Tomo de Resúmenes (TL Orales y Video)

Generado el: 04/09/2025 22:58:58

13. Sección: Sección: Tórax

150, BULA EN UN LÓBULO ÁCIGOS RESECADA VÍA TORACOSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Lorena Sánchez O., Belén Pedraza J., Virginia Linacre S.

Instituto Nacional Del Tórax

Introducción: El lóbulo de la vena ácigos (LVA) corresponde a una malformación congénita resultante de una alteración en el descenso embrionario de la vena ácigos (VA) hacia el tórax, lo que origina una cisura accesoria y delimita un lóbulo pulmonar accesorio. Se trata de una de las anomalías pulmonares más frecuentes, con una prevalencia estimada entre 0,4% y 1,2%. La mayoría de los casos se identifican como hallazgos incidentales en estudios de imagen. La coexistencia de bulas en el LVA ha sido escasamente reportada en la literatura, generalmente en el contexto de complicaciones como neumotórax. En los casos descritos, el tratamiento quirúrgico se ha realizado principalmente por toracotomía, y en menor proporción mediante cirugía torácica videoasistida (VATS).

Objetivos: Presentar el caso de una bula en lóbulo ácigos resecada por VATS.

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión retrospectiva de la ficha clínica electrónica de un paciente atendido en el Instituto Nacional del Tórax. Se recolectaron antecedentes clínicos, exámenes imagenológicos y hallazgos intraoperatorios asociados al caso.

Resultado: Paciente masculino de 42 años, con antecedentes de tabaquismo (IPA 25) y consumo de drogas (cocaína y marihuana). Consulta por dolor dorsal bilateral de carácter punzante, de un mes de evolución, sin otros síntomas asociados. La tomografía computada (TC) de tórax revela una gran bula en el lóbulo superior derecho, de 8,4 cm en su eje mayor, junto a enfisema pulmonar difuso leve bilateral. Se realiza cirugía videotoracoscópica (VATS), que evidencia una bula con adherencias firmes a la vena ácigos y la pleura parietal. Se procede a la resección de la bula, con liberación de adherencias y preservación de la vena ácigos, sin incidentes intraoperatorios. El paciente es dado de alta al primer día postoperatorio, sin complicaciones. En controles ambulatorios, la TC no muestra recidiva.

Conclusión: Las bulas en el LVA pueden explicarse fisiopatológicamente por hipoperfusión e hipoventilación del lóbulo, favorecidas anatómicamente por una distorsión bronquial que podría predisponer al atrapamiento aéreo y al desarrollo de enfisema, bronquiectasias o atelectasias. A pesar de la prevalencia conocida del LVA, la presencia de bulas o neumotórax en este lóbulo es

sumamente infrecuente y escasamente documentada en la literatura. Se han descrito algunos casos de neumotórax espontáneo asociado a LVA, siendo solo en algunos retrospectivamente vinculados a bulas. En la mayoría, el abordaje quirúrgico no fue videotoracoscópico.

Dado que el LVA se identifica con frecuencia de forma incidental, su reconocimiento es relevante para evitar interpretaciones erróneas (como masas o abscesos), así como para detectar variantes anatómicas asociadas (como cambios en la ubicación de la vena cava superior, vena braquiocefálica intrapulmonar o atresia esofágica), permitiendo una correcta planificación quirúrgica.

La coexistencia de una bula en un LVA representa una condición sumamente infrecuente. Este caso evidencia que, pese a su rareza, puede diagnosticarse mediante TC y resolverse quirúrgicamente mediante VATS de forma segura y eficaz. Un conocimiento anatómico minucioso del LVA y sus variaciones resulta esencial para planificar una cirugía precisa que permita preservar estructuras vasculares críticas, como la vena ácigos.

151, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES MEDIASTINALES: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT.

Autores: Nicolás Escudero Bustos, Verónica Vidal Mansilla, Constanza Ruminot Mancilla, Rodrigo Ahumada Cabello, Alfonso Oropesa Celedón, Carlos Figueroa Rivas, Ivan Sepulveda Amestoy

Hospital Puerto Montt, Facultad De Medicina, Departamento De Cirugía. Universidad San Sebastián.

Introducción: Los tumores del mediastino representan un conjunto diverso de patologías que incluyen tumores benignos y malignos, entre los que destacan timomas, teratomas, quistes broncogénicos, linfomas, carcinomas tímicos entre otros. En adultos, los timomas representan hasta el 30% de los tumores del mediastino anterior. Estas lesiones pueden ser asintomáticas y detectarse incidentalmente mediante imágenes. La resección quirúrgica sigue siendo el pilar diagnóstico y terapéutico en la mayoría de casos. En Chile, existen escasas publicaciones que describan la epidemiología y resultados quirúrgicos regionales, especialmente en zonas australes donde la accesibilidad a centros de referencia es limitada.

Objetivos: Describir características clínicas, demográficas, abordaje quirúrgico, diagnóstico histológico, complicaciones y evolución de pacientes operados por tumores mediastínicos en el Hospital de Puerto Montt entre 2010 y 2025

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes mayores de 15 años intervenidos quirúrgicamente por lesiones mediastínicas entre 2010 y 2025 en Hospital regional de Puerto Montt. Se analizaron variables clínicas y demográficas, diagnóstico imagenológico y anatomopatológico, tipo de abordaje quirúrgico, complicaciones, días de hospitalización, recurrencia y estado actual. Los datos fueron extraídos desde fichas clínicas y registros GRD.

Resultado: Se incluyeron 28 pacientes. La mediana de edad fue de 46 años (rango 17 -70 años), con predominio de sexo femenino (56%). La ubicación más frecuente fue el mediastino anterosuperior (45%). Los diagnósticos histológicos más frecuentes fueron timoma (25%), quiste broncogénico (10%), teratoma (7%), carcinoma tímico (3%). El abordaje principal fue esternotomía (50%) seguido de videotoracoscopia (30%). La resección completa se logró en el 72%, con compromiso pleural o pericárdico en 39% (11 pacientes) y compromiso vascular en 14% siendo la vena innominada la más frecuente. La estadía hospitalaria media fue de 9 días. Las complicaciones postoperatorias fueron poco frecuentes, la recurrencia de lesión mediastínica se presentó en el 10,7% (3 pacientes), correspondiente a sarcoma y tumores carcinoides. No hubo mortalidad intrahospitalaria.

Conclusión: La experiencia regional en cirugía de lesiones mediastínicas demuestra resultados comparables a los reportados en la literatura nacional, con abordajes seguros, baja tasa de complicaciones y adecuado control oncológico en la mayoría de los casos. La recurrencia se asoció a histologías agresivas, reforzando la necesidad de seguimiento prolongado. Estos hallazgos refuerzan el rol resolutivo de los equipos quirúrgicos regionales en patologías torácicas complejas.

152, CORRELACIÓN BIOPSIAS EBUS-TBNA Y LINFADENECTOMÍAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA REALIZADAS EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

Autores: Constanza Díaz G., Jorge Marín A.matías Lyner, Paulina J. Paiva, Nicole Díaz A., David Lazo P., Huascar Rodríguez G., Javier Vega S., Nicolás Von Jentschyk R, Pedro Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La etapificación ganglionar es un componente fundamental en el manejo del cáncer pulmonar en estadios tempranos, ya que determina el pronóstico y guía el tratamiento. El ultrasonido endobronquial con punción transbronquial con aguja fina (EBUS-TBNA), es una técnica operador dependiente que requiere curva de aprendizaje. Permite realizar de forma ambulatoria el diagnóstico citológico de compromiso mediastínico. Debido a sus características, y para confiabilidad de esta técnica, es importante que los equipos correlacionen sus resultados con las biopsias obtenidas en las posteriores linfadenectomías quirúrgicas.

Objetivos: Exponer los resultados anatomopatológicos entre las biopsias ganglionares obtenidas mediante EBUS-TBNA y linfadenectomía mediastínica (LAM) realizadas por el equipo de cirugía de tórax en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes sometidos a EBUS-TBNA y linfadenectomía mediastínica (LAM) desde mayo 2023 hasta febrero 2025. El propósito es exponer los resultados anatomopatológicos entre las biopsias ganglionares obtenidas mediante EBUS-TBNA y LAM realizadas por el equipo de cirugía de tórax en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Los datos fueron recopilados de la base de datos del equipo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con lesiones accesibles por vía aérea central, evaluados previamente con estudios de imagen (Tomografía Computada (TC) y/o Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT)). Se excluyeron pacientes que se negaron a realizar el procedimiento, pacientes con EBUS que no fueron sometidos posteriormente a linfadenectomía mediastínica. Se analizaron variables demográficas, características del procedimiento y concordancia diagnóstica entre las muestras de EBUS y LAM.

Resultado: De un total de 182 procedimientos EBUS-TBNA realizados, 28 pacientes (15.3%) fueron sometidos a LAM. La edad promedio fue de 71 años, 50% fueron mujeres. Los grupos ganglionares más frecuentemente estudiados fueron el grupo 4 (36.5%) y grupo 7 (34.6%). El 9.6% de las biopsias ganglionares de EBUS fueron informados como positivos para células neoplásicas. El 85.7% de los casos mostró concordancia entre los hallazgos histopatológicos de EBUS y LAM. El adenocarcinoma fue el subtipo histológico más frecuente (54.5%), seguido por tumores neuroendocrinos. La mayoría de los pacientes (64.2%) presentaron etapificación ganglionar N0. No se registraron complicaciones post procedimiento.

Conclusión: Menos del 20% de los pacientes fueron candidatos a LAM, con alta concordancia (87.8%) entre biopsias EBUS y quirúrgicas. El adenocarcinoma fue el subtipo más frecuente, predominando en mujeres. EBUS demostró alta sensibilidad, especificidad y seguridad, sin

complicaciones. Su eficacia diagnóstica y modalidad ambulatoria lo posicionan como una técnica costo-efectiva y reproducible frente a métodos invasivos como la mediastinoscopia, especialmente en el contexto del servicio público con alta demanda asistencial.

153, QUISTES BRONCOGÉNICOS: RESULTADOS, DESAFÍOS Y CONSOLIDACIÓN TÉCNICA. EXPERIENCIA 12 AÑOS INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

Autores: Belén Pedraza J., Gino Bizjak G., David Campos N., Bárbara González, E., Francisco Jofré C., Virginia Linacre S.

Instituto Nacional Del Tórax

Introducción: Los quistes broncogénicos (QB) son malformaciones congénitas del intestino primitivo, habitualmente localizadas en el mediastino o el parénquima pulmonar, con comportamiento clínico variable. Su manejo óptimo sigue siendo motivo de debate, especialmente en pacientes asintomáticos.

Objetivos: Describir variables de QB y la experiencia del Instituto Nacional del Tórax en el tratamiento, destacando los cambios en el abordaje quirúrgico a lo largo de 12 años, los desafíos diagnósticos y la evolución hacia técnicas mínimamente invasivas.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie de 39 pacientes sometidos a cirugía por QB entre marzo de 2013 y abril de 2025, con diagnóstico histopatológico confirmado. Se recolectaron variables clínicas, imagenológicas y quirúrgicas a partir de registros médicos institucionales. Se analizó: localización, sintomatología, modalidad diagnóstica, tipo de resección, vía quirúrgica utilizada y evolución postoperatoria. Además, se compararon dos períodos (2013–2019 vs. 2020–2025) para evaluar cambios en el abordaje quirúrgico y su impacto clínico.

Resultado: La mediana de edad fue 53 años; el 79,5% eran mujeres. El 59% de los casos correspondió a hallazgos incidentales. Entre los pacientes sintomáticos (41%), predominaron la tos y las infecciones respiratorias.

La localización más frecuente fue mediastínica (67%), seguida por pulmonar (28%) y diafragmática (5%). El diagnóstico preoperatorio coincidió con QB en solo el 17,9% de los casos. Todos los pacientes fueron evaluados con tomografía computada (TC), mientras que el uso de PET y resonancia magnética fue limitado (18% y 13%, respectivamente). La mediana del tamaño tumoral fue 35 mm tanto en TC como en biopsia quirúrgica, pero el análisis pareado mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0338$).

Los procedimientos más frecuentes fueron quistectomía ($n = 24$) y resección pulmonar atípica ($n = 9$). En cuanto a la vía quirúrgica, se realizaron 14 toracotomías (TCT), 23 abordajes mínimamente invasivos y 2 esternotomías. Se registraron 5 conversiones. La estadía postoperatoria tuvo una mediana de 5 días (rango: 1–23), siendo menor en los abordajes mínimamente invasivos.

Al comparar los periodos 2013–2019 y 2020–2025, se observó un cambio significativo en la elección del abordaje quirúrgico, con una disminución del uso de cirugía abierta del 70% al 17% ($p = 0,006$). Asimismo, se evidenció una reducción significativa en la estadía hospitalaria ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en la tasa de conversiones.

Conclusión: Discusión

Este estudio confirma la baja sospecha diagnóstica preoperatoria de los QB, el predominio femenino en esta serie y el rol fundamental de la TC en su evaluación. La diferencia entre los tamaños medidos por imagen y anatomía patológica refuerza la importancia de integrar diversas fuentes diagnósticas para una adecuada planificación quirúrgica.

La transición hacia abordajes mínimamente invasivos ha sido progresiva desde 2019, consolidándose completamente a partir de 2021, sin un aumento en la tasa de conversiones y con una clara reducción en la estadía hospitalaria, lo que respalda su implementación como estrategia preferente en centros con experiencia.

Conclusión

En conclusión, la resección quirúrgica de los QB es segura y efectiva, incluso en pacientes asintomáticos. El abordaje mínimamente invasivo ofrece beneficios clínicos concretos sin aumentar las complicaciones, reforzando su rol como estándar terapéutico en esta patología poco frecuente.

154, QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR: ANÁLISIS DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE

Autores: Verónica Vidal Mansilla, Rodrigo Ahumada Cabello, Nicolas Escudero Bustos, Alessio Espinoza Merino, Constanza Ruminot Mancilla, Marcos Medrano Berrocal. Alfonso Oropesa, Carlos Figueroa, Iván Sepúlveda

Hospital Puerto Montt, Facultad De Medicina, Departamento De Cirugía. Universidad San Sebastián.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis causada por *Echinococcus granulosus*, endémica en Chile, especialmente en zonas rurales del sur. Aunque el hígado es la localización más frecuente, el pulmón se compromete hasta 30% de los casos, generando importante morbimortalidad quirúrgica. La cirugía es el tratamiento de elección en quistes sintomáticos, rotos o complicados. Este estudio analiza pacientes mayores de 15 años operados por quiste hidatídico pulmonar en un periodo de 15 años en el Hospital Regional de Puerto Montt.

Objetivos: Describir la experiencia quirúrgica acumulada, incluyendo características clínicas, demográficas, técnicas empleadas, complicaciones, recurrencia y mortalidad, evaluando la seguridad y eficacia del tratamiento quirúrgico en una región endémica del sur de Chile.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes ≥ 15 años con hidatidosis pulmonar confirmada, operados entre enero de 2010 y abril de 2025. Se excluyeron diagnósticos incompletos, localización extrapulmonar o ausencia de cirugía. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y evolutivas desde fichas clínicas y registros GRD.

Resultado: Se incluyeron 73 pacientes, 60,2% hombres, 39,8% mujeres, con edad media de 41,7 años (rango: 15-82). La mayoría provenía de Chiloé (41,3%), seguido de Puerto Montt (20%). El abordaje quirúrgico predominante fue toracotomía en el 88% y videotoracoscopia asistida en 12%. La técnica más utilizada fue periquistectomía (43,8%), seguida de resección en cuña (12%) y lobectomía (6,8%). En 23,3% se combinaron técnicas, principalmente periquistectomía con cuña pulmonar.

El 54,7% presentó con quiste hidatídico complicado, principalmente rotos (85%), seguidos de sepsis (7,4%) y anafilaxia (2,5%). La estadía hospitalaria media fue de 10 días. La morbilidad fue 23,7% (17 pacientes), todas Clavien-Dindo <IIIb; de éstas el 35% requirió resolución quirúrgica por hemorragia o neumotórax.

El 8,21% recibió albendazol preoperatorio; en el 58% se indicó posoperatorio por compromiso extrapulmonar, usualmente hepático; 37% no recibió tratamiento antiparasitario. La recurrencia pulmonar fue 9,6% con latencia media de 3,1 años. Hubo una mortalidad (1,4%) asociada a shock séptico por quiste complicado en paciente con secuelas de TBC pulmonar.

Conclusión: La experiencia de 15 años en el Hospital Regional de Puerto Montt evidencia que la hidatidosis pulmonar sigue siendo un desafío vigente en zonas rurales del sur de Chile. Predominaron casos complicados, manejados principalmente con toracotomía y periquistectomía. Pese a la alta complejidad, la morbimortalidad postoperatoria fue baja, evidenciando excelentes resultados quirúrgicos.

155, CIRUGÍA POST-QUIMIOINMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CANCER PULMONAR : EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Autores: Salim Ravé C., Jorge Marín A., Manuel Uarac F., Nicolás Von Jenstchyk R., Matías Lyner B., Huascar Rodríguez G., David Lazo P., Javier Vega S. Pedro Undurraga M

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La combinación de inmunoterapia y quimioterapia como tratamiento neoadyuvante ha transformado el enfoque terapéutico del cáncer pulmonar no microcítico (NSCLC) reseccable. Estudios como CheckMate 816 han demostrado mayores tasas de respuesta patológica completa y sobrevida libre de eventos en estadios clínicos IB a IIIA. Sin embargo, este enfoque plantea desafíos quirúrgicos significativos, como fibrosis hiliar, inflamación tisular e hipervascularización. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica con pacientes sometidos a resección pulmonar tras quimioinmunoterapia neoadyuvante, enfocándonos en características perioperatorias y resultados anatomopatológicos.

Objetivos: Describir los resultados quirúrgicos, anatomopatológicos y características perioperatorias de pacientes con NSCLC reseccable sometidos a quimioinmunoterapia neoadyuvante, operados en el Hospital Clínico San Borja Arriarán entre diciembre de 2023 y junio de 2025.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital Clínico San Borja Arriarán entre diciembre de 2023 y junio de 2025. Del total de cirugías por cáncer pulmonar, 19 fueron candidatos a tratamiento neoadyuvante con esquemas basados en platino y anti PD-1/PD-L1, según indicación de comité oncológico multidisciplinario. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico histológico confirmado de NSCLC en estadios clínicos IB a IIIA (TNM, 9.^a edición), con estudio de extensión completo (PET-CT y/o mediastinoscopia o EBUS). Se excluyeron pacientes con histologías distintas a NSCLC (carcinoma neuroendocrino, de células pequeñas o tumores mixtos), aquellos con mutaciones activadoras en EGFR o ALK, metástasis a distancia o contraindicación quirúrgica mayor. Se analizaron variables clínicas, tipo de resección, hallazgos intraoperatorios, complicaciones (Clavien-Dindo) y estado de resección (R0/R1).

Resultado: De los 19 pacientes que completaron quimioinmunoterapia neoadyuvante, 7 fueron finalmente sometidos a cirugía. La edad media fue de 68 años, y el 68,4% eran mujeres. La lobectomía fue el tipo de resección más frecuente (74%). En 2 casos fue necesario convertir la cirugía mínimamente invasiva a toracotomía. La tasa de resección R0 fue del 94,7%. La morbilidad global fue del 21%, con complicaciones Clavien-Dindo $\geq$ III en dos pacientes. Se registró 1 mortalidad perioperatoria.

Conclusión: La resección quirúrgica tras quimioinmunoterapia neoadyuvante en NSCLC reseccable demostró ser una estrategia segura y factible, incluso en contextos de mayor complejidad técnica como fibrosis hiliar y adherencias. A pesar de los desafíos operatorios, la morbilidad severa fue aceptable. La selección de casos, planificación multidisciplinaria y la experiencia del equipo

quirúrgico fueron fundamentales para mantener la seguridad perioperatoria. Estos resultados respaldan la aplicabilidad de esta estrategia multimodal en la práctica clínica, especialmente en el sistema público. Se requieren seguimientos prolongados y estudios con mayor número de pacientes para evaluar su impacto en la supervivencia global y libre de enfermedad.

156, ANÁLISIS CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE

Autores: Valentina Burgos B.¹, Mauricio Lira V.¹, Ignacio Raimann B.¹, Alfonso Oropesa C.², Carlos Figueroa R.², Iván Sepúlveda A.³, Yoselin Burgos M.⁴, Melissa Mellado P.⁵ ¹ Residente De Cirugía General, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Puerto Montt, Chile ² Cirujano De Tórax, Hospital Puerto Montt, Chile ³ Cardiocirujano, Hospital Puerto Montt, Chile ⁴ Cirujano General, Equipo Cirugía De Tórax, Hospital Puerto Montt, Chile ⁵ Cirujano General, Hospital Puerto Montt, Chile

Hospital Puerto Montt

Introducción: La perforación esofágica es una emergencia quirúrgica de baja incidencia pero alta letalidad, que requiere diagnóstico precoz y abordaje multidisciplinario. Las principales causas son iatrogenia, perforación espontánea y cuerpo extraño, y su presentación clínica es variable. Aunque series internacionales describen estrategias conservadoras o endoscópicas en centros especializados, hay escasa evidencia sobre los resultados del manejo quirúrgico en hospitales sin unidades especializadas en cirugía esofágica, especialmente en regiones alejadas de grandes centros urbanos.

Objetivos: Describir las características clínicas, etiológicas, anatómicas, terapéuticas y evolutivas de pacientes con perforación esofágica tratados en el Hospital de Puerto Montt entre 2014 y 2024, evaluando desenlaces del manejo quirúrgico y endoscópico, y comparándolos con la literatura disponible.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de 18 pacientes adultos con diagnóstico confirmado de perforación esofágica y manejo hospitalario. Se analizaron variables clínicas (edad, sexo, síntomas principales), etiología, localización anatómica, tipo de tratamiento, complicaciones, reintervenciones, estadía hospitalaria y mortalidad. Los resultados fueron comparados con series internacionales (Griffin, Kovács, Biancari, Kuppusami, entre otras), que incluyen estudios de centros especializados y multicéntricos.

Resultado: La edad promedio fue 50,2 años (rango: 18–81), con predominio masculino (55,6%). Las etiologías según frecuencia fueron iatrogénica (38,9%), espontánea (27,8%), por cuerpo extraño (22,2%), traumática (5,6%) y cáustica (5,6%). La localización predominante fue torácica (44,4%), seguida de cervical (27,8%) y abdominal (22,2%). El síntoma de presentación más común fue dolor torácico o cervical (77%), seguido de disfagia, fiebre y hematemesis. El tratamiento fue quirúrgico abierto en 88,9%, mientras que en 11,1% se utilizó exclusivamente prótesis endoscópica. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 61,1%, destacando infecciones, dehiscencias y cuadros sépticos, lo que se asoció a una alta tasa de reintervención (61,1%). La mediana de estadía hospitalaria fue de 43 días (rango: 5–155) y la mortalidad hospitalaria global fue de 11,1%.

Conclusión: Esta serie representa una de las primeras caracterizaciones regionales del manejo de perforación esofágica en un hospital del sur de Chile. El alto número de reintervenciones y la

prolongada estadía reflejan la complejidad de los casos, pero también la capacidad resolutoria del equipo quirúrgico, evidenciada en la intervención precoz y una mortalidad comparable o inferior a la reportada en centros internacionales. Si bien existen diferencias en la selección terapéutica, especialmente en el uso de tratamientos conservadores o endoscópicos, la supervivencia fue similar. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un enfoque multidisciplinario adaptado tanto a la presentación clínica como a los recursos locales, para lograr un manejo eficaz de esta patología.

157, RATS EN TRAQUEOBRONQUIOMALACIA SEVERA: TRAQUEOBRONCOPLASTÍA CON MALLA E INSTALACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEAL POR BRONCOSCOPÍA INTERVENCIONAL.

Autores: Salim Ravé C., Huascar Rodríguez G., Jorge Marín A., Manuel Uarac F., Oriana Urbina., David Lazo P., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschik R., Pedro Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán .
Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Clínica Las Condes

Introducción: La traqueobronquiomalacia del adulto es una patología infrecuente, asociada a colapso dinámico de la vía aérea, que representa un desafío terapéutico en pacientes con intervenciones previas, inflamación crónica o estenosis. En estos casos, la cirugía torácica asistida por robot (RATS) ofrece ventajas técnicas, al facilitar una disección precisa del espacio retrotraqueal y la instalación segura de prótesis de sostén.

Objetivos: Describir primera experiencia de equipo de cirugías de torax de Clinica las Condes en esta tecnica.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio observacional retrospectivo tipo reporte de caso, cuyo propósito fue describir una intervención quirúrgica mediante cirugía torácica asistida por robot (RATS) para plastía retrotraqueal con malla e instalación de endoprótesis Dumon, en el contexto de traqueobronquiomalacia severa. Realizada (09/06/25). Asimismo, se buscó identificar las complicaciones asociadas y los desafíos técnicos propios del manejo de una vía aérea compleja.

Resultado: El paciente intervenido fue un varón de 71 años, con antecedentes de múltiples infecciones respiratorias, hospitalizaciones prolongadas y uso crónico de prótesis traqueales. La intervención se llevó a cabo en junio de 2025 mediante abordaje mediastinal posterior por RATS, utilizando la plataforma OMNIBOT, con tres brazos robóticos y un puerto de asistencia. Se procedió a la instalación de una prótesis mallada retrotraqueal extraluminal y de una prótesis endoluminal tipo Dumon. El seguimiento postoperatorio incluyó fibrobronoscopías (FBC) seriadas, radiografías de tórax diarias y monitorización de parámetros inflamatorios. La cirugía se realizó sin incidentes. El paciente fue manejado inicialmente con traqueostomía en unidad de cuidados intensivos, sin complicaciones respiratorias ni infecciosas. En la tercera semana de post-operatorio, mediante FBC, se evidencia área de mucosa blanquecina en pared membranosa sugerente de sufrimiento de mucosa. A los 21 días de post-operatorio se retira prótesis Dumon mediante broncoscopía rígida. Se identificó una úlcera infracentimétrica en la pared posterior traqueal, sin evidencia de fístula en la endoscopia digestiva alta. Control seriado con FBC mostró cierre progresivo de la lesión. El paciente no presentó alza de parámetros inflamatorios ni quiebres en su evolución clínica. Se indica alta médica al 25° día post-operatorio y 5to post-retiro de prótesis Dumón, sin comunicación traqueoesofágica ni exposición de malla. El paciente fue dado de alta con válvula de fonación para retorno a su hospital de origen.

Conclusión: Este caso demuestra que la plastía traqueal con malla sumado a instalación de prótesis Dumon por RATS es factible y segura en escenarios complejos. La tecnología robótica

permitió un abordaje preciso, y el manejo multidisciplinario permitió resolver una complicación sin requerir nuevas cirugías. Es necesario seguir recabando experiencia en el manejo de esta patología

158, VOLUMEN QUIRÚRGICO DE PROGRAMA DE FORMACIÓN DE SUBESPECIALISTAS EN CIRUGÍA TORÁCICA EN CHILE, COMPARADO CON ESTÁNDARES INTERNACIONALES.

Autores: Jorge Marín A., galo Cardenas, Emilio Flores A., Rodrigo Díaz G., David Lazo P., Huascar Rodríguez G., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschky R., Manuel Uarac D., Pedro Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopia Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán
Unidad De Cardiocirugía, Hospital Dr. Sótero Del Río. Unidad De Ecmo, Hospital San Juan De Dios./
Clinica Red Salud Santiago

Introducción: La subespecialización en cirugía torácica representa un proceso que exige competencias técnicas avanzadas, conocimiento multidisciplinario y dominio de tecnologías mínimamente invasivas. En Chile, esta formación se estructura como una subespecialidad derivada de la cirugía general. A nivel nacional, no existen requisitos estandarizados en cuanto a experiencia quirúrgica mínima para certificación de cirujanos torácicos.

Objetivos: Describir el volumen quirúrgico en la formación de un subespecialista en cirugía torácica en Chile, comparándolos con los estándares internacionales, enfatizando competencias clave como cirugía videotoracoscópica (VTC), video-asistida (VATS), ultrasonido endobronquial (EBUS), broncoscopia intervencional y cirugía robótica.

Contenido del E-Poster: Se realizó revisión y comparación de cirugías realizadas registradas en bitácoras quirúrgicas del residente de cirugía torácica de la Universidad Finis Terrae, realizadas en centros públicos y privados de Chile, tanto en urgencia como electivas, entre septiembre de 2024 y junio de 2025. Se compararon con las normativas del Ministerio de Salud de Chile, y guías internacionales de formación quirúrgica emitidas por organismos acreditadores de Norteamérica y Europa, incluyendo además revisiones sistemáticas y publicaciones indexadas sobre estándares globales en enseñanza quirúrgica. Se comparan volúmenes de Resecciones pulmonares mayores (Lobectomías / Resecciones Segmentarias) Resección de Tumores de mediastino, deformidades de pared, EBUS, Broncoscopias diagnósticas y terapéuticas y experiencia en ECMO.

Resultado: Los organismos acreditadores norteamericanos y europeos exigen para la formación de un Cirujano Torácico un mínimo de 50 lobectomías pulmonares al menos 20 resecciones segmentarias; para tumores mediastinales, entre 10 y 15; y en corrección de deformidades de pared torácica como pectus excavatum o carinatum, se sugieren entre 5 y 10 intervenciones. Se exigen al menos 20 procedimientos de EBUS, de 15 a 20 broncoscopias terapéuticas, además de 40 broncoscopias diagnósticas, durante 2 años o 3 años. Asimismo, se recomienda que los residentes participen en al menos cinco procedimientos de ECMO con supervisión directa. En comparación, un residente chileno en su primer año de formación en la Universidad Finis Terrae reportó 373 intervenciones (99,5%), de las cuales como primer cirujano: 26 lobectomías (52%) de 62 lobectomías realizadas por el equipo al que pertenece, 26 resecciones segmentarias atípicas (52%), 21 EBUS (105%), 35 ECMO (700%), 103 broncoscopias diagnósticas (257%) y 3 correcciones de pectus (30%). El total de las cirugías realizadas por el equipo fue de 468 cirugías.

Conclusión: La literatura internacional sugiere como óptimo un volumen global de entre 250 y 375 intervenciones, incluyendo un 10–25% como primer cirujano y al menos un 10–25% de procedimientos complejos, lo que se aproxima al perfil observado. Existe un considerable avance en las nuevas tecnologías (VATS, EBUS, RATS) y habilidades necesarias en la formación de cirujanos torácicos. No existe a nivel nacional una adecuada estandarización de volúmenes quirúrgicos mínimos y competencias exigidas para lograr la certificación de la subespecialidad. Se presenta la experiencia de un programa de subespecialización como paso inicial a lograr una adecuada estandarización de formación de subespecialidad a nivel nacional, para que los recién egresados sean capaces resolver la gran mayoría de los procedimientos torácicos de manera independiente.

159, OSTEOSÍNTESIS COSTAL EN TRAUMA TORÁCICO GRAVE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y CALIDAD DE VIDA EN UN CENTRO REGIONAL

Autores: Nicolás Ide W, Silvana Bustos A., Abigail Nazar R. N., Carolina Cardenas M., Victoria Ortega O., Nathalia Peña L.

Universidad Austral De Chile. Hospital Base Valdivia

Introducción: El trauma torácico con fracturas costales múltiples o inestables se asocia a alta morbilidad y mortalidad. La osteosíntesis costal ha emergido como una alternativa quirúrgica para estabilizar la pared torácica y mejorar los resultados funcionales.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos y la calidad de vida postoperatoria en pacientes sometidos a osteosíntesis costal.

Contenido del E-Poster: Se realiza un análisis retrospectivo de casos de pacientes con trauma torácico grave sometidos a osteosíntesis costal entre octubre de 2020 a marzo 2025, se analizan variables demográficas, mecanismo de trauma, estadía hospitalaria, complicaciones y calidad de vida postoperatoria mediante la aplicación de cuestionario "Trauma Quality of Life" (TQOL) via telefónica a pacientes en distinto periodo post operatorio

Resultado: Se incluyen 36 casos, con una media de 59 años, 66.7% (n=24) hombres y 33.66% (n=12) mujeres. Todos corresponden a trauma torácico cerrado y los mecanismos de trauma más frecuentes son: Accidentes de tránsito 47.22% (n=17), caída de altura 33.66%(n=12), post reanimación 5.5% (n=2), ataque animal 5.5% (n=2), otros (n=3). Las indicaciones más frecuentes fueron: fracturas múltiples desplazadas o torax inestable 55.5% (n=20), deformidad del tórax 22.2%(n=8), dolor (n=3), fracaso de extubación (n=3).

La mediana de rasgos de fracturas por paciente era de 5, se repararon 4 rasgos de fractura por paciente. 22 pacientes tenían otras lesiones asociadas. El tiempo de estadía hospitalaria después de la intervención fue en promedio 15.8 días; en pacientes sin otras lesiones fue 10.85 días, mientras que con lesiones asociadas fue de 18.95 días (P =0.009). No se presenta mortalidad a 30 días. Se detectó una tasa de complicaciones de 25% (n=9), con solo 2 casos de reintervención (Clavien-dindo 3).

Se logró respuesta efectiva a encuesta TQOL en 23/36 pacientes, con una media: ~21.4 (Desviación estándar ≈5.4). Las secciones B (Funcionamiento físico) y F (Impacto emocional) de la encuesta suelen tener los puntajes más altos (mayor afectación). La sección A (Dolor físico) muestra los valores más bajos (menos dolor reportado). El 60.9% (14/23) de los sujetos tienen una calidad de vida buena o excelente (score <25). Los casos con scores >25 reflejan limitaciones en funcionamiento físico (B) y/o impacto emocional (F).

Conclusión: La osteosíntesis costal se realizó predominantemente en hombres; los principales mecanismos de trauma corresponden a trauma cerrado y accidentes de tránsito, similar a lo que

describe la literatura nacional y extranjera, con una elevada media de fracturas costales por paciente y una estadía hospitalaria estadísticamente mayor cuando existen otras lesiones asociadas.

Aunque la mayoría de los pacientes presentaron una buena a excelente calidad de vida post-trauma, persisten desafíos clave en funcionamiento físico e impacto emocional, áreas que mostraron mayor afectación, destacando la necesidad de intervenciones dirigidas a rehabilitación física y apoyo psicológico. La tasa de respuesta (58%) limita nuestros resultados.

160, HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN ADULTOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT (2016–2024)

Autores: Valentina Burgos B.¹, Mauricio Lira V.¹, Macarena Grandón F.¹, Alfonso Oropesa C.², Carlos Figueroa R.², Iván Sepúlveda A.³, Yoselin Burgos M.⁴ ¹ Residente De Cirugía, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Puerto Montt, Chile ² Cirujano De Tórax, Hospital Puerto Montt, Chile ³ Cardiocirujano, Hospital Puerto Montt, Chile ⁴ Cirujano General, Equipo Cirugía De Tórax, Hospital Puerto Montt, Chile

Hospital Puerto Montt

Introducción: La hernia diafragmática traumática (HDT) resulta de una ruptura del diafragma secundaria a trauma contuso o penetrante, permitiendo el paso de vísceras abdominales al tórax. Su diagnóstico en fase aguda es complejo, particularmente en los casos con defectos pequeños o sin lesiones asociadas. Cuando no se identifica precozmente, puede progresar a una hernia crónica con síntomas respiratorios, digestivos o complicaciones graves como vólvulo, obstrucción o isquemia intestinal. La literatura se enfoca en trauma agudo, existiendo escasa evidencia sobre la evolución crónica, su resolución quirúrgica y desenlaces.

Objetivos: Caracterizar de forma clínica, imagenológica y quirúrgica, pacientes adultos intervenidos por HDT en el Hospital de Puerto Montt (2016–2024), y comparar estos hallazgos con series internacionales.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de 20 pacientes ≥ 18 años sometidos a cirugía por HDT entre enero 2016 y enero 2024. Las variables incluyeron: edad, sexo, antecedente traumático, lateralidad, intervalo trauma-diagnóstico, modalidad diagnóstica, presentación clínica, contenido herniado, vitalidad del contenido, abordaje quirúrgico y complicaciones postoperatorias. Se utilizó estadística descriptiva (medias, rangos, frecuencias absolutas y relativas) y comparación cualitativa con series internacionales de referencia (EE.UU., Canadá, Sudáfrica, Turquía, India, entre otros).

Resultado: Se incluyeron 20 pacientes (edad media 43,2 años; rango 21–70), 65% hombres. Un 55% presentaba antecedente traumático documentado. La afectación fue predominantemente izquierda (95%). El intervalo promedio entre trauma y diagnóstico fue de 8,3 años (1–25). El diagnóstico fue preoperatorio en el 100%, mediante tomografía. Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron dolor torácico o abdominal (85%), disnea (40%), hematemesis (30%) y fiebre (20%). El contenido herniado incluyó: colon (70%), estómago (55%), epiplón (55%), bazo (20%), intestino delgado (10%) y riñón (5%). Hubo complicaciones severas en cinco pacientes (25%): vólvulo gástrico (2), obstrucción intestinal (2) y perforación visceral (1). Se evidenció vitalidad intestinal en 85%; en dos casos fue necesaria resección (estómago) por isquemia o perforación. El abordaje fue toracotomía (75%), toraco-laparotomía (15%), laparotomía (5%) y laparoscopia (5%). En el 50% se utilizó malla protésica. Las complicaciones postoperatorias incluyeron atelectasia, derrame pleural, neumotórax y dificultad respiratoria (25%); un paciente requirió reintervención (5%). No hubo mortalidad ni reingresos a 30 días.

Conclusión: Esta serie refleja la evolución crónica de la HDT no detectada en su fase aguda. El predominio de abordajes por toracotomía se relaciona con adherencias pleuropulmonares y cronicidad del cuadro. La diversidad de órganos herniados, la presencia de asas isquémicas (15%) y la frecuencia de síntomas severos evidencian su complejidad quirúrgica. La ausencia de mortalidad sugiere impacto favorable de un manejo electivo planificado. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de sospecha diagnóstica incluso sin trauma evidente, y de adaptar el abordaje quirúrgico al contexto clínico y anatómico. Además, evidencia la factibilidad de resolver estos casos en centros regionales con experiencia, aportando datos relevantes a la literatura nacional.

161, CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA EN HOSPITAL PÚBLICO DOCENTE EN CHILE: ANÁLISIS DE 79 CASOS DEL PRIMER PROGRAMA NACIONAL.

Autores: Jorge Marín A., Salim Ravé C., Manuel Uarac F., Javiera Paiva, Javiera Saavedra, David Lazo P., Huascar Rodríguez G., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschky R., Pedro Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La cirugía torácica asistida por robot (RATS) es una técnica mínimamente invasiva que permite realizar movimientos precisos en espacios anatómicos complejos, con visualización tridimensional y articulación multiangulada del instrumental. Ha demostrado seguridad y eficacia comparables a la cirugía abierta y a la VATS, con ventajas como menor sangrado, dolor postoperatorio reducido y alta hospitalaria precoz. En latinoamérica su adopción ha sido lenta, y en Chile existen pocos reportes, centrados principalmente en patologías urológicas. Hasta ahora, no se han publicado estudios que evalúen su implementación en cirugía torácica.

Objetivos: Describir la implementación del primer programa de cirugía torácica robótica en un hospital público docente en Chile, evaluando su seguridad, eficacia y viabilidad en pacientes con cáncer pulmonar y otras patologías torácicas.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de 79 pacientes sometidos a RATS entre diciembre de 2022 y enero de 2025 en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se analizaron variables perioperatorias (tiempo de consola, docking, sangrado, complicaciones intraoperatorias) y postoperatorias (dolor a las 24 horas, días de pleurostomía, hospitalización, complicaciones a 30 días y mortalidad). Se excluyeron pacientes operados por diferente abordaje durante el mismo periodo.

Resultado: Se intervinieron 79 pacientes (39 hombres y 40 mujeres), con una mediana de edad de 66 años. El 81% presentó patología oncológica y el 79,7% tenía comorbilidades. El tiempo de docking tuvo una mediana de 5 minutos, y el de consola 110 minutos. El sangrado fue <100 ml en el 65,8% de los casos. El dolor postoperatorio a las 24 horas tuvo una mediana de EVA 1/10. La mediana de días de pleurostomía y hospitalización fue de 3 días. Se registraron dos complicaciones intraoperatorias (2,5%) y 10 postoperatorias (12,7%). No se observó mortalidad a 30 días. La tasa de conversión fue de 1,2%.

Conclusión: Los resultados demuestran que la implementación de cirugía torácica robótica es factible en hospitales públicos chilenos, con resultados equivalentes a los estándares internacionales. La baja tasa de complicaciones, el buen control del dolor y la rápida recuperación postoperatoria evidencian la seguridad de RATS, consolidándose como una alternativa válida en el tratamiento quirúrgico torácico en el sistema público nacional.

162, TIMOMAS OPERADOS POR RATS: SERIE DE CASOS INTERVENIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Autores: Kevin Allar N., Javiera Sosa B., Manuel Uarac D., Patricio Tapia , Jorge Marín A., David Lazo P., Huascar Rodríguez G., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschky R., Pedro Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Los timomas corresponden a una neoplasia epitelial tímica, siendo el tipo más común de tumor del mediastino anterior en adultos. Suelen diagnosticarse en forma incidental en imágenes torácicas o asociados a síndromes paraneoplásicos, como miastenia gravis. El tratamiento de elección es quirúrgico, realizando timectomía o timomectomía en estadios tempranos, con objetivos de resección completa (R0), debido a que la invasión capsular o extracapsular se asocia a mayor riesgo de recurrencia. La cirugía mínimamente invasiva, incluyendo la cirugía robótica asistida (RATS), ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz frente a la esternotomía tradicional, especialmente en etapas tempranas de la enfermedad.

Objetivos: Describir la experiencia del Hospital Clínico San Borja Arriarán mediante análisis retrospectivo de casos consecutivos de timomas operados con técnica RATS, evaluando variables clínicas, quirúrgicas y postoperatorias.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo-retrospectivo de serie de casos. Se incluyeron 7 pacientes con sospecha imagenológica de timoma por TC tórax previo, operados por RATS entre octubre de 2022 y enero de 2025. Se excluyeron todos los pacientes con sospecha de timoma operados por otra vía de abordaje y aquellos con sospecha carcinoma tímico. Se analizaron variables clínicas (edad, sexo, comorbilidades, síntomas, miastenia), intraoperatorias (tiempo de docking y consola, sangrado, tasa de conversión), y postoperatorias (estadía hospitalaria, complicaciones según Clavien-Dindo, histología y mortalidad a 30 días).

Resultado: Se analizaron 7 pacientes (4 mujeres, 3 hombres), con una edad promedio de 54 años (rango: 33–69). Un 42,8% presentaba diagnóstico de miastenia gravis asociado. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y dislipidemia (en 28% de los casos). El tiempo promedio de docking fue de 6,6 minutos y el tiempo promedio de consola fue de 88,5 minutos. El sangrado intraoperatorio estimado fue inferior a 100 cc en todos los casos. No se registraron conversiones ni complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio, ningún paciente presentó complicaciones mayores (definidas por Clavien-Dindo $\geq$ III) y no se registró mortalidad a 30 días. La estadía hospitalaria promedio fue de 3,5 días. El análisis anatomopatológico reportó timoma en el 71,4% de los casos, seguido de hiperplasia tímica verdadera en un 14,3% y timolipoma en un 14,3%. Entre los timomas, el 12,5% fueron al subtipo B1, el 12,5% AB, el 25% fue B2-B3, y el 12,5% no fue especificado. Solo un caso de timoma presentó compromiso capsular microscópico, sin evidencia de invasión a tejidos circundantes (clasificado como grado IIa en clasificación Masaoka-Koga). Todos los casos presentaron márgenes quirúrgicos negativos, tampoco se reportó invasión linfovascular ni compromiso ganglionar

Conclusión: La resección de lesiones tónicas por RATS es segura y efectiva en pacientes seleccionados, permitiendo resección completa con baja morbilidad, corta estadía hospitalaria y sin necesidad de conversión. Nuestra experiencia respalda la cirugía robótica como una alternativa válida al abordaje tradicional en el tratamiento de lesiones tónicas de precoz diagnóstico, especialmente en centros con experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

162, RESECCIONES SEGMENTARIAS ANATÓMICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA. RESULTADOS PERIOPERATORIOS ENTRE NOVIEMBRE DE 2024 Y OCTUBRE DE 2025

Autores: Marcelo Santelices B., Lorena Perez S., Jenny Colmenares F., Catherin Marulanda S., Jose Miguel Barrientos V., Luis Sierra C.

Hospital Regional De Talca

Introducción: Las resecciones segmentarias anatómicas han tomado relevancia como alternativa a la lobectomía en el tratamiento del cáncer pulmonar en estadios precoces. Ensayos clínicos randomizados recientes, como el JCOG0802/WJOG4607L (Saji et al., Lancet 2022) y el CALGB/Alliance 140503 (NEJM, 2023), demostraron que las segmentectomías son no inferiores a lobectomía en supervivencia global y control oncológico en tumores periféricos ≤ 2 cm, permitiendo una mejor preservación de la función pulmonar. Sin embargo, su adopción generalizada requiere garantizar seguridad técnica, márgenes adecuados y disección ganglionar. El objetivo de este trabajo es describir los resultados perioperatorios y oncológicos precoces de una cohorte institucional sometida a resecciones segmentarias anatómicas.

Objetivos: Describir las características demográficas, quirúrgicas y los resultados perioperatorios (menos de 30 días) de pacientes sometidos a segmentectomías anatómicas, incluyendo evaluación funcional, estudio preoperatorio, estado de resección y tipo de disección ganglionar.

Contenido del E-Poster: Se revisaron fichas clínicas de 15 pacientes consecutivos sometidos a 16 procedimientos de resecciones segmentarias anatómicas entre enero de 2024 y julio de 2025 en el Hospital Regional de Talca. Se incluyeron todos los casos, independiente de la histología. Se recolectaron variables clínicas, quirúrgicas, oncológicas y funcionales. Se analizó el tipo de resección, número de segmentos, técnica quirúrgica (VATS/uniportal), tipo de estudio preoperatorio, márgenes quirúrgicos y estatus de resección (R0, R1, R2). También el tipo de disección ganglionar realizada: segmentaria, hiliar y/o mediastinal sistemática. Los resultados perioperatorios considerados fueron: duración de la cirugía, pérdidas hemáticas, morbilidad (CTCAE), días de hospitalización, y función pulmonar (VEF1 y CVF pre y postoperatoria).

Resultado: La mediana de edad fue 68 años (rango 31–77); 62,5% mujeres. Se realizaron 16 segmentectomías anatómicas a 15 pacientes. Al momento del envío de este resumen, 12 cuentan con resultados histológicos: 9 (75%) fueron adenocarcinoma pulmonar, 2 (17%) metástasis de adenocarcinoma colorrectal y 1 hamartoma. Todas las resecciones fueron por cirugía mínimamente invasiva, con abordaje uniportal en 17%; se registró una conversión a toracotomía por adherencias pleuropulmonares. El 56% correspondió a segmentectomías múltiples. El 100% de los pacientes alcanzó resección R0, con márgenes adecuados en todos los casos. La mediana de tiempo operatorio fue 172 minutos (rango 86–226), con pérdidas hemáticas de 70 ml en la mayoría.

Se realizó disección ganglionar en todos los pacientes: 100% incluyó ganglios segmentarios,iliares o mediastinales, y en 81% se realizó disección mediastinal sistemática. El número de

ganglios resecados por paciente fue variable (rango 2–17). La tasa global de morbilidad postoperatoria fue 12,5% (2 casos), por dolor desproporcionado y fuga aérea prolongada, sin mortalidad ni reintervenciones. La estadía hospitalaria media fue 3 días (rango 2–10). En los pacientes con seguimiento funcional, el VEF1 postoperatorio a 6 y 12 meses fue comparable al basal.

Conclusión: En esta cohorte inicial, las segmentectomías anatómicas videotoracoscópicas demostraron ser seguras, con baja morbilidad, y adecuado control oncológico. La preservación de la función pulmonar y la aplicabilidad de técnicas mini invasivas refuerzan el valor de esta estrategia en pacientes seleccionados, incluso más allá del cáncer pulmonar.

164, USO DE VERDE INDOCIANINA EN LA LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR MEDIO DE CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA

Autores: Paulina J. Paiva M., Jorge Marín A. , Constanza Díaz G. , Elías Arroyo A. , Manuel Uarac D. Salim Rave C. David Lazo P. , Huáscar Rodríguez G. , Javier Vega S. , Pedro F. Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El quilotórax es la acumulación de quilo en el espacio pleural y puede causar graves complicaciones, con mortalidad reportada a 90 días de hasta 82%. La cirugía intratorácica es la principal causa traumática iatrogénica de quilotórax, con una incidencia de hasta 4% en la cirugía esofágica. La ligadura del conducto torácico (CT) es un pilar quirúrgico de tratamiento. La identificación del CT y su adecuada ligadura utilizando verde de indocianina (VI) por cirugía robótica-asistida (RATS) otorga mayor precisión, acceso y control en la manipulación de estructuras anatómicas

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de ligadura de conducto torácico asistida por robot Da Vinci X del equipo de Cirugía de Tórax del Hospital Clínico San Borja Arriarán, analizando variables demográficas y perioperatorias.

Contenido del E-Poster: Análisis descriptivo retrospectivo de 8 pacientes intervenidos entre julio de 2023 y junio de 2025, realizando ligadura de conducto torácico con uso de VI por RATS, a través de plataforma Da Vinci X con cirujanos certificados. Se incluyeron pacientes sometidos a esofagectomías y quilotorax por otros diagnósticos. Se excluyeron aquellos ligados mediante otros abordajes quirúrgicos o sin el uso del tinte. Se analizaron variables epidemiológicas, preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias.

Resultado: El uso de la técnica con VI asistida por robot permitió la visualización del conducto torácico en la totalidad de intervenciones, sin reportar complicaciones intraoperatorias. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial. La mediana de edad fue de 61 años. Los tiempos quirúrgicos mostraron mediana de docking de 6 minutos (rango 1–35) y de consola de 122 minutos (rango 20–290), con notable dispersión atribuible a la inclusión de esofagectomías. La mediana de sangrado intraoperatorio fue de 100ml (rango 100–500). Se observaron dos complicaciones clasificadas como Clavien-Dindo II y IIIB. No se reportó mortalidad en esta serie. La cirugía se realizó bajo anestesia general, utilizando el sistema robótico Da Vinci X con uso de cámara de 0º. Previo a la intervención, se administró verde indocianina inguinal para facilitar la visualización del conducto torácico mediante el sistema fluorescente Firefly. Una vez identificado, se aísla e instalan clips metálicos a proximal y distal para luego seccionar con tijera. Posteriormente se instala pleurostomía 24-28F postero apical, se comprueba expansión pulmonar completa y cierre de puertos con término de la cirugía. La combinación de cirugía RATS y el uso de VI permite identificación clara del CT, reduciendo daño a estructuras adyacentes, sin embargo su disponibilidad podría restringir su implementación. Destaca la inclusión de esofagectomías, la cual aumenta las variables medidas debido a la complejidad y duración de estos procedimientos. Esto

debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados, ya que estos valores no reflejan exclusivamente los efectos de la técnica de ligadura del CT.

Conclusión: La identificación precisa del CT es fundamental para evitar complicaciones graves a causa de una ligadura inadecuada. La técnica con verde indocianina permitió la visualización del CT en la totalidad de los casos. Se necesita mayor tamaño muestral para evaluar la seguridad del procedimiento, optimización de tiempo quirúrgico y eventuales complicaciones postoperatorias versus otros abordajes quirúrgicos.

165, ESOFAGECTOMÍA RATS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN, ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.

Autores: Jorge Marín A., Salim Ravé C., Elías Arroyo A., Javiera Paiva, Manuel Uarac F., David Lazo P., Huascar Rodríguez G., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschik R., Carlos Garcia. Pedro Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La esofagectomía es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de esófago resecable. La técnica mínimamente invasiva presenta menos morbilidad respecto a la cirugía abierta. La técnica asistida por robot (RATS) ha demostrado beneficios en visualización y precisión quirúrgica con resultados oncológicos adecuados, sin embargo aún no existe evidencia determinante que respalde su uso. Los potenciales beneficios, sumados al desarrollo progresivo de la técnica sugieren su implementación en centros públicos.

Objetivos: Describir la experiencia del Hospital Clínico San Borja Arriarán en esofagectomía RATS, mediante el análisis de serie de casos intervenidos, evaluando resultados quirúrgicos, complicaciones y viabilidad de la técnica.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 12 pacientes mayores de 18 años, intervenidos entre marzo de 2023 y enero de 2024, en los cuales se realizó esofagectomía de McKeown por RATS, tumorectomía y esofagectomía en cáncer la unión gastroesofágica. Se excluyeron pacientes operados por cirugía abierta o videoasistida. Se evaluaron variables demográficas, intraoperatorias y postoperatorias.

Resultado: En la revisión de esta serie, la edad media fue 62 años; el 100% presentaba patología oncológica. El 75% tenía comorbilidades siendo la más frecuente hipertensión arterial (42% de los casos). El 68% presentó quimioterapia neoadyuvante con esquema FLOT o CROSS. No se registraron conversiones a cirugía abierta ni mortalidad intraoperatoria. El sangrado operatorio fue menor a 300 mL en el 83,3% de los casos. La mediana de tiempo de consola fue 208 minutos, y de hospitalización 37,5 días. Se reportaron complicaciones postoperatorias en 8 pacientes, 4 de ellos grado II, 1 grado IIIA y 4 de ellos IIIB en escala Clavien-Dindo, que requirieron cirugía. No se registró mortalidad a los 30 días.

Conclusión: La esofagectomía RATS ha experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años, actualmente la evidencia es insuficiente para determinar conductas, sin embargo la mejor visualización y el instrumental articulado sugieren que se pueden lograr mejores tasas de resección completa (RO) y cosecha linfonodal, con menores tasas de sangrado y menor dolor postoperatorio. En nuestro establecimiento, realizamos 12 esofagectomías en un periodo de 22 meses, sin reportar conversión a cirugía abierta ni mortalidad en esta serie. Destaca una tasa de filtración de anastomosis más elevada a lo reportado internacionalmente (7-9%), posiblemente en contexto de neoadyuvancia y de la curva de aprendizaje necesaria en cirugía de alta complejidad.

Es necesario recabar experiencia, desarrollando la cirugía RATS en centros públicos, además de generar evidencia local.

166, ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOBECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPIA (VATS) VS CIRUGÍA ROBÓTICA ASISTIDA (RATS) EN CÁNCER DE PULMÓN.

Autores: Elías Arroyo A., Jorge Marin, Javiera Paiva, Constanza Diaz, Salim Ravé C., David Lazo, Huascar Rodriguez G., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschky R., Pedro Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopia Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Las lobectomías pulmonares son procedimientos quirúrgicos comunes en el tratamiento del cáncer de pulmón. En las últimas décadas, las técnicas mínimamente invasivas han cobrado relevancia, destacando la videotoracoscopia asistida (VATS) y la cirugía robótica asistida (RATS). Si bien ambas técnicas persiguen la resección completa del tumor con menor morbilidad, existen diferencias potenciales en sus resultados perioperatorios y oncológicos que justifican su comparación.

Objetivos: Comparar estadísticamente resultados quirúrgicos obtenidos de técnicas VATS versus RATS en lobectomías pulmonares en Hospital San Borja Arriarán.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes consecutivos sometidos a lobectomía por VATS o RATS en el Hospital Clínico San Borja Arriarán en el periodo Diciembre 2022 y Mayo 2025. Las variables evaluadas incluyeron: edad, sexo, comorbilidades, abordaje quirúrgico, lado intervenido, tipo de cirugía, histología, estadio tumoral, número de linfonodos resecados, complicaciones postoperatorias (tipo y severidad), días de hospitalización, índice paquete año (IPA) y tiempo quirúrgico. Se realizaron análisis descriptivos, comparaciones entre grupos utilizando pruebas T de Student para variables continuas y chi-cuadrado o prueba de Fisher para categóricas. Se excluyeron los pacientes operados por cirugía abierta.

Resultado: Se realizaron 48 lobectomías en el periodo señalado, se excluyeron 3 de patología benigna. Grupos comparativos VATS (n=28) y RATS (n=17). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables continuas: Edad: VATS 69.18 ± 9.56 vs RATS 68.06 ± 8.02 ($p=0.676$). IPA: VATS 15.75 ± 18.67 vs RATS 19.99 ± 38.68 ($p=0.677$). Días de hospitalización: VATS 4.89 ± 2.82 vs RATS 7.53 ± 11.33 ($p=0.359$). Linfonodos resecados: VATS 12.25 ± 5.12 vs RATS 13.76 ± 9.09 ($p=0.536$). Tiempo quirúrgico: VATS 268.82 ± 113.68 min vs RATS 247.12 ± 51.65 min ($p=0.388$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en variables categóricas como: Sexo ($p=0.513$), tipo de cirugía, lateralidad, tipo histológico, estadio, frecuencia y gravedad de complicaciones ($p=NS$)

Conclusión: Los resultados sugieren que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la técnica VATS y RATS en los principales indicadores clínicos, oncológicos y quirúrgicos en las variables evaluadas. Al comparar los grupos se evidenció una distribución homogénea. A pesar de algunas diferencias numéricas (como mayor duración quirúrgica en VATS o mayor estancia hospitalaria en RATS), estas no alcanzaron significancia estadística. Tampoco hubo diferencias relevantes en la severidad de las complicaciones.

La VATS y RATS demostraron resultados clínicos, oncológicos y perioperatorios equivalentes. La elección de la técnica quirúrgica podría orientarse por factores como experiencia quirúrgica y disponibilidad tecnológica, sin evidencia clara de superioridad en cuanto a desenlaces clínicos. Se recomienda ampliar el tamaño muestral y considerar seguimiento a largo plazo para evaluar diferencias.

167, RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN PULMONAR EN CIRUGÍA TORÁCICA TRAS 1 AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Autores: María José Vicuña Quijano, Nikol Vergara Tapia, Hugo Álvarez Martínez, Micaela Azarola, Pablo Pérez Castro, Rubén Valenzuela Matamala.

Hospital San Juan De Dios

Introducción: La cirugía torácica abarca diversas patologías que suelen asociarse a un deterioro significativo de la capacidad funcional y la calidad de vida. La rehabilitación pulmonar ha demostrado ser eficaz para revertir este deterioro, y recientemente se ha incorporado la prehabilitación como estrategia prequirúrgica, evidenciando beneficios en la condición física, pronóstico, supervivencia y calidad de vida de los pacientes. En Chile, los programas de rehabilitación pulmonar son escasos, especialmente para pacientes quirúrgicos torácicos. En 2024 se implementó un programa estructurado de prehabilitación y rehabilitación pulmonar en el Hospital San Juan de Dios. Este estudio evalúa su impacto tras un año de funcionamiento.

Objetivos: Evaluar el impacto del programa de prehabilitación y rehabilitación pulmonar en la condición física y calidad de vida de pacientes sometidos a cirugía torácica.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo en pacientes de cirugía torácica entre Enero 2024 y Enero 2025. Se analizaron 33 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, divididos en grupo de prehabilitación (n=13) y de rehabilitación (n=20). Se aplicaron evaluaciones pre y post intervención con escalas funcionales validadas: calidad de vida (SF-36), disnea (escala mMRC), fragilidad (SPPB), capacidad funcional (ISWT y STST1m), y fuerza muscular (handgrip y STST5r). Se definieron umbrales de mejoría clínica significativa para cada prueba. Se realizaron comparaciones intra y entre grupos mediante pruebas estadísticas apropiadas (t-test pareado, Wilcoxon, estimación de proporciones con intervalo de confianza al 95%).

Resultado: La mediana de edad fue 63 años; 72,7% fueron operados por cáncer pulmonar. Las cirugías más frecuentes fueron lobectomía (54,5%) y resección en cuña (18,2%). Tras la intervención, ambos grupos mostraron mejorías significativas. Se observó mayor capacidad funcional basal en el grupo de prehabilitación, menor disnea que se redujo en un 88,9%, y aumento en vitalidad (74,3%) y función física (64,3%). En rehabilitación, hubo alzas aún mayores en calidad de vida: vitalidad (116,7%), función física (195,7%) y rol físico (154,4%), todas estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Más del 90% de los pacientes alcanzó mejoría clínica significativa en al menos una variable funcional.

Conclusión: La implementación de programas de prehabilitación y rehabilitación pulmonar en cirugía torácica se asocia a mejoras clínicas y estadísticamente significativas en la condición física y calidad de vida de los pacientes. Estos resultados respaldan la integración de intervenciones estructuradas de ejercicio en el manejo perioperatorio, demostrando su utilidad incluso en pacientes con mayor fragilidad basal.

168, COMPROMISO GANGLIONAR N2 OCULTO EN CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

Autores: Javier Vega S, David Lazo P, Huascar Rodríguez G, Nicolás Von Jentschyk R, Javier Justo M, Matilda Mejías L, Jorge Marín A, Manuel Uarac D, Diana Sierra C, Felipe Undurraga M.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El compromiso ganglionar N2 oculto corresponde a la presencia de metástasis linfonodales de cáncer pulmonar a nivel mediastínico ipsilateral y/o subcarinal, detectadas en el intra o postoperatorio de pacientes con etapificación clínica N0 o N1.

Objetivos: Describir las características histopatológicas, radiológicas y los procedimientos realizados en los pacientes con compromiso ganglionar N2 oculto.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron a todos los pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas que contaban con etapificación clínica completa, según las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cirujanos Torácicos, fueron clasificados como N0 o N1 y posteriormente sometidos a cirugía resectiva pulmonar más linfadenectomía mediastínica, con confirmación histológica de compromiso ganglionar N2, entre Octubre 2022 y Junio 2025 en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se consideraron las siguientes variables: edad, género, localización del tumor primario, patrón radiológico, tipo de estudio invasivo del mediastino, estadio clínico, tipo de cirugía, abordaje, estadio patológico, estación ganglionar comprometida, tamaño de la metástasis, histología, grado de resección y momento de la confirmación. Se excluyeron aquellos pacientes con terapia neoadyuvante, metástasis a distancia y cirugías resectivas con fines diagnósticos.

Resultado: De un total de 78 pacientes, 8 cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue 76 años, con predominio del género femenino (87,5%). El tumor primario se ubicó preferentemente en el lóbulo inferior derecho (50%), siendo sólido (75%), periférico (62,5%) y menor a 3 cm (75%) en la mayoría de los casos. El estudio invasivo de mediastino predominante fue la biopsia transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial (37,5%) y el estadio clínico más frecuente IA2 (37,5%). La cirugía más común fue la lobectomía (87,5%) mediante abordaje videotoracoscópico y robótico (50% c/u). El estadio patológico predominante fue IIIA (50%). La estación ganglionar 7 estuvo comprometida en el 100% de los casos. El tamaño del compromiso ganglionar se distribuyó equitativamente entre micro y macrometástasis. El adenocarcinoma fue la histología más frecuente (87,5%) y en el 75% de los casos se logró una resección R0. La confirmación histológica fue principalmente postoperatoria (75%).

Conclusión: A pesar de aplicar algoritmos recomendados, mediante técnicas validadas, el compromiso ganglionar N2 oculto sigue existiendo. Esto inevitablemente genera un cambio en la etapificación con repercusiones en el pronóstico.

219, UNIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY (UVATS) + LOBECTOMIA MEDIA EN UN HOSPITAL ONCOLÓGICO DE GUAYAQUIL-ECUADOR

Autores: Marco Fabricio Bombón C, Enrique Gagliardo C, Luis Aguaguña T

Solca- Guayaquil

Introducción: La primera lobectomía mediante cirugía toracoscópica videoasistida (VATS) hace más de 20 años, dio inicio a una nueva era en la cirugía del cáncer de pulmón. Los mejores resultados en comparación con los procedimientos abiertos, en términos de menor dolor, menos complicaciones postoperatorias, menor duración del drenaje torácico y menor estancia hospitalaria, han impulsado a casi todos los cirujanos torácicos del mundo a intentar al menos la técnica VATS.

Las diferencias hipotéticas en términos de recurrencias locales y supervivencia a largo plazo de los abordajes VATS comparados con los procedimientos abiertos han sido superadas y está demostrado que la lobectomía VATS puede ofrecer, si es realizada por cirujanos expertos, una menor tasa de complicaciones y el mismo. De hecho según la evidencia consultada se encontró que la VATS de puerto único podría tener ciertas ventajas sobre la VATS de tres puertos para el neumotórax espontáneo primario.

Las únicas contraindicaciones son los tumores hiliares grandes y las linfadenopatías voluminosas.

Objetivos: -Describir las ventajas de la cirugía toracoscópica videoasistida por un puerto (UVATS) en comparación de con la cirugía convencional abierta

-Determinar la seguridad de la técnica quirúrgica descrita, tanto en la morbimortalidad de los pacientes, como en las complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

Contenido del video: La cirugía toracoscópica videoasistida por un puerto (UVATS) se realiza desde varios y en nuestro hospital se ha convertido en un tipo de cirugía segura que ofrece grandes beneficios tanto para los pacientes como para el cirujano y la institución Hospitalaria, a pesar de la complejidad de la misma,

se ha demostrado tiempos quirúrgicos, estancias hospitalarias más cortas y menor tasas de complicación que la cirugía convencional, sin sacrificar los resultados oncológicos deseados. La lobectomía por UVATS, inicia con el posicionamiento correcto del paciente, teniendo en cuenta que la cadera del paciente debe colocarse a la altura del borde de la mesa, para permitir la máxima separación de las costillas. El tórax debe estar paralelo al suelo. El procedimiento en el lóbulo pulmonar medio derecho se realiza principalmente en la parte anterior, dividiendo en orden: la vena, el bronquio y la arteria, como lo descrito en el siguiente video, cada paso permite la exposición de la siguiente estructura.

Por lo tanto, es de suma importancia dar a conocer que este tipo de procedimiento se realiza en

un Hospital de Guayaquil- Ecuador, con buenos resultados quirúrgicos y menos tasas de complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

220, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DE PARTES BLANDAS.

Autores: Constanza Paz D., Jorge Marín A., Daniela Arauco R., Jimena Doña, Alejandro Conejeros R., Huascar Rodríguez G., Enrica Ramirez P., Nicolas Von Jentschky., David Lazo P., Felipe Undurraga M.

Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopía Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Desde las primeras resecciones pulmonares por cáncer en la década de 1930, la cirugía torácica ha avanzado considerablemente en la reconstrucción de defectos complejos. La estabilidad de la pared torácica es clave para preservar la función respiratoria, proteger órganos intratorácicos y lograr una adecuada recuperación funcional. Las neoplasias de partes blandas que comprometen estructuras musculares y óseas pueden requerir abordajes amplios. El uso de materiales sintéticos, colgajos musculares y técnicas reconstructivas ha ampliado las opciones quirúrgicas, permitiendo abordar defectos torácicos mayores con buenos resultados oncológicos y funcionales.

Objetivos: Describir la planificación, ejecución y resultados de una reconstrucción torácica extensa mediante abordaje multidisciplinario, posterior a la resección oncológica de un tumor desmoide costal, enfatizando el uso combinado de sistemas protésicos y colgajos regionales sin microcirugía.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo basado en caso clínico. Se analiza el abordaje quirúrgico multidisciplinario de un paciente operado por los equipos de Cirugía de Tórax y Cirugía Plástica del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), enfocado en la reconstrucción torácica tras resección oncológica extensa. Paciente masculino de 17 años con masa costal izquierda de dos años de evolución, biopsiada como tumor desmoide. PET-CT evidenció lesión hipermetabólica de 88x71 mm, inicialmente sospechosa de sarcoma. Se planificó resección en bloque con márgenes ampliados y reconstrucción tridimensional con materiales protésicos e injertos musculares regionales. Intervención realizada en marzo de 2025.

Resultado: La resección incluyó extirpación en bloque de costillas 7ª a 10ª con márgenes adecuados y reconstrucción tridimensional mediante placas STRATOS y malla ePTFE. La cobertura se efectuó con colgajo de serrato anterior y dorsal ancho, además de colgajo fasciomiocutáneo de recto abdominal (VRAM) y colgajos dermograsos de dorsal y lumbar. El postoperatorio fue favorable, con extubación precoz y suspensión temprana de drogas vasoactivas. Presentó infección respiratoria que respondió al tratamiento antibiótico. Alta al día 18. La biopsia definitiva confirmó fibromatosis desmoide con márgenes negativos. El paciente permanece en seguimiento sin evidencia de recidiva al cuarto mes.

Conclusión: La fibromatosis desmoide es una neoplasia benigna, localmente agresiva y con alta tasa de recurrencia. Requiere resecciones amplias, generando defectos significativos. El sistema STRATOS ofrece una solución eficaz por su estabilidad, biocompatibilidad y fácil fijación. El uso de colgajos regionales permite una cobertura funcional y estética. Este caso destaca la relevancia de

la planificación conjunta y ejecución coordinada entre equipos especializados para lograr una reconstrucción segura y efectiva, optimizando resultados funcionales y oncológicos

Introducción: Desde las primeras resecciones pulmonares por cáncer en la década de 1930, la cirugía torácica ha avanzado considerablemente en la reconstrucción de defectos complejos. La estabilidad de la pared torácica es clave para preservar la función respiratoria, proteger órganos intratorácicos y lograr una adecuada recuperación funcional. Las neoplasias de partes blandas que comprometen estructuras musculares y óseas pueden requerir abordajes amplios. El uso de materiales sintéticos, colgajos musculares y técnicas reconstructivas ha ampliado las opciones quirúrgicas, permitiendo abordar defectos torácicos mayores con buenos resultados oncológicos y funcionales.

Objetivos: Describir la planificación, ejecución y resultados de una reconstrucción torácica extensa mediante abordaje multidisciplinario, posterior a la resección oncológica de un tumor desmoide costal, enfatizando el uso combinado de sistemas protésicos y colgajos regionales sin microcirugía.

Contenido del video: MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo basado en caso clínico. Se analiza el abordaje quirúrgico multidisciplinario de un paciente operado por los equipos de Cirugía de Tórax y Cirugía Plástica del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), enfocado en la reconstrucción torácica tras resección oncológica extensa. Paciente masculino de 17 años con masa costal izquierda de dos años de evolución, biopsiada como tumor desmoide. PET-CT evidenció lesión hipermetabólica de 88x71 mm, inicialmente sospechosa de sarcoma. Se planificó resección en bloque con márgenes ampliados y reconstrucción tridimensional con materiales protésicos e injertos musculares regionales. Intervención realizada en marzo de 2025.

RESULTADOS

La resección incluyó extirpación en bloque de costillas 7ª a 10ª con márgenes adecuados y reconstrucción tridimensional mediante placas STRATOS y malla ePTFE. La cobertura se efectuó con colgajo de serrato anterior y dorsal ancho, además de colgajo fasciomiotómico de recto abdominal (VRAM) y colgajos dermograsos de dorsal y lumbar. El postoperatorio fue favorable, con extubación precoz y suspensión temprana de drogas vasoactivas. Presentó infección respiratoria que respondió al tratamiento antibiótico. Alta al día 18. La biopsia definitiva confirmó fibromatosis desmoide con márgenes negativos. El paciente permanece en seguimiento sin evidencia de recidiva al cuarto mes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La fibromatosis desmoide es una neoplasia benigna, localmente agresiva y con alta tasa de recurrencia. Requiere resecciones amplias, generando defectos significativos. El sistema STRATOS ofrece una solución eficaz por su estabilidad, biocompatibilidad y fácil fijación. El uso de colgajos

regionales permite una cobertura funcional y estética. Este caso destaca la relevancia de la planificación conjunta y ejecución coordinada entre equipos especializados para lograr una reconstrucción segura y efectiva, optimizando resultados funcionales y oncológicos.

221, USO DE VERDE INDOCIANINA PARA DEFINIR MÁRGENES QUIRÚRGICOS ADECUADOS EN RESECCIÓN ANATÓMICA DE SEGMENTO ANTEROMEDIAL (8) Y LATERAL (9) IZQUIERDO POR VIDEOTORACOSCOPIA

Autores: Marcelo Santelices B., Catherin Marulanda S., Lorena Perez S., Jenny Colmenares F., Virginia Gerbaldo, Agustin Tapia P., Paulina Veloz M., Paula Saavedra S.

Hospital Regional De Talca

Introducción: Las resecciones anatómicas sublobares se han consolidado como una opción válida en el manejo quirúrgico del cáncer pulmonar en estadios iniciales. Ensayos clínicos randomizados recientes, como el JCOG0802/WJOG4607L (Lancet, 2022) y el CALGB/Alliance 140503 (New England Journal of Medicine, 2023), han demostrado que las segmentectomías no son inferiores a las lobectomías en términos de supervivencia global y control oncológico en tumores periféricos de menos de 2 cm, y que además permiten una mejor preservación de la función pulmonar postoperatoria. Sin embargo, estos estudios subrayan que el éxito oncológico de la resección sublobar depende críticamente de la obtención de márgenes quirúrgicos adecuados, con recomendaciones que sugieren un margen mínimo de seguridad de al menos 2 cm o equivalente al diámetro del tumor.

En este contexto, la identificación precisa de los límites intersegmentarios adquiere especial relevancia, ya que resecciones insuficientes se asocian con mayor riesgo de recurrencia local. El uso de verde de indocianina (ICG) intravenosa, en combinación con sistemas de visión de fluorescencia, ha surgido como una herramienta eficaz y reproducible para la demarcación intraoperatoria de los planos segmentarios reales, facilitando una resección anatómica precisa y segura. Diversos reportes han validado esta técnica como un complemento esencial en la cirugía pulmonar mínimamente invasiva.

Objetivos: Describir la técnica de resección anatómica videotoracoscópica de los segmentos anteromedial (S8) y lateral (S9) izquierdos, destacando el uso de verde de indocianina como una herramienta útil y en tiempo real para la delimitación intraoperatoria de los márgenes quirúrgicos, enfatizando su contribución a la seguridad oncológica y la preservación de parénquima pulmonar.

Contenido del video: Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años con un nódulo periférico de 11 mm localizado en la interfase de los segmentos S8 (Anteromedial) y S9 (Lateral) del lóbulo inferior izquierdo. El video describe la planificación preoperatoria mediante tomografía axial computarizada (TAC) de alta resolución con reconstrucción vascular para la identificación anatómica y planificación. Se comienza disecando en la cisura las ramas arteriales segmentarias A8 y A9. Se secciona inicialmente A8 y se inyecta verde de indocianina, comprobando que el margen obtenido es insuficiente. Luego se secciona A9, logrando márgenes adecuados a la fluorescencia. Se identifica a continuación el bronquio correspondiente a los segmentos 8 y 9 y se seccionan con prueba de insuflación y desuflación, que coincide con el margen determinado por perfusión.

Finalmente se seccionan las venas segmentarias. La transección del parénquima se efectuó con endograpadora sobre la línea de demarcación incluyendo los muñones del hilio segmentario. Se realizó linfadenectomía sistemática hiliar y mediastínica. Finalmente, se comprueba la comprobación de hemo y aerostasia de la sutura bronquial, se instala un tubo de drenaje pleural y cierre de las incisiones. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con retiro del drenaje al segundo día y alta hospitalaria al tercero, sin complicaciones. Este caso ilustra la utilidad del verde de indocianina como herramienta segura y eficaz para definir márgenes segmentarios en tiempo real en resecciones segmentarias anatómicas complejas.

222, REPARACIÓN DE LESIÓN TRAQUEAL DE DIAGNÓSTICO TARDÍO CON PARCHES PEDICULADO DE PERICARDIO AUTÓLOGO

Autores: Marcelo Santelices B., Mauricio Fica D., Geyneider Castejón L., Cristian Pérez R., Virginia Gerbaldo, Diego Barrueto C., Lorena Perez S., Jenny Colmenares F., Catherin Marulanda S.

Hospital Regional De Talca, Clínica Santa María

Introducción: Las lesiones traqueales iatrogénicas son eventos infrecuentes, con una incidencia estimada entre 0,05% y 0,37% en pacientes sometidos a intubación orotraqueal. El diagnóstico diferido, definido como aquel realizado después de 24-48 horas de la injuria, se asocia con un aumento significativo de las complicaciones: mediastinitis en más del 50% de los casos, sepsis hasta en un 30% y mortalidad que puede superar el 20% según diversas series. La identificación tardía dificulta el manejo por la inflamación local, la contaminación mediastínica y la fragilidad tisular, incrementando la necesidad de técnicas reconstructivas complejas. Dentro de estas, el uso de parches de pericardio vascularizado constituye una alternativa eficaz y segura para el cierre de defectos traqueales extensos cuando no es posible la reparación primaria sin tensión.

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica y los resultados inmediatos de la reparación de una lesión traqueal extensa de diagnóstico tardío mediante la utilización de un parche de pericardio pediculado, destacando aspectos clave de la exposición, confección del parche y cierre traqueal. Asimismo, ilustrar las ventajas del uso de pericardio autólogo, que incluyen su excelente biocompatibilidad, la conservación de la vascularización que favorece la integración tisular, la reducción del riesgo de dehiscencia e infección, y la disponibilidad inmediata en el mismo campo operatorio.

Contenido del video: Se presenta el caso de una paciente femenina de 60 años, portadora de daño hepático crónico, que se presenta en el servicio de urgencias de un hospital periférico por compromiso de conciencia. Se realiza intubación orotraqueal al cuarto intento y se traslada a nuestro hospital. Al sexto día se realiza tomografía axial computada (TAC) de control que demuestra el tubo orotraqueal monobronquial derecho y se retira 5 cm. Posteriormente presenta enfisema subcutáneo severo, progresivo. Nueva TAC evidencia un defecto en la pared membranosa de la tráquea. El video muestra de manera secuencial los principales pasos quirúrgicos: realización de toracotomía posterolateral derecha con realización de colgajo intercostal, disección de la tráquea mediastínica hasta exponer el defecto completo, confección de un parche de pericardio autólogo pediculado y su movilización preservando el nervio frénico y reparación del defecto traqueal. La fijación se efectuó con sutura continua de PDS 4-0. Como refuerzo se utilizó un colgajo de músculo intercostal. Finalmente, se documenta la comprobación de la impermeabilidad de la reparación mediante ventilación manual y control endoscópico intraoperatorio. Se incluyen imágenes del seguimiento endoscópico a los 5 días de postoperatorio, demostrando integración completa del injerto, adecuada permeabilidad de la vía aérea y ausencia de estenosis o fístulas. El video destaca la factibilidad y eficacia del parche de pericardio pediculado como técnica reconstructiva en lesiones traqueales extensas de diagnóstico tardío.

223, SUBSEGMENTECTOMÍA DEL SEGMENTO APICAL (S1) IZQUIERDO CON PRESERVACIÓN DEL SEGMENTO POSTERIOR (S2) POR VÍA UNIORTAL

Autores: Marcelo Santelices B., Catherin Marulanda S., Lorena Perez S., Jenny Colmenares F., Virginia Gerbaldo, Ignacio Donoso M., Vania Rojas C.

Hospital Regional De Talca

Introducción: Las segmentectomías anatómicas han adquirido relevancia creciente como alternativas oncológicamente válidas a la lobectomía en pacientes con cáncer pulmonar temprano. Ensayos clínicos randomizados recientes, como el estudio japonés JCOG0802/WJOG4607L (Saji et al., 2022) y el CALGB/Alliance 140503 (Ginsberg et al., 2023), demostraron que la resección sublobar es no inferior a la lobectomía en términos de control oncológico e incluso superior en supervivencia global en tumores periféricos de 2 cm o menores. Adicionalmente, la preservación de mayor volumen pulmonar contribuiría a mantener mejor función respiratoria postoperatoria. La resección aislada del segmento apical (S1) del lóbulo superior izquierdo, con conservación del segmento posterior (S2), podría considerarse una subsegmentectomía y representa una técnica avanzada y compleja. Requiere conocimiento y disección precisa de la anatomía segmentaria, pudiendo realizarse de manera mínimamente invasiva mediante abordaje uniportal videoasistido.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de la segmentectomía S1 izquierda uniportal con preservación del segmento S2, destacando los pasos clave de identificación y separación de las ramas arteriales, venosas y bronquiales segmentarias, la delimitación del plano intersegmentario y la confirmación de la resección oncológica completa, enfatizando los desafíos técnicos en la disección e identificación de las estructuras del hilio segmentario para poder realizar una subsegmentectomía.

Contenido del video: Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años, con antecedente de cáncer pulmonar del lóbulo inferior derecho (segmento 6) operado. De manera sincrónica presenta un nódulo periférico de 10 mm en el segmento S1 del lóbulo superior izquierdo. La intervención se realizó con anestesia general e intubación selectiva, empleando un único puerto de 4 cm en la línea axilar media. El video detalla las imágenes preoperatorias y reconstrucciones vasculares para planificación quirúrgica. Se inicia el procedimiento con la apertura de la pleura mediastínica, exposición de vena segmentaria V1 respetando el drenaje lingular y del segmento anterior e identificación y disección de las ramas arteriales A1+2 y A3, preservando cuidadosamente la arteria segmentaria correspondiente al segmento S2. A continuación, se expone e individualiza el bronquio B1, que fue seccionado con endograpadora. La delimitación del plano intersegmentario se realizó mediante insuflación selectiva del segmento remanente e inyección de verde indocianina sistémica, obteniéndose una demarcación nítida. La transección parenquimatosa se completó con endograpadora incluyendo los muñones del hilio segmentario. En la medida que se avanza en la disección se realiza una linfadenectomía sistemática hiliar y mediastínica, incluyendo resección de los grupos ganglionares 5, 6, 7 y estaciones hiliares. Finalmente, se comprueba la hemo y aerostasia con maniobra de Valsalva, se instala drenaje

pleural y se cierra la incisión por planos. La evolución postoperatoria fue favorable, con retiro del drenaje al segundo día y alta hospitalaria al tercer día, sin complicaciones. Este caso ilustra la viabilidad y seguridad de la subsegmentectomía S1 izquierda uniportal con preservación del segmento posterior y linfadenectomía completa, permitiendo una resección oncológica adecuada y conservación funcional del parénquima pulmonar.

224, REPARACION POR VATS DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA, REPORTE DE CASO

Autores: Bárbara Constanza Araneda González, Bárbara Daniela González Espinoza, Gino Stefano Bizjak Gómez

Instituto Nacional De Tórax

Introducción: La parálisis diafragmática, ya sea unilateral o bilateral, es una entidad clínica con implicaciones significativas en la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes. Su etiología es diversa, incluyendo causas iatrogénicas (postquirúrgicas), traumáticas, neurológicas o idiopáticas, y su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica apoyado en estudios funcionales y de imagen.

En los últimos años, el abordaje mínimamente invasivo mediante cirugía toracoscópica ha emergido como una alternativa eficaz y segura para la reparación diafragmática, particularmente en casos seleccionados de disfunción persistente o síntomas debilitantes. Esta técnica no solo ofrece las ventajas inherentes a este tipo de cirugía, como menor dolor postoperatorio, recuperación acelerada y reducción de complicaciones, sino que también permite una visualización óptima del diafragma para realizar procedimientos como la plicatura o la liberación de adherencias con precisión. A continuación se realiza la presentación de un caso de una paciente femenina de 16 años, con síntomas de disnea durante la infancia con aumento en los últimos años conllevando a limitaciones en su vida cotidiana, con posterior reparación de dicho ascenso diafragmático mediante plicatura por VATS.

Objetivos: Presentar caso de baja incidencia y su reparación mediante plicatura diafragmática izquierda por VATS

Contenido del video: presentación de caso, planificación preoperatoria, video de cirugía, radiografía postoperatoria.

225, LOBECTOMIA SUPERIOR DERECHA+ LINFADENECTOMIA NIVEL 7R-8R-10R Y 11R ASISTIDA POR ROBOT EN UN HOSPITAL ONCOLOGICO DE GUAYAQUIL- ECUADOR

Autores: Marco Fabricio Bombón C, Enrique Gagliardo C, Pamela Macias F

Solca- Guayaquil

Introducción: La cirugía robótica toracoscópica (RATS) ha surgido en los últimos años como una alternativa a la cirugía torácica videoasistida (VATS). Son evidentes sus ventajas técnicas: mayor rango de movimiento y características ergonómicas mejoradas. Además, ofrece una visión de alta definición en tres dimensiones, los cirujanos se adaptan más rápidamente al robot y la tecnología utilizada proporciona una mayor probabilidad de radicalidad oncológica.

La experiencia muestra que la cirugía robótica en el cáncer de pulmón es segura

y factible. Sin embargo, la cirugía robótica pierde la interacción táctil y es necesaria la adquisición de habilidades de coordinación ojo-mano. Existen complicaciones por dificultad técnica, tales como: sangrado de vasos pulmonares (arteria ascendente posterior y sutura

de rama arterial pulmonar) que se resolvieron con conversión a VATS.

Objetivos: -Describir la experiencia de una cirugía torácica: LOBECTOMIA SUPERIOR DERECHA+ LINFADENECTOMIA NIVEL 7R-8R-10R Y 11R ASISTIDA POR ROBOT EN UN HOSPITAL ONCOLÓGICO DE GUAYAQUIL- ECUADOR

- Destacar la importancia de una adecuada evaluación preoperatoria, utilizando un estudio de reconstrucción 3D en una cirugía robótica torácica.

- Determinar los beneficios que representa la realización de una cirugía robótica torácica protocolizada y planificada para evitar complicaciones y errores quirúrgicos a corto, mediano y largo plazo

Contenido del video: La finalidad de este video es mostrar que la cirugía robótica torácica ofrece múltiples beneficios en relación a técnicas quirúrgicas abiertas tradicionales: pues permite evaluar durante el acto transoperatorio las variantes anatómicas que se pueden presentar y la precisión necesaria para la disección y preparación del hilo pulmonar.

La técnica quirúrgica consiste en iniciar con linfadenectomía de los niveles ganglionares 9R 8R 7 10R 11R 4R y a continuación con la sección de los vasos venosos y arteriales, además del respectivo bronquio del lóbulo o segmento a reseca. En este video destacamos la variante anatómica encontrada en el acto quirúrgico y además poniendo en evidencia que este hallazgo debería plantearse dentro de la planificación quirúrgica, teniendo en cuenta que debe ser protocolizada la realización de un estudio de reconstrucción 3D antes de la cirugía robótica, así disminuir los riesgos y complicaciones en el acto quirúrgico e inclusive mejorar el tiempo

quirúrgico. Al final del video se observa la variante vascular con la presencia individual de cada rama venosa para los segmentos del lóbulo superior derecho, pues se encontró como hallazgo: variante anatómica de la vena pulmonar superior derecha que deriva en 6 ramificaciones.