años con Dg. de Mucormicosis pulmonar causado por *Cunninghamella* sp. Un microorganismo encontrado de forma esporádica como agente causal de esta patología. El diagnóstico se logró realizar mediante una resección no anatómica de una lesión pulmonar con su posterior análisis por anatomía patológica y confirmación diagnostica. Es el primer caso de mucormicosis por *Cunninghamella* sp. reportado en nuestro medio nacional y existen muy pocos reportados en bibliografía internacional.

TUMORES DE MEDIASTINO ANTERIOR Y POSTERIOR: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN 15 AÑOS

Zeyuan Zhang, Sebastián Aravena Ávila, Marcial Peralta Mora, Jaime González FuentealbaUniversidad de los Andes, Hospital Militar de Santiago.INTRODUCCIÓN: Los tumores de mediastino corresponden aproximadamente al 3% de los tumores torácicos. Presenta una gran variedad etiológica con una malignidad reportada cercana a 50% y sólo son sintomáticas en cerca de 2/3 de los casos. Respecto a su localización, los tumores de mediastino anterior son los más frecuentes y en segundo lugar los de mediastino posterior, siendo los de mediastino medio los de menor frecuencia. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia quirúrgica de tumores de mediastino en nuestra centro, analizando los tipos histológicos y resultados quirúrgicos.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir la experiencia quirúrgica de tumores de mediastino en nuestra centro, analizando los tipos histológicos y resultados quirúrgicos.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes operados de tumores de mediastino anterior y posterior entre 01/2008 y 01/2023 en el Hospital Militar de Santiago. Se analizaron variables demográficas, abordaje quirúrgico, complicaciones, histología, sobrevida, adyuvancia y recidiva.RESULTADO: Se identificaron 28 pacientes, 22 operados de tumores de mediastino anterior y 6 de mediastino posterior, 68% eran hombres, edad promedio de 49 años, 95% de los tumores de mediastino anterior fueron abordados por esternotomía y 67% de los tumores de mediastino posterior fueron abordados por videotoracoscopía. Las Histologías más frecuentes fueron Timoma (28%), Timolipoma (14%) y Schwannoma (14%). Un 23% tuvo complicaciones postoperatorias siendo el sangrado (60%) el más frecuente, un 9% requirió reoperación y hubo 1 caso de mortalidad intrahospitalaria. Se reportaron 17 casos de tumores malignos, 47% recibieron terapia adyuvante, la sobrevida global a 2 años fue de 88% con 81% libre de enfermedad y a 5 años de 78% con 67% libre de enfermedad.CONCLUSIÓN: Los tumores de mediastino son una entidad infrecuente y heterogénea, siendo la cirugía el manejo de elección en muchos casos. Existe poca literatura al respecto dado la dificultad de lograr tamaños muestrales significativos. Respecto a nuestra serie, la incidencia y distribución histológica es similar a la reportada en la literatura y nuestros resultados quirúrgicos y oncológicos son comparables, siendo una cirugía con buena sobrevida a largo plazo libre de enfermedad y una baja tasa de morbimortalidad perioperatoria. La esternotomía sigue siendo el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, sin embargo, los abordajes mínimamente invasivos van tomando mayor importancia en casos selectos.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: RESECCIÓN DE CONDROSARCOMA ESTERNAL

Valentina Cabrera, Camilo Cavalla, Maria Cecilia Palacios, Maria José MendozaHospital Naval Almirante Nef.INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios de pared torácica representan solo un 5% de las neoplasias torácicas. Los condrosarcomas son habituales dentro de este grupo sin embargo son inhabituales en el esternón, por lo que no está descrito.OBJETIVOS: Presentar la técnica quirúrgica utilizada en un paciente con condrosarcoma de manubrio esternal. Se efectuó resección completa del tumor y posteriormente se realizó un colgajo.CONTENIDO DE VIDEO: Técnica quirúrgica de la resección de manubrio esternal, editada. Posteriormente montaje fotográfico de colgajo pectoral.

NEUROFIBROMA DE MEDIASTINO

Daniel Mella Sánchez, José Rocabado Miranda, Juan Pablo Henríquez Escudero, Cristian González CollaoHospital Eduardo Pereira.INTRODUCCIÓN: Se presenta un caso clínico de masa mediastínica en hemitorax derecho, detallando la técnica quirúrgica realizada durante la resección por VATS derecha.OBJETIVOS: Detallar el cuadro clínico, proceso diagnóstico y documentar, a través de un video, la cirugía del neurofibroma. Mostrando los puntos claves y fundamentos de la resección quirúrgica.CONTENIDO DE VIDEO: Se da a conocer la historia clínica, video de los TAC de Tórax, video de la resección del tumor de mediastino superior por VATS derecha, Biopsia de pieza operatoria y una breve revisión bibliográfica del neurofibroma de mediastino.

ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA MEDIASTÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicolas Ide W., Matías Osorio R., J. Gonzalo Fernández, Barbara González E., Diego Barros C.Instituto Nacional del Tórax, Santiago de Chile.INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Rosai-Dorfman(ERD), es uno de los 3 tipos mayores de histiocitosis. Corresponde a una rara forma de desorden proliferativo, de patogenia desconocida, que puede ser de difícil diagnóstico en sitios extranodales. La presentación clásica corresponde a linfoadenopatías cervicales, masivas, bilaterales e indoloras, y su presentación como masa mediastínica única escasamente reportada en la literatura. Usualmente el tratamiento consiste en manejo médico con corticoides, existen casos reportados de uso de quimioterapia e inmunoterapia y en casos seleccionados se realiza resección quirúrgica. Presentamos a continuación el caso de una paciente con masa en mediastino anterior con sospecha de neoplasia tímica en la que se realizó resección, diagnosticando con la biopsia enfermedad de Rosai DorfmanOBJETIVOS: Presentar un caso de tumor de mediastino anterior de etiología infrecuente.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión bibliográfica.RESULTADO: Paciente femenino, 58 años, antecedentes de artritis reumatoide, enfermedad pulmonar intersticial difusa que recibió ciclofosfamida, luego hidroxicloroquina y deflazacort, perdiendo controles por 15 años. Reinicia estudio por dolor torácico solicitándose tomografía que demuestra neumonitis intersticial usual y masa heterogénea mediastínica anterior que contacta a la carótida izquierda, vena innominada y el cayado la aorta, de 4.2 cm, con sospecha de timoma invasor con compromiso vascular. Se realiza estudio de función pulmonar que muestra: VEF1 60%, CVF 58%, DLCOc 53%. Se presentó a comité multidisciplinario y se decidió cirugía. Se realizó resección de masa mediastinal por esternotomía media, destacando en intraoperatorio un buen plano de clivaje con respecto a estructuras vasculares y pericardio. Con buena evolución post operatoria La biopsia definitiva informa tejido de aspecto tímico junto a tejido linfoide con caracteres de histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva sugerente de enfermedad de Rosai Dorfman. A la inmunohistoquímica Pancitoqueratina (-), S-100 (+), Kappa sin patrón de restricción, Lambda sin patrón de restricción, CD 68 (+), IgG4 sin aumento significativo. CONCLUSIÓN: La ERD que se presenta como masa mediastínica aislada es una entidad extremadamente rara. Como mostramos anteriormente, el diagnóstico etiológico puede ser un desafío, y habitualmente, se realizará como diagnóstico diferencial al momento de la biopsia de nuestros pacientes. En su presentación mediastínica, la ERD se puede describir imagenológicamente como una masa solitaria con o sin invasión del tejido circundante, que puede tener realce homogéneo o heterogéneo en la TC.

SÍNDROME DE OCUPACIÓN PLEURAL COMO PRESENTACIÓN RARA DE UN MENINGOCELE INTRATORÁCICO

Constanza Massé R., Nicolás Berríos C., Matías Salazar P., José Ortega S., Gerardo Mordojovich R., Pablo Perez C., Raimundo Santolaya C., Cristóbal Ramos, Rodrigo Vallejo G., Raúl Berríos S. Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo.INTRODUCCIÓN: El meningocele intratorácico es una condición rara, que está asociada en un 69% de los casos a neurofibromatosis tipo 1. Suele ser asintomático, pero al crecer y comprimir estructuras vecinas puede presentar disnea, tos, cefalea y paraparesia. Dado que es una condición poco frecuente, puede ser mal diagnosticada como derrame pleural en exámenes radiológicos simples.OBJETIVOS: Describir un caso infrecuente de meningocele intratorácico y explicar las consecuencias de ser diagnosticado erróneamente como derrame pleural.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico y revisión de literatura. Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed con los filtros (intrathoracic) AND (meningocele) AND (pleural effusion), con un resultado total de 5 artículos desde 1973.RESULTADO: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 67 años con antecedente de neurofibromatosis tipo 1 y meningocele intratoracico diagnosticado hace 34 años, que consulta por aumento de su disnea basal. Cuenta con resonancia magnética que evidencia dos meningoceles intratorácicos gigantes izquierdos, los cuales se presentan como ocupación pleural extensa en el TAC y radiografía de tórax. Se plantea manejo quirúrgico, por lo que se amplió estudio de columna y defectos durales dorsales, además de resonancia cerebral para evaluar complicaciones. Se concluyó en comité multidisciplinario que el paciente no tenía una capacidad ventilatoria que permitiría sobrellevar una cirugía torácica y el posoperatorio. Además, según lo evidenciado en la resonancia cerebral, el paciente presentaba un elevado riesgo de hipotensión intracraneana severa, con consecuente compromiso encefálico y hemorrágico cerebral. Debido a beneficios limitados, se decidió mantener al paciente con manejo conservador, con observación clínica periódica según requerimiento del paciente. De acuerdo a los casos descritos en la literatura, el TAC de tórax parece no ser suficiente por sí solo para realizar el diagnóstico de meningocele intratorácico, habiendo sido necesario en todos los casos descritos, imágenes adicionales como resonancia magnética de tórax o mielografía. De ser diagnosticado de forma errónea como derrame pleural, el drenaje iatrogénico de líquido cefalorraquídeo puede llevar a una hernia cerebral o hemorragia intracraneal, ambas condiciones potencialmente mortales. CONCLUSIÓN: El síndrome de ocupación pleural es una forma de presentación poco frecuente de meningocele. Tomando en cuenta los antecedentes encontrados en la literatura, es prudente recomendar la realización de resonancia magnética de tórax en pacientes con antecedente de neurofibromatosis tipo 1 y diagnóstico de derrame pleural por radiografía y TAC de tórax, previo al manejo mediante drenaje pleural.

SECUESTRO PULMONAR EN LÓBULO SUPERIOR DERECHO Y PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA CONTRALATERAL: UN RARO CASO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA PULMONAR

Constanza Massé R., Beatriz de la Maza P., Nicolás Berríos C., Matías Salazar P., Cristóbal Ramos, José Ortega S., Raimundo Santolaya C., Raúl Berríos S. Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo.INTRODUCCIÓN: Las malformaciones congénitas pulmonares son raras, pero no es infrecuente que se presenten más de alguna a la vez, siendo el secuestro pulmonar (SP) una de estas. Consiste en un segmento anormal de tejido pulmonar que no tiene comunicación evidente con el árbol traqueobronquial y está irrigado por una arteria aberrante de origen sistémico y no por ramas de la circulación arterial pulmonar. Su localización más frecuente es en lóbulo inferior izquierdo, con irrigación directamente por alguna rama aórtica. OBJETIVOS: Describir un caso de secuestro pulmonar extralobar del lóbulo superior derecho irrigado por una variante anatómica de arteria subclavia, asociado a una parálisis diafragmática contralateral, no descrito previamente en la literatura. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía coronaria, que consulta por dolor torácico, tos y disnea de 6 meses de evolución. En TAC de tórax se evidenció secuestro pulmonar extralobar dependiente del lóbulo superior derecho, irrigado por una variante anatómica de arteria subclavia derecha aberrante. Además, se encontró un quiste broncogénico medial al secuestro pulmonar y una parálisis diafragmática izquierda. Se realizó una segmentectomía, en la cual se disecaron y extrajeron la lesión quística y el secuestro pulmonar sin incidentes. La biopsia diferida confirmó el diagnóstico. En el postoperatorio tardío, el paciente mostró mejoría de la disnea, pero un aumento significativo de la tos. Dada la persistencia de los síntomas, se optó por realizar una frenoplastia izquierda. Tras el procedimiento, se observó una reexpansión significativa del área de atelectasia basal izquierda, casi normalización del diafragma, disminución considerable de la tos y mejoría en la espirometría. Ante el excelente resultado postquirúrgico, se mantuvieron controles clínicos e imagenológicos anuales.CONCLUSIÓN: El secuestro pulmonar extralobar es una malformación congénita rara, siendo la localización en el lóbulo superior derecho y la irrigación desde la arteria subclavia derecha, hallazgos aún menos frecuentes. Clínicamente, puede ser asintomático o manifestarse con síntomas como tos y expectoración purulenta. La asociación con otras malformaciones congénitas, como la observada con el quiste broncogénico y la parálisis diafragmática contralateral, puede influir en su forma de presentación y tratamiento. Se recomienda un tratamiento quirúrgico de estas lesiones para prevenir complicaciones a futuro, siendo fundamental considerar las otras malformaciones y lesiones que puedan estar presentes para una adecuada planificación quirúrgica y evitar posibles complicaciones.

LINFANGIOMA COMO PRESENTACIÓN DE QUISTE MEDIASTÍNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Constanza Massé R., Nicolás Berríos C., Benjamín Belmar G., Claudio Silva F-A., Gerardo Mordojovich R., Raúl Berríos S., José Ortega S.Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo.INTRODUCCIÓN: Los linfangiomas son malformaciones benignas del sistema linfático, que pueden clasificarse en linfangiomas capilares, cavernosos y quísticos, siendo estos últimos más comunes en adultos y siendo encontrados más frecuentemente a nivel cérvico mediastínico. Sin embargo, son difíciles de diferenciar de otros quistes mediastínicos en el preoperatorio, dado su apariencia atípica en imágenes. OBJETIVOS: Describir el caso clínico de linfangioma como presentación poco frecuente de quiste mediastínico, su presentación en imágenes y opciones terapéuticas. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.RESULTADO: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 71 años, que presenta una masa mediastínica como hallazgo incidental en radiografía de tórax. Estudio con TAC de tórax demuestra una lesión expansiva de aspecto quístico en mediastino medio, de 50 x 57 mm, lateralizada a derecha y contactando con pared lateral derecha de la tráquea. Ejerce un efecto masa, comprimiendo la vena innominada izquierda y desplazando hacia anterior de la vena cava superior. La lesión era altamente sugerente de quiste broncogénico y no se encontraba en TAC previo del 2020. Por tamaño de la lesión, se decide cirugía. Se realiza una resección de quiste por RATS sin complicaciones. La paciente evoluciona de forma favorable en el posoperatorio, con leve dolor, pero sin otros síntomas. Biopsia diferida evidencia que masa mediastínica es compatible con linfangioma. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática, en control anual. CONCLUSIÓN: Los linfangiomas mediastínicos son una malformación linfática benigna, pero con potencial de invadir estructuras adyacentes, los cuales son difíciles de diferenciar de otros quistes mediastínicos en el preoperatorio. Si bien el manejo de los quistes mediastínicos es tradicionalmente quirúrgico, el tratamiento de los linfangiomas no está del todo definido, habiendo alternativas terapéuticas como la escleroterapia. Para decidir un adecuado tratamiento, es fundamental el diagnóstico correcto, habiendo características imagenológicas que orientan el diagnóstico de los linfangiomas.

CASO DE ROTURA TRAQUEAL IATROGÉNICA Y SU MANEJO CON STENT TRAQUEAL

Catalina Retamal V., Bárbara Merino A., Rodrigo Escobar R., Francisca Vásquez P., Josefa Erazo N., Yelka Telenema C., Juan Peraza F., Oscar Ariscain J.Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras, Talcahuano. INTRODUCCIÓN: La rotura traqueal iatrogénica es una complicación grave secundaria a procedimientos como intubación orotraqueal, traqueostomías, entre otros. La incidencia estimada de la rotura traqueal iatrogénica después de la intubación orotraqueal es de 0.05-0.37% y aumenta al 15% en procedimientos realizados de emergencia. La presentación clínica incluye enfisema subcutáneo, hemoptisis, neumotórax y neumomediastino, que desencadena mediastinitis, sepsis y disfunción orgánica. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia o tomografía computarizada, y el tratamiento se basa en el inicio temprano de antibióticos de amplio espectro, además de la reparación de la lesión, ya sea mediante manejo conservador o quirúrgico. Los criterios para la intervención quirúrgica son discutibles, donde algunos autores usan la longitud de la lesión como indicador, mientras otros se ajustan a la estabilidad del paciente.OBJETIVOS: Describir un caso de rotura traqueal iatrogénica en contexto de secuencia de intubación rápida por insuficiencia respiratoria grave tratada con manejo conservador.MATERIAL Y MÉTODO: Anamnesis, examen físico, exámenes complementarios e imagenológicos. RESULTADO: Paciente femenina de 36 años, consulta en abril 2024 en Hospital de Tomé por cuadro de compromiso del estado general y tos productiva de 3 semanas de evolución, asociado a hemoptisis y dolor de tope inspiratorio durante los últimos días. Se decide manejo invasivo de vía aérea, se describe abundante secreción hemática a la laringoscopia. Tomografía computarizada de tórax describe gran condensación basal derecha, vidrio esmerilado bilateral, neumomediastino y enfisema subcutáneo cérvico-torácico. Se traslada a UCI de Hospital las Higueras con insuficiencia respiratoria grave y necesidad de drogas vasoactivas, experimentando quiebre clínico por lo que se conectó a ECMO. Se pesquisa mediante fibrobroncoscopia extensa lesión de pared posterior de tráquea a nivel de segundo anillo traqueal, con visibilidad de estructuras mediastínicas. Evaluada por equipo de Tórax, que realiza una nueva fibrobroncoscopia una semana después, observando lesión de pared posterior de tráquea de 4.5 cm, instala endoprótesis autoexpandible recubierta, sin incidentes. Se logra desconectar de ECMO a los 6 días y extubar a los 12 días, con evolución favorable. Actualmente a la espera de nueva evaluación por cirugía de tórax para retiro de prótesis.CONCLUSIÓN: La rotura traqueal iatrogénica es una complicación grave de baja frecuencia, que puede ocurrir en emergencias prehospitalarias debido a las desafiantes circunstancias, como ocurre en este caso. La evolución favorable de la paciente resalta la importancia de conocer las últimas indicaciones de un manejo conservador, donde no necesariamente se debe usar la longitud de la lesión como criterio.

TUMOR DE MEDIASTINO ABORDADO POR VATS: REPORTE DE CASO

Carla Muñoz A., Constanza Baeza B., Pastora Roca N., Ignacia Beytía O., Patricio Araya C.Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios de mediastino corresponden al 3% de la patología torácica (1). La cirugía es un pilar fundamental en su tratamiento, siendo la esternotomía anterior el abordaje estándar para las masas mediastinales anteriores. La cirugía videotoracoscópica asistida (VATS), ha demostrado ventajas sobre el abordaje abierto, no obstante, en la resección de tumores mediastinales sigue primando el último (2). A continuación, se reporta un caso de resección de teratoma en mediastino mediante VATS.OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Presentación del caso Paciente masculino de 57 años con antecedentes de teratoma mediastínico, operado en 2007, consulta por dolor torácico de evolución progresiva, EVA 6/10. Se realizó TAC de tórax que informa masa de 49 x 50 mm que contacta anteriormente con cara posterior del esternón, cara anterior de tronco anterior de arteria pulmonar y cara anterior de cayado de aorta. Se lleva a cabo una VATS, se identifica tumor de consistencia firme de 5 cm en mediastino anterior, firmemente adherido a nivel de arteria pulmonar, por lo que se ejecuta apertura de pericardio y desde ahí se diseca hacia cefálico, logrando exéresis completa del tumor. Se coloca un drenaje de 24 french, que se retira a las 24 horas. Paciente con buena evolución, es dado de alta al tercer día.CONCLUSIÓN: Discusión y conclusión El uso de VATS para la resección de masas mediastínicas ha demostrado múltiples ventajas sobre el abordaje abierto, tales como menor tiempo quirúrgico, menor pérdida de sangre y menor dolor postoperatorio. En cuanto a los resultados a largo plazo, un estudio ha demostrado que no existe diferencia en la tasa de recurrencia, sin embargo, este incluye solo un caso de teratoma, de manera que faltan investigaciones en esta materia. (3). En Chile existen escasos reportes de esta estrategia, de ahí radica la importancia de difundir este caso. Aumentar el número de centros con experticia en VATS para el abordaje de tumores mediastínicos, permite incrementar la cantidad de pacientes beneficiados con esta modalidad.

REPORTE DE DOS CASOS DE ELASTOFIBROMA DORSI

Pablo Pérez C., Paula Prieto H., Fernanda Sanhueza A., Magdalena Schwerter T., Pablo Meyer, Andrea Rojas, Diego Paredes, Hugo Álvarez, María José Vicuña, Rubén ValenzuelaEquipo de Cirugía de Tórax, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios de pared torácica son una entidad poco frecuente, representando solo el 1-2 % de todos los tumores primarios. El elastofibroma dorsi (ED) es un tumor benigno de tejido blando, de crecimiento lento y parte del grupo de tumores fibroblásticos/miofibroblásticos, con una incidencia mayor en la séptima y octava década de vida, predominando en el sexo femenino. Su etiopatogenia es desconocida, pero se ha asociado a microtraumatismos repetitivos entre la escápula y la pared torácica, insuficiencia vascular, y degeneración elastótica del colágeno. Clínicamente, el ED es generalmente asintomático, aunque puede causar dolor leve, malestar, o ruido "metálico" con el movimiento del hombro. El diagnóstico se realiza preferiblemente con resonancia magnética, y la cirugía está indicada solo en pacientes sintomáticos o con dudas diagnósticas.OBJETIVOS: 1. Describir dos casos de elastofibroma dorsi, mediante su presentación clínica, los métodos diagnósticos utilizados y los resultados postoperatorios obtenidos. 2. Contrastar la experiencia clínica obtenida en el diagnóstico y manejo de elastofibroma dorsi en el hospital San Juan de Dios con la información existente en la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Se describen dos casos clínicos de ED en pacientes femeninas de 74 y 63 años, respectivamente. Ambos casos incluyeron evaluación clínica, imagenológica (ecografía, TC, y RM), y tratamiento quirúrgico. Las pacientes presentaron masa subescapular dolorosa y reducción de la movilidad, siendo sometidas a resección quirúrgica con diagnóstico postoperatorio de seroma e infección de herida operatoria.RESULTADO: En el primer caso, una paciente de 74 años presentó una masa subescapular derecha de 6x6 cm, diagnosticada como ED mediante TC y sometida a resección quirúrgica. Posteriormente, desarrolló un seroma, tratado con punción. En el segundo caso, una paciente de 63 años presentó una masa de 7x6,5x3 cm en la pared costal izquierda, diagnosticada mediante RM y también sometida a resección quirúrgica. Posteriormente, desarrolló una infección de la herida operatoria tratada con antibióticos. Ambas tienen resolución ad integrum de sus molestias torácicas. CONCLUSIÓN: El ED es un tumor raro, cuya patogenia no está completamente comprendida. La ocupación laboral y el microtrauma parecen ser factores de riesgo relevantes. La identificación y manejo adecuado de estos tumores es crucial debido a su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Los diagnósticos diferenciales incluyen la fibromatosis de tipo desmoide, lo cual resalta la importancia de un diagnóstico preciso. La imagenología es fundamental en el diagnóstico del ED, evitando la necesidad de biopsias en la mayoría de los casos. La cirugía está indicada solo en pacientes sintomáticos o con dudas diagnósticas, considerando los riesgos asociados, especialmente en adultos mayores.

USO DE VAC EN EMPIEMA PLEURAL COMPLEJO

Lía Moyano, Jaime González, Marcial Peralta, Valeria Abiuso, José M. ClaveroClínica Universidad de los Andes.INTRODUCCIÓN: El empiema es pus en cavidad pleural. Aproximadamente, 50% de origen paraneumónico. Difiere su manejo según la fase. En la organizativa, requiere decorticación pleuropulmonar por adherencias firmes y peel. La decorticación en pacientes frágiles presenta alto riesgo. El flap de Eloesser y la ventana de Clagett son opciones. El uso del cierre asistido por presión negativa (VAC) es utilizado para manejo de heridas complejas y crónicas. Usado en tratamiento del empiema pleural desde 2006. OBJETIVOS: Presentamos el caso de paciente con empiema pleural cronificado. Se realizó ventana pulmonar sin resección costal e instalación de VAC, siendo el primer caso publicado en Chile. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente adulta con trisomía21 consulta por 2 semanas de tos y dificultad ventilatoria. TACTórax: Área de condensación en lóbulo inferior derecho y derrame pleural loculado ipsilateral, impresionando empiema pleural con indicación quirúrgica. Familia rechaza. Hemocultivos positivos para Streptococcus Intermedius. Terapia de soporte y antibioterapia específica. Inicialmente buena respuesta, con posterior deterioro. Se plantea decorticación pleuropulmonar por VATS. Tutor acepta. Conversión dado adherencias. Salida de 500cc pus. Liberación de peel, adecuada expansión pulmonar. Buena evolución, retiro de drenajes al segundo día. Nueva alza de parámetros. Reproducción derrame loculado. Indicación reintervención, familia rechaza. Alta con hospitalización domiciliaria. Completa 4 semanas con ceftriaxona. A 2 meses, persitencia de derrame loculado. Se plantea cirugía, familia acepta. Incisión sobre cicatriz. Drenaje de pus. Aseo y retiro de material con cucharilla. Liberación y expansión pulmonar. Bloqueo intercostal por crioanalgesia. Cierre parcial planos de pared torácica. Instalación de retractor Alexis en borde anterior de herida. VAC a cavidad sobre parénquima. Cierre sobre Alexis conectando a aspiración baja. Evolución favorable. Retiro VAC al tercer día. Granulación sobre parénquima y paredes. Cierre toracotomía. Alta al día siguiente dado buena evolución. RESULTADO: El empiema es una complicación cuyo origen es la neumonía en 50% de los casos. Los pilares del tratamiento son drenaje de cavidad y reexpansión pulmonar, mediante intervenciones oportunas y precoces. Cuando el empiema cronifica y recidiva, es complejo el abordaje de la cavidad pleural. La creación de ventanas pulmonares sin resección costal e instalación de VAC se ha utilizado desde 2006, con buenos resultados. En Chile, no hay publicaciones previas.CONCLUSIÓN: Nuestro caso es la primera experiencia de uso de VAC sobre retractor Alexis en sumarse a la bibliografía internacional, logrando la resolución del empiema pleural cronificado en paciente frágil con pobre capacidad funcional.

IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN PULMONAR EN PACIENTES SOMETIDOS A NEUMONECTOMÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE PARÁMETROS CLÍNICOS Y FUNCIONALES

María José Vicuña Q., Rubén Valenzuela M., Pablo Pérez C., Hugo Álvarez M., Diego Paredes C., Micaela Azarola
Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: Posterior a una neumonectomía, suele existir limitación de la capacidad funcional y calidad de vida, debido principalmente a disnea. La rehabilitación pulmonar es una intervención que ha mostrado ser eficaz para resolver esta problemática. El Hospital San Juan de Dios, incorporó un programa de Rehabilitación Pulmonar desde el año 2023 exclusivo para pacientes de Cirugía de Tórax. Desde ese momento, todos los pacientes que han sido sometidos a neumonectomía han recibido rehabilitación postoperatoria, y aquellos intervenidos previo a esta fecha se han integrado progresivamente.OBJETIVOS: Comparar la calidad de vida, disnea, riesgo cardiovascular, fuerza de prensión manual, fragilidad clínica y capacidad funcional de aquellos pacientes que recibieron rehabilitación y aquellos que no la recibieron.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis comparativo entre pacientes sometidos a neumonectomías en el Hospital San Juan de Dios entre el año 2022 y 2024. Las variables incluidas fueron la calidad de vida (SF-36), disnea (mMRC), fuerza de prensión manual (Handgrip), fragilidad clínica (SPPB), capacidad funcional (TM6M) y riesgo cardiovascular (HRR). Los pacientes fueron divididos en dos grupos: participantes en el programa de rehabilitación pulmonar (grupo 1) y no participantes (grupo 2). Se realizaron pruebas de Wilcoxon para comparar los resultados entre los grupos.RESULTADO: SF-36: La media del grupo 1 fue significativamente mayor (70.70) en comparación con el grupo 2 (40.57), con p=0.0142, representando un aumento del 74% en la calidad de vida. MMRC: El grupo 1 mostró una media significativamente menor (0.50) en comparación con el grupo 2 (3.00), con p=0.0209, indicando una reducción del 83% en la disnea. Handgrip: La fuerza de agarre fue mayor en el grupo 1, con p=0.0247, reflejando un aumento del 52% en la fuerza prensión manual. SPPB: El grupo 1 tuvo una menor fragilidad clínica (12.00) en comparación con el grupo 2 (10.67), con p=0.0285, mostrando una mejora del 12%. TM6M y porcentaje TM6M: Sin diferencias significativas en la distancia recorrida en TM6M. HRR: La frecuencia cardíaca de recuperación tuvo mejora en el grupo 1 (21.75) en comparación con el grupo 2 (11.50), sin diferencia estadísticamente significativa (p=0.1606).CONCLUSIÓN: La rehabilitación pulmonar post-neumonectomía parece tener un impacto positivo sobre calidad de vida, disnea, fuerza de prensión manual y fragilidad clínica. Futuros estudios con mayor tamaño muestral podrían proporcionar mayor robustez de estos efectos, permitiendo destinar recursos a la creación de programas de rehabilitación dirigidos a estos pacientes.

TERATOMA DE MEDIASTINO ANTERIOR, REPORTE DE UN CASO

Bettina Guijón, Galo Cárdenas, Beatriz de la Maza, Aldo CuneoHospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: Los tumores mediastínicos más frecuentes suelen ser de origen tímico/tiroideo o linfoma, siendo el resto considerados como tumores raros. Dentro de los tumores menos frecuentes, o raros, se encuentran los neuroblastomas, lipomas, sarcomas, teratomas, entre otros. El mediastino es la localización extragonadal más frecuente de los teratomas, siendo más común en el mediastino anterior. Suelen ser hallazgos por ser asintomáticos, hasta que comprimen o desplazan estructuras mayores o se rompen. OBJETIVOS: Recalcar la importancia del teratoma maduro como diagnóstico diferencial de masa mediastínicas anteriores, debido a su capacidad de producir síntomas y complicaciones relevantes.MATERIAL Y MÉTODO: Caso: Paciente femenina de 67 años, con antecedente de haber vivido en granja de ovinos en el sur de Chile, acude a urgencias por dolor torácico retroesternal y dificultad respiratoria, diagnosticandose IRA aguda. Se completa estudio con TAC de tórax con contraste que muestra lesión quística de pared calcificada discontinua en espacio en pericardiofrénico derecho que mide aproximadamente 7,5 x 6,5 x 6 cm, sin cambios respecto a un estudio previo; pulmones de estructura conservada, sin nódulos sospechosos, focos de condensación o derrame pleural. Debido a antecedente epidemiológico compatible y lesión quística calcificada, se sospecha quiste hidatídico. Se solicitaron marcadores serológicos de hidatidosis, los que resultaron negativos. Se decidió realizar biopsia quirúrgica excisional, mediante toracotomía posterolateral derecha, resecándose la masa, la cual estaba en estrecho contacto con vena cava superior (VCS), comprometiendo pericardio y nervio frénico. Se logró resección en bloque respetando VCS, pero incluyendo segmento de pericardio y nervio frénico. Biopsia rápida informa teratoma. Postoperatorio adecuado, con retiro de pleurostomía en 4 días. La histopatología definitiva de la muestra informó teratoma maduro de 12 x 10 cm. Seguimiento a las 8 semanas con radiografía que muestra parálisis de hemidiafragma derecho, pero con adecuada mecánica respiratoria y resolución progresiva. Materiales: Revisión de ficha clínica y protocolos quirúrgicos.RESULTADO: Discusión: Los tumores mediastínicos extragonadales son infrecuentes, siendo el mediastino anterior la localización más frecuente. Estos tumores tienden a crecer lentamente, lo que dificulta un diagnóstico clínico preciso, siendo las imágenes un elemento diagnóstico relevante. El tratamiento de un teratoma maduro consiste mayoritariamente de cirugía. El tipo de cirugía y su abordaje dependerá de las características del tumor, su localización y tamaño, como también, de la sintomatología asociada. Su resección completa seguida de una biopsia posterior otorgará la información histopatológica crucial para definir el seguimiento posterior.CONCLUSIÓN: El teratoma mediastínico es un diagnóstico diferencial relevante a tener en cuenta al enfrentarse a un hallazgo imagenológico de tales características. Ya que, si bien el teratoma maduro suele ser infrecuente y asintomático, puede llegar a causar complicaciones, por lo que se hace necesaria su adecuado diagnóstico y posterior resección. Un estudio preciso de las características y relaciones del tumor son indispensables para la planificación quirúrgica.

LINFOMA MALT PRIMARIO PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Roberto González, Felipe Alarcón, Alejandra Riquelme, M. Loreto Spencer, Patricio Madrid, Alejandro Pérez, Bastián Ruiz, Juan Romero, Alejandro Pérez, Emilio AlarcónCentro Cardiovascular y Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: Los linfomas primarios del pulmón son infrecuentes, constituyendo el 0,5% de las neoplasias pulmonares. Los linfomas derivados de los tejidos linfoides asociados a mucosas (MALT, por sus siglas en inglés) son la histología más frecuente de linfoma primario pulmonar, siendo bilaterales un 50% de los casos. El diagnóstico es histológico, habitualmente tras cirugía resectiva por sospecha de neoplasias pulmonares. OBJETIVOS: Reportar caso de linfoma MALT primario, tratado con cirugía resectiva.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Mujer de 60 años, con antecedente de tabaquismo ocasional. Secundario a cuadro respiratorio infeccioso agudo, es estudiada con tomografía con hallazgo de lesión nodular pulmonar derecha. Estudio con PET-CT evidenció lesión pseudonodular hipermetabólica en lóbulo superior de pulmón derecho de 26 mm de diámetro con halo de vidrio esmerilado de 46 mm, sugerente de neoplasia broncogénica primaria, sin evidencias de diseminación a distancia. Dado hallazgos, se completó estudio funcional y se decidió cirugía resectiva realizándose lobectomía superior derecha, sin incidentes. Biopsia operatoria informó tejido pulmonar compatible con linfoma de zona marginal de tipo MALT, con estudio mediante hibridación fluorescente in situ positivo para mutación MALT1, bordes negativos y sin evidencia de diseminación ganglionar. Fue estudiada con estudio endoscópico descartándose compromiso gástrico. Fue evaluada por comité hemato-oncológico decidiéndose seguimiento clínico e imagenológico. Paciente en controles se encuentra asintomática, con PET-CT a 6 meses post cirugía sin evidencia de recidiva. CONCLUSIÓN: Actualmente existen varias modalidades de tratamiento del linfoma MALT pulmonar que incluyen cirugía resectiva aislada, quimioterapia con antraciclinas, radioterapia u observación, dependiendo de la diseminación, edad, performance status, entre otros. Aproximadamente un 50% recurre a 5 años, ya sea en ubicación pulmonar o extrapulmonar. El tratamiento quirúrgico se asocia a menor recurrencia y buen pronóstico, con una supervivencia >85% a 5 años.

CORRECCION DEL *PECTUS EXCAVATUM* MEDIANTE EL SISTEMA "PECTUS UP"

Alejandra Riquelme, Roberto González, Felipe Alarcón, Rodrigo Reyes, Patricio Madrid, Alejandro Pérez, Bastián Ruiz, Juan Romero, Emilio AlarcónServicio de Cirugía y Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente". Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: El *Pectus Excavatum* es una deformidad de la pared torácica que afecta a los cartílagos costales inferiores y provoca una concavidad anterior del tórax de cuantía variable. Se asocia a una afectación de la calidad de vida, incluyendo limitaciones en el rendimiento físico, aislamiento social y trastornos de la autoestima. Tradicionalmente la corrección quirúrgica del *Pectus Excavatum* se realizó con plastías de la pared torácica mediante resecciones costocondrales y más recientemente con técnicas menos invasivas como la técnica de Nuss que incluye la instalación de barras metálicas retro-esternales y el sistema "Pectus Up" con abordaje completamente pre-esternal.OBJETIVOS: Presentar un caso de implementación del sistema "Pectus Up" para la reparación del *Pectus Excavatum*.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Paciente de 17 años con antecedente de enfermedad de Hirschsprung y en seguimiento por *Pectus Excavatum*. Presentó historia de larga data de dolor torácico recurrente y afectación de la autoestima. Tomografía preoperatoria evidenció *Pectus Excavatum* simétrico, con índice de Haller de 3,7. Estudio preoperatorio con ecocardiograma y espirometría sin alteraciones. La técnica quirúrgica consistió en una incisión en línea media pre-esternal de 4 cm para confección de bolsillo subpectoral bilateral, colocación de placa esternal circular en zona de mayor hundimiento torácico, inserción de implante en bolsillo y elevación de placa. Ambas piezas fueron fijadas con tornillos. Paciente evolucionó con dolor postoperatorio tratado con BIC de analgesia que se retiró al segundo día, radiografía postoperatoria evidenció corrección quirúrgica de *Pectum Excavatum*, sin ocupación pleural. Fue dado de alta al sexto día con analgesia oral y refuerzo con parches de lidocaína. En controles ambulatorios sin dolor torácico al mes post operatorio y tomografía de control que evidenció placa in situ, sin complicaciones. CONCLUSIÓN: El sistema "Pectus Up" para la reparación del *Pectus Excavatum* es una técnica quirúrgica que se considera mínimamente invasiva y se diferencia de la técnica de Nuss por ser un procedimiento completamente extratorácico, lo que potencialmente evita complicaciones intratorácicas graves, así como el dolor postoperatorio y favorecer una rápida reincorporación a las actividades del paciente. En el primer caso implementado en nuestro centro se evidenció una adecuada corrección del *Pectus Excavatum*, sin complicaciones postoperatorias y una mejoría significativa en la calidad de vida del paciente.

ASCENSO TRAQUEAL MEDIANTE LIBERACIÓN HILIAR Y PERICÁRDICA PARA RESECCIÓN DE REESTENOSIS TRAQUEAL

Roberto González, Sahba Sedaghat, Felipe Alarcón, Alejandra Riquelme, Patricio Madrid, Alejandro Pérez, Bastián Ruiz, Juan Romero, Alejandro Pérez, Emilio AlarcónCentro Cardiovascular, Servicio de Cirugía y Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: La estenosis traqueal es una complicación frecuente de la intubación prolongada, con una incidencia del 6-21%. De estos pacientes, un 2-7% requerirá tratamiento invasivo. La resección traqueal con anastomosis término-términal con o sin liberación de la musculatura hioídea y ligamentos traqueales es la técnica de elección en las estenosis de tráquea cervical y retroesternal. OBJETIVOS: Reportar un caso de liberación hiliar y pericárdica en contexto de cirugía de resección y anastomosis traqueal.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Mujer de 43 años con antecedente de neumonía grave por SARS-CoV2 e intubación prolongada previa, evolucionó con estenosis traqueal grave siendo tratada en hospital de origen con resección y anastomosis traqueal término-terminal. Se mantuvo en seguimiento por estenosis residual y dada regular respuesta a dilataciones de anastomosis seriadas se decide traslado a nuestro centro para resolución mediante resección de anastomosis traqueal y nueva anastomosis mediante abordaje combinado cervical y torácico con maniobras de liberación intratorácica hiliar y pericárdica. En tiempo torácico se realizó abordaje mediante esternotomía media, se seccionaron ambos ligamentos pulmonares, se utilizó estabilizador por succión OPVAC® para cirugía coronaria sin circulación extracorpórea para movilización del corazón y exposición de venas pulmonares inferiores. Se realizó incisión semicircular en pericardio inmediatamente inferior a ambas venas pulmonar inferiores logrando ascenso traqueal que permitió anastomosis traqueal sin tensión, posterior a resección de 3 anillos traqueales. Se instalaron pleurotomías bilaterales y drenaje mediastínico. En post operatorio en UCI, al tercer día presentó hemorragia peri sutura cervical y posteriormente débito hemático por drenajes, asociado a shock hipovolémico. Se decidió cirugía de urgencia evidenciándose sangrado activo desde arteria innominada por lesión en pared posterior arterial en íntimo contacto a sutura traqueal. Se realizó reparación vascular y se talló un colgajo de grasa mediastínica que se aposicionó entre la sutura traqueal y la arteria innominada. Por lesión vascular de alto riesgo de recidiva se instaló endoprótesis con extensión a carótida común derecha. Evolucionó favorablemente en postoperatorio. Se mantuvo hospitalizada con revisiones seriadas por fibrobroncoscopía. Fue dada de alta a los 21 días post operatorios manteniéndose en controles ambulatorios. CONCLUSIÓN: Se presenta un caso de reparación de reestenosis traqueal, en la cual fue necesaria la liberación hiliar pulmonar y pericárdica para lograr una anastomosis traqueal sin tensión. Las técnicas de liberación no son rutinarias, pero pueden ser necesarias en contexto de grandes resecciones traqueales o reoperaciones donde no se puede lograr una anastomosis sin tensión por otros métodos.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA FIBRINÓLISIS INTRAPLEURAL CON ALTEPLASE Y ESTREPTOQUINASA EN DERRAMES PLEURALES COMPLICADOS (2018-2024)

Diego Paredes G., Franco Gálvez C., Pablo Pérez C., Hugo Álvarez M., Micaela Azarola, Maria José Vicuña Q., Rubén Valenzuela M.Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La fibrinolisis intrapleural es una opción terapéutica para el manejo de derrames pleurales complicados en pacientes con alto riesgo quirúrgico.OBJETIVOS: Comparar el uso de Alteplase y Estreptoquinasa en términos de efectividad y seguridad.MATERIAL Y MÉTODO: El estudio analiza la eficacia y seguridad de la fibrinólisis intrapleural utilizando Alteplase y Estreptoquinasa en pacientes con derrames pleurales complicados, realizado en el Hospital San Juan de Dios entre 2018 y 2024. Se recolectaron datos sobre la etiología del derrame pleural, análisis del líquido pleural y resultados microbiológicos en pacientes tratados con Alteplase. Se evaluaron complicaciones, necesidad de cirugía post-fibrinolisis y mortalidad durante el seguimiento. Se aplicó regresión logística para analizar las probabilidades de respuesta a la fibrinolisis y comparación entre grupos mediante chi-cuadrado.RESULTADO: En los pacientes tratados con Alteplase, se observó una media de LDH de 2726 U/L, una mediana de glucosa de 7.5 mg/dL y un pH de 6.86. El 54% de los cultivos fue negativo. La tasa de respuesta a Alteplase fue del 80%, comparada con el 58.8% para la Estreptoquinasa, sin diferencias significativas (p=0.1583). La necesidad de decorticación post-fibrinolisis fue del 16% para Alteplase y del 29.4% para Estreptoquinasa (p=0.39). Las regresiones logísticas mostraron que la respuesta aumentaba 0.41 veces por cada unidad de aumento de pH, 0.88 por cada 20 mg/dL de aumento de glucosa y 1.25 veces por cada 1000 mg/dL de aumento de LDH. La probabilidad de respuesta era un 62% menor en caso de cultivo positivo. La mortalidad durante el seguimiento fue del 4.4%.CONCLUSIÓN: La fibrinólisis intrapleural para pacientes con derrames pleurales complejos y malos candidatos quirúrgicos tiene una buena tasa de respuesta, siendo esta mayor con Alteplase. Además, puede reducir al mínimo el número de pacientes que requieren cirugía. Los predictores de respuesta incluyen niveles de glucosa, LDH, pH y cultivos positivos. La mortalidad de la cohorte es baja considerando el nivel de enfermedad.

FISTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR SECUNDARIA A TRAUMATISMO TORÁCICO POR ARMA DE FUEGO

Roberto González, Felipe Alarcón, Alejandra Riquelme, Rodrigo Reyes, Patricio Madrid, Alejandro Pérez, Bastián Ruiz, Juan Romero, Alejandro Pérez, Emilio AlarcónCentro Cardiovascular y Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: Las fístulas arteriovenosas pulmonares son lesiones habitualmente congénitas, siendo excepcionales las causas secundarias. Los traumatismos penetrantes del tórax son una causa infrecuente, y menos probable que en otros sitios dada la menor gradiente de presión entre el circuito arterial y venoso pulmonar. El tratamiento independiente de su origen es la interrupción fistulosa con la reparación o exclusión del segmento arterial lesionado. OBJETIVOS: Reportar caso de fístula arteriovenosa pulmonar por traumatismo por arma de fuego.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Mujer de 16 años sin antecedentes mórbidos relevantes, ingresó con diagnóstico de traumatismo toracoabdominal por arma de fuego. Al ingreso presentó taquicardia y requerimientos de oxígeno, sin hipotensión. Tomografía computada evidenció hemoneumotórax derecho con áreas de consolidación y laceración pulmonar ipsilateral. Adicionalmente se evidenció laceración hepática con hematoma intraparenquimatoso. Se realizó instalación de pleurotomía derecha con débito inicial de 500 cc de sangre. Dado hallazgos y aparición de inestabilidad hemodinámica se decidió cirugía de urgencia. En intraoperatorio se evidenció hemotórax masivo derecho (1.700 cc) secundario a lesión de 8° arteria intercostal ipsilateral, lesiones transfixiantes de lóbulos superior derecho y medio, lesión no transfixiante de lóbulo inferior derecho y laceración diafragmática. Se realizó rafia de lesiones pulmonares y diafragmáticas, hemostasia de vaso intercostal e instalación de pleurotomías derechas. Dado sangrado profuso desde lecho hepático en tiempo abdominal se realizó packing hepático. En 48 horas se realizó revisión abdominal, logrando adecuada hemostasia. Paciente realizó postoperatorio en la Unidad de Cuidados Intensivos con evolución inmediata favorable. Al cuarto día post operatorio evolucionó con hemoptisis y fracaso de weaning. Tomografía de control evidenció extravasación de contraste desde ramas arteriales segmentarias y/o subsegmentarias en el lóbulo inferior derecho. Dado hallazgo se estudió con angiografía que confirmó la presencia de una fístula arteriovenosa pulmonar traumática, tratándose con embolización de rama arterial con coils. Paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta sin complicaciones. Al seguimiento a 6 meses se encuentra asintomática. CONCLUSIÓN: Se presenta un caso de fístula arteriovenosa pulmonar por traumatismo por arma de fuego tratada endovascularmente durante la misma hospitalización dado un diagnóstico precoz. Estas lesiones en agudo generan un shunt extracardíaco, riesgo de embolización paradójica y sangrado. De forma tardías pueden presentar cianosis, acropaquia y policitemia. El diagnóstico, pese una alta sospecha clínica o tomográfica debe ser confirmada mediante estudio angiográfico. Las opciones terapéuticas son la embolización y la cirugía.

OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR TRAUMATISMO TORÁCICO CONTUSO, CASO CLÍNICO

Roberto González, Felipe Alarcón, Enrique Seguel, Alejandra Riquelme, Patricio Madrid, Alejandro Pérez, Bastián Ruiz, Juan Romero, Alejandro Pérez, Emilio AlarcónCentro Cardiovascular y Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: El traumatismo torácico contuso es cada vez más frecuente en nuestro país, adquiriendo especial relevancia en politraumatizados. El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es un relevante contribuyente a la morbilidad y mortalidad en el traumatismo. OBJETIVOS: Reportar un caso de un paciente con traumatismo torácico complicado con SDRA grave que requirió oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Hombre de 48 años, sin antecedentes relevantes, posterior a colisión vehicular de alta energía es trasladado a servicio de urgencia de hospital más cercano. Por deterioro del estado de conciencia se intubó y se conectó a ventilación mecánica, trasladándose al hospital base de su región. Estudio tomográfico evidenció fracturas costales múltiples bilaterales con desplazamiento leve, fractura del manubrio esternal no desplazada y ocupación pleural derecha. Se instaló pleurotomía derecha, con débito inicial de 1.100 cc de sangre. Al tercer día evolucionó con deterioro ventilatorio y radiografía de tórax evidenció infiltrados difusos bilaterales. Previa conexión a ECMO presentó los siguientes parámetros ventilatorios: volumen corriente 380 ml, compliance 23 ml/cmH2O, PEEP 10 cmH2O, frecuencia ventilatoria de 32 por minuto, paO2 53,4 mmHg, paCO2 46,1 mmHg, índice de oxigenación 33, fracción inspirada de oxígeno 80%; paO2/FIO2 de 66 y score de Murray de 3. Por insuficiencia respiratoria catastrófica, se discutió en comisión ECMO-Ministerio de Salud y se solicitó ECMO veno-venoso de transporte a nuestro centro. Se conectó mediante canulación percutánea femoral derecha y vía yugular derecha, iniciándose flujo hasta 4,5 L/min. Posteriormente se trasladó a UCI quirúrgica de nuestro hospital manteniéndose anticoagulación con heparina. Tomografía de control evidenció focos de contusión pulmonar bilateral e infarto pulmonar izquierdo. Evolucionó con mejoría gasométrica, ventilatoria y hemodinámica, sin requerimientos de oxígeno al décimo día y desconexión al doceavo día. No presentó complicaciones hemorrágicas ni trombóticas durante soporte ECMO. CONCLUSIÓN: El soporte con ECMO es una alternativa en casos seleccionados de SDRA grave refractario a optimización de los parámetros de ventilación mecánica. Es un soporte complejo, de alto costo, requiere personal capacitado, se realiza en pacientes de alto riesgo y no está exento de complicaciones por lo que su uso debe ser altamente selectivo, siendo poco frecuente su uso en el traumatismo torácico. En nuestro centro se han realizado 190 conexiones a ECMO, 5 en traumatismos (uno de estos en una gran quemada), constituyendo una valiosa herramienta de soporte en algunos pacientes con SDRA grave.

TRAUMA TÓRACO ABDOMINAL CERRADO CON NECESIDAD DE RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA: UN ACCIDENTE POR VIGA DE MADERA EN ASERRADERO

Byron San Martín G., Ricardo Varas A., Natalia Soto V., José Luis Lobos G., Constanza Arriagada R., Bastián Morales G., Isidora Oportus M., Kamyla Vergara H.Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Servicio de Cirugía, Los Ángeles, Chile.INTRODUCCIÓN: El traumatismo es una consulta frecuente en servicio de urgencia. El trauma abdominal cerrado representa el 80% de las lesiones abdominales en el servicio de urgencia. El 75% de muertes por traumatismo son por trauma torácico. Es de suma importancia realizar un adecuado abordaje inicial para garantizar la supervivencia del paciente. Siempre considerar lesión de órganos intraabdominales o retroperitoneales ante mecanismos de compresión, aplastamiento y/o impactos. En cuanto a tórax preocupan las lesiones cardiacas, tórax inestable, lesiones pulmonares y fracturas costales, las cuales pueden provocar lesiones internas.OBJETIVOS: Describir el abordaje de emergencia y posterior reconstrucción post trauma torácico abdominal cerrado.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico.RESULTADO: Hombre de 27 años, sin antecedentes mórbidos, es llevado al servicio de urgencias tras accidente laboral en aserradero donde sufre impacto de madera en zona toraco abdominal izquierda. Ingresa a sala de reanimación donde se realiza manejo inicial, se transfunde glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco congelado y se instala tubo pleural, dando salida a 2.600 cc de contenido hemático. Una vez estable se toma escáner donde se evidencia hernia diafragmática izquierda traumática con colon en tórax, contusión pulmonar bilateral, hemotórax izquierdo, hemoperitoneo y lesión esplénica. Ingresa a pabellón de urgencia donde se realiza cirugía de dos tiempos. Primer tiempo abdominal evidencia estallido gástrico, trauma esplénico sangrante, hernia diafragmática izquierdo requiriendo esplenectomía y gastrorrafia. Segundo tiempo torácico muestra hemotórax izquierdo con abundantes restos alimentarios, contusión pulmonar, fracturas quinta y sexta costilla y necrosis del músculo pectoral por lo que sea realiza aseo quirúrgico, sutura de diafragma, fijación de costillas con vicryl e instalación de 2 tubos pleurales, quedando con laparotomía contenida. Ingresa a UCI, grave, requiriendo altas dosis de drogas vasoactivas y reingreso a pabellón para nuevo aseo y cierre de pared abdominal. Evoluciona con necrosis de pared torácica y empiema pleural, que requirió resección de pared torácica y extracción de zona anterior de quinta costilla, quedando con VAC y ajuste de antibioticoterapia. Posteriormente, se realizaron nueve aseos quirúrgicos de cavidad pleural con recambios seriados de VAC cada 48-72 horas. Evoluciona con derrame pericárdico positivo para *Candida parapsilosis* que se drena y necrosis de sexta costilla, requiriendo su extracción. Queda con defecto de pared de 17x18 centímetros. Tras lograr estabilización de paciente, con infección pleural y pericárdica resuelta, se planifica la reconstrucción de la pared torácica donde se decide no utilizar fijadores costales, instalando malla de vicryl entre pleura visceral y costillas. Además, se realiza colgajo microquirúrgico anterolateral de muslo izquierdo, pero tras llegada a UCI post pabellón, sufre paro cardio respiratorio por arritmia que requirió reanimación, perdiendo el colgajo. Nuevamente tiene que ser sometido a cinco aseos pleurales e instalación de VAC. Ya estable y en UTI, se realiza la nueva reconstrucción con colgajo rotado de latísimo del dorso. Se traslada a sala común donde comienza un largo proceso de rehabilitación, extracción de tubos pleurales y finalmente es dado de alta. Actualmente paciente realizando labores comunes de vida diaria, evitando actividades de impacto.CONCLUSIÓN: Este caso ilustra la complejidad del manejo de un trauma tóraco abdominal cerrado y las graves complicaciones que pueden asociarse. La intervención quirúrgica temprana y agresiva es fundamental para la supervivencia del paciente. La reconstrucción de la pared torácica es un desafío importante y puede requerir múltiples procedimientos, debiendo individualizarse paciente a paciente. En este caso, el uso de un colgajo rotado de latísimo del dorso permitió una reconstrucción exitosa.

CONDROSARCOMA TRAQUEAL: PRIMER REPORTE DE CASO EN CHILE

Matías Beyer D., Francisco Jofré C., Belén Pedraza J., Barbara González E., Diego Barros C., Jacqueline López R, Virginia Linacre S.Instituto Nacional del Tórax, Facultad de Medicina Universidad de los Andes. INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios de la tráquea corresponden al 0.2% de todas las neoplasias malignas del tracto respiratorio, siendo el carcinoma escamoso (60-90%), la variedad histológica más frecuente. El condrosarcoma traqueal es extremadamente que fue primera vez reportada en 1965 A la fecha se han reportado 35 casos en el mundo y ninguno en Chile. De acuerdo a una revisión sistemática de 2022. Este tipo de cáncer afecta principalmente a hombres, como en nuestro caso, aunque con una edad promedio de diagnóstico de 65 años, siendo la disnea el síntoma más frecuente. Aunque rara vez se disemina a distancia, su crecimiento progresivo, con el tiempo, lleva a la obstrucción del lumen traqueal. La TC es útil para caracterizar el tumor, pero la broncoscopía es el método preferido para el diagnóstico y la evaluación inicial. El tratamiento implica la resección quirúrgica de la tráquea, con márgenes negativos y anastomosis primaria. La radioterapia podría tener algún rol ante una resección quirúrgica incompleta o contraindicada. No hay experiencia en el uso de quimioterapia sistémica.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico extremadamente raro y con resultado favorable al realizar un diagnóstico y resolución quirúrgica temprana.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos y no fumador, que inicia su estudio por aparición de hemoptisis. Se realiza una tomografía computarizada (TC) que muestra una lesión endotraqueal sospechosa. La fibrobroncoscopía confirma una lesión polipoidea en la tráquea, a 5 cm de la carina, con biopsia inicial que informa metaplasia escamosa. Un mes después, una nueva fibrobroncoscopía revela un condrosarcoma grado 1. El PET-CT descarta lesiones a distancia. Posteriormente, se realiza una broncoscopía rígida en pabellón, identificando un tumor de 2 cm en la pared posterior y lateral derecha de la tráquea, que obstruye el 80% del lumen. Se realiza poda tumoral y la biopsia informa condrosarcoma grado 2. Finalmente, se lleva a cabo la cirugía resectiva traqueal con anastomosis término-terminal, sin incidentes.RESULTADO: Evoluciona favorablemente en su post operatorio, sin disfonía ni disfagia, siendo dado de alta al décimo día post quirúrgico. La biopsia diferida confirmó condrosarcoma grado 2, de 2 cm, con márgenes libres. Actualmente se encuentra en controles con fibrobroncoscopia e imágenes (TAC).CONCLUSIÓN: En conclusión, el siguiente trabajo se presentó por ser una patología extremadamente rara, que requiere de una adecuada evaluación y diagnostico para poder realizar un adecuado manejo de esta patología y evitar complicaciones, como son la obstrucción de la vía aérea, así como poder lograr un acuerdo internacional del mejor manejo quirúrgico, radioterapia y quimioterapia .

ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO DE DIFÍCIL MANEJO SECUNDARIO A RESECCIÓN PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisca Oyarce L., Laura Mancilla B., Luz Nava M., Camilo Cavalla C. Hospital Dr. Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: El enfisema subcutáneo masivo es la entrada de aire en el espacio subcutáneo de la pared torácica, con diseminación a tejidos blandos desde abdomen a cara, causando malestar, neumotórax, neumomediastino hasta paro cardiorrespiratorio. Es una de las complicaciones de la resección pulmonar y es por fístula alveolopleural. OBJETIVOS: Presentar caso infrecuente de enfisema subcutáneo masivo de difícil manejo.MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico y revisión de literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 74 años con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Hipertensión arterial, Tabaquismo y Diabetes Mellitus 2 (DM2) consulta por tos crónica. En Tomografía Computada (TC) destaca enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), enfisema pulmonar, imagen pseudonodular en lóbulo inferior derecho (LID) en Segmento 6 (S6) espiculada de 30 mm, sin adenopatías. Espirometría con patrón obstructivo. Prueba de difusión de monóxido de carbono (DLCO) 31%. Etapificación sin metástasis. Comité oncológico por tumor pulmonar LID cT2N0M0 Estadío IB decide segmentectomía S6 LID atípica amplia por videotoracoscopía (VTC) por sobre lobectomía dadas pruebas respiratorias. Se realiza cirugía con resección atípica de bula en lóbulo medio, pleurodesis e instalación de drenaje pleural. A los 4 días radiografía muestra expansión pulmonar casi total y leve enfisema subcutáneo. Se retira drenaje y alta. Al día siguiente, reconsulta por aumento de enfisema. TC de tórax evidencia neumomediastino y enfisema subcutáneo masivo. Se inicia kinesioterapia y broncodilatación por 1 semana. No mejora. Posteriormente se realiza incisión paraesternal en 2° espacio intercostal bilateral e instalación de sistema de cierre asistido al vacío (VAC). Evoluciona con leve mejoría. A la semana reinicia enfisema masivo. Se instala drenaje pleural. A las 2 semanas radiografía impresiona neumotórax derecho. Se coloca segundo drenaje pleural. Cumpliendo 5 semanas disminuye enfisema. Se realiza pleurodesis, retiro de drenajes y VAC, para alta. Sin recidiva.CONCLUSIÓN: La fístula alveolopleural (APF) es una comunicación patológica entre el parénquima pulmonar distal a un bronquio segmentario y el espacio pleural. Se presenta como neumotórax y si persiste más de 5 días se denomina fuga de aire prolongada (PAL). Factores predisponentes son del paciente (hombre, tabaquismo, DLCO menor al 80%, DM2, EPID, EPOC, enfisema buloso, uso de corticoides, edad avanzada), de la técnica quirúrgica (cisuras incompletas, suturas mecánicas defectuosas) y errores en manejo de drenaje pleural. Generalmente se resuelve con manejo conservador porque es autolimitado y benigno. Como manejo se sugiere drenaje pleural, pleurodesis, dispositivos de medición de fuga aérea y/o drenajes subcutáneos, los cuales deben individualizarse según gravedad y condiciones del paciente.

EMPIEMA NECESSITATIS, REPORTE DE UN CASO

Patricio Troncoso Rozas, Roberto Mora GodoyHospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: *Empiema Necessitatis* (EN) es una rara complicación del empiema pleural, donde la infección se extiende hacia tejido blando adyacente, sin respetar barreras anatómicas. Se presenta típicamente como inflamación de tejido blando en pared torácica, pudiendo extenderse cefalocaudalmente, con menos frecuencia hacia esófago, mama, retroperitoneo, peritoneo, pericardio y paravertebral.OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Reporte de caso: Hombre de 64 años con antecedente de insuficiencia cardíaca, presenta cuadro de 15 días de tos hemoptoica, fiebre y tumoración dolorosa en parrilla costal derecha de 10 cm de diámetro. Al ingreso hipotenso, proteína C reactiva 16,9 mg/dL, leucocitos 12.000/uL. Tomografía computada (TC) de tórax revela derrame pleural loculado con paredes gruesas y posible absceso perihepático asociado. Laparoscopía exploradora sin hallazgos perihepáticos. Se explora cavidad pleural mediante mini-toracotomía, objetivando colección de 10 x 12 cm en celular subcutáneo en arco costal anterolateral derecho, sumado a empiema derecho organizado con múltiples tabiques y detritus. Se realiza aspiración de 1 litro aproximado de líquido francamente purulento y fétido, desbridación digital y pleurostomía conectada a drenaje aspirativo. Evoluciona con disminución de parámetros inflamatorios, pero escasa reexpansión pulmonar y cese de oscilación de pleurostomía, decidiéndose realizar fibrinólisis con Alteplase diluido vía pleurostomía. Presenta luego cuantioso débito serohemático, profundización de anemia e hipotensión, por lo que se traslada a Unidad de Paciente Crítico, presentando días después neumonía por virus Influenza A con signos congestivos, requiriendo terapia depletiva y manejo avanzado de vía aérea. TC de control muestra colección en lóbulo inferior derecho y subfrénica ipsilateral que impresiona como hematoma subcapsular en regresión. Nueva toracotomía encuentra coágulos antiguos con signos de sobreinfección, realizándose aseo y nueva pleurostomía. No se aísla germen en cultivos ni por técnicas de detección molecular. Evoluciona con mejoría clínica y disminución de parámetros inflamatorios, indicándose alta hospitalaria.CONCLUSIÓN: Discusión: La mayoría de los casos de EN se relacionan a *Mycobacterium tuberculosis*, menos comúnmente a *Actinomyces* spp., *Streptococcus* spp. y *Staphylococcus aureus*, entre otros. Neoplasias malignas deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial. Se debe sospechar en todo paciente que se presente con una masa en pared torácica asociada a infección pulmonar. El tratamiento implica desbridación quirúrgica, removiendo toda colección de tejido inflamatorio, junto con antibioterapia dirigida al microorganismo involucrado. El pronóstico es favorable en caso de diagnóstico precoz.

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO RECURRENTE COMO PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ EN PACIENTE JOVEN

Francisco Jofré Campos, Galo Cárdenas Santacruz, Juan Pablo Blacutt TorresHospital Padre Hurtado.INTRODUCCIÓN: Neumotórax Espontáneo Recurrente como Presentación del Síndrome de Birt-Hogg-Dubé en paciente joven.OBJETIVOS: Este reporte de caso destaca la importancia de considerar enfermedades raras como el SBHD en pacientes con neumotórax espontáneo recurrente, promoviendo un enfoque diagnóstico y terapéutico integral para mejorar los resultados a largo plazo. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 21 años, sin antecedentes patológicos significativos, ingresó al Servicio de Urgencias por dolor escapular izquierdo irradiado a hombro y zona lumbar ipsilateral de 5 días de evolución. Al examen físico presentaba neumotórax izquierdo confirmado por radiografía de tórax. Se realizó pleurostomía con buena reexpansión pulmonar. La TAC de tórax evidenció múltiples lesiones quísticas subpleurales bilaterales en lóbulo medio y língula. Durante su hospitalización, experimentó episodios de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) manejados con verapamilo y cardioversión eléctrica. RESULTADO: Tratamiento y manejo: Tras el primer episodio, se realizó un estudio integral incluyendo TAC abdominal y análisis genético. La paciente fue diagnosticada con SBHD basado en la presencia de quistes pulmonares bilaterales, antecedente familiar de neumotórax, y la identificación de la variante patogénica c.518 del gen FLCN. Un mes después de su primer episodio, presentó un segundo neumotórax izquierdo y se llevó a cabo una pleurodesis por videotoracoscopia con biopsia pulmonar confirmatoria de enfisema subpleural. Resultados: La paciente mostró buena evolución postoperatoria con reexpansión pulmonar completa y ausencia de nuevos episodios de neumotórax. Los estudios complementarios incluyeron espirometrías normales y ecografía renal sin alteraciones. CONCLUSIÓN: Discusión: Este caso subraya la importancia de considerar el SBHD en pacientes jóvenes con neumotórax espontáneo recurrente y quistes pulmonares bilaterales. El diagnóstico se confirmó mediante criterios clínicos, imagenológicos y genéticos, destacando la relevancia del estudio genético para la identificación temprana de mutaciones en el gen FLCN. Conclusión: La identificación precoz del SBHD es crucial para implementar un manejo multidisciplinario que incluya vigilancia pulmonar y renal regular, y así prevenir complicaciones como tumores renales asociados.

CÁNCER DE PULMÓN MULTIFOCAL T4N1M0 (III-A) CON RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA TRAS TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA E INMUNOTERAPIA SEGUIDO DE CIRUGÍA

Matías Salazar P.[1], Raimundo Santolaya C.[2], José Ortega S.[2], Raúl Berríos S.[2], Gerardo Mordojovich R.[2], Manfred Zink R.[2], Jaime Anabalón T.[3], Javier Quilodrán P.[3], Pablo Pérez C.[2] [1]Residente Cirugía General, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago; [2]Servicio Cirugía, equipo Cirugía de Tórax, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo; [3]Servicio de Oncología, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo. INTRODUCCIÓN: El cáncer pulmonar continúa siendo la principal causa de muerte por cáncer mundialmente, a pesar de avances en prevención, diagnóstico y tratamiento. El pronóstico es influenciado por la etapificación al debut. Nuevas terapias han sido propuestas para el manejo de tumores avanzados resecables, como la quimioinmunoterapia neoadyuvante. OBJETIVOS: Presentar un paciente con cáncer pulmonar multifocal T4N1M0 que recibió neoadyuvancia con quimioinmunoterapia seguido de cirugía, logrando respuesta patológica completa. MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso con tratamiento neoadyuvante seguido de cirugía en Clínica Alemana de Santiago.RESULTADO: Paciente de 71 años, ex-tabáquico con hallazgo de masa pulmonar en TC de tórax. En estudio de etapificación, PET-CT revela masa pulmonar de 8 cm en lóbulo inferior derecho (LID), hipercaptante, con contacto amplio con pleura costal, leve derrame pleural laminar, sin nodularidad pleural. Además, nódulo hipercaptante de 28 mm en lóbulo superior derecho (LSD) y pequeñas adenopatías hiliares ipsilaterales hipercaptantes de aspecto secundario. El estudio endobronquial con ultrasonido revela linfonodos positivos para adenocarcinoma en estación hiliar 11Rs y masa. La función pulmonar: volumen espiratorio forzado en el primer segundo del 90% y capacidad de difusión del monóxido de carbono corregida del 51%. Se diagnostica cáncer pulmonar sincrónico de LID cT4N1M0 (etapa cIIIA) y LSD cT1cN1M0 (etapa cIIA). Es presentado a comité multidisciplinario que recomienda quimioinmunoterapia neoadyuvante con esquema CheckMate 816 (Cisplatino, Pemetrexed y Nivolumab). El control PET-CT muestra disminución en tamaño y captación de la masa en LID y lesión en LSD con estabilidad morfológica y leve reducción de captación. Se realiza cirugía; mediastinoscopía y videotoracoscopia con biopsias rápidas negativas de pleura y grupos linfonodales (2R, 4R, 4L, 7 y 9), seguida de segmentectomía no anatómica del LSD y lobectomía inferior para abordar masa pulmonar del LID. Procedimiento realizado sin incidentes. Alta hospitalaria al sexto día postoperatorio. Las biopsias no muestran signos de neoplasia residual en la resección segmentaria ni tumor viable residual (0%) en la lobectomía, con cambio fibroinflamatorio (74%) y necrosis (26%). Linfonodos 0/47. La respuesta patológica es completa, ypT0N0M0, estadio 0. A los seis meses, está asintomático y sin signos de recidiva. CONCLUSIÓN: El uso de terapia neoadyuvante ha demostrado un incremento significativo en la supervivencia libre de enfermedad y respuesta patológica completa en pacientes que debutan con etapas avanzadas. En el caso de nuestro paciente, la utilización de quimioinmunoterapia neoadyuvante significó menor morbilidad quirúrgica y respuesta patológica completa, desescalando hasta estadio 0. Por el momento, el paciente se encuentra en seguimiento, sin necesidad de adyuvancia.

DESCENTRALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA EN CHILE: PRIMERA LOBECTOMÍA EN MANGUITO CON VERDE INDOCIANINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

María José Muñoz U., Fernanda Urrea C., María Nelly Muñoz U., Barbara Paredes P., José Miguel Barrientos V., Jenny Colmenares F., Lorena Pérez S., Marcelo Santelices B. Hospital Regional de Talca, Chile, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: Publicada por primera vez en 1947, la lobectomía en manguito es incluida entre las resecciones pulmonares broncoplásticas, las cuales son resecciones anatómicas que implican un procedimiento bronquial con una plastia o resección y corresponden a un 5-8% de todas las resecciones pulmonares por cáncer. En este caso se usó verde indocianina, una tinción fluorescente visible con luz cercana al infrarrojo, que permite evaluar la perfusión de los cabos bronquiales a anastomosar, ayudando a disminuir morbilidades asociadas. OBJETIVOS: La lobectomía en manguito permite que pacientes que previamente tenían indicación de neumonectomía, puedan optar a una cirugía con menor morbilidad y mortalidad o en caso de tener una función pulmonar limitada puedan ser resecables, al preservar mayor cantidad de parénquima pulmonar, sin perder su beneficio oncológico. Asociar el uso de verde indocianina permite disminuir sus morbilidades asociadas al poder evaluar la perfusión de los cabos a anastomosar. La posibilidad de poder extender cirugías más complejas de especialidad a regiones brinda oportunidad y acceso a una población en su mayoría rural como es la región del Maule, haciendo un llamado a extender este tipo de experiencias en otras comunidades.CONTENIDO DE VIDEO: Mujer de 55 años, tabaquismo activo de 8 cigarrillos/día, asma y obesidad. En contexto de Coronavirus 19 en 2022 se realiza tomografía axial computarizada evidenciando masa pulmonar en segmento apical del lóbulo inferior izquierdo con ocupación endoluminal del bronquio principal izquierdo. Retoma estudios en 2023 con fibrobroncoscopia confirma obstrucción del bronquio fuente izquierdo, Biopsia informa tumor carcinoide típico. Tomografía por emisión de positrones sin evidencia de diseminación a distancia. Se realiza en Hospital Regional de Talca una lobectomía inferior izquierda en maguito con verde indocianina por toracotomía izquierda, con postoperatorio favorable.

DISFAGIA LUSORIA POR ARTERIA SUBCLAVIA ABERRANTE, EN DEBUT DE TUMOR DE MEDIASTINO

María José Muñoz U., María Nelly Muñoz U., Fernanda Urrea C., Bárbara Paredes P., Catalina Sotelo A., Cristian Muñoz S., José Miguel Barrientos V., Jenny Colmenares F., Lorena Pérez S., Marcelo Santelices B. Hospital Regional de Talca, Chile, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: La disfagia lusoria es una causa poco conocida de disfagia mecánica por compresión extrínseca, debida a una anomalía congénita donde la arteria subclavia derecha se origina en el lado izquierdo del arco aórtico y cruza detrás del esófago. Presente en el 1-2% de la población, aunque los síntomas son raros, suelen descubrirse de manera incidental.OBJETIVOS: Exponer diagnósticos diferenciales de disfagia mecánica.MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un caso clínico.RESULTADO: Mujer de 54 años, Hipertensa. Inicia en agosto de 2023 con disminución de la agudeza visual y ptosis palpebral del ojo derecho, sin otras alteraciones al examen físico. Se realiza resonancia magnética que reveló una secuela leve de un accidente vascular encefálico previo. Luego se asoció disfagia severa, reflujo y opresión torácica, se decide efectuar una Endoscopia Digestiva Alta normal con hallazgos de compresión extrínseca; por lo cual, se complementa con Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax donde se visualiza lesión tímica de 56x33x63 centímetros, nódulos bilaterales pulmonares de 3 milímetros y arteria subclavia aberrante con compresión esofágica. Se traslada al Hospital Regional de Talca, donde se diagnosticó miastenia gravis con Electromiografía compatible y anticuerpos contra el receptor de acetilcolina positivos. Fue tratada con Bromuro de Piridostigmina y Prednisona, y se le realizó una timectomía. Se fue de alta persistiendo leve disfagia. Posteriormente, recibió radioterapia adyuvante. Actualmente, se encuentra en seguimiento semestral, con TAC de tórax normal, deglución funcional y seguimiento por fonoaudiologíaCONCLUSIÓN: Este caso destaca la complejidad del diagnóstico diferencial en disfagia, revelando el debut de un timoma mediastínico en una paciente con arteria subclavia aberrante. El tratamiento multidisciplinario resultó en una evolución favorable. Esto subraya la importancia de un diagnóstico integral y un manejo coordinado.

ABORDAJE QUIRÚRGICO EN DOS TIEMPOS DE TUMOR DE MEDIASTINO POSTERIOR CON EXTENSIÓN CERVICAL, LIPOSARCOMA DE MEDIASTINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Fernanda Urrea C., María José Muñoz U., María Nelly Muñoz U., Barbara Paredes P., Gabriela Segura D., Catherin Marulanda S., José Miguel Barrientos V., Jenny Colmenares F., Lorena Pérez S., Marcelo Santelices B. Hospital Regional de Talca, Chile, Servicio de Cirugía.INTRODUCCIÓN: El Liposarcoma de mediastino es una entidad poco común (<1% de los liposarcomas) que generalmente se presenta con clínica secundaria a compresión de estructuras vecinas por el tamaño tumoral que puede alcanzar. Se presenta un caso de Liposarcoma de mediastino posterior, describiendo la técnica quirúrgica empleada para su resolución.OBJETIVOS: Proponer alternativas de abordaje quirúrgico exitosas en Liposarcoma de Mediastino.CONTENIDO DE VIDEO: Mujer de 20 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro respiratorio alto y disnea nocturna incipiente. Se realiza tomografía de tórax que evidencia masa en mediastino postero superior sugerente de liposarcoma de 12x6.5x9.5 cm. Se complementa estudio con Resonancia Magnética que muestra masa en el mediastino superior compatible con liposarcoma, Endoscopia Digestiva Alta sin compromiso luminal ni compresión extrínseca y Tomografía por emisión de Positrones sin compromiso secundario. Se decide cirugía como tratamiento inicial, el 28/03/2024. Primer tiempo cervicotomía longitudinal derecha con prolongación transversa identificando el polo superior de lesión lipomatosa que se libera de todas sus adherencias. Se continua con segundo tiempo, por toracoscopia derecha a través de 3 puertos se luxa el tumor a la pleura derecha y seccionan todas sus adherencias hasta extraerlo. Se finaliza con endoscopia digestiva alta que no muestra lesiones de la mucosa esofágica. Biopsia informa formación tumoral bien delimitada constituida por adipocitos con moderada variación de tamaño celular y nuclear, estroma mixoide con células fusadas bipolares sin atipias y concluye Lipoma Atípico de células fusadas. Evoluciona favorablemente en su post operatorio, con alta al cuarto día. Actualmente se encuentra en controles ambulatorios sin recidiva.

BULLA GIGANTE VS NEUMOTÓRAX: REPORTE DE UN CASO

Alfredo López P., Gabriela Sarabia S., Paz Marín M., Jairo Torres R., Verónica Hernández R.Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: Una bulla corresponde a un espacio aéreo en el pulmón de más de 1 centímetro de diámetro. Tienden a aumentar de tamaño con el tiempo; aquellas que ocupan más del 30% del hemitórax son conocidas como “bullas gigantes”. Su incidencia es desconocida, pero se considera una afección infrecuente. Pueden presentarse como un hallazgo en pacientes asintomáticos o con disnea de esfuerzo o reposo. Como principales factores etiopatogénicos encontramos el tabaquismo, consumo de marihuana o drogas intravenosas, VIH, entre otros.OBJETIVOS: Presentar caso clínico de bulla gigante inicialmente diagnosticado como neumotórax. Posteriormente revisar la bibliografía disponible.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de ficha clínica del paciente y literatura.RESULTADO: Paciente femenina de 37 años, sin antecedentes, refiere tos con expectoración persistente y dolor torácico pleurítico. Ingresa al servicio de urgencias derivada desde atención primaria por radiografía de tórax que evidencia neumotórax izquierdo. Se toma tomografía de tórax, que informa neumotórax izquierdo moderado. Al ser analizado por equipo de cirugía torácica, se advierte una bulla que compromete más del 30% del hemitórax izquierdo con desviación del mediastino hacia contralateral, simulando un neumotórax. Se diagnostica bulla gigante. Se somete a bullectomía por videotoracoscopia, evolucionando de forma favorable.CONCLUSIÓN: Las bullas gigantes suelen detectarse con una radiografía de tórax. Muchas veces es un desafío diferenciarlas de un neumotórax. Para ello se debe prestar atención a la línea pleural. La línea pleural asociada a una bulla gigante suele ser cóncava hacia la pared torácica lateral, mientras que la línea pleural asociada a un neumotórax es convexa. En la tomografía computada es de utilidad el “signo del abrazo”. En este, el pulmón rodea a la bulla “abrazándola”, mientras que en el neumotórax se ve lo contrario; aire rodeando al pulmón. El manejo depende de la sintomatología y la presencia de complicaciones. En pacientes asintomáticos se puede optar por un manejo conservador. En aquellos sintomáticos o que no responden a terapia farmacológica, se debe considerar la bullectomía. Esta consiste en la resección quirúrgica de la bulla a través de videotoracoscopía. Otras indicaciones de cirugía en bullas gigantes son: neumotórax espontáneo secundario y desviación mediastínica. Este caso resulta interesante por su baja frecuencia y por el contexto clínico atípico de la paciente. Durante la revisión bibliográfica nos percatamos de que existe escasa información enfocada en la distinción imagenológica entre una bulla gigante y un neumotórax, por lo que consideramos enriquecedor mencionarla en este trabajo.

RESECCIÓN DE TUMORES NEUROGÉNICOS INTRATORÁCICOS DE UBICACIÓN COMPLEJA MEDIANTE CIRUGÍA TORÁCICA ASISTIDA POR ROBOT

Javier Vega S., Gretchen Günther A., Javier Lagos R., Antonia González C., Tomás Garrido M., Matías Gutiérrez F., David Lazo P., Huáscar Rodríguez G., Alejandro Ferreira C., Felipe Undurraga M.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: Los tumores neurogénicos corresponden al 25% de los tumores primarios de mediastino y constituyen el 75% de los tumores de mediastino posterior. Se originan de las células de la cresta neural embrionaria y son en su mayoría benignos, sin embargo, por su ubicación pueden provocar serias complicaciones. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. OBJETIVOS: Nuestro propósito es presentar la primera serie de pacientes con tumores neurogénicos intratorácicos de ubicación compleja resecados por cirugía torácica asistida por robot (RATS) en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes portadores de tumores neurogénicos intratorácicos de ubicación compleja, operados con RATS en el HCSBA entre marzo de 2023 y mayo de 2024. Se consideró como ubicación compleja a aquel tumor en contacto directo con estructuras vasculares o neurales mediastínicas. Se excluyeron aquellos tumores neurogénicos de ubicación no compleja. Se consideraron las siguientes variables: edad, género, síntomas, conversión a toracotomía, tiempo operatorio, histología, tamaño tumoral, días de hospitalización, complicaciones postoperatorias y mortalidad a 30 días.RESULTADO: Se estudió un total de 4 pacientes. La edad promedio fue de 60 años (54-74) con una predominancia del género masculino (3 pacientes). El síntoma más frecuente fue la tos (3 pacientes). No hubo conversión a toracotomía y el tiempo operatorio promedio fue 119 minutos (59-160). La histología más comúnmente observada correspondió a schwannoma (3 pacientes), siendo el tamaño tumoral promedio 51 mm (35-86). La estadía hospitalaria promedio fue 48 horas (24-72), con EVA promedio de 4 al día 1 postoperatorio y no hubo complicaciones postoperatorias ni mortalidad a 30 días.CONCLUSIÓN: La resección de tumores neurogénicos suele ser un desafío quirúrgico por su localización anatómica. Sin embargo, gracias a las técnicas mínimamente invasivas, particularmente la RATS, se ha logrado disminuir considerablemente la morbimortalidad de este procedimiento y reducir la estadía hospitalaria. Gracias a que el HCSBA cuenta con cirugía robótica, ha sido posible obtener resultados concordantes con los descritos en la literatura internacional.

CIRUGÍA TORÁCICA ASISTIDA POR ROBOT (RATS): RESULTADOS A UN AÑO DE INICIADO EL PROGRAMA EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Huáscar Rodríguez G., Alejandro Ferreira C., Javier Vega S., David Lazo P., Gretchen Günther A., Antonia González C., Tomás Garrido M., Matías Gutiérrez F., Javier Lagos R., Pedro F. Undurraga M.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: Con la llegada del sistema Da Vinci®, el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) se convirtió en el primer hospital público de Chile en implementar una unidad de cirugía torácica robótica asistida (RATS), cuya tecnología trae considerables beneficios en el manejo quirúrgico de los pacientes. Esto abre las puertas a los usuarios del sistema público para acceder a una prestación que hasta la fecha solo existía en el sistema privado. OBJETIVOS: El propósito de este trabajo es plasmar los resultados preliminares del programa de RATS a la fecha.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo. Se analizaron de manera retrospectiva los pacientes operados por RATS con el sistema Da Vinci® en el HCSBA entre diciembre del 2022 y mayo del 2024. Se excluyeron los pacientes operados por otros abordajes. Se consideraron las siguientes variables: género, edad, tiempo de docking, tiempo de consola, sangrado intraoperatorio, dolor postoperatorio en los días 1, 7 y 30 medida por escala visual análoga (EVA), días de hospitalización, días de drenaje pleural, conversión a toracotomía, complicaciones postoperatorias y mortalidad a 30 días.RESULTADO: Se realizaron 53 cirugías, la mayoría de los pacientes era de género masculino (27). La mediana fue de 66 años (10-85). El tiempo promedio de docking fueron 9 minutos (2-19) y el de consola 104 minutos (18-300). El sangrado promedio fue 122 ml (10-900) y del dolor postoperatorio EVA 3 en el primer día (0-8), EVA 1 a los 7 días (0-3) y EVA 0 a los 30 días (0-3). El tiempo promedio de drenaje pleural fueron 2 días (0-7) y de hospitalización 3 días (1-9). El 1,8% de los casos requirió conversión a toracotomía y el 7,5% presentó complicaciones postoperatorias. No hubo mortalidad a 30 días. CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos en esta experiencia al primer año de iniciado el programa, confirman la seguridad y viabilidad del abordaje robótico en la cirugía torácica del sistema público nacional, disminuyendo los días de hospitalización, la tasa de complicaciones, la intensidad y duración del dolor postoperatorio, siendo estos datos concordantes con los publicados en las series internacionales.

DESARROLLO DE PROGRAMA DE EBUS-TBNA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DE UN CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO DOCENTE. RESULTADOS A 1 AÑO

Pedro F. Undurraga M., Huáscar Rodríguez G., J. Marín A., Cristoph Scheel B., Alejandro Ferreira C., Javier Vega S., Matías Gutiérrez F., Barbara Rodríguez G., Silvana Gatta C., David Lazo P.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: La aspiración con aguja fina transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) se ha posicionado como una herramienta de diagnóstico revolucionaria para las enfermedades pulmonares y mediastínicas. Ofrece una alternativa mínimamente invasiva, un rendimiento diagnóstico superior y garantiza mayor seguridad en comparación con técnicas invasivas tradicionales.OBJETIVOS: Describir los resultados a un año de desarrollo del programa EBUS-TBNA del servicio de cirugía torácica en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA).MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo, serie de casos de pacientes sometidos a EBUS-TBNA en el Servicio de Cirugía Torácica HCSBA entre mayo 2023 y mayo 2024. Se incluyó pacientes mayores de 18 años con lesiones adyacentes a la vía aérea central (linfonodos, nódulos o masas pulmonares), con estudio previo imagenológico (PET-CT y/o TC de tórax). Se analizaron variables según su naturaleza mediante indicadores de tendencia central y porcentajes.RESULTADO: Se estudiaron 103 pacientes, con mediana de edad de 66 años, 51% mujeres y 49% hombres. Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general, con máscara laríngea, utilizando equipo Olympus (BF-UC180F) con aguja 21G. Se realizó un mínimo de 3 punciones por estación linfonodal. Todas las muestras fueron analizadas con biopsia rápida (ROSE) para determinar suficiencia de la misma. Un 48% (49) de los procedimientos fue para etapificación, de los cuales 71% (35) fueron por cáncer pulmonar. El 52% (54) fue para diagnóstico de masas pulmonares o mediastínicas. La mayoría de las muestras fueron del grupo 7 (37%) y 4R (28%). Un 10% de los linfonodos medían <10 mm y 50%, >20mm. El rendimiento total fue de 94,2%, con 97/103 casos informados como muestra suficiente y 5,8% (6) insuficientes. Para los linfonodos <10mm, el rendimiento fue de 90% y para los >20mm, 96%. Los resultados de anatomía patológica informaron adenocarcinomas en 21,4% (22), carcinoma escamoso 5,8% (6), otros diagnósticos 19,4% (20) y 47,6% (49) muestras negativas para neoplasia. Un 1,9% (2/103) de pacientes presentaron insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo hospitalización y soporte por 24 horas. No hubo otras complicaciones. CONCLUSIÓN: Nuestra serie actual presenta un rendimiento y seguridad comparables a las series internacionales, presentando al EBUS-TBNA como una técnica útil y posible de implementar en los servicios de cirugía torácica de nuestro sistema público, tanto para etapificación de cáncer pulmonar, cómo para diagnóstico de otras patologías pulmonares y mediastínicas.

NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PULMÓN Y TERAPIAS TARGET, EXPERIENCIA RECIENTE DE INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX

Belén Pedraza J., Matías Osorio R., Ana Velásquez A., Bárbara González E., Diego Barros C., María Saavedra V., Cristina Fernández F., Jaime Fernández R., Jacqueline López R., Virginia Linacre S.Instituto Nacional del Tórax.INTRODUCCIÓN: En pacientes con CPCNP, seleccionados y potencialmente resecables, se considera la indicación de quimioterapia neoadyuvante, sin embargo, ésta no ha tenido resultados importantes respecto a sobrevida (5% a 5 años) y recurrencia. Recientemente, estudios referentes a esquemas de manejo perioperatorio basadas en quimioterapia asociado a inmunoterapia (QT/IO) han tenido un gran despliegue demostrando beneficio en sobrevida libre de progresión y respuesta patológica.OBJETIVOS: Descripción de los casos de cáncer de pulmón operados en el INT, que recibieron neoadyuvancia (QT o QT+IO), discutir los resultados e incentivar la incorporación de nuevas terapiasMATERIAL Y MÉTODO: Revisión descriptiva y retrospectiva de fichas de pacientes que recibieron neoadyuvancia desde junio 2021 a diciembre 2023 en estadios IIB y IIIA en el Instituto nacional del tórax. Tabulación de datos respecto a: descripción general, oncológica, neoadyuvancia, datos quirúrgicos, respuesta patológica, sobrevida, progresión y mortalidad.RESULTADO: De los 13 casos, 5 recibieron terapia combinada y 8 QT. 12 completaron tratamiento (4 terapia combinada). Mediana edad 65 años. Estadio IIB (4) y IIIA (8). Adenocarcinoma 69%. Mutaciones no presentes en 7 casos (58%). Expresión de PDL-1: 7 casos (58%) presentaron <1%. Neoadyuvancia: 8 casos QT; 2 casos recibieron terapia combinada (2 QT+Nivolumab, 1 QT+ Gefitinib); 1 paciente recibió Alectinib monoterapia. Eventos adversos 3 casos G3, 2 de ellos en terapia combinada. Respecto a la cirugía: 11 lobectomías, 1 bilobectomía, 0 neumonectomías. Abordaje: toracotomía (8) y VATS (4), este último con tiempo quirúrgico y estadía hospitalaria menor. Se logró R0 en 11 casos. Sin complicaciones post operatorias ≥G3. Respuesta patológica completa: 2 casos (QT+ nivolumab/ alectinib). Mayor: 2 casos (1 QT sola/ 1 QT+gefitinib). Sin respuesta: 8 casos (7 QT sola/ 1 QT+nivolumab). Progresión: 1 paciente, 15 meses post cirugía. Mortalidad: 1 paciente (grupo solo QT) 17 meses post cirugía.CONCLUSIÓN: En la serie presentada podemos ver que el grupo de pacientes que recibió neoadyuvancia QT/IO y alectinib evidenciaron respuesta patológica completa, lo que no ocurrió en ningún paciente que recibió QT en base a platino. Estos resultados se obtienen sin aumentar los eventos adversos por fármacos ni quirúrgicos. Se observó disminución de tiempo quirúrgico y estadía hospitalaria en el grupo operado por VATS. La mediana de sobrevida alcanza a 15 meses con datos aún inmaduros. Recientemente se aprobó en nuestra institución el uso de nivolumab para neoadyuvancia, por lo que esperamos que los resultados sean prometedores y abre una ventana para seguir avanzando en la terapia dirigida.

ABORDAJE TORACO - ABDOMINAL EN TUMORES DEL MEDIASTINO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

María Valle B., Carolina Rivas F., Cristian Astorga L., Juan Cheyre F., Erwin Buckel G., Fernando Olguín H., Patricio Fernández A.Hospital DIPRECA.INTRODUCCIÓN: Los tumores mediastínicos representan menos del 10% de las lesiones torácicas, siendo un desafío para el cirujano debido a su ubicación cercana a estructuras vitales y tamaño, debiendo buscar abordajes multidisciplinarios para su resección. Se presentan 2 casos clínicos con abordaje toracoabdominal multidisciplinario para tumores complejos.OBJETIVOS: no aplica.MATERIAL Y MÉTODO: no aplica.RESULTADO: Hombre, 51 años, consulta por tos productiva y compromiso del estado general. Tomografía computada (TC) de Tórax contrastado informa tumor de mediastino anterior de 9.4x9.3cms, hipermetabólico en PET-CT (SUVmax 5.3), con biopsia preoperatoria compatible con hamartoma y atelectasia completa del pulmón izquierdo. Se realizó resección de tumor mediastínico y neumonectomía izquierda en Circulación Extracorpórea (CEC). Biopsia diferida informó tumor mesenquimático, áreas de Leiomiosarcoma (Grado 3) y Liposarcoma (Grado 3). Seis años después presenta lesión nodular adyacente al surco atrioventricular izquierdo de 38x30mm, hipermetabólica, sospechosa de recidiva, que se reseca integra con abordaje transabdominal por vía transdiafragmática más linfadenectomía aórtica. Biopsia compatible con liposarcoma mixoide (Grado 2). Estadía hospitalaria total de 8 días, con 3 días en cuidados intermedios y manejo analgésico multimodal con bomba de bupivacaína controlada por el paciente (PCA) por 72horas y antiinflamatorios no esteroidales (AINES). Nueva sospecha de recidiva 3 meses posteriores, con nódulo adyacente a aurícula y ventrículo izquierdo de 50x41x39mm con extensión a región superior abdominal contactando pared gástrica; se reseca nuevamente por la misma vía sin complicaciones quirúrgicas. Biopsia informa fibromatosis desmoides extrabdominal. Actualmente, permanece en seguimiento. Hombre, 41 años, antecedente de tumor cerebral resecado, cuya biopsia informó metástasis de tumor de saco vitelino. TC de Tórax contrastado informa gran lesión expansiva paramediastínica inferior a derecha, adyacente al diafragma, de 17x14x14cm que infiltra región perihiliar derecha, en íntimo contacto con esófago al cual desplaza; Alfa-Fetoproteína en 11000 y BHCG <2.39. Se realiza resección R0 a través de toracofrenolaparotomía derecha en bloque con lóbulo inferior derecho y diafragma. Estadía hospitalaria de 14 días, 5 días en intermedios, manejo analgésico con PCA, AINES y tramadol. Biopsia informó teratoma maduro sin neoplasia germinal viable. Seguimiento de 3 años, sin recidiva CONCLUSIÓN: Estos casos demuestran que el abordaje toracoabdominal es una vía factible para la resección completa de tumores extensos del mediastino o cuando el acceso vía toracotomía puede ser complejo debido a cirugías previas, con estadía hospitalaria menor a 15 días y manejo analgésico similar al de un abordaje tradicional en el post operatorio.

NEUMONECTOMÍA POR METÁSTASIS DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES, REPORTE DE UN CASO

Bárbara González E., Belén Pedraza J., Diego Barros C., Lorena Sánchez O., Francisco Jofré C., Ana Velásquez A., Virginia Linacre S., Valeria Abiuso B.Instituto Nacional del Tórax.INTRODUCCIÓN: El tumor de células gigantes, dentro de los tumores óseos benignos es el más agresivo con tasas de recurrencia local de 40%, se presenta en pacientes entre los 20 y 40 años y habitualmente en huesos largos. El 3% de los casos se pueden presentar variables malignas, que pueden derivar a metástasis pulmonares en el 1% de los casos. Las metástasis son generalmente de comportamiento benigno con un pronóstico favorable en el 70%, sin embargo, en algunos casos se pueden generar múltiples lesiones y comprometer la función pulmonar.OBJETIVOS: Presentamos el caso de un paciente con antecedente de tumor de células gigante de extremidad y que presenta metástasis pulmonar 23 años desde diagnóstico y tratamiento inicial. Se describe resolución quirúrgica de metástasis pulmonares. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva y descriptiva de caso clínicoRESULTADO: Paciente masculino de 38 años con antecedentes de tumor de células gigantes en tibia proximal derecha operado hace 23 años (curetaje e injerto óseo) y reoperado al año siguiente por osteomielitis donde se realizó resección y prótesis. Seguimiento evidencia lesiones en hemitórax derecho. En PET-CT se visualizan 2 masas paramediastínicas derechas, sin aumento del metabolismo de 52x48mm y nódulos pulmonares bilaterales, de hasta 12mm en LSD hipermetabólicos. Se decide resección quirúrgica con intención R0, considerando antecedente de tumor de células gigantes el cuál podría presentar comportamiento maligno. Resección realizada vía toracotomía, lesión de LSD y LID compatibles con sarcoma en biopsia rápida, además se evidencia compromiso tumoral de la vena pulmonar inferior, por lo que se decide completar la neumonectomía. En el lóbulo superior se evidencia compromiso del tronco anterior, lo que requirió control intrapericárdico. Disección ganglionar mediastínica grupo 7 sin evidencia de neoplasia. Se realiza cobertura de muñón bronquial con pleura parietal. Buena evolución post operatoria, alta al 5to día. Biopsia definitiva informa nódulo LSD compatible con metástasis de tumor de células gigantes óseo y otras lesiones de LSD y LID evidencian lesión formadora de hueso con tejido adiposo y centro fibroso. Ganglios grupo 7 y 4R negativos. Presentado a comité oncológico y se decide seguimiento con imágenes. Actualmente paciente sin evidencia de recidiva con 4 meses de seguimiento. CONCLUSIÓN: Las metástasis pulmonares de tumor de células gigantes óseas son poco frecuentes y requieren un tratamiento agresivo para asegurar una resección completa y mejorar el pronóstico del paciente. Al ser una patología muy poco frecuente y cuya resolución radica en la resección quirúrgica, debe mantenerse seguimiento a largo plazo.

CIERRE DE VENTANA DE CLAGETT EN EMPIEMA POST NEUMONECTOMÍA POR NEUMONÍA NECROTIZANTE. REPORTE DE UN CASO

Nicolle Pinto V.[1], Antonia Cepeda P.[2], Pablo Pérez C.[3], Hugo Álvarez M.[3], Diego Paredes G.[3], Rubén Valenzuela M.[3]Hospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: La neumonía necrotizante es una forma grave de neumonía caracterizada por abscesos y cavitaciones en el parénquima pulmonar. El tratamiento es principalmente médico: Antibióticos y soporte hemodinámico y ventilatorio. La cirugía se asocia a alta morbimortalidad por lo que es opción sólo cuando el manejo médico falla. La principal complicación es el empiema postneumonectomía. La toracostomía en ventana es una opción para casos refractarios. El procedimiento de Clagett consiste en una fenestración y posterior cierre de la pared torácica con relleno de la cavidad pleural.OBJETIVOS: Presentar, a través de un caso clínico, el manejo de empiema postneumonectomía y la técnica de cierre de ventana de Clagett.MATERIAL Y MÉTODO: Se describe el manejo de un caso de empiema postneumonectomía y la técnica de cierre de fenestración.RESULTADO: Paciente masculino, de 54 años, antecedente de policonsumo, en contexto de neumonía derecha necrotizante extensa, requiere ventilación mecánica invasiva prolongada. Ante falla del tratamiento médico y deterioro progresivo, se decide neumonectomía. Evoluciona con empiema pleural al séptimo día, requiriendo fenestración. Se descarta fístula broncopleural. Se instala sistema de presión negativa (VAC) dentro de la cavidad, completando 7 ciclos de VAC. Con cultivos de tejido y líquido pleural negativos, y con una disminución progresiva del volumen de la cavidad pleural de casi 2000 cc a menos de 500 cc, se decide el cierre de la fenestración. Se realiza plastía con malla de Goretex, fija con puntos pericostales de Ethibond, rellenando la cavidad con 480 ml de solución con 1 gr de Vancomicina y 160 mg de Gentamicina. Cierre de la pared con colgajo de avance del músculo serrato anterior cubriendo la malla en su totalidad. Se instala dispositivo Prevena por 7 días, sin dehiscencia de herida. La radiografía de control muestra la cavidad ocupada por líquido, sin complicaciones, y el paciente es dado de alta.CONCLUSIÓN: La neumonía necrotizante se asocia a alta morbimortalidad, requiriendo manejo quirúrgico en casos seleccionados. La resección dependerá de la extensión del compromiso pulmonar, incluso neumonectomía, como en este caso. La mortalidad aumenta en presencia de empiema postneumonectomía, que en casos refractarios requerirá una fenestración. El cierre es desafiante, tanto en temporalidad como en técnica, siendo una alternativa el uso de colgajos musculares y sistema VAC. En este caso, se logró el cierre definitivo del defecto, luego de 7 ciclos de VAC, con malla de Goretex y colgajo muscular, asociado a terapia de presión negativa y relleno de cavidad con solución antibiótica.

EXPERIENCIA EN LOBECTOMÍAS PULMONARES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DURANTE 2014 – 2024

Paulo Pereira B., Belén Tapia D., Antonia Gómez R., Pablo Velásquez M., Augusto Siccha V., Nelson Noriega S., Miguel Castellanos H.Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: La lobectomía pulmonar se define como la extirpación quirúrgica de un lóbulo del pulmón. Está indicada en diversas patologías pulmonares, ya sea benignas (infecciones, anomalías del desarrollo y sangrado) o malignas. Se puede realizar mediante tres abordajes: toracotomía abierta, asistida por robot y videotoracoscopia (VATS), siendo esta última la técnica de elección en muchos casos, debido a sus menores tasas de morbimortalidad. El propósito de este estudio es realizar un análisis de las lobectomías realizadas por el equipo de cirugía de tórax del Hospital Regional de Antofagasta.OBJETIVOS: Describir las características clínicas de los pacientes sometidos a lobectomías pulmonares en el Hospital Regional de Antofagasta entre los años 2014 y 2024.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo Se recopilaron 86 casos de pacientes sometidos a lobectomía pulmonar en Hospital Regional de Antofagasta entre los años 2014-2024. La información fue obtenida del programa interno “SICLOPE”, y los datos organizados mediante “Microsoft Excel”. No se declaran conflictos de interés. RESULTADO: Se revisaron un total de 86 casos durante el periodo descrito. La mayor cantidad de lobectomías se realizaron el año 2023 con un 16.3% (n=14). Sobre la población estudiada, un 61.6% (n=53) correspondía al sexo femenino, y un 38.3% (n=33) al sexo masculino. La edad promedio fue de 64.2 años en mujeres y 67.7 años en hombres. Se obtuvo que un 83.7% (n=72) habitaba en la región de Antofagasta. Se realizó abordaje inicial con VATS en el 50% (n=43) de las intervenciones, mientras que el resto fueron por toracotomía. El promedio de estadía hospitalaria fue de 9.5 días en VATS y 15.5 días en toracotomía. En el 22% (n=19) de los casos se registraron complicaciones postoperatorias, donde un 68% (n=13) se presentaron en toracotomías. En cuanto al diagnóstico, el 76.7% (n=66) tenían una biopsia compatible con cáncer pulmonar, seguido por lesiones metastásicas con un 9.3% (n=8). Se constataron antecedentes de tabaquismo en un 57.6% de los pacientes con cáncer pulmonar.CONCLUSIÓN: El bajo número de lobectomías realizadas en un centro quirúrgico de alta complejidad se relacionaría con la escasez de subespecialistas en el sistema público de la macrozona norte de Chile. Se plantea que las altas tasas de malignidad, junto con el promedio de edad al momento de la intervención, reflejarían el concepto de diagnóstico tardío en el cáncer pulmonar. En consecuencia, es indispensable minimizar el subdiagnóstico y optimizar los mecanismos de tamizaje precoz en poblaciones susceptibles.

TRAUMA TORACICO PENETRANTE QUE REQUIRIÓ MANEJO QUIRÚRGICO, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUERTO MONTT

Alessio Espinoza M.[1], Iván Alvarado G.[2], Verónica Vidal M.[1], John Bittner S.[3], Carlos Figueroa R.[41]Residente Cirugía General. Hospital Puerto Montt, Universidad San Sebastián Sede Patagonia; [2]Cirujano General, Servicio de Urgencia, Hospital Puerto Montt; [3]Interno Medicina, Universidad San Sebastián Sede Patagonia; [4]Cirujano Torácico, Servicio de Cirugía, Hospital Puerto Montt.INTRODUCCIÓN: El trauma torácico (TT) continúa siendo una causa importante de morbimortalidad en pacientes que ingresan a servicios de urgencias. Cuando se trata de Trauma Torácico Penetrante (TTP) la mortalidad asociada puede alcanzar hasta un 50%. Reportes nacionales evidencian que hasta el 70% es ocasionado por arma blanca y hasta un 10% por arma de fuego. El manejo oportuno y estandarizado nos permitirá identificar lesiones que potencialmente requerirán intervención quirúrgica, marcando el pronóstico del paciente.OBJETIVOS: Describir la experiencia acumulada de 5 años en el servicio de urgencia quirúrgica del Hospital Base de Puerto Montt (HPM) en relación a aquellos TTP que requirieron toracotomías de urgencia (TU).MATERIAL Y MÉTODO: Revisión descriptiva retrospectiva de todos los pacientes adultos con TTP que requirieron TU en HPM entre julio del 2018 a octubre del 2023, mediante revisión de fichas clínicas y confección de un protocolo de registro en Excel. Se consideraron variables demográficas, quirúrgicas y resultados perioperatorios a 30 días. RESULTADO: Se analizaron 43 pacientes. La población masculina fue la mayoría (n=39/43), la mediana de edad 33 años (19-74). El 69.8% fueron por arma blanca, 16.3% por arma de fuego y 14% por otro mecanismo (accidente vehicular, caída o iatrogenia). El 7% con politrauma concomitante y un 4% autoinflingido. Con respecto a las TU, 75% se realizaron en las primeras 7 hrs, motivadas en su mayoría por shock (27.9%) o criterio médico (27.9%). Sobre su abordaje, 41% fueron anterolaterales y 20.9% posterolaterales, 18,6% Clamshell, 11.6% videotoracoscopias y 11.6% esternotomías. Las lesiones principales incluyeron: 65.1% Hemotórax asociado o no a neumotórax, 32.6% herida penetrante cardíaca y 18.6% de lesiones grandes vasos. El promedio de días hospitalizados fue 13 (1-58), el 72% requirió UCI, con una estancia promedio de 5 días. El 83.8% requirió transfusiones. La mortalidad global fue de 20.9%. Se presentó PCR en 9% y 50% desarrolló alguna complicación médica.CONCLUSIÓN: Este estudio demuestra que la población más susceptible son hombres adultos. La tasa de mortalidad local en TTP es similar a cifras nacionales, 50% fue intraoperatorio y el 66.7% asociadas directamente al TT. Dos tercios presentan lesión pulmonar y un tercio lesión cardiaca, la toracotomía anterolateral fue de elección. Otras variables analizadas permiten destinar esfuerzos y recursos para la creación de protocolos locales de transfusión masiva, toracotomías en box, o manejo intensivo. La obtención de casuística local se convierte en un ejercicio obligatorio para disminuir la mortalidad posterior a la TU.

MANEJO DE TUMORES ENDOBRONQUIALES. MANEJO POR BRONCOSCOPIA INTERVENCIONAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS REPRESENTATIVOS

Pedro F. Undurraga M., Huáscar Rodríguez G., Alejandro Ferreira C., Javier Vega S., Jorge Marín A. Oriana Urbina C., Matías Gutiérrez F., Bárbara Rodríguez G., Silvana Gatta C., David Lazo P.Hospital Clínico San Borja Arriarán.INTRODUCCIÓN: Los tumores endobronquiales representan un desafío clínico significativo en cirugía torácica. La detección temprana y tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones severas como la obstrucción de la vía aérea. En las últimas décadas, las técnicas de broncoscopia intervencional han evolucionado, facilitando diagnósticos precisos y resección de lesiones con enfoques menos invasivos. Este estudio presenta dos casos tratados en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), donde se emplearon broncoscopias rígida y flexible con diversas técnicas de exéresis, destacando la eficacia de estas intervenciones en el manejo de tumores endobronquiales.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar dos casos clínicos tratados en el Servicio de Cirugía del HCSBA y evaluar la efectividad de las técnicas de broncoscopia rígida y flexible en el manejo de tumores endobronquiales.CONTENIDO DE VIDEO: Caso 1: Tumor endotraqueal, Manejo broncoscópico. Paciente masculino de 35 años con antecedentes de VIH en tratamiento desde hace 15 años. Seis meses de disnea progresiva. La tomografía axial computada de cuello y tórax mostró un tumor traqueal, tercio medio, que ocluía el 90% del lumen, sin signos de diseminación torácica ni cervical. Manejo por broncoscopia rígida asistida por Fibrobroncoscopia y Asa térmica logrando una exéresis del 80% de la masa tumoral. Durante el postoperatorio, el paciente evolucionó favorablemente, y la biopsia rápida confirmó la presencia de un tumor glómico. Caso 2: Tumor endobronquial, Manejo broncoscópico Paciente masculino de 45 años, fumador de cannabis hace 10 años. Derivado por episodios recurrentes de neumonía. La tomografía axial computada mostró un tumor en el bronquio principal izquierdo. Manejo por FBC para exéresis tumoral, donde se identificó un tumor endobronquial a un centímetro de la emergencia del bronquio principal izquierdo.Biopsia Rapida, negativa para neoplasia. Se utilizó disección con asa térmica y crioterapia para la extracción del tumor. La radiografía de tórax postoperatoria mostró expansión pulmonar completa. Paciente fue dado de alta a las 48 hrs. Biopsia Diferida confirmó Hamartoma. Estos casos subrayan la importancia de la broncoscopia intervencional como herramienta en el manejo de tumores endobronquiales, destacando su rol en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en la prevención de complicaciones graves.

CASO CLÍNICO: LESIÓN TRAUMÁTICA DE CONDUCTO TORÁCICO, UNA CONDICIÓN MÉDICA INFRECUENTE

Ana Frausto C., Tomás Álvarez L., Jairo Aceituno R., Javiera Eterovic O., Ana Muñoz C, Javier Palominos, Jairo Torres R.Hospital Félix Bulnes.INTRODUCCIÓN: La lesión traumática del conducto torácico es una condición infrecuente pero potencialmente grave por lo que se debe tener una alta sospecha para su oportuno tratamiento. OBJETIVOS: Se reporta caso clínico de un paciente masculino de 17 años que consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Félix Bulnes por herida subxifoidea por arma de fuego. MATERIAL Y MÉTODO: Al ingreso impresiona hemodinámicamente estable sin requerimiento de oxígeno suplementario, con piel y mucosas pálidas. Laboratorios destacan leucocitosis leve. Se realiza ECOFAST que evidencia líquido en espacio retroperitoneal, perihepático y periesplénico. TAC tórax, abdomen y pelvis impresiona derrame pleural derecho discreto, contusión pulmonar lóbulo inferior derecho, lesión hepática transfixiante, proyectil aparentemente localizado en espacio precavo y abundante líquido libre intraabdominal. Frente a clínica y estudio imagenológico, se realiza laparotomía exploradora que evidencia Bala ingresando a altura subxifoidea que transfixia el hígado segmento III (sangrado autolimitado), alojada prevertebral entre espacio intercavo aórtico sin lesionar grandes vasos, se obtiene 1400cc hemático, sin otras lesiones. Aseo con solución fisiológica e instalación de drenaje abdominal. En el postoperatorio evoluciona con disnea e imágenes compatibles con derrame pleural derecha masivo que colapsa pulmón ipsilateral con desviación del mediastino, pequeño neumotórax central, sin sangrado activo; se instala pleurostomía derecha dando 900 ml de líquido seroso. Estudio líquido impresiona turbio con Triglicéridos 268.67 mg/dL compatible con quilotórax. Se indica régimen cero y nutrición parenteral. Paciente mantiene débito de pleurostomía aproximadamente en 2.000ml diarios, no cumple con régimen cero a pesar de indicación médica por lo que el manejo médico se considera frustro finalizando intento al día por lo que se ingresa a pabellón para Videotoracoscopia asistida derecha, realizando ligadura selectiva de conducto torácico previa administración oral de crema de leche, decorticación pleuropulmonar, pleurodesis abrasiva y pleurostomía derecha.RESULTADO: Al tercer día posoperatorio se reanuda régimen oral, control radiográfico impresiona sin ocupación pleural retirándose pleurostomía sin incidentes, se indica alta hospitalaria. En control ambulatorio refiere asintomático, tolerando régimen oral, heridas quirúrgicas cicatrizadas. Radiografía torácica evidencia expansión pulmonar completa, sin derrame o condensación. Por evolución favorable, se da de alta.CONCLUSIÓN: Podemos concluir que el tratamiento puede ser inicialmente no quirúrgico a menos que no se logre disminuir el débito de la pleurostomía o el paciente no adhiera a la terapia, en este caso la cirugía se debe considerar para el manejo definitivo de la lesión del conducto torácico.

LOBECTOMÍA ROBÓTICA FRANCESA EN ADENOCARCINOMA PULMONAR BIFOCAL

Benjamín Belmar G., Manfred Zink R., José Ortega S., Raimundo Santolaya C., Pablo Pérez C., Nicolás Berríos C., Raúl Berríos S, Gerardo Mordojovich R.Clínica Alemana de Santiago, Departamento de Cirugía Torácica.INTRODUCCIÓN: La cirugía robótica asistida torácica (RATS) ha mostrado un gran desarrollo a nivel mundial, donde múltiples autores ya han descrito la posibilidad de desarrollar cirugías torácicas complejas asociadas a bajas tasas de morbimortalidad y resultados oncológicos comparables con técnicas convencionales. Las ventajas asociadas al RATS se basan en ofrecer una mayor precisión, mínima invasión y recuperación más rápida para los pacientes. En la actualidad múltiples plataformas robóticas están en desarrollo y se han realizado cirugías pulmonares en varias de estas, pero la más utilizada a nivel global corresponde al sistema da Vinci de Intuitive.OBJETIVOS: Mostrar una técnica estandarizada de lobectomía robótica (sistema daVinci Xi) asociado a linfadenectomía mediastínica en paciente con adenocarcinoma pulmonar bifocal. CONTENIDO DE VIDEO: Se observan los estudios preoperatorios del caso. Con el scanner (TAC) de tórax y el PET CT prequirúrgico, donde se determinó la presencia de un nódulo mixto apical en lóbulo inferior derecho (LID) de 24x18mm asociado a otro nódulo caudal de 10x5mm y adenopatías mediastínicas hipercaptantes. Los linfonodos fueron estudiados con EBUS y con biopsia rápida intraoperatoria siendo ambos negativos para neoplasia. Se observa la técnica quirúrgica estandarizada de la lobectomía robótica francesa, donde se abordan zonas de exposición y disección tanto ganglionar como parénquima pulmonar. Zona 1: Linfadenectomía ligamento pulmonar Zona 2: Linfadenectomía subcarinal Zona 3: Linfadenectomía paratraqueal derecha Zona 5: Disección intercisural e individualización lóbulo inferior derecho Disección, control vascular y sección de arteria y vena pulmonar inferior y disección y sección de bronquio lobar inferior derecho. Instalación de drenajes y prueba de expansión pulmonar.

MUCORMICOSIS PULMONAR: REPORTE DE DOS CASOS

Alejandra Riquelme, Emilio Alarcón, Roberto González, Felipe Alarcón, Fabrizio Fasce, Rodrigo Reyes, Enrique Seguel, Aleck Stockins, Loreto SpencerServicio de Cirugía y Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. INTRODUCCIÓN: La mucormicosis pulmonar es una enfermedad infecciosa emergente causada por hongos Mucorales. Se desarrolla principalmente en diabéticos mal controlados, neoplasias hematológicas y trasplante de órganos. Las presentaciones clínicas más frecuentes son la enfermedad rinocerebral y la infección pulmonar. OBJETIVOS: Reportar 2 casos de mucormicosis pulmonar.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso.RESULTADO: Caso clínico 1 Paciente de 57 Años, antecedente de trasplante cardíaco reciente por miocardiopatía dilatada. Ingresó por compromiso del estado general. Exámenes al ingreso destacó hiperglicemia de 640 mg/dL, iniciándose tratamiento de cetoacidosis diabética. Ecocardiograma sin disfunción de injerto. Durante hospitalización, presentó disnea y tos. Dada PCR positiva para Citomegalovirus se inició terapia antiviral. Tomografía tras 1 semana de tratamiento evidenció colección hidroaérea organizada en relación con hilio pulmonar izquierdo que sigue trayecto de vena pulmonar y bronquio lobar superiores izquierdos. Se realizó fibrobroncoscopia y lavado bronquio alveolar, con desarrollo de hongo filamentoso de hifas hialinas no septadas anchas, confirmando mucormicosis. Se inició anfotericina B liposomal. Fibrobroncoscopia de control evidenció lesión blanquecina en entrada de bronquio segmentario de lóbulo superior izquierdo y tejido necrótico hasta la carina lobar superior. Ante hallazgos, se discutió en comité multidisciplinario, decidiéndose neumonectomía izquierda, la que se realizó sin incidentes. Completó tratamiento antifúngico y se trasladó a hospital de origen. En seguimiento a 2 años, sin evidencia de complicaciones. Caso clínico 2 Paciente 27 años, antecedente de leucemia linfoblástica aguda, tipo B, en quimioterapia de rescate por recaída precoz. Durante hospitalización presentó fiebre, cefalea, congestión nasal y tos leve no productiva. Hemocultivos positivos para cocáceas gram positivas, iniciando terapia ajustada. Evolucionó con fiebre, alza de parámetros inflamatorios y hemocultivos positivos para S. mitis/oralis. Tomografía evidenció opacidad de relleno alveolar en el lóbulo inferior izquierdo, con patrón en halo reverso sugerente de origen fúngico, por lo que se inició Anfotericina B. Lavado Broncoalveolar con microscopía directa de muestra resultó positivo para mucormicosis. Se decidió resolución quirúrgica ese mismo día, realizándose lobectomía inferior izquierda, sin incidentes. Evolución post operatoria favorable, completó manejo con anfotericina B liposomal por 31 días. A 5 meses se seguimiento, paciente sin complicaciones. CONCLUSIÓN: La mucormicosis es una infección fúngica grave, con una mortalidad entre un 30-50% en los casos invasivos. El diagnóstico es histopatológico, siendo los cultivos habitualmente negativos. Dado que los hallazgos tempranos imagenológicos pueden ser inespecíficos, la sospecha clínica es fundamental. El tratamiento se basa en la terapia antifúngica y el desbridamiento o escisión quirúrgica precoz en casos seleccionados.

NEUMOTÓRAX PRIMARIOS ESPONTÁNEOS Y SU RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA, SERIE DE CASOS LOCAL DESDE AÑO 2018 A JUNIO 2024 EN HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Bárbara Merino A.[1], Catalina Retamal V.[1], Maximiliano Malzahn B.[1], Valentina Vega Q.[2], Juan Peraza F.[3], Oscar Ariscain J.[31]Interna/o de medicina, séptimo año, Universidad de Concepción; [2]Interna de Medicina, sexto año, Universidad Católica de la Santísima Concepción; [3]Cirujano de Tórax, Servicio de Cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano.INTRODUCCIÓN: El neumotórax espontáneo primario (NEP) tiene una incidencia anual de 15.5 a 22.7 cada 100000 habitantes.(1) La recurrencia del NEP varía entre un 25 a 54%(1). Fumar es el principal factor de riesgo para desarrollar NEP (2). El NEP típicamente ocurre en reposo (80%) y se asocia a dolor torácico (81%) y disnea (39%) (2). El tratamiento del NEP debe orientarse en tratar la sintomatología y prevenir la recurrencia (2). La VATS es el abordaje quirúrgico más frecuente y preferido para el NEP(1). OBJETIVOS: Presentar una serie de casos de NEP a nivel local y su manejo. MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza análisis retrospectivo de fichas electrónicas de 37 pacientes que tuvieron neumotórax espontáneos primarios desde el año 2018 a junio 2024. Se constatan diferentes datos epidemiológicos como edad, sexo, año del evento, días de hospitalización según distintas variables, además de datos quirúrgicos y de la evolución. RESULTADO: Desde el año 2018 hasta junio 2024 se registran 37 pacientes con NEP. De estos, 6 se trataron solo con pleurostomía y 31 se realizaron bulectomía por videotoracoscopia (VTC), incluyendo a 2 paciente que recidivaron post cirugía teniendo que ser intervenidos nuevamente, por tanto, se realizaron 33 bulectomías por VTC. La edad promedio de presentación es 27.16 años, siendo un 95% hombres. El tiempo promedio entre la consulta y la VTC fue 4,2 días. En sólo el 16.1% de pacientes fue posible realizar la VTC como primer manejo terapéutico, sin pleurostomía previa. De los tratados quirúrgicamente 3 recidivaron. Uno de ellos fue marginal y respondió a manejo conservador; de los tratados solo con pleurostomía 2 recidivaron. Un 54.8% de las bulas se ubicaban en el lóbulo superior derecho, un 41.9% en el superior izquierdo y un 3.2% en el lóbulo medio. El tiempo quirúrgico promedio fue de 38 minutos. Los días de hospitalización promedio fueron 7.1. El tiempo de hospitalización de pacientes tratados únicamente con pleurostomía fue de 5 días. El tiempo de hospitalización promedio después de la cirugía fue de 3.4 días. El tiempo entre la instalación del primer drenaje pleural y la realización de la VTC fue de 4.5 días. No hubo complicaciones mayores registradas. CONCLUSIÓN: La resolución quirúrgica del NEP de manera temprana y poco invasiva es lo ideal, pero la falta de disponibilidad inmediata de pabellón y cirujano especialista alargan los tiempos de espera y hospitalización.

TUMORES MEDIASTINALES EN CENTRO ONCOLOGICO DE SANTIAGO

Juan Cheyre F., Felipe Bannura Y., Jorge Salguero A., Valentina Valenzuela R., Andrés Stevenson S., Dina Estay M.Fundación Arturo López Pérez.INTRODUCCIÓN: Los tumores de mediastino se dividen clásicamente, según su posición; en tumores de mediastino anterior, medio y posterior. Debido a que las causas son multifactoriales, estos tumores pueden ser de origen benigno o maligno, es por lo decidimos realizar este estudio con los pacientes operados, en nuestro centro.OBJETIVOS: El objetivo de nuestro trabajo es caracterizar los Tumores de Mediastino operados en Fundación Arturo López Pérez (FALP) en los últimos 5 años, caracterizando las variables epidemiológicas de nuestros pacientes, tipificando Histología y objetivando complicaciones Postquirúrgicas.MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos estudio retrospectivo de Serie de casos, que incluyó a todos los pacientes operados en FALP desde Junio de 2019, hasta Junio de 2024. Se analizaron las bases de datos estadísticas RedCap de nuestra institución y se realizaron tablas y gráficos con los datos analizados, para la presentación de nuestros hallazgos.RESULTADO: Se analizaron 70 pacientes en este período. Entre nuestros resultados encontramos que la media de los pacientes es de 55 años, siendo el sexo femenino el más frecuente con un 55,7%. Los tumores más frecuentes fueron los de mediastino anterior, destacando el Timoma con un 28,6%. La elección del abordaje quirúrgico fue determinada por el tamaño tumoral y la relación con estructuras vecinas, predominando la Videotoracoscopía en un 45,7%. La terapia más frecuente postquirúrgica fue el Radioyodo. Se presentaron 6 complicaciones, de las cuales 1 fallece por Complicación tipo V según Clavien Dindo. CONCLUSIÓN: Se concluye que en nuestra casuística el Tumor de Mediastino predominante es el Timoma, nuestra vía de abordaje más frecuente fue la Videotoracoscopía, con una baja tasa de complicaciones.

METASTASECTOMÍA PULMONAR EN HOSPITAL EDUARDO PEREIRA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

José Rocabado M., Juan P. Henríquez E., Daniel Mella S., Mirella Graffigna P., Cristian González C.Hospital Eduardo Pereira, Valparaíso.INTRODUCCIÓN: El pulmón es uno de los sitios más comunes de metástasis, siendo la metastasectomía pulmonar ampliamente investigada, destacando la publicación de Pastorino en 1997. Su aporte más importante es el establecimiento de grupos pronósticos que se definen conforme a: resecabilidad, numero de metástasis e intervalo libre de enfermedad. En relación a las técnicas quirúrgicas, la cirugía mínimamente invasiva por VATS posee un enfoque preferible debido a un resultado funcional superior, aunque tanto la toracotomía tradicional como la VATS se aceptan como abordajes apropiados para la metastasectomía OBJETIVOS: Describir y presentar los resultados quirúrgicos de los pacientes intervenidos por metástasis pulmonar entre los años 2014 y 2023 del Hospital Eduardo Pereira. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectiva. Confección de base de datos de pacientes con diagnóstico de metástasis pulmonar del Hospital Eduardo Pereira intervenidos entre los años 2014 y 2023. Se excluyen los pacientes con diagnóstico de cáncer broncogénico o pleural, así como aquellos en que no fuere posible la resecabilidad total de las lesiones metastásicas.RESULTADO: Del universo inicial de 60 pacientes, se excluyeron 14 por considerarse con metástasis irresecable al momento de la cirugía. Se identificó un porcentaje de 52.17% de pacientes de sexo masculino y un 47.83% de sexo femenino. Dentro de los tumores primarios, los más frecuentes fueron el cáncer colorrectal (46.67%), renal (8.89%), sarcoma (8.89%). La media de edad comprende los 60.23 años. El 95.65% de los pacientes presentaron metástasis metacrónicas respecto del primario. En relación al número de metástasis, un 54.35% de los pacientes presentaban metástasis únicas, y el 46.65% presentaban metástasis múltiples. Sobre la técnica quirúrgica, un 82.61% de los pacientes fueron sometidos a VATS; un 4.35% fueron intervenidos bajo una VATS ampliada y un 4.35% se intervinieron como una VATS con conversión. La toracotomía fue realizada en un 8.7% de pacientes. Se practicó una resección en cuña en un 91.3% de los pacientes, con un tiempo operatorio promedio de 66 minutos. Conforme la clasificación de Clavien-Dindo, no se reportaron casos de morbilidad perioperatoria tipo 1; sí de tipo 2 y tipo 3, con un 6.52% y 4.35% respectivamente. No se reportó mortalidad en la serie. La estancia postoperatoria promedio fueron 5.47 días. Un 17.39% de los pacientes requirieron de una re-metastasectomía posterior. La sobrevida global del grupo de pacientes alcanza un promedio de 39.4 meses post metastasectomía.CONCLUSIÓN: La metastasectomía pulmonar es una adecuada alternativa en pacientes que cumplen determinados criterios, con resultados perioperatorios aceptables en relación al beneficio de la sobrevida

TIMECTOMIA ASISTIDA POR ROBOT EN CENTRO ONCOLOGICO DE SANTIAGO

Juan Cheyre F., Felipe Bannura Y., Jorge Salguero A., Valentina Valenzuela R., Andrés Stevenson S., Dina Estay M.Fundación Arturo López Pérez, Servicio de Cirugía, Equipo Cirugía de Tórax.INTRODUCCIÓN: Los tumores de mediastino anterior son los más frecuentes operados en nuestro centro, y dentro de éstos, las timectomías representan el 28,6% de todos los tumores mediastinales resecados.OBJETIVOS: Nuestro objetivo es mostrar un caso en que los exámenes de imágenes preoperatorios, no mostraban invasión de estructuras vecinas, pero que en la cirugía asistida por Robot, si se evidencia tal invasión, lo que obliga a realizar resección extendida del Timo, logrando márgenes tumorales negativos con éxito.CONTENIDO DE VIDEO: Resección extendida de Timo asistida por Robot.

TRAUMA

LESIÓN DE COLON POR ARMA DE FUEGO, REPARACIÓN PRIMARIA SIN DERIVACIÓN PROXIMAL, CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José Martínez, Maximiliano López, Sofía López, Catalina Lermanda, Álvaro GallardoUniversidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: Las heridas por arma de fuego se encuentran en progresivo aumento dado al contexto nacional, por lo que el tratamiento de lesiones penetrantes de colon cobra especial relevancia y debe estar acorde a la evidencia disponible. Se respalda la reparación primaria como manejo efectivo de lesión colónica por arma de fuego, a propósito de un caso clínico.OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de herida por arma de fuego en el colon, resuelta mediante reparación primaria.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico y revisión de literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 28 años de edad, sin antecedentes mórbidos relevantes, acudió a centro hospitalario periférico por impacto de bala en flanco izquierdo, por lo que fue derivado a centro de alta complejidad. Ingresó con hemodinamia estable y, según los hallazgos, se decidió laparotomía exploradora. Se evidenció lesión de yeyuno, lesión penetrante no destructiva de colon y hematoma retroperitoneal. No presentó contaminación fecaloidea, sangrado activo ni daño en órgano macizo. En relación a la lesión de colon, se reparó mediante reparación primaria y evolucionó favorablemente.CONCLUSIÓN: El manejo de las heridas por arma de fuego colónicas actualmente se decide entre resección y derivación proximal, reparación primaria y anastomosis. La elección entre estas opciones terapéuticas aún es un tema controvertido; sin embargo, la evidencia actual sustenta el uso de reparación primaria y se ha demostrado que es tan segura como la resección y colostomía, evitando, además, una reintervención y un descenso de la calidad de vida del paciente. La reparación primaria debe considerarse el tratamiento de elección en pacientes con herida no destructiva por arma de fuego en el colon, tras descartar los factores de riesgo principalmente responsables de complicaciones postoperatorias.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA MANEJO DE LESIÓN DIAFRAGMÁTICA EN TRAUMATISMO PENETRANTE TORACOABDOMINAL: SERIE DE CASOS

Valentina Núñez P., Constanza Díaz G., Rodrigo Salamanca C., Rodrigo Domínguez C., Jean Phillipe Bachler G., Rodrigo Miranda P., Nicolás Campaña W., Hermelany González E.Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago de Chile.INTRODUCCIÓN: La incidencia de lesiones diafragmáticas por traumatismo toracoabdominal penetrante se describe del 3%, siendo un desafío diagnóstico y terapéutico ya que habitualmente cursan de forma asintomática y suelen no visualizarse en los estudios de imagen.OBJETIVOS: Describir el manejo y resultados de tres pacientes con traumatismo toracoabdominal penetrante con lesión diafragmática y abordaje laparoscópico.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica y atención directa del paciente.RESULTADO: Caso 1: Masculino, 38 años, sin comorbilidades, con herida penetrante toracoabdominal por arma blanca, ingresa con signos vitales estables. Tomografía (TC) destaca solución de continuidad sin lesión de otros órganos o sangrado activo. Laparoscopia exploradora evidencia defecto diafragmático izquierdo de 3 centímetros comunicado al tórax. Se realiza frenorrafia con seda e instalación de pleurostomía. Evolución favorable, egresando al tercer día. Caso 2: Masculino, 38 años, con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en tratamiento, presentó herida torácica izquierda por arma blanca, estable hemodinámicamente. TC evidencia leve hemotórax izquierdo, sin descripción de lesión abdominal. Laparotomía exploradora describe herida penetrante en cúpula diafragmática de 2 centímetros, abundante fibrina, líquido hemato-turbio y deserosamiento de la cara anterior del 1/3 proximal de cuerpo gástrico. Se confecciona parche tipo Graham y se instala pleurostomía. Evoluciona con anemia severa, taquipnea, inestabilidad hemodinámica. AngioTC demuestra hemotórax moderado. Reingresa a pabellón para toracotomía posterolateral izquierda, visualizando importante hemotórax izquierdo y desgarro a nivel pleural anterolateral del tórax izquierdo en sitio de herida penetrante, el cual se repara y se instala pleurostomía. Egresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), evolucionando de forma favorable, siendo dado de alta al décimo día. Caso 3: Masculino, 24 años, sin comorbilidades, ingresa con herida por arma blanca en hemitórax izquierdo, hemodinamia estable. TC demuestra leve neumotórax izquierdo. Laparoscopia exploradora evidencia laceración frénica izquierda de 1.5 centímetros. Se realiza rafia diafragmática e instalación de pleurostomía. Evoluciona favorable, egresando al cuarto día.CONCLUSIÓN: En pacientes estables con trauma toracoabdominal penetrante, existe potencial para evitar la morbilidad que implica una laparotomía exploradora. Ninguno de los casos expuestos requirió conversión, logrando resolución de todas las lesiones identificadas. La laparoscopía permite examinar sistemáticamente el abdomen iniciando desde el cuadrante superior derecho y continuando en sentido horario. Este abordaje permite la visualización de lesiones que pueden no ser detectadas por métodos de imagen, como el diafragma, permitiendo además su reparación correspondiente.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN CON TRAUMA RECTAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Diego Gianetti, Francisca López, Fabio Paoletto, Francisco Rivera, Manuel LizanaHospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: El trauma rectal es una entidad clínica compleja, de alta morbimortalidad. Su incidencia se estima entre un 1-3% de los traumas abdominales. La detección y manejo precoz son fundamentales debido a su impacto en el resultado de los pacientes. Un diagnóstico tardío o tratamiento insuficiente aumentan el riesgo de complicaciones graves.OBJETIVOS: Caracterizar la población de pacientes con trauma rectal admitidos en el Hospital San Juan de Dios durante el período 2018 a 2023.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo, serie de casos. Se analizaron fichas clínicas de 19 pacientes con trauma rectal durante el periodo comprendido entre el 2018 y el 2023, en el Hospital San Juan de Dios. Los datos se obtuvieron del sistema computacional “San Juan Digital” mediante protocolos quirúrgicos y epicrisis médicas.RESULTADO: Se evaluaron 19 pacientes, con una mediana de edad de 31 años (18 – 49 años). 17 pacientes (89.5%) presentaron lesiones penetrantes y 2 pacientes (10.5%) lesiones contusas. De las lesiones penetrantes, 15 fueron por arma de fuego (88.2%) y 2 por arma blanca (11.8%). De los pacientes con lesiones por arma de fuego, 5 presentaron lesión tipo III de la clasificación AAST y 5 tipo IV. Un total de 6 pacientes (31,6%) presentaban un score ISS mayor a 40 puntos. Todos los pacientes con lesión por arma blanca tuvieron lesiones tipo II. Un 52.6% de los pacientes presentó lesiones del recto extraperitoneal y 47.4% intraperitoneal. De los pacientes con lesiones intraperitoneales, 66.7% fueron manejados con colostomía y 11.1% con resección, mientras que en los con lesión extraperitoneal, el tratamiento más frecuente fue la colostomía, en un 70% de los casos. Un 21.1% de los pacientes presentó morbilidad postoperatoria grave, incluyendo peritonitis estercorácea, fascitis necrotizante glútea y colección retroperitoneal. No hubo mortalidad asociada al trauma rectal en esta serie. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el grado de destrucción tisular (p=0.07), tiempo hasta la cirugía mayor a 12 horas (p=0.39), score ISS > 40 (p=0.56) o hemodinamia al ingreso (p=0.12), con la ocurrencia de complicaciones postoperatorias graves.CONCLUSIÓN: El trauma rectal es una entidad de baja incidencia cuya morbilidad se ha asociado al grado de daño tisular y al tiempo transcurrido desde el trauma hasta el tratamiento quirúrgico. Aunque se observó una tendencia hacia una mayor incidencia de morbilidad postoperatoria grave en pacientes con lesiones clasificadas como AAST tipo IV, el análisis estadístico en este estudio no encontró relaciones estadísticamente significativas, probablemente debido al pequeño tamaño muestral.

RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A TORACOTOMÍAS DE REANIMACIÓN. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 6 AÑOS

Megan Neumannn, Juan Pablo Ramos Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La toracotomía de reanimación (TR) es una intervención de último recurso para el manejo del paciente con trauma en estado crítico. Al igual que cualquier intervención quirúrgica, los centros de trauma realizan la TR en forma protocolizada en pacientes que cumplen los criterios de selección. Sin embargo, su uso e indicaciones siguen siendo objeto de debate, debido a sus bajas tasas de supervivencia, especialmente en traumas cerrados. En Chile, no existen estudios exhaustivos que evalúen los resultados y la eficacia de la TR en pacientes con trauma severo. OBJETIVOS: Analizar los resultados de los pacientes víctima de trauma a los cuales se realizó una toracotomía de reanimaciónMATERIAL Y MÉTODO: En este estudio retrospectivo se incluyeron pacientes politraumatizados mayores de 16 años que se sometieron a una TR entre los años 2018 y 2024 en el servicio de urgencia del Hospital Sótero del Río. Los pacientes se identificaron retrospectivamente del registro de la Unidad de Trauma y Urgencias (UTU) del hospital.RESULTADO: Un total de 78 pacientes se sometieron a una TR y cumplieron los requisitos para su inclusión. La edad promedio fue de 33 años (rango entre 16-82 años), con una preponderancia de hombres (92.3%) sobre mujeres (7.6%). El puntaje promedio de severidad de lesiones (ISS) fue de 28 (rango 16-50). En cuanto al mecanismo del trauma, 55 pacientes (71%) ingresaron por trauma penetrante, de los cuales, 38% era por herida por arma de fuego y 30% por herida por arma blanca. El mecanismo de trauma cerrado se produjo en 23 (29%). De las condiciones de ingreso al reanimador, 74% de los pacientes llegó en paro cardiorrespiratorio, y de estos un 38% logró recuperar signos vitales tras maniobras de reanimación avanzada. El 93% de los pacientes ingresó con hipotensión marcada (PAS < 75 mmHg). Referente al lugar del fallecimiento, de los 49 pacientes fallecidos secundario a trauma penetrante, 21 (42.9%) lo hicieron en el reanimador, 23 (47%) en pabellón y 4 (8.2%) en la Unidad de Cuidados Intensivos. De los 23 pacientes fallecidos por trauma cerrado: 8 (34.8%) lo hicieron en el reanimador, 12 (52.1%) en pabellón y 3 (13%) en la unidad de cuidados intensivos. La tasa de supervivencia global a 30 días fue del 8%. En las TR por trauma penetrante 6 pacientes (11%) sobrevivieron a 30 días, ninguno con secuelas neurológicas. En los pacientes que se realizó TR por trauma cerrado la mortalidad fue de 100%. CONCLUSIÓN: Este estudio halló una tasa de supervivencia global a 30 días del 8% y 11% para las TR por trauma penetrante, todas ellas con buena recuperación neurológica.

TRAUMA CERVICAL PENETRANTE EN POBLACIÓN CIVIL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DOCENTE EN CHILE ENTRE 2019-2024

Galo Cárdenas S.[1], María José Martínez S.[2], Vesna Pletikosic B.[2], Antonia Barbosa P.[3], Jacinta Barreau D.[3], Paz Etcheberrigaray P.[3], Gustavo Vial O [41]Equipo Cirugía Torácica, Hospital Padre Alberto Hurtado; [2]Residente Cirugía General, Clínica Alemana Santiago, Universidad del Desarrollo; [3]Interno Medicina Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago; [4]Equipo Cirugía Cabeza y Cuello, Hospital Padre Alberto Hurtado.INTRODUCCIÓN: El trauma cervical es una patología poco frecuente. Se considera penetrante cuando atraviesa el músculo platisma, y abarca el 10% de trauma en adultos. Las estructuras más afectadas son tracto aerodigestivo (30%), vasculares (25%), y nerviosas (<1%). La mortalidad global es de 20%, aumenta hasta 70% si hay compromiso vascular mayor. En población civil, el mecanismo más frecuente es por arma blanca. Se clasifica según Monson: zona I (frecuencia 12%, mortalidad 7%), zona II (frecuencia 80%, mortalidad 15%), zona III (frecuencia 8%). El manejo inicial se realiza según ATLS. La necesidad de estudio con imágenes dependerá del compromiso hemodinámico, zona afectada y el criterio del cirujano. De ser indicada, la resolución quirúrgica debe ser precoz y jugará un rol importante en la morbimortalidad.OBJETIVOS: describir epidemiología, lesiones asociadas y respectivo manejo y morbimortalidad asociada a trauma cervical penetrante.MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes de 17 años o más con diagnóstico de trauma cervical penetrante entre enero 2019 y julio 2024, que consultaron en un Hospital Público Docente en Chile. Se estudiaron variables demográficas, mecanismo, lesiones asociadas y morbimortalidad.RESULTADO: se incluyeron 23 pacientes, un 86,96% fueron hombres (n=20) con un promedio de edad de 34,48 y mediana 33 años (17-60 años). El 52% tenía 1 o más comorbilidades, 10 policonsumo. El mecanismo más frecuente fue por arma blanca (65,21%, n=15), seguido de arma de fuego (30,43%, n=7) y otros (4,36%, n=1) que correspondió a mordedura humana. El tiempo operatorio promedio fue 95 minutos (20-246 minutos). Zona I, II y III de Monson con prevalencia de 4,3%, 78,3% y 17,4% respectivamente (n= 1, 18, 4). Lesiones asociadas más frecuentes fueron vasculares (13), partes blandas (13), respiratorias (5), cartílago (5), ósea (3), digestivas (2), glandulares (2). Morbilidad perioperatoria 34% (n=8), siendo en su mayoría complicaciones mayores con mortalidad de 12.5% (n=1/12). La mortalidad global fue de 4,35% (n=1), quien falleció intrapabellón. El promedio de estadía hospitalaria fue 10,65 días (0-41).CONCLUSIÓN: el trauma cervical penetrante es más frecuente en hombres jóvenes, causado por arma blanca y comprometiendo zona II. Las lesiones más frecuentes son vasculares y respiratorias. La mortalidad de este centro es menor a la descrita en la literatura, a pesar de tener un score ISS elevado.

TRANSFUSIÓN MASIVA V/S ULTRAMASIVA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS EN PACIENTES SHOCK HEMORRÁGICO TRAUMÁTICO

Jhonatan Ortega R., Paula D. Loaiza M., Juan P. Ramos P., Analía Zinco A., Pablo R. Ottolino L. Hospital Dr. Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: El shock hemorrágico continúa siendo la primera causa evitable de mortalidad en trauma. En las últimas décadas, se han introducido a la resucitación hemostática para este tipo de pacientes, en donde es primordial comenzar en forma precoz con un protocolo de transfusión masiva. Sin embargo, la caracterización y eventuales beneficios de los pacientes que reciben una transfusión de más de 20 Unidades de glóbulos rojos (ultra masiva) no está clara. OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es analizar las características y resultados de pacientes ingresados por shock hemorrágico traumático que recibieron más de 20 UGR en 24 horas. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un análisis retrospectivo del registro de traumatismos del Hospital Dr. Sotero del Río. Se incluyeron pacientes ingresados por shock hemorrágico traumático entre los años 2020 y 2023 que recibieron más de 10 UGR y 20 UGR. Se analizan variables demográficas, resucitación inicial, tratamiento y resultados.RESULTADO: Se identificaron 223 pacientes, 53 pacientes con transfusión ultramasiva y 170 masiva. Dentro de las características demográficas destaca una edad media de 37.4 años edad, estando la muestra compuesta en un 80% por hombres y siendo el mecanismo de trauma más frecuente el penetrante. En cuanto al indice de severidad (ISS), presión sistólica, frecuencia cardiaca, intubación endotraqueal, toracotomía, requerimiento de control de daños, dias en unidad critica, uso de vasoactivos, no existieron diferencias significativas. Dentro de la muestra destaca que el 100% de los pacientes recibieron una intervencion quirurgica, siendo el número de cirugía mayor en los pacientes quien requirieron transfusión ultra masiva (<0.0001). La estadia hospitalaria fue mayor en los pacientes que recibieron tranfusion ultramasiva (p: 0.0012). La mortalidad despues de las 6 horas fue mayor en el grupo de pacientes con transfusion ultramasiva (p=0.0041), sin embargo al analizar la mortalidad global, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (p=0.4149).CONCLUSIÓN: La transfusión de más de 20 unidades de hemoderivados en 24 horas en pacientes ingresados por shock hemorrágico traumático, no se asocia a mejores tasas de supervivencia

A PROPÓSITO DE UN CASO: EXPLORACIÓN DE LESIONES POR ARMA BLANCA EN TRAUMA ABDOMINAL COMPLICADA CON ABSCESO DEL PSOAS POSTERIOR

Francisca Becar C., Martín Vera G., Constanza Medina R., Cristian Robles C., Kony Mera C., Paulina Pérez V.Hospital Puerto Montt, Servicio de Cirugía de Urgencias.INTRODUCCIÓN: Durante la última década el trauma abdominal ha ido en aumento correspondiendo a un desafío significativo para el equipo quirúrgico. Presenta múltiples complicaciones, siendo el Absceso de psoas (APS) poco común, con escasos reportes en la literatura. Este tipo de trauma puede llevar a múltiples complicaciones, siendo una de ellas el absceso del músculo psoas, una afección poco común caracterizada por la acumulación de contenido purulento en el compartimento del músculo iliopsoas. Debido a su proximidad con el tracto digestivo y urinario, este músculo es susceptible a infecciones por contigüidad. La infección puede tener un origen hematógeno o linfático desde sitios distantes (absceso primario) o por contaminación de estructuras adyacentes (absceso secundario). La manifestación clínica del absceso del psoas es inespecífica, con un amplio espectro de síntomas que incluyen desde el dolor lumbar o abdominal, masa abdominal palpable, fiebre hasta claudicación. El diagnóstico se realiza por medio de exámenes de laboratorio con elevación de parámetros inflamatorios y estudios imagenológicos sugerentes de dicha lesión. OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Hombre, 23 años, sin antecedentes conocidos, recluso, consulta en servicio de urgencias por lesión abdominal por arma blanca a nivel de fosa iliaca izquierda, de aprox 1.5cm con sangrado autolimitado con tendencia a la hipotensión. TC de abdomen y pelvis informa herida penetrante abdominal con signos de perforación de colon descendente y laceración de músculo psoas izquierdo, neumoperitoneo moderado y leve hemoperitoneo. Ingresa a pabellón de urgencias donde se realiza laparotomía exploradora, que evidencia lesión de colon no destructiva (<50%), con salida de contenido fecaloideo. Se realiza aseo y rafia primaria Adecuada evolución postoperatoria por lo que es dado de alta al 7mo día. Reconsulta a los 11 días post alta por cuadro de dolor abdominal, vómitos y fiebre. TC evidencia colección a nivel de psoas izquierdo y en corredera parietocólica izquierda. Se realiza tratamiento mínimamente invasivo por medio de drenaje percutáneo guiado por tomografía. Durante el procedimiento se evidencia fístula desde colección parietocólica izquierda a colon descendente. Se realiza drenaje de aprox 100cc de contenido purulento, logrando obliterar la lesión. Evoluciona favorablemente, parámetros inflamatorios a la baja y débitos de drenaje en disminución, por lo que se retira drenaje y es dado de alta. Control post alto en buenas condiciones, asintomático. CONCLUSIÓN: La lesión única por trauma por arma blanca abdominal es poco frecuente, por lo que se debe realizar una exhaustiva revisión sistemática y/o exploración por cuadrantes. Si bien el porcentaje de reintervención es bajo el no realizar una correcta revisión repercute directamente en la morbilidad y mortalidad de los pacientes. El diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones graves de este cuadro, como shock séptico e incluso muerte. Tratamiento implica drenaje del absceso (percutáneo o quirúrgico) e inicio inmediato de terapia antibiótica. Este caso es un claro ejemplo de que intervenciones mínimamente invasivas, como técnicas de radiología intervencional, son una opción efectiva para el manejo de complicaciones posquirúrgicas en pacientes estables que no requieren de cirugía inmediata, siendo las colecciones intraabdominales una indicación común para estos procedimientos.

VASCULAR

TROMBOSIS AORTO-ILÍACA SUBAGUDA CONCOMITANTE EN PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR GUIADO POR ULTRASONIDO INTRAVASCULAR

Maite Rojas M., Javier Meneses P., Lucas Líbano B., Tomas Quezada A., Paulo Cassis C., Diego Soto V.Cirugía Vascular. Hospital Sótero del Río. INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda necrotizante se ha asociado a fenómenos micro-trombóticos, siendo la trombosis arterial una complicación infrecuente. La trombosis aorto-ilíaca es una complicación macrovascular infrecuente en la pancreatitis aguda grave, ya que requiere la presencia de una enfermedad aorto-ilíaca subyacente avanzada. OBJETIVOS: El objetivo de este reporte de caso es contribuir a la comprensión de la trombosis arterial como complicación de una pancreatitis aguda necrotizante. Asimismo, se analiza su estudio, categorización y posibles tratamientos.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino 62 años con antecedente de tabaquismo (IPA=20), hipertensión arterial y diabetes mellitus sin tratamiento, que consultó por un cuadro clínico de dolor abdominal compatible con pancreatitis aguda necrotizante asociado a signos y síntomas isquémicos subagudos de ambos miembros inferiores. Tras complementar estudio con laboratorio y angiotomografía computarizada se diagnosticó una pancreatitis aguda necrotizante grave y la presencia de un trombo oclusivo en la aorta abdominal infrarrenal y ambas iliacas comunes, por lo que se hospitalizó. Al interrogatorio dirigido posterior, el paciente refirió sintomatología compatible con una enfermedad oclusiva aorto-ilíaca o síndrome de Leriche. Debido al carácter subagudo y progresivo de las lesiones isquémicas en las extremidades inferiores asociado a la gravedad asociada por la pancreatitis aguda, se decidió realizar tratamiento endovascular de la trombosis.RESULTADO: Se optó por realizar una trombectomía aorto-ilíaca transfemoral bilateral (mecánica y endovascular con sistema AngioJet) y luego una reconstrucción cubierta endovascular de la bifurcación aórtica (CERAB) guiado por Ultrasonido Intravascular (IVUS), lo que permitió disminuir el uso de contraste yodado durante el procedimiento e identificar precisamente las zonas de la aorta e iliacas a cubrir con los stents. El postoperatorio inmediato fue favorable y el paciente recuperó pulso poplíteo de manera bilateral, sin progresión de las lesiones isquémicas asociadas. CONCLUSIÓN: La trombosis aorto-iliaca subaguda es una patología de elevada morbi-mortalidad si no se resuelve quirúrgicamente. Su asociación o manifestación asociada a una pancreatitis aguda grave es infrecuente, pero puede explicarse debido a los mecanismos fisiopatológicos de la misma (hipovolemia; hipoperfusión; hipercoagulabilidad, inflamación sistémica) en pacientes con enfermedad arterial oclusiva subyacente severa subclínica o no diagnosticada. El tratamiento clásico es la cirugía abierta (trombectomía y/o bypass anatómico o extraanatómico) pero asocia un elevado riesgo quirúrgico. De acuerdo con esto, el tratamiento endovascular guiado por IVUS ofrece una alternativa menos agresiva y con buenos resultados en el seguimiento a corto y mediano plazo.

OCLUSIÓN AÓRTICA AGUDA: EXPERIENCIA DE 44 AÑOS EN UN ÚNICO CENTRO

Benjamín Ortiz F., Francisco Valdés E., José Francisco Vargas S., Leopoldo Mariné M., Michel Bergoeing R.Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La oclusión aórtica aguda es una emergencia vascular compleja y grave, desafiante del punto de vista del diagnóstico y de su manejo, y con una elevada carga de morbimortalidad asociada. Clásicamente se describe que la oclusión aórtica aguda puede ser de causa trombótica o embólica y con manifestación clínica diversa.OBJETIVOS: Realizar un análisis de una patología infrecuente, con su forma de presentación, diferentes etiologías y evolución post operatoria de dichos pacientes.MATERIAL Y MÉTODO: Se reviso una cohorte retrospectiva de 44 años, de pacientes operados por el equipo de cirugía vascular y endovascular de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre los años 1980 y 2023, cuya evolución del cuadro fuese menor a 14 días. Posteriormente se realizó un análisis uni y multivariado de las variables de interés con el uso de programa R y RStudio. RESULTADO: Durante el período de tiempo se operaron 53 pacientes, en su mayoría mujeres (64.2%), la media de edad fue 64 años, con una distribución normal, siendo las comorbilidades más comunes, presencia de arritmias e HTA, con un 62.3% y 45.3%, respectivamente. La forma más común de presentación fue con déficit sensitivo en un 91.3% de los pacientes, seguido del déficit motor en 78.3%, mientras que un 20.1% presentó algún grado de compromiso visceral al ingreso. La etiología fue predominantemente embólica en 77.4%, con una mediana de evolución de 17 horas y manifestación como Rutherford IIb. La técnica quirúrgica más empleada fue la embolectomía, tanto inguinal como por laparotomía, mientras que de los by pass lo más empleado fue el aorto-bifemoral, seguido del axilo-bifemoral. La mortalidad fue de un 18.9%, con una morbilidad mayor (Clavien Dindo >=3) de 43.8%.CONCLUSIÓN: No hubo diferencias de mortalidad entre las etiologías, así como tampoco entre sexos. La etiología fue predominantemente embólica, y se mantuvo de forma similar entre las diferentes décadas, lo cual difiere respecto a los datos disponibles en la literatura. El método diagnóstico fue variando con el correr de los años, pasando desde la clínica, al uso de aortografía y posteriormente AngioTAC como principal herramienta diagnóstica. La oclusión aórtica aguda constituye una emergencia vascular, independiente de la etiología y debe ser manejada como tal, por lo que una adecuada anamnesis y examen físico son indispensables para su temprana identificación y tratamiento.

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO ABERDEEN PARA VENAS VARICOSAS EN POBLACIÓN CHILENA

Benjamín Ortiz F., Francisco Valdés E., José Francisco Vargas S., Leopoldo Mariné M., Michel Bergoeing R.Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La insuficiencia venosa crónica es una patología altamente prevalente en la población general, generando un deterioro en la calidad de vida de estos pacientes. Actualmente, existen múltiples cuestionarios que evalúan la calidad de vida, sin embargo, ninguno de esta patología específica ha sido adaptado para su aplicación a la población chilena. Este tipo de cuestionarios ha adquirido especial relevancia en los últimos años, para evaluar la respuesta a terapias tanto medicas como quirúrgicas.OBJETIVOS: Realizar una adaptación transcultural del cuestionario Aberdeen para venas varicosas a la población chilena y con esto contar con un instrumento fiable y medible para la valoración de la sintomatología en nuestros pacientes.MATERIAL Y MÉTODO: La metodología se basó en una serie de traducciones desde el idioma original al español de Chile, junto con traducciones inversas, que fueron unificadas en un instrumento consenso con el cual se realizó una prueba piloto en 53 pacientes. Tras dicha prueba, se recogieron las sugerencias de los encuestados para aplicar modificaciones y un control de calidad para definir la versión final del instrumento. RESULTADO: 51% de los encuestados pertenecían al sistema público de salud, la mayoría de los pacientes correspondía al grupo etario menor a 60 años. Respecto al nivel educacional, un 35.8% contaba con formación universitaria, y un 11.3% sólo con escolaridad. El 100% de los encuestados pudo responder la encuesta y el 90.3% de las preguntas fueron respondidas sin sugerencias de cambios.CONCLUSIÓN: El cuestionario Aberdeen ha sido traducido y adaptado correctamente al lenguaje español, para su aplicación en población chilena. Dentro de las futuras directrices del equipo se encuentra en desarrollo la validación de este cuestionario, para posteriormente empezar a ser aplicado como control pre y post operatorio en el seguimiento de nuestros pacientes.

MANEJO DE FISTULA LINFOCUTÁNEA POSTERIOR A SAFENECTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ricardo Gallardo Ossio, Antonia Léniz Maritano, Sebastián González, Joaquín Torres Rojas, Carlos Torrealba Malpica, Mauricio Turu CanessaHospital de La Florida.INTRODUCCIÓN: Para el tratamiento de varices de extremidades inferiores, la ligadura alta y resección de la vena safena interna es una de las opciones disponibles en el arsenal quirúrgico. En las complicaciones quirúrgicas se describen la infección de herida operatoria, hematomas, parestesias, entre otros. Una complicación infrecuente es la fístula linfocutánea, con escasa evidencia disponible respecto al manejo. Se presenta una opción terapéutica en fístula linfocutánea de difícil manejo. OBJETIVOS: Se presenta un caso de una fistula linfocutánea posterior a safenectomía recurrente de difícil manejo, presente un año después de la cirugía. Se adjunta material audiovisual que evidencia procedimiento intraoperatorio del uso de azul patente para la identificación de una fistula linfocutánea y tratamiento con ligadura directa.CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 65 años, femenina, sometida a ligadura alta asociado safenectomía por stripping derecha 1 año posterior a la consulta. Desde cirugía presenta aumento de volumen en muslo asociado a exudación intermitente. En 3 ocasiones ha requerido aseo quirúrgico por sobre infección de linfocele en el sitio de exudación, complementando terapia con antibióticos. En el último aseo quirúrgico, se maneja con terapia a presión negativa 2 semanas, pero persiste con exudación. Al ingreso presenta similar sintomatología, asociado a parámetros inflamatorios elevados. Se realiza drenaje en box y se completan 7 días de antibióticos. Se decide exploración, con apertura de cavidad de colección. Se le inyecta 5 ml de azul patente en los espacios interdigitales y al cabo de 8 min desde inyección se constata bajo visión directa extravasación puntiforme de azul patente en cavidad. Se logra individualizar el vaso linfático afectado y se realiza ligadura directa. Se esperan otros 15 min sin nuevas evidencias de extravasación. Queda en curaciones con cierre por 2da intención progresiva de herida. En control post operatorio a los 2 meses presenta cicatrización completa sin evidencias de colección subcutánea ni linforrea.

EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ANEURISMAS BRONQUIALES EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA, UN REPORTE DE CASO

Andrés Jalil M.[1], Carlo Zúñiga G.[2], Francisco Vargas S.[31]Residente de Cirugıá General. Universidad de Valparaíso; [2]Cirujano Vascular y Endovascular. Servicio de Cirugıá adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Departamento de Cirugía. Universidad de Valparaıśo; [3]Cirujano Vascular y Endovascular. Instituto Vascular de Santiago.INTRODUCCIÓN: La embolización de arterias bronquiales es un procedimiento endovascular para tratar hemorragias pulmonares y aneurismas de la arteria bronquial (AAB). Aunque son raros, los AAB pueden causar hemorragias graves. Las técnicas mínimamente invasivas, como la embolización transcatéter arterial (ETA), han mejorado el manejo de estas afecciones, ofreciendo alternativas seguras a la cirugía abierta. La embolización con coils es efectiva para ocluir completamente las arterias afectadas, mostrando buenos resultados a largo plazo y baja recurrencia de hemoptisis.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de embolización de aneurismas bronquiales utilizando coils, destacando la efectividad y seguridad de esta técnica como tratamiento mínimamente invasivo para AAB. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión de la literatura relevante para identificar la prevalencia, manejo y resultados de la embolización de AAB. Posteriormente, se presenta un caso clínico específico, describiendo el procedimiento de embolización con coils, los resultados obtenidos y el seguimiento postoperatorio.RESULTADO: Paciente femenina de 56 años con esclerosis sistémica progresiva y antecedente de disfagia. Una endosonografıá digestiva mostró compresión extrínseca de una estructura vascular en el esófago. Una angiotomografía reveló dilatación de arterias bronquiales a expensas de dos aneurismas saculares. La embolización selectiva con coils se realizó sin incidentes, resolviendo los aneurismas y permitiendo una recuperación sin complicaciones. La paciente fue dada de alta tras una angiotomografía de control satisfactoria. CONCLUSIÓN: La embolización de arterias bronquiales (EAB) es efectiva para tratar AAB y prevenir hemorragias potencialmente mortales. Este caso demuestra la eficacia de la EAB con coils, logrando resolver aneurismas sin complicaciones postoperatorias. La literatura apoya la alta tasa de éxito y baja recurrencia con EAB. Aunque algunos sugieren combinar EAB con stent para aneurismas complejos, nuestro caso fue tratado exitosamente solo con coils. Los riesgos de EAB, como necrosis bronquial e isquemia medular, son raros y no ocurrieron en este caso. Se recomienda seguimiento a largo plazo para detectar recidivas. En conclusión, la EAB con coils es una técnica segura y efectiva para AAB, pero debe personalizarse según cada caso.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA AORTO CAVA SECUNDARIA A ANEURISMA AORTO ILIACO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carlo Zúñiga G., Pamela Contreras C., Michelle Marchesini B., Carla Morelli L., Gustavo Gárate G.Hospital Dr. Gustavo Fricke. INTRODUCCIÓN: La fístula aorto cava se presenta en 1 a 3% de los casos de Aneurismas Aorto Iliacos. El paso de sangre presurizada al sistema venoso puede causar una miríada de signos y síntomas, desde soplo abdominal en maquinaria hasta insuficiencia cardíaca por colapso del ventrículo derecho. El tratamiento endovascular permite resolver esta condición reduciendo los riesgos inherentes a la cirugía tradicional. OBJETIVOS: Reportar un caso clínico y revisar la literatura correspondiente.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 56 años, hipertenso, fumador, previamente autovalente. Debuta con cuadro de al menos 1 mes de deterioro de su capacidad funcional, disnea progresiva y edema de extremidades inferiores. Es hospitalizado por sospecha de Insuficiencia Cardíaca congestiva, encontrándose en la ecocardiografía signos de sobrecarga del ventrículo derecho. Tomografía computada de abdomen confirma aneurisma aorto-iliaco con dilatación de hasta 8 cm en iliaca común izquierda, evidenciándose extensa comunicación con la vena iliaca común ipsilateral y contraste precoz en la cava inferior hasta el territorio suprahepático. Considerando el riesgo operatorio se planifica reparación endovascular mediante implante de Endoprótesis Excluder® (GORE), embolización de arteria hipogástrica izquierda con Oclusor Amplatzer Vascular Plug II® (Abbott Vascular) con preservación de hipogástrica derecha con dispositivo Excluder Iliac Branch ® (GORE), logrando la exclusión completa del aneurisma, sin endofugas y con control completo de la fistula aorto cava. No hubo necesidad de tratamiento por el lado venoso. Posterior a la cirugía el paciente recupera progresivamente su capacidad funcional, reduce el volumen de las extremidades inferiores y se normalizan los parámetros funcionales del VD. Control clínico y tomográfico a 12 meses muestra Aneurisma y fistula excluidos, sin endofugas. Paciente asintomático y con capacidad funcional plena.RESULTADO: La cirugía abierta es el método tradicional para corregir este tipo de lesiones, sin embargo, la mortalidad (hasta 60 %) y morbilidad (30 a 50 %) descritas son considerables. Posterior al tratamiento endovascular, debe considerarse el seguimiento permanente para detectar y tratar endofugas, asegurando el mejor resultado de largo plazo de esta técnica mínimamente invasiva.CONCLUSIÓN: Frente a esta infrecuente condición, el tratamiento endovascular ha emergido como una alternativa segura y eficaz para excluir el aneurisma y solucionar la fistula aorto cava y sus consecuencias.

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO, EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Veronica Hamilton M., Cristian Marín O., Camila Olivares R., Sebastián Seitz O., Gabriel Seguel S., Sebastián Von Muhlenbrock H., Diego Soto V., Camila Hevia S., Melissa Pávez K., Gabriel Cassorla J.Hospital Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: El síndrome aórtico agudo (SAA) es una patología de alta morbimortalidad, por lo que el diagnóstico certero y manejo oportuno toma una gran importancia. Dentro de este se encuentra el hematoma intramural (HI), úlcera aórtica penetrante (UAP) y la disección aórtica (DA). El manejo endovascular ha permitido un mayor alcance de estas patologías, de forma menos invasiva que el manejo abierto tradicional. OBJETIVOS: Describir la epidemiología de este síndrome, además de evaluar el manejo, reoperaciones y mortalidad de los pacientes con SAA tipo B complicados y de arco aórtico en los últimos 5 años en el Hospital Sótero del Río (HSR).MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo no randomizado descriptivo que incluyó a todos los pacientes con SAA tipo B u arco aórtico de resorte quirúrgico, desde enero del 2019 hasta diciembre 2023 en el HSR. Se registraron datos personales, antecedentes mórbidos y hospitalización, tipo de manejo, complicaciones, reoperación, y mortalidad a 30 días, 1 año y 5 años. Dependiendo del caso, se realizó manejo quirúrgico abierto, manejo endovascular o manejo endovascular asociado a bypass carótido-subclavio y/o carótido-carotídeo. RESULTADO: Se registraron 34 casos con SAA que requirieron intervención quirúrgica, 19 hombres y 15 en mujeres. Dentro de las comorbilidades más frecuentes están la Hipertensión Arterial (76%), cardiopatía coronaria (35%) y tabaquismo (23%). De los 34 casos, 2 corresponden a DA tipo A, 20 DA tipo B, 10 UAP y 2 HI. Se realizó manejo endovascular en 17 casos, bypass carótido-subclavio y/o carótido-carotídeo y endovascular en 12 casos, abierto 4 casos y un caso donde el paciente falleció previo a cirugía. 8 pacientes requirieron reoperación por complicación postoperatoria (1 abierto, 2 TEVAR y 5 TEVAR con debranching). Las causas fueron endofuga Ia, disección tipo A, úlcera gástrica perforada, entre otros. La mortalidad a 30 días fue de 32%, 41% a un año y 44% a 5 años.CONCLUSIÓN: En nuestra serie, los datos coinciden con la literatura en cuanto a la mortalidad reportada del SAA. El manejo endovascular y con bypass ha tomado un rol central en el manejo de esta patología. Esto ha permitido abordajes mínimamente invasivos y buenos resultados de morbimortalidad asociados. Se debe tener un alto índice de sospecha diagnóstica para poder elegir el manejo adecuado en tiempo oportuno.

DISPOSITIVOS BIFURCADOS ILÍACOS: RESULTADOS A MEDIANO PLAZO

Carlos Luis Torrealba M., Ricardo Felipe Gallardo O., Cristóbal Alejandro Orellana G., Carolina Andrea Bonomo M., Joaquín Humberto Torres R. Hospital Clínico Metropolitano de la Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.INTRODUCCIÓN: Los aneurismas de la aorta abdominal tienen extensión hacia las arterias ilíacas hasta en un 42% de los casos. Para el tratamiento endovascular adecuado de estos existen diversas técnicas quirúrgicas, entre estas se describe la embolización arterial hipogástrica y los dispositivos bifurcados ilíacos, teniendo estos la ventaja de preservar el flujo hipogástrico evitando así las complicaciones isquémicas pélvicas y glúteas.OBJETIVOS: Analizar los resultados de los dispositivos bifurcados ilíacos utilizados en el hospital de la Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza. MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo donde se analizan todos los dispositivos bifurcados ilíacos utilizados en nuestro centro. Las complicaciones fueron divididas en mayores y menores si estas retrasaban el egreso hospitalario y/o requirieron reintervención. Se registro la mortalidad perioepratoria a 30 días. Se consideró éxito técnico si la angiografía final del procedimiento demostró la permeabilidad del dispositivo y el paciente egreso sin complicaciones.RESULTADO: Se realizaron 11 procedimientos endovasculares con dispositivos bifurcados ilíacos en 10 pacientes en un periodo de 33 meses. Del análisis de los pacientes la edad promedio fue de 74 años (desde 64 hasta 82), 80% (9/10) refieren antecedentes de hipertensión arterial sistémica, 20% (2/10) refieren antecedentes de diabetes mellitus, 70% (7/10) refieren hábito tabáquico, 20% refirieron síntomas asociados (2/10). El tamaño promedio del aneurisma ilíaco fue de 42,8 mm (desde 26 hasta 97 mm), Se realizó en un solo caso un procedimiento bilateral. La tasa de éxito fue del 100% (11/11). El seguimiento promedio fue de 9,2 meses (desde 2 hasta 25 meses). La permeabilidad promedio fue del 100% (11/11). No hubo complicaciones mayores (0/11). En el seguimiento se evidenció 1 caso (9%) de endoleak tipo II (1/11), no hubo registro de otros tipos de endoleaks.CONCLUSIÓN: Preservar el flujo de las arterias hipogastricas, uni o bilateralmente con el uso de dispositivos bifurcados ilíacos es una técnica segura y efectiva. Hay evidencia de buenos resultados técnicos y clínicos a mediano y largo plazo. Sin embargo, para esto la selección de pacientes y la planificación preoperatoria debe ser realizada meticulosamente a fin de mejorar los resultados. Se trata de una opción quirúrgica que mejora notablemente los resultados de las otras técnicas operatorias para mantener la permeabilidad a las arterias hipogástricas.

DUPLICACIÓN Y TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR: REPORTE DE UN CASO Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Sebastian Uribe V., Heriberto Mancilla C., Juan Carlos De la Maza C., Alejandro Fierro H.Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile.INTRODUCCIÓN: La duplicación de vena cava inferior (DVCI) es una anomalía congénita del sistema cava que se caracteriza por la presencia de dos venas cava inferior en lugar de una, con una incidencia 0.7% en la población general. Se asocia a complicaciones tromboembólicas y su manejo no está estandarizado. OBJETIVOS: Presentar un caso de un paciente con trombosis de vena cava inferior y trombosis vena renal izquierda en una duplicación de la vena cava inferior, realizar una revisión de la literatura actual y alternativas de tratamiento disponibles. MATERIAL Y MÉTODO: Se recopilaron variables cliṅico-demograficas, imagenologícas, quirúrgicas y post operatorias, analizándolas de forma descriptiva para contextualizar el caso. RESULTADO: Paciente de 87 años con antecedente de Enfermedad de Alzheimer, que consultó en servicio de urgencias por cuadro de desorientación y fiebre asociado a síntomas urinarios. Como parte del estudio se solicitó tomografía computada de Tórax, abdomen y pelvis con contraste, donde se evidenció trombosis de vena cava izquierda y vena renal izquierda, en una duplicación de vena cava inferior. Se inició anticoagulación con Heparina. Posteriormente se realizó cambio a anticoagulantes directos orales. Paciente fue dado de alta al 7 día post operatorio.CONCLUSIÓN: Este reporte de caso presenta la evaluación y manejo de un paciente con trombosis de sistema vena cava y renal izquierda acompañado de una malformación como duplicación de vena cava inferior. No hay indicaciones específicas para su manejo quirúrgico, ni técnicas estandarizadas; Existen reportes donde se han realizado trombolisis fármaco-mecánica guía por catéter; trombectomía y utilización de stent venosos con buenos resultados. Concluimos que, con una evaluación integral, es posible plantear realizar una intervención endovascular de manera exitosa y lograr resultados de tratamiento satisfactorios.

ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL ROTO: UNA SERIE DE CASOS EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Camila Olivares R., Verónica Hamilton M., Cristian Marín O., Gabriel Seguel S., Sebastián Von Muhlenbrock, Diego Soto V., Camila Hevia S., Melissa Pávez K., Gabriel Cassorla J.Hospital Dr. Sótero del Río.INTRODUCCIÓN: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) consta de distintos factores de riesgo conocidos, tales como edad, tabaco e hipertensión arterial (HTA). En sus complicaciones se encuentra la ruptura, patología grave con mortalidad y morbilidad quirúrgica elevada.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es evaluar las características y resultados de pacientes con AAA roto operado en un centro hospitalario durante 5 años.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo de análisis de registros clínicos incluyendo casos de AAA roto ingresados para manejo quirúrgico de urgencia en Hospital Sótero del Río entre los años 2019 a 2023. Se excluyó pacientes sin manejo quirúrgico y patología de aorta torácica. Se evaluaron variables demográficas y clínicas.RESULTADO: Se evidenció 46 pacientes con los criterios descritos. Dentro de éstos, 31 (67,3%) correspondieron a sexo masculino y 15 (32,6%) a sexo femenino. La edad promedio fue de 68,8 años (41 - 84 años) y las comorbilidades más relevantes fueron HTA (33 pacientes, 71,7%), tabaquismo (19 pacientes, 50%) y cardiopatía coronaria (19 pacientes, 41,3%). Otras comorbilidades con menor frecuencia fueron Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Enfermedad renal crónica y Enfisema pulmonar. En cuanto al abordaje quirúrgico, se utilizó la vía endovascular (EVAR) en 12 pacientes (26,1%) y el abordaje abierto en 34 pacientes (73,9%). El tamaño promedio de aneurisma fue de 53,7 mm (38 - 89 mm) en EVAR, y 51,3 mm (46 - 110 mm) en la vía abierta, con predominancia en localización infrarrenal en ambos casos. Los días de hospitalización fueron en promedio 14,8 días (1 - 75 días) para EVAR, y 14,5 días (1 - 56 días) para abordaje abierto. La mortalidad en EVAR a 30 días fue de 1 paciente (8,3%), a 1 año 2 pacientes (16,6%) y a 5 años de 5 pacientes (41,7%), mientras que para abordaje abierto fue de 4 pacientes (11,8%) a 30 días, 3 pacientes (8,8%) a 1 año y 7 pacientes (20,6%) a 5 años.CONCLUSIÓN: El AAA es una patología grave, con morbilidad y mortalidad elevada. En el caso de la serie descrita se aprecia que el tabaquismo y la hipertensión arterial son factores de riesgo relevantes, concordante con las distintas series. El tamaño promedio de ruptura fue sobre los 5 cm y a nivel infrarrenal en la mayoría de los casos. La vía abierta tuvo una mortalidad mayor a 30 días, sin embargo, menor mortalidad a 5 años respecto al EVAR.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA MICÓTICO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

Sandra Osorio V., Diego Ardiles L., Cristóbal Orellana G., Franklin González L., Emilio Hernández T., Malao Raffo R., Raimundo Vergara G., José Herrera V.Hospital San José.INTRODUCCIÓN: os aneurismas micóticos de la aorta, son aneurismas causados por la infección del tejido del vaso a través de la inoculación microbiana del endotelio aórtico enfermo cuyo agente más son bacterias, aunque en raras ocasiones, puede ser hongos. Dado el frecuente compromiso sistémico de los pacientes, así como las complicaciones concomitantes como la ruptura del aneurisma, el tratamiento de los aneurismas micóticos es complejo. Aunque el tratamiento quirúrgico estándar es la reparación abierta con extirpación del tejido infectado, la terapia endovascular ha mostrado resultados promisorios, gracias a su menor movilidad y mortalidad, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico, investigaciones recientes respaldan su eficacia y la reducción de complicaciones. OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: Se presentan 2 casos clínicos de pacientes con aneurismas micóticos que recibieron terapia endovascular. El primer caso corresponde a un hombre de 25 años, portador de tuberculosis miliar no tratada, a quien se realizó una tomografía computada por dolor abdominal, que evidenció un aneurisma sacular en la zona 5 de la aorta torácica asociado a cambios inflamatorios periaórticos. Debido a las características anatómicas y riesgo del paciente, se decidido el tratamiento endovascular con un stent cubierto aórtico. El segundo caso trata de un paciente de sexo masculino de 61 años, con antecedente de daño hepático crónico CHILD B, que consultó por dolor lumbar y compromiso del estado general. Se estudió mediante una tomografía computada que evidenció un aneurisma sacular aórtico de zona 9 con rotura contenida. Dado su riesgo y consideraciones anatómicas se decidió el tratamiento mediante endoprótesis aorto-unifemoral y un bypass femoro femoral. En ambos casos se obtuvo una exclusión satisfactoria del aneurisma y recibieron terapia antibiótica prolongada guiada por hemocultivos.CONCLUSIÓN: A pesar de las preocupaciones sobre dejar el tejido infectado sin tratar, el tratamiento endovascular de aneurismas micóticos asociado a terapia antibiótica prolongada es una opción a tener en cuenta en pacientes de alto riesgo quirúrgico, investigaciones recientes respaldan su eficacia y la reducción de complicaciones, lo que conduce a estancias hospitalarias más cortas. La elección del tratamiento debe basarse en un análisis exhaustivo de la condición del paciente y la morfología del aneurisma.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA PROXIMAL ASOCIADA A SÍNDROME DE MAY THURNER: MANEJO INNOVADOR DE UN CASO EN EL HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA, VALPARAÍSO CHILE

Pedro Triviño R., José Farías G., Úrsula Figueroa F., Gregory Córdova A., Luis Hernández M., Carlos Negrete E., Johan Llanos M., Verónica Basoalto F., Felipe Farías G.Hospital Dr. Eduardo Pereira.INTRODUCCIÓN: El síndrome de May-Thurner (SMT) se caracteriza por la compresión de la vena ilíaca común izquierda entre la columna vertebral y la arteria ilíaca común derecha. Una alternativa para el manejo de las trombosis venosas profunda (TVP) iliofemorales agudas es la tromboaspiración, que presenta excelentes resultados como tratamiento definitivo con una sola intervención, disminuyendo complicaciones hemorrágicas. OBJETIVOS: Se presenta una revisión en torno a la tromboaspiración en TVP asociada a SMT a partir de un caso clínico. MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino de 31 años, puérpera, sin antecedentes mórbidos. Refiere cuadro de tres días de dolor poplíteo izquierdo, asociado a aumento de volumen de la extremidad. Se realiza ecografía Doppler que evidencia TVP izquierda proximal y posteriormente se realiza angiotomografía confirmando trombosis iliofemoral desde origen de vena iliaca izquierda con extensión a vena femoral común y poplítea observando como hallazgo SMT. Se decide anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y se realiza tromboaspiración con sistema Índigo Penumbra de abundantes trombos frescos en eje ilíaco y femoro-poplíteo izquierdo, más angioplastia con stent en la vena ilíaca izquierda, eje ilíaco y femoro-poplíteo izquierdo permeables. Paciente evoluciona favorablemente con alta a las 48 horas postoperatoria, realizando traslape a inhibidores del factor Xa. RESULTADO: Dentro de las alternativas actuales para el tratamiento de TVP proximal con compromiso del eje iliofemoral, existe la trombólisis con catéter y la tromboaspiración, que en asociación con SMT debe adicionarse la angioplastia con stent. La tromboaspiración ofrece múltiples beneficios, incluyendo la rápida eliminación del trombo, reducción del riesgo de complicaciones postoperatorias y menor tiempo de recuperación. Además, permite la restauración inmediata del flujo sanguíneo, reduciendo la necesidad de intervenciones repetidas y la incidencia del síndrome post-flebítico. Lo cual nos invita a estudiar su beneficio en casos de TVP proximal. CONCLUSIÓN: La incorporación de nuevas técnicas mínimamente invasivas como la tromboaspiración, representan un avance significativo en el tratamiento de la trombosis venosa profunda, optimizando los resultados clínicos y mejorando la calidad de vida de los pacientes afectados.

EXPERIENCIA EN MANEJO DE ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO CON CÉLULAS MADRES AUTÓLOGAS UTILIZANDO IMPRESIÓN 3D

Sandra Osorio V., Franklin González L., Diego Ardiles L., Luis Ruiz B., Ricardo Bahamondes A., Raúl Muñoz M., Cristóbal Orellana G., Emilio Hernández T., Carolina Martinez C. Hospital San José.INTRODUCCIÓN: Un 34% de todas las personas con diabetes tendrán una úlcera durante su vida. Las úlceras croṅicas del pie son la principal causa de hospitalización, con riesgo de amputación y tiempo prolongado para su cicatrización.OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la matriz extracelular mínimamente manipulada en el proceso de cicatrización de la herida. MATERIAL Y MÉTODO: Se definieron los criterios de ingreso al estudio: Pacientes diabéticos neuropáticos, con cultivos negativos con úlceras con déficit de cobertura. Previa autorización de Unidad de Calidad para poder realizar estudio. 4 pacientes fueron integrados al estudio.4 DMNIR, 2 HTA 3 hombres y 1 mujer. Los cuatro con úlceras que requirieron cirugía, 3 con amputación de ortejos, un caso amputación transmetatarsiana . Ingresando al estudio con cultivos negativos. Con firma consentimiento para uso de técnica. Para obtener tejido adiposo autólogo, se realizó la técnica estándar de liposucción abdominal. El tejido graso autólogo se desagrega mecánicamente en tamaños específicos utilizando un separador de grasa para producir la matriz extracelular mínimamente manipulada, que luego se transfiere a la cámara dispensadora de bioimpresión en tres dimensiones. Después de limpiar el sitio de la herida se coloca en la zona a tratar, cubriendo con apósito parafinado y gasas. Posteriormente se realizó curación semanal a cargo de enfermera, realizando archivo de imágenes fotográficas de la evolución de la úlcera. RESULTADO: Se logra cicatrización en promedio de 10,25 semanas (7-13). Sin infección, sin requerir nueva intervención ni hospitalización.CONCLUSIÓN: El tratamiento con matriz extracelular mínimamente manipulada, elaborada a partir de la grasa autoĺoga cargada de adipocitos y factores de crecimiento podrıá haber contribuido a la cicatrizacioń de la herida. La teć nica de bioimpresioń en tres dimensiones es un enfoque personalizado, terapeútico y una potencial alternativa para el manejo de las ulc̀eras del pie diabetićo. El resultado apoya continuar experiencia con más pacientes y realizar un estudio de costo.

DESAFÍOS Y ÉXITO EN MANEJO DE ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Luna Elgueta, Carla Muñoz, Marlene Carrasco, Camila Venegas, Dra. Javiera ArrosHospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua.INTRODUCCIÓN: La isquemia aguda (IA) es un síndrome que ocurre por la obstrucción súbita del flujo arterial de un territorio sanguíneo, con riesgo de amputación o muerte. Causas principales: embolias y trombosis, con factores de riesgo como enfermedad coronaria, tabaquismo (TBQ), hipertensión (HTA), diabetes, dislipidemia, terapia hormonal y neoplasias. Síntomas: dolor, palidez cutánea, ausencia de pulsos, parálisis, parestesia y poiquilotermia. Más común en mayores de 60 años, con incidencia de 1-1.5 por cada 10.000 habitantes al año, afectando principalmente extremidades inferiores. La sospecha oportuna y los avances en el manejo son claves para una resolución exitosa, mejorando la rehabilitación y reintegración social del paciente. OBJETIVOS: Presentación caso clínico de IA de extremidad superior en paciente femenina de 50 años.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis caso clínico presentado en Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua y revisión bibliográfica.RESULTADO: Paciente femenina de 50 años con antecedentes de HTA y TBQ. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de inicio súbito caracterizado por dolor, parestesia e impotencia funcional en extremidad superior izquierda (ESI). Al examen físico destacó frialdad y palidez cutánea de ESI con pulsos radial y ulnar ausentes. Se realizó angiotomografía computarizada (angioTC) de ESI que mostró obstrucción en arteria braquial proximal y en origen de arteria radial, por lo se hospitalizó para manejo quirúrgico con trombectomía. En procedimiento quirúrgico se evidenció salida de trombo de pequeño calibre a distal, recuperando pulso radial. Se realizó estudio de fuente embólica, negativo. Evolucionó con dolor y ausencia de pulso braquial, radial y ulnar. Nuevo angioTC mostró oclusión de arteria braquial izquierda, por lo que se realizó bypass axilo braquial izquierdo con prótesis anillada PTFE. Evolucionó favorablemente con presencia de pulsos en ESI. Finalmente, dada de alta a domicilio con terapia anticoagulante y rehabilitación.CONCLUSIÓN: En Chile los reportes de IA en extremidad superior son limitados debido a su baja frecuencia. Si bien la edad de presentación no era la clásica, la presencia de factores de riesgo como HTA y TBQ facilitaron el diagnóstico inicial. La angioTC es clave para identificar el nivel de isquemia y planificar la cirugía. La trombectomía inicial si bien mostró beneficios a corto plazo, fue el bypass la técnica quirúrgica con mejor resultado, evidenciando la complejidad del manejo y la necesidad de vigilancia clínica continua. Destacamos la importancia de la sospecha precoz de IA para una resolución exitosa.

ABORDAJE DE TRAUMA VASCULAR ARTERIAL EN SERVICIO DE URGENCIA DE HOSPITAL BASE VALDIVIA AÑOS 2020 – 2022

Silvana Bustos A., Daniela Leporati J., Cristian Jara D.Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile.INTRODUCCIÓN: El trauma vascular corresponde a aproximadamente el 1 y el 3% de los ingresos a las urgencias, representa un desafío técnico para los cirujanos de urgencia y una alta mortalidad para nuestros pacientes, por lo que un enfrentamiento adecuado de las lesiones es de vital importancia. OBJETIVOS: El propósito de nuestro trabajo es describir la epidemiología de trauma vasculares arterial del Hospital Base Valdivia, siendo el centro de mayor complejidad de la red de la Región de los Ríos. MATERIAL Y MÉTODO: Se seleccionaron retrospectivamente todos los casos de lesión vascular arterial sometidos a cirugía de urgencia en el Hospital Base Valdivia entre enero de 2020 y diciembre de 2022 y se analizaron de acuerdo a su etiología, forma de presentación y reparación realizada. Los datos se analizaron a través de Excel. Se excluyeron las lesiones vasculares manejadas de forma endovascular o no invasiva. RESULTADO: Se lograron recolectar 19 casos en total, de los cuales el 63% (12 casos) corresponden a trauma vascular penetrante, un 31% (6 casos) corresponden a lesión arterial por punción y 1 caso a lesión penetrante por mordedura animal. La gran mayoría de los casos correspondió a lesión de arteria braquial (10 casos). En total, un 75% de los casos corresponden a lesiones de extremidad superior. Las demás lesiones corresponden a otras zonas corporales. En un 36% de los casos fue posible realizar anastomosis primaria del vaso lesionado y en un porcentaje similar, se realizó arteriorrafia. Los demás casos, requirieron manejo vía Bypass, parche venoso asociado u otra reparación. CONCLUSIÓN: Concluimos que es importante contar con elementos técnicos que nos permitan como cirujanos realizar un abordaje vascular correcto y seguro para nuestros pacientes, sobre todo en centros donde la disponibilidad de cirujano vascular es baja o no se encuentra garantizada 24 horas. La mayoría de los casos corresponden a lesiones de extremidad superior. El gran porcentaje de lesiones por punción hacen necesario revisar los protocolos locales y técnicas utilizadas para inserción y retiro de dispositivos.

USO DE PROSTAGLANDINAS E1 COMO ALTERNATIVA A LA AMPUTACIÓN EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA NO REVASCULARIZABLE. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL HOSPITAL EL SALVADOR EN EL USO DE TERAPIA CON ALPROSTADIL

Fernanda Medina P., Rodrigo Julio A., Cristian Salas D.Hospital del Salvador.INTRODUCCIÓN: La isquemia crítica de extremidades inferiores, secundaria a enfermedad arterial periférica es una causa común de morbilidad y mortalidad cardiovascular. La piedra angular del tratamiento en estos pacientes es la revascularización quirúrgica de las extremidades. Pese a que se han adoptado numerosas técnicas quirúrgicas de revascularización, ya sea a través de cirugía convencional o por métodos endovasculares aún hay un grupo de pacientes donde la revascularización quirúrgica no es plausible y la única alternativa es la amputación de la extremidad. Es aquí donde los prostanoides se han propuesto como una alternativa terapéutica con el objetivo de estimular la angiogénesis a través de sus efectos vasodilatadores, antitrombóticos y antiinflamatorios. En Chile aproximadamente 8.000 personas, poseen úlceras isquémicas no revascularizables. El tratamiento con Prostaglandina E1(PGE1) en pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores no revascularizables tiene beneficios descritos en la literatura, y se postula como una alternativa de manejo en aquellos pacientes donde la revascularización quirúrgica no es una opción viable. OBJETIVOS: En este estudio se administró PGE1 en pacientes con IC irrevascularizable, evaluando su respuesta clínica y la sobrevida libre de amputación.MATERIAL Y MÉTODO: Ensayo clínico observacional retrospectivo. De una muestra total de 30 pacientes definidos en nuestro equipo de cirugía vascular como irrevascularizables. Se seleccionaron 16 pacientes los cuales completaron tratamiento con PGE1 entre los años 2022-2024, según el protocolo de administración del Hospital del Salvador, 14 de ellos quedan excluidos por no haber iniciado o no haber completado tratamiento por diversas causas. 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. Protocolo de administración de PGE1: administración vía endovenosa de 80µg PGE1 (ALPROSTADIL) diluidos en 500cc de solución fisiológica en bomba de infusión continua a 125ml/hora, durante 21 días. Análisis de los pacientes sometidos a amputaciones de cualquier tipo luego de haber completado tratamiento con PGE1. RESULTADO: De los 16 pacientes que completaron tratamiento, solo 2 de ellos fueron sometidos a amputaciones mayores (supra e infracondilea), 4 de los pacientes incluidos en el estudio fallecieron por otra causa. Actualmente 10 de los pacientes que completaron tratamiento, se mantienen en controles seriados y libres de amputación.CONCLUSIÓN: El tratamiento con PGE1 en pacientes con isquemia crítica no revascularizable se puede proponer como una alternativa a la amputación mayor en pacientes seleccionados, mejorando la calidad de vida y aumentando el tiempo de vida libre de amputación.

EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS COMPLEJOS DE LA AORTA ABDOMINAL CON ENDOPRÓTESIS MODIFICADAS GUIADAS POR IMPRESIÓN 3D

Manuel Espíndola S., Diego Ardiles L., Jeison Peñuela A., Gustavo Sepúlveda M, Mauricio Maureira L., Albrecht Krämer S., Cristóbal Orellana G., Francisca Muñoz C., Emilio Hernández T., Mª Josefina Egaña D., Jonathan Rivero A., Claudia Oliva G.Hospital DIPRECA, Universidad de Los Andes.INTRODUCCIÓN: Existen diferentes dispositivos para el tratamiento endovascular de aneurismas complejos de aorta abdominal (AAAc). En este escenario, la modificación de endoprótesis por el cirujano (PMEG) surge como una alternativa atractiva. Esta técnica, asociada a los modelos de aorta 3D como guía para las fenestraciones ha sido revolucionaria. Simplifica la planificación y ofrece una alta precisión en la modificación, optimizando los resultados y evitando los inconvenientes de los dispositivos customizados en cuanto a costo y tiempo de manufactura. OBJETIVOS: Describir los resultados iniciales en el tratamiento de AAAc con PMEG guiada por modelo 3D.MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte retrospectiva con datos recolectados prospectivamente. Se analizaron pacientes con AAAc tratados en Hospital DIPRECA entre noviembre de 2023 y junio de 2024. Se incluyeron todos los pacientes tratados PMEG guiada por impresión 3D, excluyendo aquellos que no se hayan realizado un control por imágenes al menos al mes de tratamiento. Las variables continuas se describieron utilizando medidas de tendencia central y dispersión, las variables categóricas en tablas de frecuencia. El objetivo principal fue el éxito técnico (ausencia de endoleak, permeabilidad de los vasos objetivo) y mortalidad a 30 días. Como objetivo secundario la aparición de endoleak y reintervención asociada en el seguimiento.RESULTADO: 5 pacientes, 4/5 hombres (80%), mediana de edad 74 años (68-88). Principal comorbilidad tabaquismo 5/5 (100%). Aneurisma tipo pararrenal en 3/5 pacientes (60%) y yuxtarrenal en 2/5 pacientes (40%). El diámetro promedio fue 53 (35-78) mm, largo de cuello de 3.6 (0-9) mm. Landing en aorta visceral: 2/5 (40%) en zona 7, 2/5 (40%) en zona 8 y 1/5 (20%) en zona 6, largo promedio de nueva zona de landing de 30.2 (25-39) mm. En 4/5 casos (80%) se realizaron 2 fenestraciones y en 1/5 casos (20%) 3 fenestraciones. El promedio de stents utilizados fue 2.2 (1-3). Todos los accesos femorales percutáneos y en 3/5 casos (60%) se realizó además acceso braquial. Todas las cirugías se realizaron bajo anestesia general, con tiempo promedio 229 (145-285) minutos y media de contraste 134 (90-180) ml. Se logró éxito técnico en los 5/5 casos (100%). Respecto al postoperatorio, 1 paciente (20%) requirió transfusión de 1 unidad de glóbulos rojos y presentó además falla renal sin necesidad de diálisis. La estancia hospitalaria media fueron 3 (3-4) días. No se presentaron eventos mayores cardiovascuales, ni muertes, ni endoleaks, ni nuevas reintervenciones. El seguimiento promedio fue 3.2 (1-7) meses.CONCLUSIÓN: El tratamiento de AAAc con PMEG guiadas por impresión 3D pareciera ser una alternativa viable y segura. A pesar de la limitación del tamaño de la muestra, nuestros resultados iniciales indican un alto éxito técnico. La impresión 3D ha facilitado la planificación y creación de fenestraciones. Se requiere de estudios adicionales con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo para validar estos resultados.

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA SUPERFICIAL IZQUIERDA POSTERIOR A INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL FEMORAL, REPORTE DE UN CASO

Tiare Cordero V., Michelle Marchesini B., Gustavo Gárate G., Gerson Pérez F., Luz Nava M., Vinzenz Córdova de H.Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke.INTRODUCCIÓN: Los pseudoaneurismas de la arteria epigástrica inferior son una complicación rara secundaria principalmente a una cirugía abdominal, siendo más común en procedimientos laparoscópicos. En comparación a las lesiones vasculares asociadas a la inserción de un CVC femoral que tienen una incidencia del 0.3-1%, la lesión de la arteria epigástrica posterior a la instalación de un CVC femoral es un evento con escaso reporte. A pesar de su baja incidencia, es una complicación grave que su oportuno diagnóstico resulta en un desafío. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico infrecuente y revisión de la literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte descriptivo de un caso clínico de paciente pseudoaneurisma de la arteria epigástrica superficial izquierda posterior a instalación de catéter venoso central femoral en Hospital Dr. Gustavo Fricke.RESULTADO: Paciente femenina de 34 años con antecedente de HTA, ERC en hemodiálisis y obesidad. Con historia de hospitalización por episodios de bacteremias asociados a CVC transitorios yugulares y femorales. Es derivada por anemia severa mantenida y dentro de los estudios se pesquiza TC AP pseudoaneurisma de la arteria epigástrica superficial izquierda de 7 centímetros de diámetro sin signos de sangrado activo por lo que equipo de cirugía vascular desestima cirugía de urgencia. La paciente reconsulta por persistencia de anemia, siendo evaluada nuevamente por sospecha de sangrado activo de pseudoaneurisma, destacando en examen fisico masa palpable en flanco y fosa iliaca izquierda indolora y no pulsátil. Se realiza angioTC de abomen y pelvis, que evidenció crecimiento hasta 9 centímetros, por lo que se indicó resolución quirúrgica abierta. En los hallazgos intraoperatorios se constató un pseudoaneurisma dependiente de la arteria epigástrica superficial izquierda en cara anterior de la pared abdominal en región periumbilical e hipogástrica a izquierda de la línea media. Se alojaba bajo los planos musculares en posición preperitoneal con un diámetro de 10 centímetros. CONCLUSIÓN: El pseudoaneurisma de la arteria epigástrica superficial izquierda es una complicación excepcional posterior a la instalación de un catéter venoso femoral. A pesar de tener un escaso reporte, sigue siendo una condición relevante debido al riesgo que implica con respecto a posibles complicaciones inmediatas como complicaciones tardías y progresivas como fue el caso de la paciente. La sospecha de esta complicación resulta primordial, siendo su tratamiento quirúrgico abierto una opción segura y efectiva para el manejo definitivo de la patología.

USO PIONERO DE PRÓTESIS DE PERICARDIO OVINO EN TRAUMA POR ARMA DE FUEGO

Sandra Osorio V., Cristóbal Orellana G., Camila Concha P., Marcela Orellana T., Franklin Gonzalez L., Raimundo Vergara G., Malao Raffo R., Jose Herrera V.Hospital San José, Universidad de los Andes. INTRODUCCIÓN: El manejo de pacientes con heridas por arma de fuego es un desafío significativo en los servicios de urgencia. Las lesiones vasculares complejas requieren de una intervención rápida y precisa para asegurar la supervivencia y la recuperación funcional del paciente. La reconstrucción vascular idealmente debe ser con vena y como alternativa se puede utilizar prótesis de PTFE. Existe un aumento del riesgo de infección en caso de reoperaciones.OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia preliminar del uso de prótesis de pericardio ovino en la reconstrucción vascular en contexto de reparación con alto riesgo de infección.MATERIAL Y MÉTODO: Hombre de 28 años ingresa al servicio de urgencia en nuestra institución con múltiples heridas por arma de fuego, destacando lesiones de partes blandas en muslo izquierdo, evidencia de lesión vascular y signos de sangrado activo. Ingresa a pabellón donde se identifica una sección completa de la arteria femoral superficial y lesiones venosas significativas, que son tratadas primariamente con ligaduras y un shunt arterial, por compromiso hemodinámico. El paciente es trasladado a UCI con altos requerimientos de drogas vasoactivas. Transcurridas 6 horas, el paciente es reintervenido, donde se realiza una reparación arterial con interposición de vena safena invertida y reparación venosa. Cuatro días después, a pesar de la disminución en los requerimientos de drogas vasoactivas, el paciente evoluciona con ausencia de pulsos distales y mala perfusión, evidenciándose trombosis de la reparación arterial. Se realiza una nueva intervención quirúrgica, donde se retira la vena safena invertida, trombectomía y arteriografía. Se utiliza en forma pionera la reparación con prótesis de pericardio ovino, por agotamiento del capital venoso y por alto riesgo de infección por ambiente contaminado.RESULTADO: Paciente evoluciona favorablemente con permeabilidad de última reparación y sin infección.CONCLUSIÓN: La reparación vascular en contexto de trauma por arma de fuego, debe ser idealmente con vena y como segunda opción prótesis de PTFE. En nuestro caso por no contar con más capital venoso y tratarse de una tercera cirugía en un ambiente contaminado se utilizó prótesis de pericardio ovino que tiene apoyo de la literatura en uso en cirugías con infección. Nuestra experiencia apoya la alternativa de uso de esta prótesis.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TRAUMA PENETRANTE DE AORTA TORÁCICA

Carlo Zúñiga G., Michelle Marchesini B., Carla Morelli L., Gustavo Gárate G. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña Del Mar.INTRODUCCIÓN: Los traumatismos de la aorta torácica que logramos tratar son mayoritariamente transecciones contenidas por trauma cerrado. El traumatismo penetrante que evoluciona con pseudo aneurisma subagudo es una forma de presentación inhabitual. OBJETIVOS: Presentar un caso clínico y revisión de literatura.MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 22 años que ingresa al hospital tras haber sufrido herida por arma corto punzante en la región dorsal izquierda. Al ingreso presenta hemotórax izquierdo que es manejado con pleurotomía mínima. Tomografía computada de tórax revela une discreta protrusión en la pared postero lateral de la aorta torácica descendente. Se decide observar y controlar. AngioTAC a las 2 semanas muestra que la lesión se transformó en un pseudo aneurisma de 25x30mm. Se procede con implante de Stent Cubierto BEGRAFT ® (Bentley) de 22x44 mm, logrando excluir en forma satisfactoria la lesión. Paciente inicia antiagregación con Acido Acetil salicílico 100 mg al dia. Control a 2 años muestra stent permeable, sin migración ni endofugas. RESULTADO: El tratamiento endovascular es la primera línea de manejo de la mayoría de las patologías de la aorta torácica, incluyendo el trauma. La presencia de cambios menores en relación con lesiones penetrantes obliga a un seguimiento precoz con imágenes de alta resolución para detectar y tratar lesiones potencialmente graves como los pseudo aneurismas. La disponibilidad de dispositivos de diámetros más cortos, que evitan cobertura extensa de la aorta torácica con riesgo de paraplejia, permite ofrecer una solución efectiva y segura en casos inhabituales como este. El seguimiento con imágenes es mandatorio para detectar y manejar complicaciones de largo plazo. CONCLUSIÓN: El tratamiento endovascular de las lesiones traumáticas de la aorta torácica permite resolver de manera eficaz y segura lesiones complejas evitando la necesidad de toracotomía.

ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA EN MUJERES JOVENES

Carlo Zúñiga G., Alejandro Kotlik A., Michelle Marchesini B., Carla Morelli L., Gustavo Gárate G. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña Del Mar.INTRODUCCIÓN: La principal etiología de los Aneurismas de Aorta Torácica (AAT) es la degeneración parietal secundaria a factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Los AAT en mujeres de menos de 40 años son raros. El tratamiento endovascular (TEVAR) es la primera opción terapéutica en la mayoría de los pacientes.OBJETIVOS: Comunicar dos casos de AAT en mujeres jóvenes sin otros FRCV conocidos. MATERIAL Y MÉTODO: Caso 1. Mujer, 36 años, sin FRCV ni historia familiar de aneurismas, sin evidencia de enfermedad del tejido conectivo. Refiere accidente en motocicleta 9 años atrás, sin estudio posterior. Debido a malestar torácico inespecífico se detecta AAT sacular de 5.8 cms distal al origen de arteria subclavia izquierda (ASCI). Resto de la aorta sin lesiones. Ecocardiograma normal. Se procede con implante de endoprótesis Zenith Alpha ® (Cook Medical) con cobertura de ASCI. Post operatoria satisfactorio. A 3 años de su operación se mantiene asintomática, con trombosis completa del saco aneurismático, sin endofugas. Caso 2. Mujer, 35 años, hipotiroidismo. Sin historia familiar de aneurismas y sin evidencia de enfermedad del tejido conectivo. Por estudio de palpitaciones, se detecta AAT sacular de 5.5 cms en zona 2 de Isihimaru, con abundante calcificación parietal. Resto de la aorta sin lesiones. Ecocardiograma normal. Se procede con implante de endoprótesis Talent® (Medtronic) más bypass carótido-subclavio izquierdo con PTFE anillado y embolización de arteria subclavia izquierda proximal con oclusor Amplatzer Vascular Plug II® (Abbott Vascular). Post operatorio sin incidentes. Un año después cursa embarazo y parto exitosos. Seguimiento a 4 años muestra exclusión satisfactoria del aneurisma, sin endofugas. RESULTADO: La principal etiología de AAT bajo los 40 años son las enfermedades del tejido conectivo. El trauma cerrado de Aorta puede evolucionar en este tipo de lesión en forma crónica. El tratamiento endovascular es la primera línea de tratamiento en la mayoría de las patologías de la aorta torácica debido a la reducción considerable de los riesgos al evitarse la toracotomía y el clampeo aórtico. La decisión de revascularizar la ASCI es individualizada. El seguimiento clínico y con imágenes es fundamental para detectar y tratar complicaciones de largo plazo como las endofugas, migración de prótesis o aparición de otros aneurismas de la aorta, permitiendo a estas mujeres desarrollar su vida en forma plena. CONCLUSIÓN: Frente a esta rara condición, el tratamiento endovascular es seguro y eficaz para excluir la lesión aneurismática, anular el riesgo de ruptura y evitar complicaciones de largo plazo.

EMBOLECTOMÍAS POR ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDADES INFERIORES, UN ANÁLISIS DE RESULTADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL

Carlos Corrales Zamora, Marcela Khamg Osorio, Camila Vallejo Escobar, Catalina Fernández Pizarro, Mónica Rondón Rodríguez, Jorge Cifuentes Carrasco, Giovanni Ghisellini Sandoval, Benigno Valda Careaga, María Fernanda Brito, Hugo Yáñez MoyaUniversidad de Antofagasta, Hospital Regional de Antofagasta. INTRODUCCIÓN: La isquemia aguda de miembros inferiores es una afección potencialmente mortal. El manejo convencional incluye la anticoagulación y embolectomía con catéter Fogarty. En el Hospital Regional de Antofagasta esta patología se resuelve de urgencia y por Cirujanos Generales. No se conocen los resultados de este manejo respecto de tasa de amputación y sobrevida de la extremidad en nuestro centro.OBJETIVOS: Revisión de nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la isquemia aguda de extremidades inferiores período enero 2018 – junio 2024. Los outcomes primarios fueron la tasa libre de amputación a treinta días y la sobrevida libre de amputación al año.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional, analítico. Se tabularon pacientes con diagnóstico de isquemia aguda de extremidades inferiores. Excluimos pacientes en quienes el cuadro fue secundario a otro procedimiento quirúrgico, a aquellos calificados como Rutherford III o que el manejo quirúrgico inicial fue la amputación. Describimos las características de la serie en porcentajes o mediana. el análisis de sobrevida de la extremidad lo hicimos mediante método de Kaplan-Meier.RESULTADO: Tabulamos 90 pacientes, 34 mujeres y 56 hombres con una mediana de edad de 67 años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial 57%, seguida del tabaquismo y enfermedad arterial oclusiva periférica en un 30% cada una. La etiología fue embólica 17%, trombótica 25% y no determinada en 56% de los casos. La mediana de horas de isquemia hasta la revascularización fue 96. La amenaza de la extremidad según escala Rutherford al momento de presentación fue I - 40%; IIa - 27%; IIb 32%. Todos los pacientes fueron sometidos a embolectomía con catéter Fogarty. El territorio mayormente afectado fue el poplíteo (35%) y el abordaje más utilizado el medial infragenicular (53%). La mediana del tiempo operatorio fue de 85 minutos y la estancia hospitalaria 10 días. La tasa de amputación a 30 días fue de 28% y la sobrevida de la extremidad al año fue de 60%. CONCLUSIÓN: Los datos demográficos expuestos son similares a los publicados en la literatura, sin embargo, la tasa de amputación a 30 días es alta, mientras que la sobrevida de la extremidad al año sobrepasa el 51%. Este trabajo obliga a plantear mejoras en el proceso diagnóstico-terapéutico para mejorar estas cifras.

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA. UNA INFRECUENTE COMPLICACIÓN POST COLECISTECTOMÍA

Claudio Robledo P., Fernando Velásquez U., Cristóbal Larraín T., Francisco Silva A., Cristian Pozo U.Hospital de La Serena.INTRODUCCIÓN: Los Pseudoaneurismas de la arteria hepática, posterior a una Colecistectomía laparoscópica, son sumamente poco frecuentes. Los mecanismos involucrados en la formación de pseudoaneurismas post colecistectomía de las arterias hepáticas o císticas, son multifactoriales, pero se relacionan fuertemente a uso excesivo de cauterización durante la disección del triángulo de Calot. En el post operatorio puede presentarse hemoperitoneo o hemobilia, destacando la asociación de ictericia, dolor abdominal y hemorragia intestinal (Triada de Quincke) hasta en el 40% de los casos. Gran parte de los pacientes debutan el primer mes post operatorio (80%), sin embargo, se han reportado periodos asintomáticos de 13 meses a 5 años. Dado el alto riesgo de rotura y mortalidad, todos los Pseudoaneurismas de las arterias hepáticas, se reparan tan pronto como se haga el diagnóstico. El riesgo de rotura es directamente proporcional al tamaño, aumentando 10 veces si es mayor a 5 cms. Las opciones de manejo pueden ser mediante cirugía, con resección del pseudoaneurisma y ligadura de la arteria, o de forma endovascular con embolización transarterial con una variedad de agentes embólicos. OBJETIVOS: Presentar infrecuente caso de paciente con Pseudoaneurisma de la arteria Hepática, desde su diagnóstico hasta tratamiento. MATERIAL Y MÉTODO: Descripción caso clínico y revisión de la literatura RESULTADO: Paciente femenina de 72 años de edad, con antecedentes quirúrgicos de Colecistectomía con técnica abierta, 10 años previos a consulta, acude por dolor abdominal recurrente, con aumento progresivo de intensidad, asociado a masa dolorosa en hipocondrio derecho y palidez de mucosa. Se realiza tomografía contrastada informando Pseudoaneurisma de arteria Hepática común de 10.3 x 9.9 cm, asociado a moderada dilatación de vía biliar intrahepática por compresión extrínseca. Se decide manejo endovascular con embolización de arteria con Coils. Angiografía diagnostica de Tronco Celiaco, arteria común y propia, evidencia pseudoaneurisma de arteria Hepática propia de 10 cm de diámetro aproximado, sin paso de contraste por arteria hacia distal. Se despliegan 3 Coils de 6mm x 20 cm que quedan en arteria hepática propia proximal. Control angiográfico sin paso de contraste hacia el pseudoaneurisma. En seguimiento con Angiotomografía a los 3 meses posterior a embolización, informa gran pseudoaneurisma de arteria hepática propia embolizado, sin signos de rotura inminente, leve dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Desde punto de vista clínico paciente presenta buena evolución clínica, sin dolor abdominal ni otras molestias asociadas, con control de enzimas hepáticas dentro de rango normal. CONCLUSIÓN: El Pseudoaneurisma de la arteria hepática post Colecistectomía es una entidad rara, pero potencialmente mortal, con riesgo de rotura directamente proporcional al tamaño. Su presentación puede ser tardía, con síntomas generalmente inespecíficos, por lo que debe tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de los pacientes con abdomen agudo. Una tomografía contrastada puede confirmar el diagnóstico. Se debe conocer las opciones terapéuticas, sus ventajas y desventajas, según las características de cada paciente, siendo la embolización endovascular la intervención con alta tasa de éxito y pocas complicaciones. Se deben tomar las precauciones necesarias, que permitan realizar colecistectomías sin lesiones vasculares, sobre todo cuando se trata de casos difíciles.

REPARACIÓN ABIERTA DE ANEURISMA ILÍACO COMÚN GIGANTE ROTO. REPORTE DE UN CASO

William Acero B., Cristian Reyes S., Vicente Rosario G., Valentina Eugenio L.Hospital de Castro, Chiloé, Universidad San Sebastián. INTRODUCCIÓN: El aneurisma aislado de la arteria ilíaca es infrecuente, comprende menos del 2% al 7% de la enfermedad aneurismática abdominal. La mayoría son asintomáticos (65-70%) y son diagnosticados como hallazgos incidentales. Los aneurismas grandes (>5cm) tienen un significante riesgo de ruptura, que se asocia con alta morbilidad y mortalidad. La tasa de mortalidad en reparación quirúrgica abierta de emergencia alcanza el 40%-60%. La cirugía electiva se contempla en aneurismas >3.5cm. Aneurismas sintomáticos y >5cm deben ser prontamente reparados.OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de un paciente con aneurisma aislado gigante de la arteria ilíaca común roto operado en el Hospital de Castro, isla de Chiloé.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 61 años, antecedentes de obesidad. Ingresa a urgencias por un cuadro clínico de horas de evolución caracterizado por dolor en fosa iliaca izquierda, irradiado a región lumbar y muslo izquierdo, EVA 10/10, asociado a lipotimia. TAC AP informa: aneurisma en arteria iliaca común izquierda 8,3 x 8,5 cm en sus ejes anteroposterior y transversal respectivamente, con signos de rotura y hematoma que se extiende desde retroperitoneo izquierdo hasta fosa iliaca interna izquierda. En pabellón se realiza reparación abierta, aneurismotomia longitudinal y colocación de prótesis de dacron 10mm iliaco-iliaco externo con anastomosis termino-terminal, packing, bolsa de bogotá, con sangrado 3 litros y transfusión 4 UGR. Recibe manejo en UCI. Día 3 se realiza exploración, retiro de packing y cierre de pared. Dia 6 por imagen sugerente de sangrado activo en anastomosis se realiza laparotomía que evidencia leve cantidad de líquido libre hemático, sin sangrado activo, se decide packing. Día 7 nueva laparotomía, retiro de packing, sin sangrado activo, se instala VAC. Día 8 se extuba, cursando con evisceración, requiriendo el día 10 laparotomía y cierre de aponeurosis. Evoluciona favorablemente, tras 29 días se indica hospitalización domiciliaria recibiendo manejo médico, rehabilitación física y curaciones de herida operatoria, siendo dado de alta el día 37 postoperatorio.CONCLUSIÓN: El aneurisma aislado de la arteria ilíaca es una patología poco frecuente, con una alta tasa de mortalidad en cirugía de urgencia. Este caso representa la correlación que hay entre el tamaño y el riesgo de rotura. El diagnóstico precoz y la reparación oportuna permiten un mejor desenlace para el paciente, sin menospreciar la morbilidad que esta conlleva.

PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL COMPLICADO

Camila Vallejo Escobar, Marcela Khamg Osorio, Benigno Valda Careaga, Katherin Rojo Miranda, Javiera Lisperguier Corrotea, Tamara Romero Pacheco, María Fernanda Brito, Jorge Cifuentes Carrasco, Giovanni Ghisellini, Hugo Yáñez MoyaUniversidad de Antofagasta, Hospital Regional de Antofagasta.INTRODUCCIÓN: El aneurisma de la aorta abdominal es responsable de alrededor de 170.000 muertes al año a nivel mundial. Su presentación suele ser asintomática y en un 25-50% de los casos se presenta como la tríada clásica de dolor abdominal o lumbar asociado a hipotensión y masa abdominal pulsátil, sin embargo, se han descrito presentaciones atípicas atribuibles a sus efectos compresivos, isquémicos, entre otros, lo cual puede dificultar su diagnóstico. OBJETIVOS: Reporte de una presentación atípica de aneurisma de la aorta abdominal.MATERIAL Y MÉTODO: Datos obtenidos de ficha clínica de paciente y revisión de la literatura. RESULTADO: Paciente masculino de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, es derivado al servicio de urgencias del Hospital Regional de Antofagasta por sospecha de accidente cerebro vascular. Paciente refiere caída de nivel tras sufrir paraparesia M3 de extremidades inferiores asociado a relajación de esfínter y dolor lumbosacro. Ingresa hemodinámicamente estable, sin hallazgos significativos al examen físico general y segmentario inicial. Es evaluado por el servicio de neurología y neurocirugía. Se solicita escáner de cerebro sin contraste, sin hallazgos patológicos y escáner de columna completa, encontrándose de forma incidental un aneurisma fusiforme de la aorta abdominal infrarrenal. Es re-evaluado, esta vez por el servicio de cirugía, detectándose al examen físico abdominal masa pulsátil a nivel de mesogastrio. Se solicita angiografía por tomografía computarizada abdominal que evidencia aneurisma de la aorta infrarrenal de 8.5 cm de diámetro, con signos de ruptura inminente. Paciente es hospitalizado para resolución quirúrgica. Se realiza recambio aórtico infrarrenal con prótesis de dacrón de 18 mm, sin complicaciones. Paciente presenta mejoría de cuadro clínico inicial, desapareciendo todos los síntomas que motivaron la consulta. CONCLUSIÓN: El aneurisma de aorta abdominal es una condición seria, cuya complicación más habitual y mortal suele ser la ruptura. La paraparesia de extremidades constituye una presentación atípica, lo que explica el retardo en el diagnóstico. En este mismo tópico se hace indispensable recordar que un buen examen físico no sustituye los exámenes más modernos y pueden orientar al diagnóstico de forma más expedita.

DISECCIÓN DE ARTERIA HEPÁTICA COMÚN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Alfredo López P., Carola Núñez E., Lucas Reydet T., Gabriela Sarabia S., Luis Vargas B., Javier Palominos S.Hospital Félix Bulnes Cerda.INTRODUCCIÓN: La disección espontánea de arterias viscerales es una patología poco frecuente, siendo más prevalentes las formas secundarias a trauma, vasculitis o como extensión de una disección aórtica. Dentro de las causas primarias destaca la mediolisis arterial segmentaria, una arteriopatía no arteriosclerótica y no inflamatoria, de etiología desconocida y baja frecuencia; en la mayoría de los casos se afecta la arteria mesentérica superior, siendo muy inusual el compromiso de la arteria hepática común. Otras causas descritas son displasia fibromuscular y necrosis quística de la media. Se manifiesta típicamente con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, síntomas poco específicos, por lo cual es crucial la tomografía computarizada (TC) como elemento diagnóstico. Dentro de las opciones terapéuticas se consideran el tratamiento conservador y el abordaje quirúrgico, dependiendo del contexto del paciente.OBJETIVOS: Reportar caso clínico de paciente con disección de arteria hepática común y analizar la literatura actual sobre esta patología.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso y revisión de la literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de HTA y tabaquismo activo IPA 40. Consulta por cuadro de 3 días de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio izquierdo y dorso ipsilateral, de inicio súbito. Ingresa hemodinámicamente estable, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita una angio-TC de abdomen que informa “Signos sugerentes de complejo hematoma-disección en trayecto de arteria hepática común". Considerar arteriopatía primaria, como una mediolisis arterial segmentaria”. Se decide hospitalizar en UPC para observación y manejo médico con anticoagulación, posterior a lo cual evoluciona favorablemente y es dado de alta a los 7 días con indicación de mantener anticoagulación y controles con cirugía vascular.CONCLUSIÓN: La mediolisis arterial segmentaria se suele presentar en hombres adultos que debutan con disección espontánea de arterias viscerales. Estas características se condicen con el caso clínico expuesto, constituyendo la etiología más probable. En cuanto al manejo, se acepta el tratamiento médico para la disección espontánea de arteria visceral estable y no complicada, consistente en anticoagulación, control de los factores de riesgo cardiovasculares y seguimiento con imágenes. Por otro lado, aquellos cuadros que cursan con complicaciones requerirán una intervención endovascular o quirúrgica para su resolución. La disección de arterias viscerales es una patología con escasa información en la literatura, correspondiendo la mayoría a reportes y series de casos clínicos. Es importante tener un alto índice de sospecha dado su gravedad y potenciales complicaciones. Por lo anterior, consideramos relevante reportar este caso clínico.

TERAPIA ENDOVASCULAR EN ANEURISMA POPLÍTEO CAUSADO POSTERIOR A ARTROSCOPIA CON RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTARIA EN RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Alex González Arteaga, Jenniffer Pérez OrtizInstituto Manabita de Enfermedades CardiovascularesINTRODUCCIÓN: El aneurisma poplíteo es una dilatación anormal de la arteria poplítea que puede presentar riesgos significativos, como la trombosis o la embolización. Aunque rara vez ocurre como una complicación de procedimientos artroscópicos con reconstrucción ligamentaria en la rodilla, su manejo requiere un enfoque preciso y especializado. Presentamos el caso de un paciente masculino de 31 años, previamente sano, que acudió a consulta con dolor y disminución de la movilidad de 23 días de evolución, desarrollado tras una artroscopia con reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA). El paciente fue diagnosticado con un aneurisma poplíteo y tratado exitosamente con terapia endovascular.OBJETIVOS: Informar sobre terapias mínimamente invasiva en reconstrucción aneurimastica.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Bajo neuroleptoanestesia, monitoreo cardiaco y oximétrico, se realizó la preparación del campo estéril y antisepsia sobre la región femoral derecha. Se puncionó la arteria femoral homolateral con una aguja introductora de 16G, que se intercambió por un introductor con válvula tipo Dessilet Hoffman de 7F. A través de este, se llevó a cabo una angiografía del miembro inferior derecho, observándose un pseudoaneurisma gigante en la región poplítea y oclusión arterial distal a la lesión. Con el fin de excluir el pseudoaneurisma, se utilizó una guía hidrofílica Terumo 0.035 a través de un catéter vertebral Terumo 5F para atravesar la oclusión generada por el pseudoaneurisma. Se realizó una inyección de contraste posterior a la oclusión, donde se observó la permeabilidad del tronco tibio peroneo y las arterias tibiales. Sobre la guía 0.035, se avanzó un stent recubierto Viabhan de 6x40 mm hasta el sitio del pseudoaneurisma y se liberó. La angiografía posterior evidenció la exclusión del aneurisma poplíteo y la permeabilidad de la arteria femoral superficial, el sector fémoro-poplíteo, la arteria poplítea y los vasos infracondíleos. Se decidió dar por concluido el procedimiento, considerándolo exitoso. Se retiraron el catéter y el introductor, y se comprimió por debajo del sitio de punción. No se registraron complicaciones. Se realizo seguimiento a los 6 meses y anual de paciente sin requerimiento de reintervención. CONCLUSIÓN: La exclusión de un pseudoaneurisma gigante de la arteria poplítea en el lado derecho se realizó de manera satisfactoria y sin complicaciones mediante un abordaje endovascular. Este procedimiento demostró ser efectivo y seguro, subrayando la viabilidad de la terapia endovascular en el manejo de aneurismas poplíteos posteriores a una artroscopia de rodilla con reconstrucción ligamentaria.

ANEURISMA MICÓTICO DE AORTA VISCERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mauricio Contreras, Michel Bergoeing, José Francisco Vargas, Leopoldo Mariné, Francisco ValdésPontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: El aneurisma Micótico de Aorta Visceral (AMAV) es infrecuente (1-2%) . La presentación clásica es un compromiso del estado general, con fiebre (70%), dolor lumbar, abdominal, masa pulsátil abdominal (50%) y/o rotura (60%). Su reparación es habitualmente compleja.OBJETIVOS: Resumen Paciente mujer de 62 años, hipertensa, diabética, fumadora activa, en tratamiento quimio-radioterápico por cáncer de mama. Es referida por cuadro de 1 mes de evolución de dolor dorsal izquierdo constante, de intensidad variable, con fiebre hasta 38°C al que se le agrega las últimas 2 semanas dolor en parrilla costal derecha irradiado al flanco. Tres tomografías computadas (CT) evidencian cambios agudos de la aorta visceral con dilatación progresiva, el último demostrando aneurisma sacular de aorta visceral (7 cm de diámetro). Al ingreso se toman hemocultivos y se inicia terapia antibiótica. PET-CT compatible con AMAV. Reparación mediante tóracofrenolaparotomía con circulación extracorpórea parcial y reemplazo aórtico con prótesis de Coselli. Hemocultivo, Cultivos de tejido y secreción purulenta negativos a la fecha. Evolución postoperatoria (PO) arrastrada, requiriendo hemodiálisis transitoria y angioplastía con stent de arteria renal izquierda secundario a estenosis. Desarrolla neumopatía multifocal, por lo que requiere traqueostomía. El día 18 PO es trasladada a su hospital base, siendo dada de alta el día 34 PO. MATERIAL Y MÉTODO:RESULTADO: El AMAV es una patología grave, de difícil diagnóstico y tratamiento, requiriendo una alta sospecha clínica. Se debe realizar una detallada anamnesis que incluya antecedentes como lugar de residencia, consumo de alimentos (listeriosis, salmonelosis), cuadros infecciosos recientes, procedimientos invasivos y uso de drogas endovenosas, entre otros. Los hemocultivos identifican el patógeno solo en un 60% de los casos, aunque su negatividad no excluye el diagnóstico. El PET-CT posee una alta sensibilidad diagnóstica, por lo que debe ser realizado en caso de sospecha. La reparación, abierta o endovascular, depende de la condición clínica, localización, extensión y compromiso infeccioso local, con alto riesgo de infección secundaria de prótesis y necesidad de tratamiento antibiótico de por vida. El pronóstico es reservado, con reportes de un 43% de mortalidad post operatoria y 71% de mortalidad tardía. Presentamos un caso de esta grave patología satisfactoriamente resuelto mediante cirugía abierta. CONCLUSIÓN:

MANEJO HÍBRIDO DE LA ISQUEMIA DE EXTREMIDADES DE INJERTO AORTOILIACO POSTERIOR A UNA REPARACIÓN DE ANEURISMA, A RAÍZ DE UN CASO

Catalina Morales R., Benjamín Ossa R., Sergio Valenzuela R., Juan Allamand T., Felipe Corvalán Z.Clínica Santa María.INTRODUCCIÓN: La reparación de aneurismas de aorta abdominal consiste en la colocación de un injerto dentro de la aorta abdominal en el sitio del aneurisma, esta reparación puede ser por vía endovascular y abierta. Sus complicaciones pueden ser sistémicas o estar relacionadas con el injerto o stent. Una complicación descrita es la isquemia y dentro de sus alternativas terapéuticas se encuentra el sistema Penumbra, que se basa en la tromboaspiración mecánica de émbolos y trombos. A continuación, se presentará un caso de isquemia aguda de extremidades inferiores posterior a la realización de una endoaneurismorrafia que fue manejado mediante un abordaje híbrido. Inicialmente, se empleó un dispositivo Penumbra y angioplastia, por vía endovascular. Sin embargo, surgió una complicación en forma de embolización distal en las arterias poplíteas de ambas piernas, que requirió intervención mediante cirugía abierta para su resolución.OBJETIVOS: Presentar un caso de complicación de reparación abierta de aneurisma de aorta abdominal que presentó una complicación (isquemia), la cual fue resuelta por un abordaje híbrido que inició de forma endovascular y finalizó con una embolectomía con balón de Fogarty.CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de un paciente de 67 años, con antecedente de reparación de aneurisma aórtico infrarrenal por endoaneurismorrafia hace 2 años que consultó por dolor, debilidad y parestesias de ambas extremidades inferiores de horas de evolución. Se solicitó un AngioTAC de tórax, abdomen y pelvis que informa extensa trombosis arterial que compromete aorta abdominal infrarrenal y prótesis aorto bi-ilíaca en su totalidad, y en forma parcial las arterias ilíacas externas. Por lo anterior, se hospitalizó y se decidió resolución endovascular de urgencia, en que se realizó una angiografía diagnóstica que confirma la presencia de oclusión aórtica hasta ambas hipogástricas y se realizó una trombectomía por aspiración con sistema Penumbra de rama iliaca izquierda y derecha con retiro de abundante material trombótico. Dado que se observa una estenosis en ambos orígenes de bypass aorto bifemoral y anastomosis protésica iliaca izquierda, se realiza una angioplastia con stent balón expandible en rama iliaca derecha e izquierda con técnica de kissing. Se realiza una angioplastia de la arteria iliaca externa y anastomosis con Dacron a la arteria iliaca izquierda con stent balón expandible. Sin embargo, en la angiografía de salida se observa trombosis en arteria poplítea de ambas extremidades inferiores, por lo que se realiza una embolectomía poplítea bilateral con balón de Fogarty 3 que resulta satisfactoria, con retiro de trombos desde tronco tibioperoneo y tibial anterior hasta obtener flujo arterial adecuado. Debido al tiempo de isquemia, se realiza fasciotomía profiláctica de 4 compartimentos bilateral. Posteriormente, se realiza aseo quirúrgico y cierre de fasciotomía, evolucionó de forma favorable y fue dado de alta. No todo el procedimiento fue exitoso, ya que, durante la angioplastia de salida, se observó la presencia de trombosis poplítea extensa y sin flujo, lo cual constituye un indicador de que el dispositivo Penumbra probablemente seguiría generando émbolos en futuros intentos. Por lo tanto, la cirugía endovascular ofrece ventajas, sin embargo, también conlleva un riesgo de complicaciones que respalda la vigencia de la cirugía abierta como una opción viable, tanto por sí sola como en combinación con procedimientos endovasculares. Cabe destacar la cirugía endovascular como un método emergente y prometedor, que fue escogido como el abordaje inicial, ya que permite corregir los problemas anatómicos que causaron la trombosis mediante la realización de angioplastia e instalación de stent. A pesar de los buenos resultados generales del dispositivo Penumbra en términos de seguridad y eficacia, en este caso se reporta una complicación poco descrita en la literatura para este dispositivo específico, que es la embolización distal, por la cual se realizó una cirugía abierta para su resolución oportuna. Finalmente, se enfrentaron y resolvieron las complicaciones de la cirugía abierta y endovascular mediante un enfoque híbrido que combina ambas técnicas.

ATERECTOMÍA ORBITAL PARA LA PREPARACIÓN DE VASO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ISQUEMIA CRÓNICA AMENAZANTE DE LA EXTREMIDAD

Manuel Espíndola S., Francisca Muñoz C., Diego Ardiles L., Jeison Peñuela A., Gustavo Sepúlveda M, Mauricio Maureira L., Albrecht Krämer S., Carolina Bonomo M., Cristóbal Orellana G., Emilio Hernández T., Mª Josefina Egaña D., Jonathan Rivero A., Claudia Oliva G.Hospital DIPRECA, Universidad de Los Andes.INTRODUCCIÓN: La isquemia crónica amenazante de la extremidad (CLTI) se asocia comúnmente con enfermedad arterial avanzada y multinivel, lo que representa un desafío significativo en el manejo endovascular. Las lesiones arteriales cálcicas suponen un gran obstáculo para el éxito de las terapias convencionales. En este contexto, la aterectomía orbital (AO) surge como una herramienta efectiva para mejorar los resultados del tratamiento.OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir la experiencia inicial y los resultados de la aterectomía orbital en pacientes con CLTI en el Hospital Dipreca.MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte retrospectiva utilizando una base de datos prospectiva de pacientes con CLTI tratados con AO en Hospital DIPRECA, desde noviembre de 2022 hasta diciembre de 2023. Inclusión: pacientes con CLTI infrainguinal con lesiones cálcicas. Exclusión: pacientes con presentación aguda o sin seguimiento ecográfico. Las variables continuas se describieron con medidas de tendencia central y dispersión; las categóricas, en tablas de frecuencia. El resultado primario fue el éxito técnico y la permeabilidad; el secundario, MALE y MACE. Se realizó análisis no paramétrico de Kaplan-Meier y prueba Log Rank para resultados descritos y subgrupos de interés. Además, se llevó a cabo un análisis exploratorio por modelo de Riesgos Proporcionales de Cox para identificar factores determinantes. Se utilizó Stata v16.RESULTADO: Se trataron 18 pacientes con una mediana de edad de 73 años. De estos, 14 (77.8%) eran hombres. 3 (16.7%) tenían tabaquismo activo. La principal comorbilidad fue diabetes, presente en 17 (94.4%); solo 1 (5.6%) estaba en diálisis. 17 (94.4%) pacientes estaban en Rutherford 5. Se trataron 11 (61.1%) pacientes con lesiones sobre y bajo rodilla, y 6 (33.3%) con lesiones infrapoplíteas. 10 (55.6%) tenían clasificación Glass II o III. Se requirió acceso pedal en 3 (16.7%). En 8 (44.4%) pacientes se realizó AO en dos o tres vasos. Se usó balón con droga en todos. El éxito técnico se logró en el 100% de los casos. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 150 minutos. La sobrevida libre de amputación fue 87.4% a 12 meses, con una permeabilidad de 92.9%, 84.4% y 56.3% a 3, 6 y 12 meses, respectivamente. Se registró MACE en 1 (5.6%) paciente y MALE en 2 (11.1%) pacientes, con una sobrevida global de 94.1% a 12 meses. El análisis paramétrico de sobrevida no mostró variables determinantes asociadas a los resultados primarios o secundarios.CONCLUSIÓN: En el estudio, la aterectomía orbital (AO) ha demostrado ser efectiva en la preparación de vasos, logrando buenos resultados en términos de éxito técnico y permeabilidad, similares a lo descrito en la literatura. Sin embargo, es crucial ampliar la serie de pacientes estudiados para obtener resultados más robustos y optimizar las estrategias de seguimiento a largo plazo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR COMO ALTERNATIVA AL MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA. REPORTE DE 2 CASOS

Sofía Hernández G., Jorge Widerström I., Cristian Zárate B., Cristian Jara D. Hospital Base Valdivia, Servicio de Cirugía, Universidad Austral de Chile. INTRODUCCIÓN: El manejo tradicional de la hemorragia digestiva se realiza principalmente por vía endoscópica. Entre un 10-20% de los casos, esta no logra identificar el sitio del sangrado, siendo necesario utilizar estudios complementarios como la Tomografía Computada en fase arterial (AngioTC), Angiografía Mesentérica, Gammagrafía con glóbulos rojos o la Cápsula Endoscópica. Si no es posible el control del sagrado por vía endoscópica, es necesaria la resolución quirúrgica, la cual reporta tasas de mortalidad de más del 40%. Existen situaciones en las que, a pesar de la cirugía convencional, sigue siendo difícil identificar el foco de sangrado. En este sentido, existen otras técnicas como la embolización selectiva del vaso sangrante mediante angiografía visceral. Se presentan dos casos de manejo endovascular de hemorragia digestiva realizadas en Hospital Base Valdivia. OBJETIVOS: Descripción de 2 casos clínicos de tratamiento endovascular de hemorragia digestiva como alternativa de salvataje luego de fracaso del tratamiento convencional.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de casos clínicos a partir de ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Reporte del Casos: Caso 1: Paciente 65 años antecedentes de ERC en hemodiálisis, ingresa a urgencias por pseudoaneurisma de fístula arteriovenosa (FAV) roto. Se realizó resección de FAV. Evoluciona con episodio de melena, y anemia severa. EDA identifica hemorragia digestiva activa secundaria a úlceras antrales Forrest I-b, se realiza hemostasia multimodal. Por persistencia de amenización se realiza EDA control: 3 úlceras Forrest IIb-III que se manejan con hemoclip + inyecto terapia. Por persistencia de compromiso hemodinámico se solicita Angiotac abdomen y pelvis evidenciando sangrado activo a nivel de intestino delgado, probablemente íleon proximal. Se realiza angiografía selectiva de arteria mesentérica superior y embolización de rama sangrante con coils. Evoluciona hemodinámicamente estable y se decide alta. Caso 2: Paciente de 39 años con leucemia mieloblástica aguda hospitalizada para inicio quimioterapia, evoluciona con abdomen agudo. Se realiza laparotomía exploratoria evidenciando peritonitis apendicular + absceso, se realiza aseo e instalación de drenajes. Evoluciona con hemorragia digestiva baja masiva con repercusión hemodinámica. EDA y colonoscopia sin signos de sangrado evidente. Angiotac informa sangrado activo de íleon distal. Se decide manejo endovascular. Angiografía selectiva de arteria mesentérica superior evidencia sangrado de rama distal, embolización con coils. Evoluciona estable hemodinámicamente, sin nuevos episodios de sangrado. CONCLUSIÓN: El tratamiento endovascular resulta una herramienta eficaz para identificar y tratar la hemorragia digestiva cuando falla el tratamiento convencional.

MANEJO HÍBRIDO DEL TRAUMA PENETRANTE DE ARCO AÓRTICO MEDIANTE ENDOPRÓTESIS Y BYPASS CARÓTIDO-CAROTÍDEO, REPORTE DE CASO

Sofía Hernández G., Jorge Widerström I., Cristian Jara D., Cristian Zárate D., Nathalia Peña L.Hospital Base Valdivia, Servicio de Cirugía, Universidad Austral de Chile. INTRODUCCIÓN: El trauma de aorta torácica está asociada a altas tasas de mortalidad, mayor cuando la lesión se encuentra a nivel del arco aórtico. La reparación quirúrgica abierta convencional ha sido tradicionalmente el Gold standard, sin embargo, tiene alto riesgo de morbimortalidad y requiere de circulación extracorpórea y equipo de cardiocirugía, no disponible en todos los centros. Es por esto, que la cirugía endovascular es una alternativa de salvataje para manejo de esta patología. Se presenta caso de trauma de arco aórtico reparado mediante instalación de endoprótesis aortica posterior a conservación de perfusión de vasos supraaórticos mediante Bypass carótido-carotídeo. OBJETIVOS: Descripción de caso clínico de manejo híbrido de trauma penetrante de arco aórtico como alternativa de salvataje. MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de caso clínico a partir de ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Caso clínico: Paciente 29 años con antecedente de penetrante torácica, sufre trauma de tórax por arma blanca en región subclavicular izquierda. Ingresa a urgencias Hospital Valdivia con PA 84/49, FC 115 lpm, saturando 100%. Bien perfundido. Destaca lesión en región subclavicular izquierda de 2 cm con parche de 3 puntas. Laboratorio: Hb 8.7. AngioTC tórax muetra lesión penetrante del arco aórtico entre origen de arteria subclavia izquierda y carótida izquierda. Hematoma mediastínico y hemotórax izquierdo. Se realiza bypass carótido-carotídeo con prótesis de PTFE anillada 8mm retroesofágico + instalación de endoprótesis en arco aórtico. Se realiza videotoracoscopia izquierda, adherenciolisis, aseo pleural e instalación de pleurostomía. Evoluciona estable, AngioTC control evidencia lesión aórtica tratada. Se retira pleurostomía y se decide alta para control ambulatorio. CONCLUSIÓN: El trauma de la aorta torácica es altamente mortal. La cirugía abierta es el gold estándar para lesiones del arco aórtico, sin embargo, la terapia endovascular es una alternativa eficaz de salvataje en situaciones de emergencia en aquellos centros que no cuentan con equipo de cardiocirugía.

TROMBOSIS VENA ILIACA IZQUIERDA SECUNDARIO A SINDROME DE MAY-THURNER. MANEJO ENDOVASCULAR EN PRESENTACIÓN AGUDA Y CRÓNICA

Sofía Hernández G., Jorge Widerström I., Cristian Zárate B., Cristian Jara D., Iván Duhalde S.Hospital Base Valdivia, Servicio de Cirugía y Servicio de Hemodinamia. INTRODUCCIÓN: El síndrome de May-Thurner (SMT) es una alteración vascular congénita causada por compresión de la vena iliaca común izquierda (VICI) ejercida por la arteria iliaca común derecha (AICD) contra la columna. Como consecuencia, compresión mantenida y la fuerza pulsátil que genera la arteria sobre la vena puede producir lesión de la íntima, siendo factor predisponente para la formación de trombos. El manejo agudo de la trombosis venosa secundario a SMT implica trombectomía y posterior angioplastia de la vena iliaca en zona de compresión. Por su parte el manejo diferido implica recanalización de la vena y posterior angioplastía. Se presentan 2 casos clínicos de tratamiento endovascular de trombosis VICI secundario a SMT, uno en agudo y otro diferido realizadas en Hospital Base Valdivia.OBJETIVOS: Dar a conocer técnicas en manejo endovascular entre manejo agudo y diferido de pacientes con trombosis VICI secundario a SMT.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de casos clínicos a partir de ficha clínica e imágenes.RESULTADO: Caso 1: Paciente de 71 años con antecedentes de várices pierna derecha. Consulta por dolor de 8 horas en extremidad inferior izquierda (EII), aumento de volumen y coloración violácea. Al examen físico dolor a la palpación en EII, edema, pulsos distales presentes, movilidad conservada. Con sospecha de flegmasia se realizó un Angiotomografía computarizada Abdomen-pelvis (ATC-AP) evidenciando trombosis de VICI de aspecto agudo asociada a compresión por AICD. Se inicia tratamiento con anticoagulación, realizándose al 4to día trombectomía de vena iliaca izquierda con sistema CLOTRIEVER + angioplastia de todo eje iliaco con stent ABRE de 16 x 80 proximal, 14 x 80 y 14 x 80 con apoyo de endosonografía endovascular. Paciente evoluciona con hematoma retroperitoneal sin indicación de cirugía, respondiendo favorablemente a transfusión, con suspensión transitoria de anticoagulación. Caso 2. Paciente de 26 años con antecedente de trombosis fémoro poplítea izquierda 8 años atrás, refiere molestias en EII asociado a edema y coloración violácea al finalizar el día. ATC -AP evidencia SMT con oclusión de VICI. Se realiza ecografía doppler venosa de EII evidenciando vena femoral y poplítea permeable con engrosamiento de sus paredes. Se realiza recanalización endovascular de VICI + angioplastia con stent ABRE 14 x 80 y 14 x 80 sin incidentes. Dada de alta, en seguimiento asintomática. CONCLUSIÓN: El SMT es una patología subdiagnosticada y debe descartarse en los pacientes con trombosis de VICI. El manejo diferido conlleva mayor dificultad ya que es necesario recanalizar vena ocluida, debiendo privilegiarse el manejo en fase aguda.

ONCOLOGÍA

PERITONITIS APENDICULAR COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT: REPORTE DE UN CASO

Alejandro J. Zárate, Valentina MenaUniversidad Finis Terrae, Clínica las Condes.INTRODUCCIÓN: El linfoma de Burkitt, es un tipo agresivo de linfoma no Hodgkin, su presentación como apendicitis es infrecuente y aún más excepcionalmente como peritonitis apendicular en adultos.OBJETIVOS: Describir la presentación de un paciente con peritonitis apendicular en el cual el diagnóstico definitivo es linfoma de Burkitt.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Paciente varón de 36 años, que consultó por dolor abdominal y fiebre. Al examen físico, paciente febril (38°C) y taquicárdico, el abdomen presentaba distensión abdominal, y dolor difuso con signos de resistencia muscular involuntaria. En los exámenes de plasmáticos destacaba la elevación de la proteína C reactiva y de los leucocitos. La tomografía computada evidenció el apéndice aumentado de tamaño, perforado y una masa tumoral sospechosa en la base apendicular. En la cirugía se evidenció un aumento de volumen apendicular y de la base del apéndice, con una consistencia aumentada, y linfonodos visibles y palpables en relación a los vasos ileocólicos. Se realizó una hemicolectomía derecha con anastomosis primaria. Inmunohistoquímica: CD20, CD10, BCL6, KL67 positivos. Diagnóstico linfoma de Burkitt apendicular. Alta al sexto día postoperatorio, sin eventos adversos. Tomografía por emisión de positrones post-cirugía mostró nódulos hipermetabólicos intrabdominales y compromiso óseo múltiple en contexto de síndrome linfoproliferativo. El paciente fue sometido a quimioterapia (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, metotrexato y citarabina). En el seguimiento a los 6 meses, el paciente estaba clínicamente asintomático y la nueva tomografía por emisión de positrones mostró regresión total de las lesiones.CONCLUSIÓN: Este caso subraya el valor de considerar diagnósticos diferenciales para pacientes con dolor abdominal en la evaluación de urgencias.

PARAGANGLIOMA METASTÁSICO MALIGNO POSITIVO A NORMETANEFRINA Y 3-METOXITIRAMINA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sebastian Bravo C., William Acero B., Katherine Romero O.Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder Servicio de Cirugía Digestivo Alto y Oncológico Adulto Universidad San Sebastián, Chile, Facultad de Medicina, Posgrado de Cirugía General. INTRODUCCIÓN: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos poco frecuentes. El 80–85% de estos tumores surgen de la médula suprarrenal (feocromocitomas), mientras que el 15–20% se encuentran en tejidos cromafines a nivel extra-adrenal (paragangliomas). Aunque el 10% se presenta como enfermedad metastásica que es inusualmente encontrada. Existe un riesgo de degeneración maligna del 10%; ésta se define como la presencia de lesiones metastásicas en sitios donde el tejido neuroendocrino normalmente está ausente. La supervivencia general a 5 años con paraganglioma maligno es <50% y el tratamiento sigue siendo básicamente paliativo. Los sitios más frecuentes de metástasis son los ganglios linfáticos, el esqueleto, el hígado y los pulmones. Tiene mayor incidencia en las mujeres que en los hombres (2:1). Estos tumores pueden mostrar una gran variedad de síntomas. La trıáda claśica de hipertensioń, cefalea y palpitaciones se presenta raramente. Las imágenes de medicina nuclear ayudan a delinear plenamente la enfermedad.OBJETIVOS: Reportar un caso de Paraganglioma metastaśico maligno.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Paciente femenina con crisis de pánico desde 2015 con paroxismos de taquicardia, bochornos, diaforesis, pańico e HTA. En noviembre 2021 presenta dolor lumbar irradiado a miembros inferiores. Por persistencia de síntomas se realiza estudio imagenológico que demostró ́masa retroperitoneal que podría corresponder a un sarcoma sin poder descartar origen neurogénico (paraganglioma), adenopatías adyacentes de aspecto secundario, nodulo en hueso iliaco izquierdo. Ingresa a seguimiento por cirugía, se realiza metanefrinas en orina que resulta con elevación significativa de normetanefrina y 3-metoxitiramina. Se realiza CT-PET FDG que evidencia adenopatías paraaorťicas hipermetabolícas, masa retroperitoneal intensamente hipermetabolíca de caraćter neoplaśico que contacta la bifurcacioń aorťica, con lesiones hipermetabolícas en hueso ilıáco izquierdo y escapúla ipsilateral que impresiona metastaśico. Se solicita RMN: Tumor neuroendocrino retroperitoneal que compromete bifurcacioń aórtica y bifurcacioń de ambas iliacas, vena cava inferior y probablemente venas iliacas derechas, ademaś de los ureťeres. Debido a compromiso extenso, no es candidata quirúrgica por alto riesgo de mortalidad. Se discute caso con radiología intervencional: sin ventana para biopsia percutánea. Paciente en buenas condiciones generales, ECOG 0. Se representa a comité oncológico: se resuelve solicitar PET NOTA e inicio de Lanreotide; con resultado de PET NOTA, evaluar tratamiento con I-MIBG o quimioterapia.CONCLUSIÓN: Debido a la rareza de esta enfermedad no existe una documentación clara y consistente de los resultados en pacientes con paraganglioma metastásico. La falta de consenso sobre su manejo justifica la necesidad de estudios prospectivos cuidadosamente planificados para evaluar las opciones de manejo.

REVISIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCERES DIGESTIVOS EN CHILE: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Bárbara Carreño M., Antonio Mercandino S., Juan Ignacio Silva B., Victoria Estada B., Attila Csendes J. Hospital Clínico Universidad de Chile.INTRODUCCIÓN: El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, con casi 10 millones de muertes en 2020. En Chile, es la segunda causa de muerte, el cáncer gástrico y colorrectal ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente. Este estudio busca describir y analizar la mortalidad asociada a las principales neoplasias digestivas en Chile desde 2002 hasta 2021, especialmente tras la implementación del Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) en 2006.OBJETIVOS: (i) Describir la mortalidad por cánceres digestivos en Chile entre 2002 y 2021, identificando variaciones regionales y demográficas. (ii) Destacar la necesidad de mejorar estrategias de prevención y detección temprana. (iii) Proporcionar una base para futuros estudios prospectivos y controlados.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional transversal. Se utilizaron datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre defunciones y tasas de mortalidad por neoplasias digestivas. Se incluyeron defunciones por tumores malignos del esófago, estómago, colon, hígado, vías biliares, páncreas y recto. Se consideraron tasas crudas y estandarizadas de mortalidad por cada 100.000 habitantes, desglosadas por año, región, sexo y edad. Utilizando el software comercial (RStudio), se realizó test de proporciones Z para evaluar diferencias significativas en las tasas de mortalidad entre 2002 y 2021. RESULTADO: La mortalidad estandarizada por cáncer de esófago disminuyó de 7,07 en 2002 a 2,85 en 2021 ($p < 0,001$). El cáncer gástrico mostró una reducción de 28,78 a 14,23 ($p < 0,001$). El cáncer de páncreas mantuvo una tasa estable, mientras que la mortalidad por cáncer de hígado y vías biliares intrahepáticas aumentó ligeramente. La mortalidad por cáncer de vesícula biliar disminuyó de 17,09 a 6,72 ($p < 0,001$). Las tasas de cáncer de colon y recto aumentaron, especialmente en regiones centrales y del norte. Las mayores tasas de mortalidad por cáncer gástrico se registraron en las regiones del centro-sur, mientras que las mayores tasas de cáncer de vesícula se observaron en el norte del país. CONCLUSIÓN: La reducción de la mortalidad por cáncer gástrico y vesícula biliar puede estar relacionada con mejoras en la detección y tratamiento. El aumento en la mortalidad por cáncer de colon y recto resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana. La variabilidad regional sugiere diferencias en el acceso a servicios de salud y la efectividad de las políticas de salud pública. Este estudio proporciona una visión integral de las tendencias de mortalidad por neoplasias digestivas en Chile, destacando la necesidad de estudios futuros para evaluar factores de riesgo y la efectividad de las intervenciones en salud.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Roberto González C., Eduardo Muñoz L., Daniel Morón L.Hospital del Luis Tisné.INTRODUCCIÓN: La enfermedad litiásica vesicular es un problema de alta prevalencia en Chile. Las mujeres chilenas se encuentran entre las de más alto riesgo de desarrollar litiasis vesicular en el mundo, con una prevalencia de alrededor del 50% en el grupo de edad media. El principal factor de riesgo de cáncer de vesícula es la colelitiasis, por ello está recomendada la colecistectomía en presencia de litiasis vesicular (1). En Chile, se estima que se realizan entre 50 y 75 mil colecistectomías al año (2). De rutina se realiza un análisis histológico postoperatorio en la muestra de vesícula biliar extirpada para descartar una enfermedad maligna. (3) El adenocarcinoma es el hallazgo histológico principal en el 80-85% de los carcinomas de vesícula biliar, con varios subtipos histológicos descritos: papilar, nodular e infiltrativo. Menos frecuentes son el sarcoma, melanoma, linfoma, tumores carcinoides y el cáncer de células escamosas. Los tumores neuroendocrinos primarios de la vesícula biliar son particularmente raros, en Estados Unidos solo se han reportado 278 casos entre 1973 y 2005, lo que representa el 0.5% de todos los tumores neuroendocrinos. El carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado de células pequeñas de la vesícula biliar, descrito en 1984 por el Dr. Albores Saavedra et al., es una neoplasia poco frecuente que pertenece al grupo de los tumores carcinoides, con 54 casos descritos en la literatura mundial. Esta estirpe histológica se asocia a un pronóstico muy precario. (4) Los datos sobre el pronóstico de los tumores neuroendocrinos de la vesícula y los conductos biliares son muy limitados debido a su rareza; sin embargo, su pronóstico parece ser similar al de los del tracto gastrointestinal. Pueden ocurrir metástasis y progresión localmente invasiva. El riesgo de comportamiento maligno depende en gran medida del tamaño del tumor. (5) Más de la mitad de todos los pacientes tienen enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico. La mediana del tiempo de supervivencia es < 1 año, y las tasas de supervivencia a 5 y 10 años son del 20% y 0%, respectivamente (5). En Chile sólo existe un estudio que caracteriza los tumores neuroendocrinos, de los 166 pacientes analizados 2 de ellos correspondían a tumores hepatobiliares y se pesquisaron en etapa avanzada (III y IV). El carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado de células pequeñas de la vesícula biliar es aún menos frecuente con 54 casos descritos en la literatura mundial. (4) OBJETIVOS:MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico. Paciente femenina, 39 años, sin antecedentes mórbidos consultó en servicio de urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución que se exacerbó en últimas 48 horas. Se asoció a náuseas y sensación febril. Ingresa taquicárdica, afebril, abdomen doloroso EVA 10/10 con signo de Murphy positivo. En laboratorio de ingreso destacaba leucocitos 11340/mm3, Proteína C Reactiva (PCR) 31,1 mg/dl. Bilirrubina total 0,43, directa 0,22, Fosfatasas alcalinas (FA) 209, gamma-glutamil transferasa (GGT) 221, (transaminasa glutámico-oxalacética (GOT) 37, glutamato-piruvato transaminasa (GPT) 50.} Tomografía computada (TC) abdomen y pelvis con contraste: Lesión hipocaptante de 4 centímetros (cms) en lóbulo hepático derecho cercano al lecho vesicular. Vesícula biliar distendida con pared engrosada de forma difusa, contenido hipodenso y pequeña colección de 13 milímetros (mm) en parénquima hepático adyacente a fondo vesicular. Múltiples adenopatías en el hilio hepático y región periampular la de mayor tamaño de 24 mm. Adenopatía paraórtica a izquierda de 12 mm cercana al hilio hepático. Masa anexial izquierda de 4 cms con densidad partes blandas y con foco de densidad de tejido graso. Se decide hospitalizar para completar estudio. Ecografía abdominal de ingreso: Colecistitis crónica, reagudizada y complicada, con absceso perivesicular, sin imagen de cálculo evidente, con abundante contenido ecogénico que sugiere barro. Ecografía transvaginal: Imagen quística intraovárica izquierda compatible con teratoma quístico, no complicado. TC tórax: Sin hallazgos patológicos. Evoluciona con deterioro clínico, dolor abdominal en aumento, vómitos y fiebre, sin compromiso hemodinámico. Se realiza colecistectomía parcial a nivel de bacinete con salida de abundante bilipus, extenso síndrome adherencial, vesícula empotrada con paredes engrosadas, lesiones exofíticas friables en fondo y bacinete. Hígado sin lesiones secundarias evidentes. Biopsia evidencia carcinoma neuroendocrino de células pequeñas con extensa necrosis tumoral. Compromiso linfovascular y perineural presente. Mucosa vesicular con signos de colecistitis crónica. RESULTADO:CONCLUSIÓN: Discusión: El carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado de células pequeñas de la vesícula biliar es extremadamente raro en el ámbito clínico, por lo que existe poca bibliografía al respecto, se hacen necesarios mayores estudios debido a su prevalencia en aumento, mal pronóstico, diagnostico tardío.

METÁSTASIS EN PUERTO DE TROCAR LAPAROSCÓPICO POR ADENOCARCINOMA INCIDENTAL DE VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE CASO

Sebastian Bravo C., William Acero B., Katherine Romero O.Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder Servicio de Cirugía Digestivo Alto y Oncológico Adulto Universidad San Sebastián, Chile, Facultad de Medicina, Posgrado de Cirugía General. INTRODUCCIÓN: El cáncer de vesícula es un hallazgo incidental en el 0,5% a 2,3% de todas las colecistectomías. El término metástasis en el sitio del puerto laparoscópico (MPL) define la recidiva tumoral localizada en la pared abdominal, concretamente en el trayecto de los trócares laparoscópicos. Las MPL supusieron un retroceso en el desarrollo de la laparoscopia, sin embargo, la evidencia científica demostró que la cirugía laparoscópica era segura desde el punto de vista oncológico. Los diferentes mecanismos de diseminación tumoral por los puertos son: perforación de vesícula biliar, dispersión de células tumorales por el neumoperitoneo, efecto de chimenea y la extracción sin bolsa de la vesícula biliar. Se debe sospechar ante una tumoración indolora sobre las cicatrices de puertos de trocares. Los diagnósticos diferenciales son los defectos herniarios y neoplasias primarias de la pared abdominal. El tratamiento de las MPL puede abordarse mediante escisión con márgenes de seguridad o cirugía radical compartimental más radioterapia si la intención es curativa, o radioterapia y/o quimioterapia paliativa. En general el pronóstico es malo, con supervivencias medias de 10 meses y del 10% a 5 años.OBJETIVOS: Reportar un caso de metástasis en puerto de trocar laparoscópico por adenocarcinoma incidental de vesícula biliar.MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Varón de 59 años, en 2021 se realiza colecistectomía laparoscópica electiva. Protocolo quirúrgico describe extracción de pieza por puerto subxifoideo sin bolsa. Biopsia: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado pT2Nx. En 2022 consulta por masa epigástrica de un mes de evolución. Estudios imagenológicos informan lesión masiforme que compromete musculo recto abdominal derecho con extensión a plano profundo. Biopsia por punción percutánea: Adenocarcinoma tubular bien diferenciado con reacción desmoplasica. Comité oncológico indica quimioterapia paliativa con cisplatino/gemcitabina. Control PET CT junio 2023: foco de recidiva en la pared del epigastrio, que compromete plano muscular. Se realiza cirugía radical julio 2023. Biopsia: tejido infiltrado por adenocarcinoma tubular, moderadamente diferenciado, escirros y borde quirúrgico comprometido con permeaciones linfovasculares. Tomografías de septiembre 2023 y enero 2024: Cambios postquirúrgicos sin signos de recidiva local. Tomografía junio 2024: masa sólida irregular, infiltra recto abdominal y oblicuo interno derecho, además de extenderse al tejido celular subcutáneo y región epigástrica. Dados los antecedentes del paciente se desestimó cirugía, siendo remitido a radio-quimioterapia paliativa.CONCLUSIÓN: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección para la patología biliar. La presentación de MPL es muy rara, con una incidencia similar a la recidiva sobre laparotomías, por lo que no deben suponer un argumento en contra de la laparoscopia.

QUIMIOTERAPIA PRESURIZADA EN AEROSOL (PIPAC). INDICACIONES Y RESULTADOS

Mario Uribe, Carlos García, Luis Cereceda, Carlos Regonesi.Clínica MEDS.INTRODUCCIÓN: consiste en la administración de fármacos antineoplásicos en la cavidad abdominal a alta presión. Sus indicaciones son: disminuir el volumen de masas tumorales, a través de repetición del procedimiento, con el objetivo de hacer resecable las lesiones que no lo eran y, el más frecuente, para paliación de ascitis refractaria y otros síntomas abdominales. Sus contraindicaciones son, una sobrevida estimada menor a 3 meses, alergia a las drogas a administrar, obstrucción o perforación intestinal y malas condiciones generales del paciente. OBJETIVOS: Reportar los resultados de la primera serie clínica nacional de pacientes tratados con PIPAC con especial énfasis en sus complicaciones y sobrevida.MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos prospectiva de pacientes consecutivos con carcinomatosis peritoneal (CP), tratados entre noviembre 2021 y julio 2024. Se reportan: edad, sexo, origen de la carcinomatosis, índice de carcinomatosis peritoneal (ICP), indicación de PIPAC, volumen de ascitis, estada intrahospitalaria. complicaciones post operatorias y sobrevida. Los casos fueron discutidos en comité oncológico multidisciplinario. Se utilizó estadística descriptiva para calcular medianas y proporciones.RESULTADO: Se realizaron 25 PIPAC en 15 pacientes; 12 mujeres (80%). La mediana de edad fue 58 años (34-74). El origen de la carcinomatosis fue colon en 5 casos, ovario en 3, Pseudomixoma, gástrico y páncreas en 2, mama y útero en 1. Se realizó laparoscopía exploradora con toma de biopsias para confirmación histológica y seguimiento. Se administró Cisplatino 7.5mg/m2 en 150ml y Doxorrubicina 4mg/m2 en 50ml, a una presión de 250 PSI (Pounds/Square Inch) a 30 ml/ min en forma secuencial, dejándose 30 minutos en la cavidad abdominal. Cierre de pared, sin aspirar los agentes de quimioterapia. Procedimiento bajo estrictas normas de bioseguridad. Una paciente recibió PIPAC como citorreducción, perdiéndose de control. Se presentó con ascitis que precisó nuevos procedimientos. Otro paciente portador de un cáncer de páncreas recibió 3 PIPAC para control tumoral, con excelentes resultados, se perdió 2 años de control. Posteriormente presentó recidiva. Actualmente con más de 4 años de sobrevida. La ascitis se controló en el 100% de los casos. No hubo complicaciones postoperatorias. La mediana de número de líneas de quimioterapia, números de PIPAC y volumen de ascitis fueron 2, 1 y 3000cc., respectivamente. La mediana en ICP, estada intrahospitalaria y sobrevida fue de 21, 1 día y 5.5 meses respectivamente. La mortalidad, se asoció a progresión de la enfermedad. CONCLUSIÓN: PIPAC es una técnica emergente, poco desarrollada en nuestro país, que fundamentalmente se utiliza como procedimiento paliativo. Esta serie reporta control de ascitis en 100%, no presenta complicaciones y tiene una estada intrahospitalaria breve. Se debe continuar el seguimiento para estimar la sobrevida global.

ANGIOMIXOMA INVASOR AGRESIVO. REPORTE DE 7 CASOS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Juan Stambuk, Gonzalo Masia, Rolando Pastén, Jorge Sosa, Daniel Márquez, Francisco IzquierdoHospital San Juan de Dios.INTRODUCCIÓN: El angiomixoma invasor agresivo (AIA) es un tumor mesenquimal localmente invasivo poco común que afecta predominantemente a mujeres en las regiones pélvica y perineal. OBJETIVOS: Presentar un análisis retrospectivo de 7 pacientes femeninas tratadas por AIA pélvico en el Hospital San Juan de Dios, durante un período de 24 años, junto con una revisión de la literatura relevante.MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron retrospectivamente las fichas clínicas de 7 pacientes femeninas diagnosticadas con AIA entre 1998 y 2022. Las edades de los pacientes oscilaron entre 22 y 61 años. Las ubicaciones del tumor incluyeron la región perineal en 2 casos y la pelvis menor y mayor en 5 casos. Los tamaños de los tumores variaron desde 3x16 cm hasta 60x28x8 cm. Todos los pacientes fueron sometidos a resección quirúrgica con intención curativa confirmada por histología, en 5 de ellos el abordaje fue abdominopélvico con resecciones multiviscerales. Los datos recopilados abarcaron la presentación clínica, las características del tumor, los resultados quirúrgicos, las tasas de recurrencia y los datos de seguimiento.RESULTADO: Las imágenes preoperatorias facilitaron la identificación y delimitación de los tumores. En todos los casos se realizó resección quirúrgica, con el objetivo de escisión completa. El período postoperatorio transcurrió sin incidentes para la mayoría de los pacientes; sin embargo, 2 pacientes desarrollaron fístulas postoperatorias (una urocutánea y otra rectoperineal). La recurrencia del tumor se produjo en 2 pacientes, con un tiempo promedio hasta la recurrencia de 31 meses que fueron causa de su fallecimiento. La duración del seguimiento varió de 6 meses a 15 años. La revisión de la literatura reforzó la necesidad de lograr márgenes quirúrgicos claros para minimizar la recurrencia y discutió los beneficios potenciales de la terapia hormonal, a pesar de su no utilización en esta cohorte.CONCLUSIÓN: El angiomixoma agresivo, aunque raro, presenta desafíos importantes debido a su tendencia a la recurrencia local y posibles complicaciones postoperatorias. Esta serie destaca la importancia de una evaluación preoperatoria integral y una técnica quirúrgica meticulosa para lograr resultados óptimos. A pesar de la ausencia de terapia adyuvante en estos casos, se observó recurrencia, lo que sugiere el valor potencial de los tratamientos adyuvantes. La documentación continua de los casos de AIA y el seguimiento prolongado son vitales para mejorar la comprensión y las estrategias de manejo de este tumor poco común.

HALLAZGO DE MIXOMA CARDÍACO: EL GRAN IMITADOR

Cynthia Fonseca D.[1], Nicole Hernández B.[1], Matías Martínez S.[2], Gabriela Lagos F [2], Antonia Cereceda C.Clínica Dávila.INTRODUCCIÓN: Los tumores cardíacos son raros y en general secundarios, siendo 22 a 132 veces más comunes que los primarios. De los tumores cardíacos primarios, un 90% de los neoplásicos primarios son benignos, de ellos, los mixomas cardíacos (MC) son el tipo frecuente y generalmente se ubican en la aurícula izquierda. (1). Son de crecimiento lento, no invaden el miocardio y no se asocian a metástasis. Sin embargo, por su localización y características pato-histológicas tiene una alta morbimortalidad (1). (2). Se clasifican en esporádicos 90-95%, mientras que un 5-10% tienen un patrón familiar asociado al llamado Complejo de Carney (3). Se clasifican morfológicamente en polipoides y papilares, lo cual tiene asociación con los síntomas (1). Los síntomas principales son obstructivos y embólicos, además de síntomas constitucionales. En algunos casos producen muerte súbita, por lo que su tratamiento debe ser oportuno. (1)(4) Su diagnóstico es imagenológico, siendo el ecocardiograma (ECG) el método de elección, dado que permite una mejor caracterización del tumor, capacidad obstructiva y formación de embolias. El ECG transesofágico es superior al transtorácico. (1). La Resonancia Magnética (RMN) cardiaca, que detalla el microambiente del tumor, y la Angiografía coronaria, que permite caracterizar su irrigación, lo que es fundamental para definir el manejo quirúrgico (2). Su tratamiento es quirúrgico. La resección completa entrega los mejores outcomes clínicos, con una baja mortalidad y buen resultado a largo plazo, además de permitir la caracterización histopatológica (1). Debido a la baja incidencia, el número de operaciones anualmente es bajo (5). La recurrencia tumoral es variable, desde 10-15% a 22% en MC complejos, siendo mayor en MC familiares (22%) en comparación a los esporádicos (1-4%) dado la predisposición genética. Se ha descrito que casos esporádicos con mutaciones en el ADN presentan una recurrencia de hasta 20%. (3) OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico, en la literatura médica.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso clínico y de la literatura.RESULTADO: Paciente masculino de 46 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, obesidad y accidente cerebrovascular (ACV) el 30/09/23 sufrido en Tacna. Asiste el 12/10/23 a Ecocardiograma, en contexto de chequeo posterior, donde se informa “Aurícula izquierda severamente dilatada, con volumen indexado de 59 ml/m2. Se observa masa hipermóvil (55 x 43 mm) adherida por pedículo a septum interauricular, de aspecto levemente heterogéneo y bordes irregulares con mayor movilidad. Protruye hacia ventrículo izquierdo en diástole ocupando gran parte de área valvular mitral”. Debido a los hallazgos del estudio sugerentes de mixoma, se decide hospitalizar al paciente por alto riesgo. Durante la hospitalización se realiza radiografía de Tórax (12/10/23) que informa “algunas opacidades intersticiales bilaterales asociado a hilios prominentes, que podrían traducir la presencia de fenómenos congestivos pulmonares. Silueta cardiaca de tamaño aumentado”. Además, para complementar el estudio, se realiza Coronariografía con tronco coronario izquierdo, arteria circunfleja, arteria descendente anterior y arteria coronaria derecha dominante sin estenosis angiográficas significativas. El día 13/10/23 se realiza resección quirúrgica del mixoma, donde se reseca la fosa oval y se extrae el tumor en bloque y es enviado a biopsia. Procedimiento sin incidentes. La biopsia informa neoplasia benigna, confirmando el diagnóstico de mixoma cardiaco. CONCLUSIÓN: Los tumores cardíacos primarios son una patología rara y principalmente benigna. En este caso, se hace el hallazgo en contexto de estudio etiológico de un ACV, siendo una de las manifestaciones más graves del mixoma. Debido al alto riesgo del paciente, se decidió su hospitalización y posterior resección quirúrgica, la cual se realizó sin incidentes. La biopsia muestra un tumor benigno, confirmando el diagnóstico de mixoma. En estos casos el riesgo de recurrencia en general es bajo, sin embargo, el seguimiento ecográfico a largo plazo es importante para detectar recidivas y disminuir riesgo de posibles complicaciones. (5). Debido a la baja incidencia de los Mixomas Auriculares, la cirugía cardiaca por este motivo no es común, un estudio del Hospital Gustavo Fricke muestra un 0,66% del total de las cirugías cardíacas en 28 años, donde la presentación más habitual es por disnea, seguida de fenómenos embólicos, como en nuestro caso (5). Se destaca la detección por medio de la ecocardiografía, lo cual ha permitido que se logren reconocer más casos que se evalúan debido a otras razones. Por otro lado, el avance en la disponibilidad de la RMN cardiaca permite una mejor caracterización del tumor y mejorar los resultados para estos pacientes. En general, los resultados de la intervención quirúrgica son buenos, con un 100% de sobrevida a los 5 años y baja tasa de recidiva en general, por lo que es fundamental pesquisar y realizar un tratamiento expedito en función de disminuir las complicaciones potencialmente fatales asociadas a estos tumores.

NEOPLASIA CARDÍACA MÚLTIPLE SINCRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE COMPLEJO DE CARNEY

Roberto González, Felipe Alarcón, Rodrigo Reyes, Alejandra Riquelme, Loreto Spencer, Patricio Madrid, Alejandro Pérez, Bastián Ruiz, Juan Romero, Emilio AlarcónCentro Cardiovascular y Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.INTRODUCCIÓN: El Complejo de Carney es caracterizado por la combinación de mixomas, hiperpigmentación cutánea atípica e hiperactividad y/o tumores endocrinos, realizándose el diagnóstico en la presencia de 2 o más criterios. Presenta una herencia autosómica dominante (70%) o de novo en 30% de los casos. Es una enfermedad infrecuente, con aproximadamente 750 casos descritos. OBJETIVOS: Reportar el caso de una paciente con hallazgo de mixomas auriculares múltiples, motivo por el cual se sospechó el Complejo de Carney. MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.RESULTADO: Mujer de 36 años, consultó en hospital de origen por focalidad neurológica, estudio de neuroimágenes diagnosticó accidente cerebrovascular multiterritorial de probable origen embólico. Se ingresó para tratamiento médico y estudio de fuente embólica, evolucionando satisfactoriamente, sin secuelas neurológicas evidentes. Ecocardiografía transtorácica evidenció una masa auricular pedículada heterogénea de aproximadamente 50x30x26 mm en techo de aurícula izquierda, aproximadamente a 5 mm de la desembocadura de vena pulmonar superior derecha, sugerente de mixoma auricular. Se complementó con estudio reumatológico, ginecológico y marcadores tumorales, sin hallazgos relevantes. Es derivada a nuestro hospital para resolución quirúrgica. Se realizó esternotomía media, entrada en circulación extracorpórea y abordaje transeptal. Se encontró tres lesiones tumorales de aspecto de mixoma, independientemente implantadas en el techo de la aurícula izquierda de aproximadamente 50x30 mm, 10x10 mm y 5x5 mm. Se resecaron las lesiones con pedículo de endocardio. Paciente evolucionó favorablemente en postoperatorio e informe histopatológico confirmó la presencia de 3 mixomas auriculares con pedículo propio. Dado los hallazgos se sospechó un Complejo de Carney y se indagó en historia personal y familiar. Se constató la presencia de lentigos y nevos azules múltiples en cara, extremidades, abdomen y mucosa genital. En su familia, su padre, hermana y sus dos hijos presentan lentigos y nevos azules. Ingresó a estudio genético por cumplir criterios diagnósticos clínicos (mixomas cardíacos, nevos azules y lentigos cutáneos y de mucosa genital). En seguimiento a 2 años, paciente sin nuevas complicaciones embólicas y sin evidencia de otras neoplasias. CONCLUSIÓN: Se presenta caso en que se diagnosticó un triple mixoma auricular sincrónico, lo que hizo sospechar un Complejo de Carney. El diagnóstico precoz de este síndrome permite mantener un seguimiento seriado para la detección precoz de recurrencia del mixoma cardíaco (12-22%), la realización de estudios de tamizaje de otras neoplasias asociadas y el estudio en familiares, constituyendo una herramienta para disminuir la morbimortalidad de este síndrome que se presenta como neoplasias múltiples.

ESTUDIO RETROSPECTIVO: INCIDENCIA DE SARCOMAS EN HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA, EXPERIENCIA ÚLTIMOS 10 AÑOS

Denis Dubo M., Felipe Quintana Y.Hospital Regional de Rancagua, Servicio de Cirugía. INTRODUCCIÓN: Los sarcomas son un grupo amplio y heterogéneo de neoplasias, se clasifican en dependientes de tejidos blandos y tumores óseos malignos. Debido a la ausencia de síntomas, por lo general son diagnosticados en etapas avanzadas. En este artículo se presenta la incidencia de sarcomas en un estudio retrospectivo del total de muestras enviadas al Departamento de anatomía Patología del Hospital Regional de Rancagua Dr. Franco Ravera Zunino (HFRZ), durante los últimos 10 años (2013-2024), permitiendo una comparación de los resultados obtenidos con los de la literatura mundial y caracterizar nuestra población de riesgo. OBJETIVOS: Analizar y comparar la incidencia de sarcomas en Hospital Regional de Rancagua con la de la literatura mundial, utilizando variables edad, sexo, localización y tipo histológico. MATERIAL Y MÉTODO: Se reviso la totalidad de biopsias enviadas al Servicio de Patología del Hospital Regional durante el período entre enero de 2013 y junio de 2024 con un total de 159,380 muestras. Se incluyeron todos los pacientes comprendidos en este periodo que contaran con diagnóstico histopatológico de alguna de las variedades de sarcomas. Considerando edad, sexo, tipo histológico y localización anatómica. Como criterio de exclusión fueron pacientes duplicados por múltiples muestras, falta de diagnóstico especifico de sarcoma o duda diagnostica. Logrando un total de 290 biopsias para la totalidad del periodo. Se utilizó estadística descriptiva para evaluar el comportamiento de las variables en la muestra y estadística de inferencia con la intención de llevar a cabo pruebas de hipótesis.RESULTADO: De las 159,380 biopsias llevadas a cabo se encontraron 290 casos de sarcoma que constituyen 0.18% del total de las biopsias realizadas. 87.6% fueron categorizados como sarcomas de tejidos blandos y el restante 12.4% como tumores óseos malignos, los cuales fueron clasificados según su tipo histopatológico. Se observó que los subtipos de sarcoma más frecuentes fueron el liposarcoma (43), carcinosarcoma(35), leiomiosarcoma (34) entre otros. No hay diferencia estadística significativa al comparar la incidencia del tipo histológico de sarcomas entre ambos sexos. La localización más frecuente para sarcomas blandos fue peritoneal 27%, en sarcomas solidos fue en extremidad inferior con 3.4%.del total de la muestra. CONCLUSIÓN: Resultados similares a los obtenidos en la literatura mundial en cuanto a incidencia, subtipo histológico y localización. Pese a las diferencias observadas entre hombres y mujeres, la edad no es una variable relevante entre ambos grupos. Podemos concluir que los sarcomas afectan en especial al grupo de adultos jóvenes y la incidencia es significativamente menor en los grupos de pacientes pediátricos. Este trabajo, en conjunto con la recolección de datos desde la esfera privada de la región permitirá lograr un valor preciso de incidencia para esta patología.

NEOPLASIA APENDICULAR. UN DESAFÍO EN EVOLUCIÓN CONSTANTE

Carlos Edmundo Martinez Jaramillo, Nairo Javier Senejoa Núñez, Heinz Orlando Ibáñez, Ronel Eduardo Barbosa Calderón, Sergio Camilo Ayala PérezHospital Militar Central, Bogotá, Colombia.INTRODUCCIÓN: Las neoplasias del apéndice (NA) es una patología oncológica que presentan potencial maligno variable, con una supervivencia que oscila entre el 10% y el 90% según la histología y el estadio. Hay cinco subtipos histopatológicos principales de neoplasias apendiculares (clasificación acordada por WHO 2019): lesiones serradas sésiles y adenomas, neoplasias mucinosas, adenocarcinomas, neoplasias de células caliciformes y neoplasias neuroendocrinas.OBJETIVOS: Discutir la última clasificación de NA, los enfoques diagnósticos, la estadificación y las diferencias en el tratamiento e indicadores de pronóstico relacionados con los NA.MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan dos casos de neoplasia apendicular. El primer caso, masculino de 43 años con cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en dolor abdominal generalizado tipo cólico que se exacerba postprandial asociado a deposiciones diarreicas. Se realiza colonoscopia con hallazgo de engrosamiento del orificio apendicular, llevado a apendicectomía radical, patología compatible con neoplasia mucinoso de bajo grado. El segundo caso, masculino de 45 años, con dolor abdominal de 10 días de evolución. Se realiza TAC de abdomen con neoplasia del apéndice de 18mm, para lo cual se lleva a hemicolectomía derecha.RESULTADO: Las NA son extremadamente raras, con una incidencia de 0,12 por millón de personas- año. Se ha sugerido que la hemicolectomía para una NA mucinoso no confiere ningún beneficio de supervivencia en comparación con la apendicectomía sola, sin embargo, para el grado histológico 2 y 3 si tiene indicación con fines oncológicos y de estadificación.CONCLUSIÓN: Las NA son un grupo diverso de patologías con un pronóstico muy variables. A pesar de los avances en el tratamiento de los cánceres abdominales de los últimos años, manejar y tratar las NA de forma eficaz la hace un desafío aún mayor.

LIPOSARCOMA GIGANTE DEL RETROPERITONEO, A PROPÓSITO DE UN CASO EN HOSPITAL EDUARDO PEREIRA

José Farías G., Ema Pichuante P., Úrsula Figueroa F., Genaro Arriagada P., Felipe Farías G.Hospital Dr. Eduardo Pereira.INTRODUCCIÓN: Los sarcomas de tejidos blandos (STB), son tumores malignos con una distribución amplia en el cuerpo, extremidades (45%), intraabdominal (38%), tronco (10%) y cabeza y cuello (5%). Los tipos histológicos más comunes de STB del retroperitoneo son el liposarcoma y el leiomiosarcoma, destacan además por ser tumores con importante recurrencia local. Los STB del retroperitoneo presentan una incidencia baja de 2,7 por millón de habitantes en Estados Unidos. Su enfrentamiento debe iniciar con la estadificación a través de imágenes y la evaluación preoperatoria, incluyendo la determinación de su resecabilidad, la ponderación de riesgos asociados y el acompañamiento multidisciplinario.OBJETIVOS: Presentar una experiencia local en el manejo quirúrgico de un gran sarcoma del retroperitoneo. MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión bibliográfica respecto a las recomendaciones para el manejo de liposarcomas retroperitoneales, teniendo en cuenta la experiencia de los equipos y la complejidad de los centros. RESULTADO: Paciente de 29 años con antecedente de epilepsia estructural, consulta por un cuadro de un mes de evolución de aumento de volumen abdominal y sensación de masa. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis evidencia formación de 19x14x22cm en contacto con superficie inferior hepática que genera desplazamiento contralateral de riñón derecho, impresiona sarcoma; sin diseminación secundaria. El estudio con resonancia magnética confirma dichos hallazgos. En relación con los hallazgos imagenológicos se decide realizar una resección en bloque de tumor retroperitoneal con nefrectomía derecha y reparación del diafragma. Biopsia diferida de pieza operatoria informa liposarcoma bien diferenciado G1 que alcanza periferia de muestra, no se observan mitosis en ningún campo, y sin infiltración renal. En postoperatorio temprano, egresa extubada, logrando hemodinamia estable, sin conflicto del punto de vista abdominal. CONCLUSIÓN: El manejo de los STB primarios retroperitoneales sin metástasis, es principalmente la resección quirúrgica completa; la evidencia de radioterapia neoadyuvante en STB retroperitoneales resecables es limitada. Dada su baja prevalencia y la complejidad de la patología, se recomienda el manejo en centros especializados. Lo que motivaría a la definición de un centro de referencia a nivel local, equipado e instruido en el abordaje de la patología, con el fin de mejorar el pronóstico y riesgo de recurrencia de estos pacientes.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO INTRAABDOMINAL, REPORTE DE CASO

Constanza Díaz G., Andrea Barreda A., Natalia Farias G.Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio Salud Metropolitano Centro.INTRODUCCIÓN: Los tumores miofibroblásticos inflamatorios, son tumores mesenquimales raros, de potencial biológico intermedio, por su bajo riesgo de recurrencia y metástasis. Se presentan en mayor frecuencia en la infancia y adolescencia. Su ubicación más frecuente es la intraabdominal. Su presentación puede ser asintomática y no presenta características patognomónicas en imágenes, siendo difícil su diagnóstico preoperatorio. En enfermedad localizada, la resección en bloque con márgenes negativos es el tratamiento de elección.OBJETIVOS: Presentar un caso de un tumor miofibroblástico inflamatorio.MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de ficha clínica, imágenes y revisión de literatura.RESULTADO: Masculino 32 años, previamente sano. Consulta por cuadro de un año de evolución, caracterizado por de dolor abdominal asociado a saciedad precoz y baja de peso no cuantificada. Al examen físico destaca una masa mesogástrica de 15 centímetros aproximadamente, móvil, no adherida a planos profundos. Tomografía computarizada evidencia masa mesentérica 10 x 9.8 x 9.4 centímetros, y sugiere considerar dentro de los diagnósticos diferenciales un tumor desmoides o un Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), sin poder descartar otras etiologías. Se realiza resección tumoral incluyendo tiflectomía y posterior ileoascendo anastomosis. Evolución postoperatoria favorable. Biopsia informa tumor miofibroblástico inflamatorio. Neoplasia mesenquimática fusocelular bien delimitada, sin atipia, sin necrosis y baja actividad mitótica, sin infiltración cecal ni apendicular. Bordes negativos. Linfonodos sin neoplasia (0/8). En comité oncológico, se define seguimiento imagenológico.CONCLUSIÓN: El tumor miofibroblástico inflamatorio, es un sarcoma raro que ha sido clasificado como una enfermedad neoplásica de potencial biológico intermedio dado el bajo riesgo de recurrencia y potencial metastásico. El estudio con imágenes puede visualizarse desde una lesión delimitada a una lesión infiltrante con componentes inflamatorios y fibróticos. El tratamiento definitivo es la resección completa en tumores localizados. Cuando la resección es incompleta, puede haber recidiva años más tarde, siendo más común en el primer año. En enfermedad avanzada no existe un tratamiento definido con precisión, y la quimioterapia posee una tasa de respuesta de aproximadamente el 50%. Por otro lado, se ha visto que los inhibidores de tirosin quinasa podrían tener un rol en el manejo de estos casos, pues hasta un 71% de estos tumores son positivos para ALK-1 (anaplastic Lymphoma Kinase-1).

CIRUGÍA DE WHIPPLE: EXPERIENCIA Y RESULTADOS. HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ. (2020-2024)

Jairo Bascetta R., Luis Tapia J., Mario Navarro P., Juan Zapata O., Paola Rivera R., Marcos Pérez V.Hospital Regional de Copiapó, Servicio de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Atacama.INTRODUCCIÓN: La cirugía de Whipple trata neoplasias en la cabeza del páncreas y otros tumores periampulares. En Chile, estas cirugías se concentran en la región central. Impulsados por las necesidades locales de nuestros pacientes y la demanda creciente. Apoyados desde el punto de vista técnico y logístico, en el Hospital Regional de Copiapó nos encontramos desarrollando una experiencia local de esta cirugía. OBJETIVOS: Analizar los casos de cirugía de Whipple en Copiapó de 2020-2024, evaluando incidencia, indicación quirúrgica, diagnóstico histopatológico, resultados quirúrgicos y morbimortalidad.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo revisando historias clínicas y bases de datos del Hospital Regional de Copiapó, de pacientes con indicación de cirugía de Whipple.RESULTADO: Se identificaron 13 casos con indicación de Whipple, solo efectuándose en 10 de ellos. La distribución por sexo fue similar 50% para mujeres y hombres, con una edad promedio de 61.7 (39-74) años. Los diagnósticos preoperatorios fueron: tumor de cabeza de páncreas (53.85%), tumor ampular (33.77%), tumor de vía biliar (7.69%) y tumor duodenal (7.69%). La cirugía de Whipple se realizó en el 76.92% de los casos, con un tiempo operatorio promedio de 6 h53 minutos. El 40% de los pacientes tuvieron preservación pilórica, mientras que el 60% no. El promedio de días de hospitalización postoperatorio fue de 29.2 días (11-97 días). El 55.6% de los pacientes no presentaron complicaciones, mientras que las complicaciones incluyeron fístula biliar (25%), absceso (12.5%), hemorragia digestiva alta (12.5%), gastroparesia (12.5%), perforación (12.5%), seroma infectado (12.5%) y atelectasia subsegmentaria (12.5%). El 20% de los pacientes requirieron reintervenciones. Los tipos histológicos fueron adenocarcinoma de páncreas (60%), adenocarcinoma ampular (30%), y pseudoquiste (10%). En relación a la estadificación del cáncer, un 22.2% se resecaron en etapa I, 33.3% en etapa II y un 44.4% en etapa III. La mortalidad fue del 10%.CONCLUSIÓN: El análisis revela diferencias importantes con datos nacionales e internacionales. La proporción de adenocarcinomas pancreáticos fue menor en Copiapó (60% vs. 79% en estudios nacionales) (Kamarajah S., 2018). La duración de hospitalización fue discretamente mayor (29.2 días frente a 17-19 días series nacionales) (Li L., 2020), lo que indica la necesidad de mejorar la gestión postoperatoria y los recursos hospitalarios. Las complicaciones fueron similares a estudios internacionales (Kuesters S., 2024). Los resultados del hospital son comparables a otros centros, lo cual insta a seguir trabajando y fortalecimiento de esta área para generar más datos locales, evaluación y mejora continua, ofreciendo mejores resultados para nuestros pacientes.

TIROIDECTOMÍAS Y CÁNCER DE TIROIDES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ (2019-2024)

Jairo Bascetta R., Luis Tapia J., Catalina Álvarez R., Carlos Flores D., Javiera Galleguillos A., Gustavo Morales C.Universidad de Atacama.INTRODUCCIÓN: La tiroidectomía es un procedimiento quirúrgico que permite el diagnóstico, manejo y tratamiento de nódulos tiroideos y resto de sus patologías, siendo las neoplásicas las más temidas. El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente, tiene una prevalencia del 1.2% en la población general, afectando principalmente a mujeres en la cuarta década de la vida. Su manejo presenta como complicaciones más comunes la disfonía e hipoparatiroidismo. En nuestro centro nos proponemos conocer y describir las indicaciones, resultados y complicaciones de las tiroidectomías realizadas en el periodo 2019-2024.OBJETIVOS: Conocer y describir las indicaciones, resultados y complicaciones de las tiroidectomías realizadas en el periodo 2019-2024.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo-descriptivo de la base de datos estadísticos del Hospital Regional de Copiapó. De un total de 318 tiroidectomías realizadas entre enero 2019 a junio 2024, se seleccionaron 175 pacientes en forma aleatoria con un intervalo de confianza del 95% según “Netquest: calculadoras estadísticas”. RESULTADO: 80%(n=140) corresponde al sexo femenino, el rango etario entre 55-60años (Media 49.9a), 66%(n=116) derivados de APS. Los diagnósticos prequirúrgicos: sospecha de cáncer de tiroides 62.3%(n=109), bocio 18.3%(n=32), nódulo tiroideo 16%(n=28) e hiperparatiroidismo 3.4% (n=6). Resultado de PAAF: Bethesda V 35.4%(n=62) y IV 16%(n=28), de los cuales el 69.9%(n=93) coincide con los resultados de biopsia quirúrgica. Las biopsias positivas para malignidad corresponden al 65.2%((n=114), siendo el carcinoma papilar el más frecuente con 82,4%(n=94). El 55.4%(n=97) se realiza algún muestreo ganglionar, de los cuales el 70.5% de los resultados fueron benignos. Las complicaciones observadas fueron: hipocalcemia y disfonía, ambas con un 12%. CONCLUSIÓN: Los resultados muestran predominio del sexo femenino (4:1) sobre el masculino, ligeramente mayor a lo descrito en la literatura. El carcinoma papilar es el tipo histopatológico más frecuente de cáncer tiroideo. Además, se observó baja infiltración ganglionar. También se observa una buena relación cito-histológica entre los resultados de PAAF y biopsia quirúrgica, y sólo el 28% de la muestra arrojó complicaciones postquirúrgicas. Estos datos proporcionan una base sólida sobre la tiroidectomía en la tercera región, facilitando futuras investigaciones epidemiológicas y mejorando la planificación de estrategias de manejo del cáncer de tiroides.

SIMULACIÓN, EDUCACIÓN

PRIMERA EXPERIENCIA EN LA CREACIÓN DE UNA ESCALA OSAT DISEÑADA A PARTIR DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Nicolás Berrios C., Sebastián Paz A., Tomás Coudeu C., Isidora Isla M., Yanina Labarca R., José Ortega S.Centro de educación basada en simulación Facultad de Medicina CAS-UDD.INTRODUCCIÓN: La evaluación de habilidades técnicas en medicina se realiza mediante escalas estandarizadas, siendo la más conocida la "Objective Structured Assessment of Technical Skills" (OSATS). Se han desarrollado modificaciones a esta escala para adaptarse de forma específica a ciertos procedimientos, un proceso que consume tiempo y recursos. La inteligencia artificial (IA) ofrece una oportunidad para optimizar esta tarea. OBJETIVOS: Describir la experiencia de utilizar un modelo de inteligencia artificial ampliamente disponible para crear una escala adaptada a un procedimiento específico.MATERIAL Y MÉTODO: Se desarrolló una escala OSATS específica para evaluar la técnica de sutura utilizando el modelo de lenguaje de IA, Chat GPT 3.5. Esta escala fue sometida a un proceso de validación por cinco cirujanos expertos. Cada ítem de la escala fue evaluado en base a claridad, coherencia, pertinencia y relevancia, con puntajes de 1 a 4. Los puntajes otorgados por los expertos fueron comparados para determinar la necesidad de modificaciones.RESULTADO: El modelo de IA fue capaz de crear una escala detallada y específica para el procedimiento solicitado. Generó una escala con 8 categorías, cada una con enunciados que van del 1 (deficiente) al 5 (excelente). Esta escala, sin modificaciones, fue evaluada por un grupo de expertos. En cinco categorías (Técnica de nudos, Alineación y tensión de la sutura, Longitud y espaciado de los puntos, Manejo del instrumental, Tiempo y movimientos), se llegó a un consenso de que no eran necesarias modificaciones. No hubo consenso en las categorías de Preparación y esterilización del área, Respeto por el tejido, Cierre final y Resultado estético. Los problemas identificados incluyeron falta de claridad y coherencia en dos categorías y falta de pertinencia en otra. Además, se sugirió fusionar las categorías de “Técnica de nudos” y “Alineación y tensión de la sutura” para reducir redundancias. Los expertos consideraron que la escala es adecuada para evaluar el procedimiento, aunque señalaron que deben realizarse modificaciones menores antes de su aplicación.CONCLUSIÓN: Si bien la versión de ChatGPT utilizada no puede crear una escala lista para su uso inmediato, sí logra agilizar enormemente el proceso. Este primer enfrentamiento demuestra el potencial de esta herramienta y abre la posibilidad de seguir optimizando el proceso de creación, con comandos más específicos y con versiones más recientes de ChatGPT.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SIMULADOR DE BAJO COSTO PARA LA ENSEÑANZA DE CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA

Nicolás Berrios C., Manuel Aravena G., Tomás Ruiz E., Liliana Sanhueza P., Yanina Labarca R., José Ortega S.Centro de educación basada en simulación Facultad de Medicina CAS-UDD.INTRODUCCIÓN: El uso de modelos simulados para la enseñanza de procedimientos en la formación de pregrado es cada vez más común. Sin embargo, la cistostomía es un procedimiento que actualmente carece de simuladores fácilmente accesibles en el mercado, a pesar de la importancia de su enseñanza al formar parte del perfil de conocimientos EUNACOM. Ante este desafío, es necesario desarrollar métodos para enseñar esta técnica con recursos ampliamente disponibles. La creación de simuladores de bajo costo ha demostrado ser efectiva en otras áreas de simulación quirúrgica y podría ofrecer una solución adecuada en este caso.OBJETIVOS: Desarrollar y validar un modelo de simulación de bajo costo para el entrenamiento de cistostomía percutánea, utilizando materiales económicos y accesibles, que permitan simular el procedimiento de forma fidedigna.MATERIAL Y MÉTODO: Se elaboró un modelo utilizando materiales económicos y de fácil acceso. Este fue sometido a un proceso de evaluación y validación por seis expertos del departamento de urología de nuestro centro. Se recogió información sobre la validez aparente mediante escalas de Likert con puntuación de 1 a 5.RESULTADO: El simulador se fabricó satisfactoriamente utilizando un recipiente metálico, con un sistema de drenaje y una tabla de melamina como zona de fijación para los tejidos. Los tejidos en la zona de punción se simularon con etileno acetato de vinilo (goma EVA) para la piel, lámina de policloruro de vinilo (mat de yoga) para planos subcutáneos y cinta de reparación (duct tape) para la fascia de los rectos. La vejiga se simuló con un globo de látex reforzado con cinta adhesiva, que permite mantener la integridad superficial al ser puncionado. La validez del simulador fue puntuada con un promedio general de 4,63 (DS±0,49) por los expertos. Las preguntas que recibieron la puntuación media más alta (ambas con 4,83±0,41) evaluaban la utilidad para el aprendizaje y enseñanza de la técnica, mientras que la con promedio más bajo (4,33±0,51) evaluaba la capacidad para recrear respuestas mecánicas fisiológicas con detalle (resistencia tisular y salida de orina). A pesar de la adecuada puntación general, todos los expertos recomendaron agregar reparos anatómicos al simulador para mejorar su fidelidad. CONCLUSIÓN: El simulador creado para cistostomía es un modelo accesible que logra simular adecuadamente el procedimiento, a pesar del bajo presupuesto de los materiales utilizados. Los puntajes otorgados evidencian que el simulador puede ser utilizado como una adecuada herramienta de aprendizaje de la técnica, pero algunas modificaciones menores pueden ser necesarias para aumentar su fidelidad.

TRÁNSITO HIDATÍDICO HEPATO-TORÁCICO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Hugo Delgado, Sofía Bendel, Isidora Romero Cea, Josefa Romero Cea, Begoña Donoso AncánUniversidad de La Frontera, Programa de Doctorado en Ciencias Médicas.INTRODUCCIÓN: El tránsito hidatídico hepato-torácico (THT) es una complicación evolutiva de la equinococosis quística hepática, que se ha asociado a un incremento de las complicaciones postoperatorias (CPO) y la mortalidad hospitalaria (MH); sin embargo, no existen estudios de buen nivel de evidencia que sustenten esta asociación.OBJETIVOS: Sintetizar la evidencia respecto de características clínicas, CPO en términos de frecuencia y gravedad; reintervenciones (RI) y MH.MATERIAL Y MÉTODO: Revisión sistemática con meta-análisis. Se incluyeron estudios relacionados con THT, sin restricción de idioma o año. Se realizaron búsquedas en Trip Database, SciELO, BIREME-BVS, Web of Science, PubMed, EMBASE y SCOPUS. Se utilizaron términos MeSH y libres, incluyendo artículos hasta mayo de 2024. Las variables principales fueron CPO (frecuencia y gravedad, aplicando clasificación de Clavien & Dindo), RI y MH (frecuencia). Otras variables de interés: año de publicación, origen y diseño de los estudios, número de pacientes, manifestación clínica principal, tipo de quiste, hospitalización, cirugía; y calidad metodológica (CM) aplicando escalas MInCir-T (CM en escenarios de tratamiento) y MInCir-Pr2 (CM en escenarios de pronóstico). Se aplicó estadística descriptiva, cálculo de promedios ponderados (PP) y su comparación mediante regresión logística de mínimos cuadrados. Se realizó metaanálisis de prevalencia de POC, RI y MH total y en dos períodos de tiempo (1973-2002 vs. 2003-2023).RESULTADO: Se recuperaron 604 estudios de las búsquedas realizadas, de los cuales 101 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión (reporte de casos, 76,2%; series de casos, 22,8%; y cohortes 1,0%); representando a 1020 pacientes (PP de edad de 42,6 años; 58,3% hombres). La mayor proporción de artículos fue publicada en la última década (27,7%). Los estudios provienen principalmente de España (19,8%) y Turquía (17,8%). Con PP de 18,3 días de estancia hospitalaria, se verificó un 28,9% de CPO (77,7% Clavien & Dindo III o IV), 12,6% de RI; y 9,7% de MH. La CM de los estudios primarios fue 9,1±1,9 y 13,2±2,9 puntos de MInCir-T y MInCir-Pr2 respectivamente. Comportamiento de algunas variables en los periodos de tiempo evaluados (Nº estudios/Nº casos). Variables (PP)Total 1973-20022003-2023 p (101/1020) (39/550) (62/470) POC (%) 28,9±41,6 31,7±36,6 25,9±11,6 0,021 HM (%) 9,7±9,8 13,9±13,1 5,4±5,8 0,001 RI (%) 12,6±12,8 16,9±13,4 8,0±6,8 0,012 Hospital (días) 18,3±10,9 20,7±17,3 15,8±25,2 0,071 MInCir-T (ptos) 9,1±1,9 9,6±2,1 8,7±1,8 0,861 MInCir-Pr2 (ptos) 13,2±2,9 13,5±2,4 12,7±1,9 0,812CONCLUSIÓN: El THT se asocia a: CPO, RI y MH frecuentes y significativa, independiente del tiempo, a pesar del paso de verificarse una reducción significativa en el último período evaluado. La CM de los estudios primarios es baja independiente del escenario clínico y período de tiempo estudiado.

EXPLORACIÓN DE LA MENTALIDAD EN CIRUJANOS Y MÉDICOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO TRANSNACIONAL

Brandon Valencia-Coronel, Claudia Marín Heise, Adriana Silva, Laura Bazoalto, Mariano GiménezPontificia Universidad Católica De Chile, Universidad de Estrasburgo.INTRODUCCIÓN: La teoría de la mentalidad, desarrollada por la Dra. Carol Dweck, distingue entre mentalidad de crecimiento y mentalidad fija, influyendo en los enfoques de los individuos hacia los desafíos y el aprendizaje.OBJETIVOS: Este estudio tiene el objetivo de evaluar la distribución de las distintas mentalidades entre diversos grupos profesionales en América Latina.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una encuesta transversal online entre 777 profesionales latinoamericanos, categorizados en cirujanos (n=323, 41.57%), otros especialistas médicos (n=394, 50.71%) y profesionales no médicos (n=60, 7.72%). La encuesta, adaptada de la teoría de mentalidades de Dweck, evaluó creencias sobre inteligencia, motivación y esfuerzo usando una escala Likert de 5 puntos. Las respuestas se analizaron para categorizar las mentalidades de los participantes como Mentalidad de crecimiento fuerte, Mentalidad de crecimiento con ideas fijas, Mentalidad fija con ideas de crecimiento y Mentalidad fija fuerte RESULTADO: Los cirujanos mostraron la mayor tendencia hacia una mentalidad de crecimiento (46.4% Mentalidad de crecimiento fuerte, 44.6% Mentalidad de crecimiento con Ideas Fijas). Otros especialistas médicos mostraron una distribución más equilibrada (35.0% Mentalidad de crecimiento fuerte, 58.0% Mentalidad de crecimiento con Ideas Fijas). Los profesionales no médicos mostraron la mayor variabilidad (28.3% Mentalidad de crecimiento fuerte, 53.3% Mentalidad de crecimiento con Ideas Fijas, 18.3% Mentalidad fija con Ideas de Crecimiento). Los puntajes promedio de mentalidades fueron 43.73 (DE=6.82) para cirujanos, 42.17 (DE=6.27) para otros especialistas médicos, y 41.10 (DE=6.99) para profesionales no médicos.CONCLUSIÓN: Los hallazgos subrayan la importancia de fomentar una mentalidad de crecimiento en diferentes campos profesionales para mejorar la resiliencia, la adaptabilidad y el desarrollo profesional. La mayor prevalencia de mentalidad de crecimiento entre los cirujanos sugiere que las demandas de la profesión pueden incentivar inherentemente estas creencias. Para otros profesionales médicos y no médicos, podrían ser beneficiosas las intervenciones y programas de capacitación que promuevan la mentalidad de crecimiento.

EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA EN UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA GENERAL EN EL SUR DE CHILE

Francisca Mayorga Triviño, Freddy Pichunleo Pichilemu, Felipe Imigo GueregatHospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schutz Schroeder, Universidad San Sebastián.INTRODUCCIÓN: El año 2008 la Sociedad de Cirujanos de Chile establece una lista de operaciones por residente y su número mínimo a realizar en un periodo de 3 años de formación. Existen escasos reportes nacionales e internacionales de los centros formadores en relación a este tema. A esto se suma la creación de programas de formación de 4 años, cambios en el perfil epidemiológico, nuevas tecnologías y enfoques terapéuticos, la regularización de las jornadas laborales y una gran heterogeneidad de los campus clínicos lo que dificulta el cumplimiento del listado. Recopilar la exposición quirúrgica es fundamental como una forma de evidenciar la experiencia adquirida durante su formación. La Universidad San Sebastián (USS) tiene un programa de formación de 3 años inaugurado el año 2013 el cual cuenta con una veintena de egresadosOBJETIVOS: Describir la exposición quirúrgica de los Residentes de Cirugía General (RCG) egresados de la USS.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los registros de pabellón del Hospital Puerto Montt (HPM) en el período entre enero 2014 y abril de 2024. Se recopilaron todas las cirugías en las cuales participaron los RCG. Por norma administrativa de HPM los residentes no se codificaron como primer cirujano. Se excluyeron aquellos residentes con registros incompletos. Se analizó el número de intervenciones por residente y por año de formación, la indicación de la intervención (urgencia o electiva), y el desglose de las cirugías más frecuentes realizadas.RESULTADO: Se analizan los registros completos de 19 de los 21 egresados del programa (90,4%). Los residentes participaron en un total de 18004 intervenciones quirúrgicas. El 51,4% (n=9249) fueron cirugías electivas y el 48,6% (n=8755) cirugías de urgencia. El promedio de cirugías por residente fue de 948 con un rango entre 693 a 1221. Las técnicas quirúrgicas más frecuentemente registradas fueron: colecistectomía (n=4272), apendicectomía (n=2870), laparotomía exploradora (n=1669), herniorrafía/plastía inguinal/umbilical (n=762), amputación menor (n=748) y drenaje de absceso perianal (n=401). La cirugía laparoscópica más frecuente fue la colecistectomía (> 98% del total) seguida de la apendicectomía. En promedio, cada residente participó 290 cirugías en 1º año, 342 en 2º año y 316 en 3º año de formación.CONCLUSIÓN: En nuestra serie destaca una importante exposición quirúrgica de los residentes egresados del programa de formación en cirugía general, la que está determinada por una proporción similar de intervenciones electivas y de urgencia. Se requiere de un registro prospectivo fidedigno para obtener las cirugías donde el residente fue primer cirujano.

FORTALECIENDO UN EQUIPO QUIRÚRGICO: IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN EFECTIVA DE PROBLEMAS MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA MATRIZ DE IMPACTO Y ESFUERZO

Wenceslao Zegers V., Diego García P., Diego Marín G.Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz. La Florida.INTRODUCCIÓN: Los equipos quirúrgicos enfrentan dificultades que afectan la eficiencia de flujos y procesos, repercutiendo en la atención de los pacientes y en la eficiencia del pabellón. Se implementó una Matriz de Impacto-Esfuerzo (MIE) para identificar y priorizar problemas según su impacto y la facilidad de implementación de soluciones. La MIE agrupa los problemas en cuatro categorías: "ganancias rápidas" (alto impacto y facilidad), "oportunidades de transformación" (alto impacto y baja facilidad), "soluciones menores" (bajo impacto y alta facilidad), y "despriorizados" (bajo impacto y facilidad). Se planteó la necesidad de adoptar un modelo que facilite la identificación y priorización efectiva de problemas, mejorando así los flujos y procesos del equipo y la optimización del pabellón.OBJETIVOS: El objetivo principal fue describir el uso de la MIE como una herramienta novedosa en el área médica para identificar y priorizar problemas en un equipo. Los objetivos secundarios fueron observar los resultados en la dinámica del equipo al trabajar juntos para resolver los problemas y analizar cómo la priorización mediante la MIE facilita la implementación de soluciones efectivas y eficientes.MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio transversal en el equipo de cirugía colorrectal del Hospital Clínico de La Florida. Se llevó a cabo una sesión de lluvia de ideas para identificar problemas en las actividades asistenciales y administrativas. Posteriormente, se agruparon en siete áreas: clínica, docencia, gestión, investigación, equipo, infraestructura y pabellón. Finalmente, los miembros del equipo evaluaron cada problema en una escala de 1 a 5 según su impacto y facilidad de solución. Participaron once miembros del equipo, incluyendo coloproctólogos, cirujanos generales, un residente de coloproctología y un residente de cirugía general.RESULTADO: Se identificaron 28 problemas distribuidos en las siete áreas. Las calificaciones medias por área fueron: Clínica (Impacto=4.2, Facilidad=3.4), Docencia (Impacto=4.18, Facilidad=3.5), Equipo (Impacto=4.2, Facilidad=4.1), Gestión (Impacto=4.14, Facilidad=3.1), Infraestructura (Impacto=4.13, Facilidad=2.7), Pabellón (Impacto=4.6, Facilidad=2.7) e Investigación (Impacto=4.4, Facilidad=3.4). Gestión agrupó 10 problemas, seguida de Clínica y Equipo con 5 problemas cada una.CONCLUSIÓN: El método de la MIE permitió identificar y priorizar problemas, destacando aquellos solucionables rápidamente con menor esfuerzo (“quick wins”). Esta primera etapa es esencial para desarrollar soluciones y organizar el abordaje de problemas de manera eficaz. Todas las áreas obtuvieron alto impacto, posiblemente por la novedad del método y la interpretación de escalas por los integrantes. Este análisis permite jerarquizar problemas estratégicamente, priorizando aquellos de alto impacto y menor esfuerzo, además de tener efectos positivos en el trabajo y la convivencia del equipo.

CALIBRACIÓN ESTANDARIZADA DE EVALUADORES PARA POTENCIAR LA ENSEÑANZA DE HABILIDADES LAPAROSCÓPICAS A TRAVÉS DE RETROALIMENTACIÓN REMOTA Y ASINCRÓNICA

Diego Sanhueza R., Enrique Cruz M., Cristián Jarry T., Javier Vela U., Sofía Abedrapo L., María Elena Vial B., Caterina Contreras B, Martin Inzunza A., Julián Varas C.Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La retroalimentación remota y asincrónica de videos quirúrgicos es una herramienta prometedora para la educación quirúrgica. Actualmente se investiga su impacto en la curva de aprendizaje de los residentes de cirugía en Chile. En este contexto, además de emplear instrumentos de evaluación validados, es crucial garantizar la consistencia entre evaluadores al corregir colecistectomías vía laparoscopía (CL) para lograr validez interna y una correcta interpretación de los datos. OBJETIVOS: En el presente estudio proponemos la estructura y resultados de un método de calibración para evaluadores de CL videograbadas.MATERIAL Y MÉTODO: Cinco cirujanos sobre su curva de aprendizaje en CL y con experiencia previa en docencia quirúrgica, fueron reclutados para evaluar y otorgar retroalimentación. Se llevó a cabo una sesión inicial de introducción sobre las escalas de evaluación, incluyendo OSATS modificado y OPRS del American Board of Surgery, enfocándose en los puntos críticos para la retroalimentación. Posteriormente, cada evaluador realizó evaluaciones independientes de videos demostrativos, variados en dificultad y duración, otorgando puntaje en ambas escalas y entregando retroalimentación. Finalmente se llevaron a cabo sesiones de calibración bimensuales en las que se compararon y discutieron las evaluaciones correspondientes a la sesión, generando consenso sobre la aplicación de criterios y puntos relevantes para la retroalimentación. Se planteó el objetivo de alcanzar una desviación media de puntuación menor a 1.5 y una desviación estándar menor a 1.5 en ambas escalas (las que van de 5 a 25 puntos). El proceso de calibración fue iterado hasta lograr los objetivos.RESULTADO: Se realizaron tres sesiones de calibración, evaluando un total de seis videos de CL. La desviación estándar en las puntuaciones de OSATS y OPRS disminuyó significativamente, de 3.2 a 1.2 y de 3.5 a 1.7 respectivamente, la desviación media de OSATS se redujo de 2.13 a 0.92 y de OPRS de 2.18 a 1.28. Los evaluadores reportaron que el proceso fue beneficioso, mejorando notablemente su capacidad para ofrecer retroalimentación precisa y enfocada en los puntos relevantes.CONCLUSIÓN: El proceso de calibración estructurado redujo la variabilidad entre evaluadores en la calificación de vídeos quirúrgicos, cumpliendo los objetivos en tres sesiones. Este método de calibración promueve la validez y concordancia en evaluaciones de procedimientos quirúrgicos videograbados. A futuro se debe determinar la periodicidad adecuada para las sesiones de calibración y explorar su aplicación en entrenamiento de herramientas de Inteligencia Artificial para evaluación quirúrgica.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA RETROALIMENTACIÓN EN ENTORNOS DIGITALES

Diego Sanhueza, Sofía Abedrapo, María Elena Vial, Cristián Jarry, Fran Rammsy Ignacio Villagrán, Gabriel Escalona, Julián VarasCentro de Simulación y Cirugía Experimental Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: En cirugía, es fundamental que los residentes adquieran habilidades quirúrgicas y procedimentales durante su formación. Ellos aprenden estas habilidades generalmente en ambientes simulados y en pabellón mediante observación y posteriormente supervisación de sus tutores y maestros. La retroalimentación es uno de los elementos más importantes en el proceso de aprendizaje de habilidades técnicas. Por lo tanto, el docente no solo debe conocer el procedimiento, sino que además debe estar capacitado en la entrega de retroalimentación efectiva. Es primordial realizar esfuerzos que apoyen a los instructores a transmitir a los residentes habilidades quirúrgicas mediante retroalimentación de calidad La Inteligencia Artificial (IA) aplicada en el ámbito educacional permite apoyar los procesos de retroalimentación, optimizar el aprendizaje de habilidades y competencias de los residentes, al brindar retroalimentación y asistencia personalizada.OBJETIVOS: El objetivo del siguiente video es dar a conocer una herramienta educacional innovadora, basada en Inteligencia Artificial, que permite la evaluación de la retroalimentación otorgada por los tutores. CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta una herramienta desarrollada con inteligencia artificial que permite evaluar la calidad de la retroalimentación otorgada por tutores. Esto permite optimizar la enseñanza en habilidades técnicas mediante perfeccionamiento de las habilidades de retroalimentación de los tutores.

RELACIÓN ENTRE CARGA MENTAL EVALUADA CON NASA-TLX Y EL DESEMPEÑO EN UN EXAMEN DE COMPETENCIAS QUIRÚRGICAS

María Elena Vial B., Rafael Selman A., Sofía Abedrapo L., Michelle Grauner P., Diego Sanhueza R., Cristián Jarry T., Julián Varas C.Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La carga mental representa el esfuerzo cognitivo que existe al realizar una determinada tarea. En cirugía, se ha ocupado como complemento a la medición del desempeño técnico. La encuesta NASA-TLX es útil para estos fines, evaluando dimensiones como demanda mental, física, percepción de desempeño, frustración, entre otras. Estudios previos asocian carga mental con hitos en curvas de aprendizaje. OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es determinar cómo la carga mental se asocia a la experiencia quirúrgica previa y al desempeño obtenido por cirujanos/as que realizaron un examen de competencias quirúrgicas.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte transversal. Se invitó a participar a médicos que realizaron el examen práctico CONACEM de cirugía general 2023. Este examen, previamente validado, presenta siete estaciones con casos clínicos de distinta complejidad donde se evalúan habilidades prácticas. La evaluación fue realizada mediante la grabación de cada estación, por medio de tutores entrenados, ciegos a la identidad y experiencia de los participantes. Concluido el examen, se realizó la encuesta NASA-TLX a los participantes. Estadística descriptiva presentando mediana y rango intercuartil (IQR) y analítica, utilizando el valor del coeficiente de correlación de Pearson (“r”).RESULTADO: Catorce profesionales completaron el examen. Se recopilaron 12 respuestas en total, de estas 10 corresponden a cirujanos con título universitarios extranjeros y 2 chilenos en vías de titulación. La carga mental obtenida mediante NASA-TLX y los porcentajes de aprobación presentaron una mediana de 76.64 puntos (IQR: 21), y de 83.92% (IQR=3), respectivamente. Se obtuvo una correlación negativa, moderada (r=-0.457) entre porcentaje de aprobación y carga mental percibida. Las estaciones percibidas como más complejas fueron: trauma cardiaco y trauma pulmonar. Se observó que, considerando los puntajes extremos, a mayor carga mental, se obtuvo un desempeño más pobre, sin embargo no se obtuvo una correlación estadísticamente significativa considerando puntajes intermedios ni al correlacionar la experiencia quirúrgica previa con la percepción de sobrecarga mentalCONCLUSIÓN: Los participantes de este examen presentaron una mediana de carga mental de 76, que se considera alta. Si bien se vio que los puntajes extremos cumplen la premisa de a mayor carga mental, menor desempeño y viceversa, los puntajes intermedios no presentaron una tendencia clara. Asimismo, la experiencia quirúrgica previa no se validó como un elemento que permitiera predecir la sobrecarga cognitiva. Sin embargo, un mayor tamaño muestral permitiría caracterizar de mejor manera el rol que tendría la medición de sobrecarga cognitiva en relación a la evaluación del aprendizaje en cirugía.

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS MEDIANTE MICRO-CREDENCIALES DIGITALES PARA ESTUDIANTES DE PREGRADO

Sofía Abedrapo L., Úrsula Figueroa F., Diego Sanhueza R., María Elena Vial B., Cristián Jarry T., Julián Varas C., Matt Van Leeuwen, Michelle Grunauer P.Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.INTRODUCCIÓN: La educación médica está adoptando un modelo basado en competencias para cumplir con las demandas del sistema de salud. La Asociación de Facultades de Medicina de Chile define 35 competencias críticas para médicos generales, cuya evaluación de logro al egreso es variable. La micro-certificación de habilidades presenta una oportunidad para auditar prospectivamente la adquisición de dichas competencias.OBJETIVOS: Este estudio describe los resultados preliminares de la implementación de “Microcredenciales” (MCs) para certificar habilidades en pregrado y la perspectiva de los estudiantes sobre estas.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cuasi-experimental. Fase 1: Durante el 2023 se pilotó un modelo de certificación de competencias a través de MCs en entrenamientos simulados. Consistió en ofrecer MCs a alumnos de tercer año de medicina quienes obtuviesen un puntaje mínimo (OSATS ≥ 20) en sus cursos de procedimientos. Posteriormente se ofreció un entrenamiento adicional sin calificación formal, que permitiese optar a las MC a quien no la obtuvo inicialmente. Al terminar el curso se realizó una encuesta de percepción y valoración del programa y la implementación de las MCs.RESULTADO: De 122 participantes, un 89% aprobó paracentesis (PCT) y 92% toracocentesis (TCT), cumpliendo criterios para obtener MCs. Dos de 13 estudiantes en PCT y tres de 10 estudiantes en TCT que no obtuvieron MCs optaron por el entrenamiento adicional para obtener su certificación. La encuesta de percepción mostró que la certificación aumentó la motivación para aprender y mejorar habilidades en un 64,3%. Un 85.7% de los que no obtuvieron MCs declararon que estarían dispuestos a un nuevo intento para recibirla. Un 78.6% cree que la micro certificación impactará positivamente en su formación y un 100% expresó interés en obtener MCs para otras habilidades médicas.CONCLUSIÓN: Implementar un sistema de acreditación mediante MCs en pregrado es factible. La opción de un entrenamiento adicional valida esta micro-certificación como un elemento motivador del aprendizaje, independiente de la calificación formal. Desde un punto de vista institucional, facilitaría la acreditación de competencias. Sin embargo, durante esta primera etapa de implementación se obtuvo una baja tasa de respuesta por alumnos (12%), siendo el resto de información levantada mediante focus groups voluntarios, con el inherente sesgo de interés. Actualmente en desarrollo una fase 2, que evaluará: el impacto de las MCs sobre la motivación de estudiantes, mediante participación voluntaria en nuevos entrenamientos que buscan además medir retención del aprendizaje. Asimismo, se aplicará el protocolo nuevamente en alumnos de 3er año para obtener un mayor tamaño muestral

RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA (ERAS)

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA ACREDITADO DE ERAS® EN CIRUGÍA COLORRECTAL

Diego Marín G.[1], Valentina Castillo W.[1], Francisco López K.[2], Felipe Quezada D.[2], Alejandro Barrera E.[2], José Miguel Zúñiga A.[2], Josette Baudoin L.[3], Valeska Vargas L.[3]Clínica Universidad de Los Andes.INTRODUCCIÓN: Las recomendaciones ERAS® han revolucionado la práctica quirúrgica moderna. Su evolución hasta lo que se conoce hoy ha sido un largo proceso de desarrollo y reinvención. Su misión es la búsqueda y distribución de las mejores prácticas perioperatorias basadas en la evidencia, generando y promoviendo una ayuda activa en la implementación de sus recomendaciones a nivel mundial. En Chile, nuestro centro es el único acreditado por ERAS-Society, teniendo que cumplir una serie de requisitos y compliances establecidas para distintos momentos del perioperatorio. OBJETIVOS: Este trabajo busca describir el modelo aplicado a los pacientes sometidos a resecciones primarias colorrectales en el servicio de Coloproctología en Clínica Universidad de Los Andes entre los años 2022-2024, sus principales resultados y desafíos con respecto a su implementación.MATERIAL Y MÉTODO: Extracción de variables de interés desde el software ERAS® que contiene todos los pacientes operados del inicio del programa en diciembre de 2022 a la fecha.RESULTADO: El proyecto inició con una compliance global de 36% en la evaluación inicial retrospectiva de pacientes, que luego de la implementación de mejoras y recomendaciones presentes en la guía clínica ascendió hasta un 70.1%, valor que permitió la acreditación formal en 2023 y que se ha mantenido a lo largo del tiempo hasta un 82%. Los principales desafíos han sido incorporar a un amplio grupo de actores que excede al personal de salud, incluyendo administrativos, servicios de apoyo y gerencia. El proceso se desarrolló en cuatro fases, y mantiene una auditoría constante cada 3 meses para fortalecer la fiabilidad de los datos registrados. Los principales cambios implementados, para mantener la compliance, han sido en el ítem pre-admisión como la carga de carbohidratos, screening nutricional y evaluación anemia, y en el postoperatorio con movilización precoz, estimulación tránsito y disminución uso de sonda. Desde el inicio del programa, todos los pacientes sometidos a cirugía colorrectal son incluidos, sin criterios de exclusión ni consideraciones especiales. Junto a esto, se ha realizado un benchmarking comparativo con centros de similar categoría de Latinoamérica y el mundo cada 3 meses.CONCLUSIÓN: Existen desafíos en la implementación y acreditación de ERAS, requiriendo un trabajo sinérgico y transversal multinivel dentro del centro de salud. La aplicación de intervenciones basadas en evidencia y el registro confiable permiten mejorar los resultados, y detectar debilidades, trabajando las áreas donde existe un mayor déficit de compliance. Es un trabajo en desarrollo que permitirá evaluar su efecto en resultados quirúrgicos en un tiempo más.

PREHABILATACIÓN DURANTE PERÍODO PREOPERATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Sergio Sotelo H., Felipe Díaz C., Víctor Ramírez R., Javier Vidal C.
Hospital Regional De Talca.

INTRODUCCIÓN: La prehabilitación (PHB) corresponde a las intervenciones nutricionales y físicas realizadas en el periodo preoperatorio para mejorar el estado nutricional y funcional del paciente. Su implementación en hospitales públicos chilenos es incipiente y objetivar sus logros funcionales con intervenciones kinésicas una necesidad. OBJETIVOS: Evaluar los resultados de la intervención kinésica en la PHB desarrollada en el periodo de hospitalización preoperatoria que ocurre por indicaciones diferentes a la PHB en pacientes oncológicos digestivos durante el año 2023.MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cuasi experimental, pretest-postest de pacientes hospitalizados con indicación diferente a la PHB, con categoría de frágiles o prefrágiles que completaron 10 sesiones de kinesiología (criterios de inclusión). Se excluyó pacientes con comprensión limitada de instrucciones. Muestreo por conveniencia. Se informa escala de Fried para fragilidad, diagnósticos, mediciones antropométricas (IMC) y funcionales Velocidad de marcha (VM), Handgrip, 5xsst, PC6m (test de marcha) pre y post sesiones. Se usó estadística descriptiva e inferencial no paramétrica con programa SPSS 29. RESULTADO: Un 81,3 % de los pacientes eran hombres y 75% mayores de 65 años; 75 % frágiles y 25 % prefrágiles al ingreso. Los diagnósticos principales fueron cáncer de páncreas (43,8%) y gástrico (25%). Un 93,75% de los pacientes presentó prealbúmina bajo el valor normal al ingreso, promedio de 0,11 g/L (DE: 0,03) (VN: 0.20 - 0.40) pasando a 75% previo a cirugía con un promedio de 0.15 (DE: 0.59). IMC de ingreso promedio: 25 (rango 15.7-32.4 (DE. 4.2). Los promedios pre sesiones de VM, Handgrip, 5xsst y PC6m fueron: 1.01 (DE: 0.346), 26.7 (DE: 6.57), 12.73 (DE: 6.45) y 404.4 (DE: 89.4) respectivamente y los post sesiones fueron: 1.39 (DE: 0.34), 28.75 (DE: 6.08),9.69 (DE: 4.9) y 483.18 (DE: 83.63) ($p < 0.05$ en los cuatro parámetros) respectivamente. Los 16 pacientes completaron las sesiones de kinesiología. 25% de los pacientes fueron resecados.CONCLUSIÓN: Se observa resultados favorables de la intervención kinésica en el contexto de PHB en las mediciones funcionales realizadas, con significancia estadística, comparables a la literatura. Es llamativo que esto ocurre en condiciones nutricionales deficientes, lo cual es una debilidad a corregir. El bajo porcentaje de pacientes resecados obliga a protocolizar la PHB, dado su rol discutible en el escenario paliativo. Se debe integrar la PHB como una estrategia multimodal.