

Tomo de Resúmenes (TL Orales y Video)

2. Sección: Sección: Cirugía de cabeza y cuello

2, ABLACIÓN TIROIDEA POR RADIOFRECUENCIA: EXPERIENCIA EN COMPLEJO ASISTENCIAL DE PADRE LAS CASAS ENTRE 2023-2025

Autores: Saúl Siso C., Pilar Schneeberger H., José Montoya E., Álvaro Visscher O., Andrea Siso H., Claudio Carrasco Sch.,

Complejo Asistencial Padre Las Casas

Introducción: La ablación tiroidea por radiofrecuencia es un procedimiento nuevo en Chile que permite el tratamiento de nódulos tiroideos benignos sintomáticos y/o con afección estética. Los síntomas de presión comúnmente conocidos incluyen dolor, disfagia, sensación de cuerpo extraño, malestar, abultamiento del cuello y tos.

La ablación por radiofrecuencia utiliza calor generado por corriente alterna (CA) entre 200 y 1200 kHz (normalmente 350-500 kHz). Las ondas de radiofrecuencia se crean en un generador y se transmiten al nódulo a través de un electrodo conectado, pasando de forma segura a través del electrodo e introduciendo la energía en el tejido en el sitio de la punta activa. La energía de RF agita los iones del tejido cercano, aumentando la fricción y la temperatura dentro del tejido tumoral. Este calor altamente localizado produce la destrucción del tumor proximal a la punta del electrodo activo.

Objetivos: Mostrar los resultados con respecto a disminución de volumen de los nódulos, mejoría de síntomas, complicaciones, tiempo de estadía hospitalaria y conservación de la función tiroidea en pacientes tratados con radiofrecuencia.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo de serie de casos prospectiva. Se revisaron veintitrés pacientes con nódulo tiroideo sintomático, comprobados citológicamente benignos (dos punciones por aguja fina Bethesda II) que fueron tratados con RFA desde noviembre de 2023 a mayo 2025.

Se usó el equipo Mygen V - 1000 RF Medical y electrodos "Thyblate RFTP0707". Se aplicó RFA introduciendo un electrodo en cada nódulo bajo guía ecográfica en tiempo real. El volumen se evaluó ecográficamente y los síntomas con escala de 0 - 10 clasificados en digestivos (atoro, disfagia, sensación de cuerpo extraño), respiratorios (tos, disnea,

ronquido, sensación opresiva cervical, intolerancia al decúbito), estéticos, y fueron evaluados previos a la ablación y posterior a la misma en controles ulteriores. Asimismo se evaluó estadía hospitalaria y complicaciones del procedimiento.

Resultado: Todos los pacientes excepto uno presentó disminución significativa de volumen posterior a la aplicación de RFA. El volumen pre ablación promedio fue de 26.7 cc. La disminución de volumen promedio fue de 61% a los 6 meses posterior a la RFA. Se mantuvo la función tiroidea en todos los pacientes (TSH promedio pre ablacion: 2.1, post ablación 2.4). Los síntomas desaparecieron (valor escala 0 - 1) en 22 pacientes al control del primer mes. 21 pacientes fueron en modalidad de cirugía mayor ambulatoria. El tiempo de recuperación previo al alta médica fue de 2 horas. Complicaciones: Mayores: Un paciente evolucionó con conversión quística que requirió cirugía posterior. Menores: Dos pacientes presentaron equimosis y dos pacientes disfonía que ameritaron evaluación y manejo por fonoaudiología, con resolución completa a las 4 - 6 semanas.

Conclusión: La radiofrecuencia tiroidea impresiona ser un método efectivo para la disminución del volumen de nódulo tiroideos benignos y disminución o desaparición de síntomas, permitiendo mantener la función tiroidea y una recuperación más rápida que la opción quirúrgica. Asimismo muestra ser un método seguro con menor número de complicaciones.

3, EXPERIENCIA INICIAL EN LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO ENDOSCÓPICA (VEIL) EN EL SUR DE CHILE. SERIE DE CASOS.

Autores: Jean Pierre Droguett G., Sebastian Urrutia V., Andrés Torrealba B., Cristian Gottschalk S., Luis Arratia T., Daniel Muñoz C.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena De Temuco. Universidad De La Frontera

Introducción: La linfadenectomía inguinal abierta es el gold estándar para el manejo oncológico de adenopatías inguinales. En la actualidad, los abordajes mínimamente invasivos han demostrado ser oncológicamente equivalentes con un postoperatorio mejor tolerado. La técnica posee una curva de aprendizaje desafiante, limitada por la baja prevalencia de la patología, lo que dificulta su implementación.

Objetivos: Describir la experiencia inicial multidisciplinaria de los equipos de Urología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Chile, en linfadenectomías inguinales video asistidas durante 2020-2024.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos de pacientes con indicación de disección inguinal, ya sea profiláctica o terapéutica, en pacientes con cáncer escamoso de pene y melanoma o carcinoma escamoso de extremidad inferior, operados en el Hospital de Temuco entre 2020 y 2024. Se utilizó la técnica VEIL estándar y modificada, dependiendo tanto del paciente como la preferencia del cirujano. Se realiza una linfadenectomía inguinal video-endoscópica con el mismo patrón de la cirugía abierta, incluyendo identificación de reparos anatómicos y resección en bloque de la pieza quirúrgica.

Resultado: La muestra se constituyó por 13 ingles de 8 pacientes. Los diagnósticos fueron cáncer de pene en 5 de ellos, melanoma en 2 y carcinoma escamoso de extremidad inferior en 1 paciente. Del total de la muestra, sólo un paciente presentaba una ingle intervenida por cirugía de biopsia de ganglio centinela previa por melanoma. La linfadenectomía se realizó de manera bilateral en 5 pacientes y unilateral en 3 pacientes. El tiempo operatorio promedio fue de 110 min y la media de adenopatías resecaadas fue de 12 por cada linfadenectomía (6-29 adenopatías). No se presentaron conversiones a técnica abierta. La tasa de complicaciones fue del 23%, clasificadas según Clavien en I o II, correspondientes a 1 linfocele y 2 infecciones de herida operatoria. Ningún paciente presentó necrosis cutánea. No hubo recidiva local ni secuelas a largo plazo.

Conclusión: El uso de esta técnica mínimamente invasiva tuvo resultados similares a a la técnica abierta desde el punto vista oncológico, con menores complicaciones. Se presenta como una alternativa cuya implementación requiere recursos ya existentes en la mayoría

de los hospitales de nuestro país. El presente trabajo representa la mayor serie de casos reportada a nivel nacional generando un aporte en el conocimiento de la técnica.

4, FRECUENCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES EN BIOPSIAS POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA BETHESDA IV O SUPERIOR. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE SANTIAGO.

Autores: María Jesús Jugo D., María Ignacia Von Bennewitz., Antonia Vela H., Sofía Palacios S., Francisca García C., Felipe Fiebig., Juan Pablo Quinteros P., Felipe Fuenzalida S., Matías Minassian M.

Hospital Militar De Santiago - Universidad De Los Andes

Introducción: El cáncer de tiroides es el tumor endocrino más común en la actualidad y su incidencia va en aumento principalmente debido a la mayor detección de casos subclínicos a través de métodos diagnósticos como la punción con aguja fina (PAAF). La clasificación citológica de Bethesda es fundamental para la estratificación en el riesgo de malignidad de los nódulos tiroideos tras una PAAF. Clásicamente, a partir de Bethesda IV o superior se plantea la indicación de cirugía por el riesgo asociado de cáncer de tiroides, que alcanzaría hasta un 30% en Bethesda IV y más de un 95% en Bethesda VI. Sin embargo, la concordancia entre clasificación de Bethesda y el resultado histopatológico definitivo sigue siendo muy heterogéneo en la literatura disponible actualmente, lo que podría resultar en un subdiagnóstico y subtratamiento de patologías malignas si se utiliza como herramienta única.

Objetivos: Describir la frecuencia y tipo de cáncer de tiroides diagnosticado por biopsia quirúrgica a partir de nódulos tiroideos clasificados como Bethesda IV o superior en un hospital terciario de Santiago y compararlo con lo reportado en la literatura disponible.

Contenido del E-Poster: Se revisaron fichas de pacientes sometidos a tiroidectomía entre los años 2018 y 2024, con resultados de PAAF preoperatoria Bethesda IV o superior y se compararon con el resultado de su biopsia definitiva. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y frecuencia para evaluar los resultados

Resultado: Un total de 182 pacientes fue sometido a PAAF, de los cuales 132 (72,53%) obtuvieron como resultado un Bethesda IV o mayor. Un 11,54% (21 pacientes) fueron clasificados como Bethesda IV, de los cuales un 42,86% (10 pacientes) tuvieron un diagnóstico histopatológico benigno de la pieza quirúrgica. Por otro lado, un 47,62% fue cáncer papilar de tiroides, un 4,76% fue cáncer folicular de tiroides y un 0% fue cáncer medular de tiroides. Un 28,57% (52 pacientes) del grupo estudiado fue clasificado como Bethesda V, de los cuales la mayoría correspondía a patología maligna con un 96,15% de los casos (50 pacientes). Un 94,23% fueron cáncer papilar de tiroides y sólo un 1,92% fue cáncer folicular de tiroides, con 0% de cáncer medular en este grupo. Por otro lado, del 32,42% de los pacientes clasificados como Bethesda VI (59 casos), con 98,3% de los casos

correspondientes a patología maligna. Un 96,61% fueron cáncer papilar de tiroides, un 0% fue cáncer folicular de tiroides y un 1,69% fue cáncer medular de tiroides

Conclusión: Los resultados de este estudio demuestran que la tasa de malignidad en PAAF con Bethesda V y VI se correlaciona con la literatura actual. Por otra parte, si bien la categoría Bethesda IV presenta una tasa de malignidad mayor (52,38%) en comparación con la literatura (34%), la decisión quirúrgica en estos pacientes se fundamentó en una evaluación multidisciplinaria que incluyó criterios ecográficos, clínicos y citopatológicos. Esta estrategia multidisciplinaria permitió identificar adecuadamente a aquellos pacientes con mayor riesgo de malignidad, evitando así un subtratamiento de lesiones potencialmente cancerosas. De esta manera se logró seleccionar adecuadamente a los pacientes candidatos a cirugía, por lo que no sería necesaria la implementación rutinaria de estudios genéticos adicionales en pacientes con nódulos tiroideos Bethesda IV. Nos parece fundamental recalcar la importancia de un adecuado abordaje multidisciplinario en el estudio de nódulos tiroideos

5, CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y RIESGO DE MALIGNIDAD EN NÓDULOS TIROIDEOS CON CITOLOGÍA BETHESDA V: EXPERIENCIA DE 9 AÑOS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO DE CHILE

Autores: Rocío Witto Espinoza, Diego Gianetti Bahamonde, Francisca González Serrano, Jaime Morán Tamayo, Luis Inzunza Constanzo

Hospital San Juan De Dios

Introducción: La categoría V del Sistema Bethesda para citología tiroidea (Bethesda V) implica un alto riesgo de malignidad, tradicionalmente estimado en un rango del 60 al 75%. Existen en la literatura internacional, varios estudios recientes que reportan un riesgo de malignidad para Bethesda V de hasta más del 95%. Este riesgo puede variar significativamente entre instituciones. A la fecha no existen estudios nacionales al respecto.

Objetivos: Determinar la tasa de malignidad de la citología Bethesda V en nuestra institución, desde enero del 2017 hasta junio del 2025.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de 339 pacientes con diagnóstico de PAAF Bethesda V, sometidos a tiroidectomía en nuestro centro. Se analizaron variables demográficas, citológicas y los resultados histopatológicos definitivos mediante estadística descriptiva en R studio.

Resultado: La edad promedio de la cohorte fue de 48.7 años (DE ± 14.4), con predominio del sexo femenino (88.2%). El tamaño tumoral promedio fue de 18.1 mm (DE ± 14.8). El Valor Predictivo Positivo (VPP) para malignidad de la categoría Bethesda V fue del 94.77% (IC 95%: 91.8% - 96.8%). De los 316 casos malignos, el 95.6% correspondieron a Carcinoma Papilar de Tiroides (CPT). Es decir, la probabilidad de que un nódulo con PAAF Bethesda V tenga un resultado final de Carcinoma Papilar en la anatomía patológica es del 90.15% (IC del 95%: 86.49% - 92.90%). Los 19 casos benignos incluyeron Adenomas Foliculares y Neoplasia Tiroidea Folicular no Invasiva con características nucleares de tipo Papilar (21%).

Conclusión: La citología Bethesda V en nuestra institución es un predictor de alta fiabilidad para Carcinoma Papilar. Estos hallazgos respaldan la tiroidectomía como abordaje quirúrgico inicial en la mayoría de estos pacientes.

6, POROCARCINOMA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT.

Autores: Ignacio Raimann Bucarey, Karina Toledo Villegas, Diego Reyes Dehays

Hospital Puerto Montt, Facultad De Medicina, Departamento De Cirugía, Universidad San Sebastian

Introducción: El porocarcinoma (PC) es una neoplasia maligna anexial infrecuente, originada en el segmento intraepidérmico de las glándulas sudoríparas ecrinas (acrosiringio), representando entre 0,005% y 0,01% de los carcinomas cutáneos. Afecta principalmente a personas mayores y puede presentar un comportamiento clínico agresivo, con riesgo de recidiva local y metástasis regional o a distancia (10-30%). Su diagnóstico suele ser complejo por su similitud clínica e histológica con otras neoplasias como carcinoma escamoso o melanoma amelanótico.

Objetivos: Describir las características clínicas, histopatológicas, terapéuticas y evolución de pacientes con diagnóstico de porocarcinoma tratados en el Hospital Puerto Montt, y contrastar estos hallazgos con la literatura actual.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos consecutivos diagnosticados entre enero de 2021 y mayo de 2025. Se recopilaron datos desde la base GRD del Hospital Puerto Montt (HPM) y fichas clínicas digitales. Se incluyeron pacientes con confirmación histopatológica. Se excluyeron casos sin seguimiento clínico mínimo de 6 meses. Se recolectaron variables clínicas, anatomopatológicas, terapéuticas y evolución a seguimiento.

Resultado: Del total de cáncer de piel operados por el equipo (340) en el periodo de estudio, se identificaron 4 pacientes con Porocarcinoma, representando el 1,17% del total. El 75% mujeres, con edades entre 76 y 93 años. La localización más frecuente fue la extremidad inferior (75%). Todos fueron tratados con resección quirúrgica oncológica con márgenes amplios. En dos pacientes se realizó biopsia de linfonodo centinela, ambas negativas (0/2, 0/1). Tres tumores fueron infiltrantes (dermis reticular o hipodermis) y uno in situ. Se evidenció invasión linfovascular en 50% (2/4). Un caso presentó recidiva ganglionar inguinal a los 10 meses. El resto permanece sin recurrencia con seguimiento a 24 meses.

Conclusión: Los hallazgos identificados en nuestros pacientes se asemejan a la literatura internacional respecto a edad avanzada, localización y comportamiento localmente agresivo, sin embargo, la tasa de casos representa un valor mayor a los datos internacionales. La profundidad tumoral e invasión linfovascular son predictores pronósticos. El diagnóstico diferencial se beneficia del uso de panel inmunohistoquímico

(positividad para CK, EMA, CEA, CD117). El estudio de Linfonodo Centinela (LNC) es relevante, dado que hasta el 20% puede metastatizar.

El porocarcinoma es un tumor raro, de diagnóstico desafiante. La cirugía con márgenes oncológicos es el pilar fundamental del tratamiento. El seguimiento estrecho es esencial para la detección de recidivas. La baja frecuencia de esta entidad justifica la necesidad de reportes clínicos locales con el fin de caracterizar y familiarizarse con diagnósticos de baja prevalencia.

188, AVANCES TECNOLÓGICOS EN PLANIFICACIÓN PRE E INTRAOPERATORIA EN MALFORMACIÓN VASCULAR ARTERIOVENOSA FACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: María José Martínez S., Cristóbal Araya S., Ingrid Plass D., Francisca Briceño M., Gabriela Echeverría B., , Patricio Vargas H., Pablo Lobos A., Daniel Rappoport W., Arturo Madrid M.

Facultad De Medicina Clínica Alemana - Universidad Del Desarrollo. Clínica Alemana Santiago, Chile. Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile.

Introducción: Las MAV orbitarias representan un desafío terapéutico por su localización profunda, alto flujo y riesgo funcional. La resección quirúrgica puede ser curativa, pero conlleva riesgos significativos si no se planifica de manera adecuada. Herramientas como el test de oclusión carotídeo, la impresión 3D y los sistemas de navegación intraoperatoria han demostrado mejorar la precisión quirúrgica, reducir complicaciones y optimizar resultados en cirugías complejas.

Objetivos: Describir la utilidad de la planificación quirúrgica avanzada en el manejo de una MAV orbitotemporal compleja.

Contenido del video: Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 34 años, con antecedentes de tabaquismo y consumo ocasional de cannabis. Desde el año 2009 presenta diagnóstico de malformación arteriovenosa (MAV) ciliar izquierda confirmada por biopsia, manejada desde 2012 mediante múltiples embolizaciones por radiología intervencional. Se describe MAV de 6x6 cm con extensión órbita temporal, compromiso de más del 50% de la órbita e imposibilidad de apertura ocular, con irrigación desde ramas de las arterias temporal superficial, maxilar y oftálmica. Intento de resección quirúrgica fue frustrado, siendo derivada a nuestro centro para continuar manejo.

Se completó el estudio con test de oclusión carotídeo izquierdo, demostrando adecuada circulación colateral a través del polígono de Willis. La evaluación oftalmológica descartó compromiso ocular. Se planificó resección quirúrgica con posible necesidad de exenteración orbitaria y reconstrucción mediante colgajo libre, apoyada en planificación virtual y modelado tridimensional (3D) del defecto. Durante la cirugía, guiada por sistema de navegación electromagnética (BrainLab™), se logró resecar MAV, preservando estructuras anatómicas clave del ojo izquierdo (párpado superior, tarso y músculo orbicular), con cierre mediante colgajo local.

La paciente presentó evolución postoperatoria favorable, fue dada de alta al segundo día y

en controles posteriores mantiene agudeza visual y motilidad ocular conservadas, con hipoestesia supraciliar como único hallazgo neurológico residual.

Actualmente, la paciente se encuentra en excelente estado general, sin signos de recidiva de la MAV, con funcionalidad ocular íntegra y resultados estéticos satisfactorios, constituyendo un caso exitoso de tratamiento multimodal de MAV órbito temporal compleja.

Discusión

En este caso, una MAV órbito temporal de gran tamaño, previamente tratada sin éxito, fue resuelta mediante resección quirúrgica planificada con apoyo del test de oclusión carotídeo, que confirmó una circulación colateral adecuada. La impresión 3D del defecto orbitario facilitó el análisis anatómico y la planificación reconstructiva, mientras que la navegación electromagnética con sistema BrainLab™ permitió una resección precisa, evitando la exenteración ocular y preservando estructuras funcionales clave. La paciente tuvo una recuperación rápida, sin complicaciones mayores, con conservación visual completa. Este resultado respalda el valor de integrar herramientas tecnológicas avanzadas en el manejo quirúrgico de MAV orbitarias complejas.

189, TÉCNICA DE VERIFICACIÓN INTRAOPERATORIA EN RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR: ASISTENCIA CON FOTOGRAMETRÍA 3D Y ARCO C

Autores: María Ignacia Von Bennewitz B. (1); Luis Arratia T. (2); Rodrigo Montes F.(3,4); Marcelo Veloso O. (3); Luis Pizarro G. (3,5); Ingrid Plass D.(3,4); Felipe Bustos M.(3,5); Katherine Lozano R. (3); Juan Oyarzun (3); Cristóbal Araya S.(3,4)

(1) Residente Cirugía General, Universidad De Los Andes (2) Residente Cirugía De Cabeza, Cuello Y Maxilofacial, Universidad Del Desarrollo (3) Equipo Cirugía Oncológica De Cabeza Y Cuello, Instituto Nacional Del Cáncer. (4) Equipo Cirugía Oncológica De Cabeza Y Cuello, Clínica Alemana De Santiago. (5) Equipo Cirugía Oncológica De Cabeza Y Cuello, Clínica Las Condes.

Introducción: La evaluación del correcto posicionamiento de segmentos de fíbula tanto en la cavidad glenoidea, la posición de la articulación temporomandibular remanente, la posición correcta de los segmentos en relación a los extremos de la mandíbula y oclusión dental en el intraoperatorio, tienen beneficios funcionales, disminuyen el trismus post operatorio y el riesgo de secuelas funcionales posteriores, permitiendo una funcionalidad de manera precoz y facilitar una mejor calidad de vida para los pacientes.

El posicionamiento correcto de segmentos óseos de manera primaria permite una recuperación precoz , rehabilitación funcional y evita trismus post operatorio. El uso de tecnología de imágenes intraoperatorias (scanner, O-arm) y navegación son una ayuda precisa para la correcta posición de segmentos mandibulares, pero son de alto costo y requieren de entrenamiento de los cirujanos. El uso de elementos de chequeo intraoperatorio como arco C y fotogrametría 3D en hospitales públicos es una herramienta útil, disponible a un bajo costo que impacta favorablemente el correcto resultado anatómico - funcional de este grupo de pacientes.

Objetivos: Reportar y dar a conocer una técnica de verificación intraoperatoria en reconstrucción microquirúrgica mandibular mediante un video descriptivo de dos casos clínicos realizados en Instituto Nacional del Cáncer durante 2025, que requirieron hemimandibulectomía con reconstrucción microquirúrgica de fíbula. En los casos se utilizó la técnica de asistencia intraoperatoria basada en imágenes de Arco C (mediante adquisición por fluoroscopia y proyecciones anteroposterior y proyección Lateral) complementado con el uso de fotogrametría 3D con el scanner de superficie modelo Creality Ferret Pro 3D y procesado de imágenes en softwares CrealityScan y

AutodeskFusion-360 para la verificación de posicionamiento de segmentos de fíbula en la mandíbula y su posición en la cavidad glenoidea.

Contenido del video: Descripción de técnica quirúrgica innovadora utilizada para evaluar la correcta oclusión dental de paciente en intraoperatorio de mandibulectomía segmentaria con arco C a partir de dos casos en los que se aplica este método en el Instituto Nacional del Cáncer.