

Tomo de Resúmenes (TL Orales y Video)

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

6. Sección: Sección: Coloproctología

37, EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA DEL COLON EN CHILE ENTRE 2001 Y 2022: TENDENCIAS NACIONALES Y ANÁLISIS EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS.

Autores: Víctor Pino P., Diego Sanhueza R., José Zúñiga A., Karen Schonffeldt G., Joaquín Irrarrázaval E., Luis Andrade M., Leonardo Espíndola S., José Gellona V.

Hospital Militar De Santiago

Introducción: La enfermedad diverticular del colon es una causa frecuente de hospitalización en cirugía colorrectal. Tradicionalmente ha sido considerada una patología de adultos mayores, sin embargo, estudios recientes han mostrado un aumento en población menor de 50 años. En Chile, no existe información actualizada que aborde esta tendencia desde un enfoque nacional, ni que caracterice el comportamiento en adultos jóvenes.

Objetivos: Describir la evolución de los egresos hospitalarios por enfermedad diverticular (ED) en Chile entre 2001 y 2022, y caracterizar las tendencias de diverticulitis complicada (DC) en menores de 50 años, incluyendo tasas de hospitalización, proporción de casos complicados, distribución por sexo, cirugía, letalidad y duración de la estadía.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro nacional de egresos del DEIS-MINSAL. Se incluyeron los códigos CIE-10 K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8 y K57.9. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes según proyecciones del INE. Se aplicaron modelos de regresión lineal para evaluar tendencias (pendiente β , IC95 %, p valor, R^2). El análisis estadístico se realizó en R versión 4.3.2.

Resultado: Se registraron 79.517 egresos hospitalarios por ED entre 2001 y 2022. La tasa nacional aumentó de 11,5 a 23,9 por 100.000 habitantes ($\beta = 0.62$; $p < 0.001$). En menores de 50 años, la tasa de DC se incrementó de 0.12 a 3.07 por 100.000 ($\beta = 0.127$; $R^2 = 0.83$; $p < 0.001$). La proporción de casos complicados aumentó significativamente ($\beta = 0.85$; $p < 0.001$), con mayor pendiente en hombres ($\beta = 1.02$) que en mujeres ($\beta = 0.51$). En cuanto a las cirugías, el porcentaje de estas disminuyó en la población joven ($\beta = -1.78$; $p = 0.003$). No se identificaron cambios significativos en la letalidad ni en la estadía hospitalaria.

Conclusión: Entre 2001 y 2022, la enfermedad diverticular complicada mostró un aumento sostenido en la carga hospitalaria en Chile, con un crecimiento particularmente relevante en menores de 50 años. Este análisis entrega una caracterización nacional actualizada de la

enfermedad diverticular complicada, incluyendo su comportamiento en población joven, información que no había sido previamente reportada en Chile.

38, USO DE MALLA EN CIERRE DE ILEOSTOMÍA. ¿ES SEGURO?

Autores: Gonzalo Rebolledo(1), Carla Marchesse(1), Camila Nuñez(2), Roberto Salas(1), Fernando Saelzer(1), Cristan Gallardo(1), Cristobal Suazo(1)

(1)red Salud Santiago, (2) Red Salud Iquique

Introducción: El cierre de ileostomía es un procedimiento frecuente. La formación de hernia incisional en el sitio de ostomía y otras complicaciones locales motivan la búsqueda de técnicas que refuercen la pared abdominal. El uso profiláctico de malla sintética, colocada en el momento del cierre, genera dudas sobre su seguridad inmediata: ¿incrementa la infección de sitio quirúrgico, la filtración de anastomosis, el seroma o la necesidad de reintervención? En nuestro centro no existían datos locales que orientaran la práctica clínica, por lo que se diseñó el presente estudio para evaluar los resultados tempranos del cierre de ileostomía con y sin malla.

Objetivos: Comparar la seguridad postoperatoria temprana del cierre de ileostomía reforzado con malla frente a la técnica convencional, midiendo tasas de complicaciones globales, reoperaciones, rehospitalizaciones, estancia hospitalaria y tiempo operatorio.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo de una serie consecutiva de 71 pacientes intervenidos entre 2019 y 2024 . Se dispuso de historia clínica electrónica y planilla operatoria. Variable de exposición: uso de malla sintética (polipropileno monofilamento) en posición supraponeurotica mas cierre de celular subcutaneo y piel. Variables de resultado: cualquier complicación dentro de 30 días (infección, seroma, filtración, hematoma), reoperación, rehospitalización, días de estancia y tiempo operatorio. Se aplicó crosstab y prueba exacta de Fisher para variables categóricas, t de Student o Mann-Whitney según distribución para continuas; $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultado: De los 71 pacientes, 56 (79 %) se operaron sin malla y 15 (21 %) con malla. La edad media fue comparable ($56,9 \pm 12,9$ vs $60,2 \pm 14,0$ años; $p = 0,31$). La tasa global de complicaciones fue 12,5 % (7/56) sin malla y 20 % (3/15) con malla; la diferencia no alcanzó significación ($p = 0,43$). Filtración de anastomosis representó la complicación más común ($n = 2$). Reoperación temprana ocurrió en 9,1 % vs 6,7 % ($p = 1,00$). No se observaron diferencias en estancia (mediana 3 días en ambos grupos) ni en tiempo operatorio (mediana 73 vs 75 min, $p = 0,79$).

Conclusión: En esta cohorte inicial, la adición de malla al cierre de ileostomía no incrementó de forma significativa las complicaciones postoperatorias, los reingresos ni el tiempo quirúrgico, aunque mostró una tendencia numérica a mayor tasa de eventos que podría atribuirse al reducido tamaño muestral. Nuestros resultados sugieren que, en manos experimentadas, la técnica es segura; sin embargo, se requieren estudios prospectivos con mayor potencia y seguimiento a largo plazo para confirmar impacto en hernia incisional y costo-efectividad.

39, RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO DE CIRUGÍA COLORRECTAL AVANZADA EN HOSPITAL REGIONAL FRANCO RAVERA ZUNINO DURANTE EL PERÍODO 2017-2024.

Autores: Catalina Saavedra G, Joaquín Vega A, Constanza Abarca M, Manuel Pino R, Paz Cárdenas Cid, Phelipe Roling A, Leonardo Guerrero C, Gustavo Montesinos A, Jorge Bermeo P, Jorge Escárate L.

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las principales causas de mortalidad oncológica en Chile. Aunque existen estándares quirúrgicos y oncológicos consolidados, la evidencia sobre resultados en hospitales regionales sigue siendo limitada. Evaluar sus desenlaces clínicos permite dimensionar el impacto de la experiencia local y orientar estrategias de mejora continua.

La cirugía laparoscópica ha demostrado beneficios en recuperación postoperatoria, condiciones al alta y reducción de morbilidad, consolidándose como técnica estándar. Sin embargo, su impacto en contextos regionales no ha sido completamente caracterizado.

Este estudio describe los resultados quirúrgicos y oncológicos de pacientes con cáncer colorrectal operados con intención curativa en el Hospital Dr. Franco Ravera Zunino.

Objetivos: Describir los resultados quirúrgicos y oncológicos de pacientes con cáncer colorrectal intervenidos con intención curativa, con énfasis en aquellos tratados mediante cirugía mínimamente invasiva.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo descriptivo que incluyó a todos los pacientes con cáncer colorrectal operados con intención curativa entre 2017 y 2024. Se excluyeron cirugías paliativas y casos con registros clínicos incompletos. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y oncológicos desde fichas clínicas y registros operatorios. Las variables incluyeron tipo de abordaje, complicaciones intra y postoperatorias, reintervención, duración de hospitalización, estadio TNM, tipo histológico, márgenes quirúrgicos, linfonodos resecados, inmunohistoquímica y mortalidad.

Resultado: Se analizaron 518 pacientes. La edad promedio fue de 64 años, y la distribución por sexo fue equilibrada (52% hombres, 48% mujeres). La localización anatómica fue colon derecho en 32,3%, colon izquierdo en 29,7% y recto en 38%.

Del total, 381 pacientes fueron intervenidos mediante cirugía abierta (73,5%) y 137 por vía laparoscópica (26,4%), observándose un aumento progresivo de esta última técnica, especialmente en 2023 y 2024. La mediana de estadía hospitalaria fue menor en el grupo laparoscópico (4,9 días; rango 4–6) respecto al grupo abierto (6,8 días; rango 6–13). La tasa de complicaciones postoperatorias también fue menor en el grupo laparoscópico (10,9% vs. 41,9%). La mortalidad fue inferior en pacientes operados por laparoscopia (22,6%) frente a cirugía abierta (37%).

Un total de 341 pacientes fueron sometidos a estudio de inmunohistoquímica para evaluar la integridad del sistema de reparación de desajustes del ADN (MMR), identificándose deficiencia en

el 11,7%.

En cuanto a la profundidad de invasión tumoral, el 0,6% de los pacientes fue clasificado como Tis, el 2,8% como T1 y el 17% como T2. La mayoría presentaba enfermedad en estadios más avanzados, con un 51,3% en T3, un 23,4% en T4a y un 4,9% en T4b.

En relación con el compromiso ganglionar regional, el 56,7% de los pacientes fue clasificado como N0. Entre quienes presentaban afectación linfática, el 10,7% correspondió a N1a, el 9,3% a N1b, el 9,9% a N1c, el 8,2% a N2a y el 5,2% a N2b.

Conclusión: La consolidación de un equipo con formación en cirugía colorrectal avanzada y mínimamente invasiva se asoció a mejores resultados clínicos: menor morbilidad postoperatoria, menor mortalidad y reducción de estadía hospitalaria. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer equipos especializados y expandir la cirugía mínimamente invasiva en centros regionales para mejorar la calidad y oportunidad del tratamiento oncológico a nivel nacional.

40, CARACTERIZACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE LAS NEOPLASIAS APENDICULARES INCIDENTALES EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL VRR DE LOS ÁNGELES: PERIODO 2020 A 2025

Autores: Francisca Andrea Apablaza García, Antonia Isabel Flores Figueroa, Martín Eduardo Javier Neira Sepúlveda, Isidora Francisca Carolina Caro Figueroa, Aaron Alfredo Oddó Beas, Felipe Alberto Alcalde Gudenschwager, Paula Génesis Cabezas Molina

Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Servicio De Cirugía General.

Introducción: Los tumores apendiculares son neoplasias poco frecuentes que constituyen aproximadamente 0.5% de las neoplasias del tracto gastrointestinal. Se diagnostican principalmente de manera incidental en operados con sospecha de apendicitis aguda y se encuentran entre el 0.9% y 1.4% de las apendicectomías según la literatura.

Esta entidad es un grupo heterogéneo que tiene diferentes subtipos histológicos y biológicos con una clasificación confusa que cada cierto tiempo se va actualizando.

Dentro de las neoplasias más frecuentes encontramos el adenocarcinoma apendicular, neoplasia mucinosa apendicular y neoplasias neuroendocrinas.

Objetivos: Describir la frecuencia, distribución por edad y sexo, y los tipos histológicos de las neoplasias apendiculares diagnosticadas en biopsias de apendicectomía realizadas en el Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz entre diciembre de 2020 y junio de 2025.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en el análisis de todas las biopsias de apendicectomía realizadas en el Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, entre el 21 de diciembre de 2020 y el 23 de junio de 2025.

La fuente de información fue el registro digital del Servicio de Anatomía Patológica, desde el cual se extrajeron los siguientes datos: edad, sexo, fecha del informe, informe histopatológico, y clasificación histológica según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019.

Se incluyeron todos los casos con diagnóstico histopatológico compatible con neoplasias apendiculares incluyendo Neoplasia mucinosa de bajo grado (LAMN), Adenocarcinoma mucinoso, Adenocarcinoma no mucinoso, Tumor neuroendocrino Linfoma, Sarcoma. Se excluyeron todos los casos sin evidencia de neoplasia además de aquellos casos en los que el compromiso del apéndice correspondía a diseminación secundaria.

Las variables analizadas fueron edad, sexo y tipo histológico. Se estimó la frecuencia absoluta y relativa (prevalencia) de cada tipo de tumor en relación al total de apendicectomías. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central (promedio, rango) y proporciones. La información se procesó en planillas Excel

Resultado: En el periodo descrito se realizaron 2.959 apendicectomías. De estas, 35 casos (1,18%) correspondieron a neoplasias apendiculares.

El tipo más frecuente fue el tumor neuroendocrino apendicular (TNE), con 17 casos (48,6%), seguido por la neoplasia mucinosa de bajo grado (LAMN) con 10 casos (28,6%). Además, se identificaron: Adenocarcinoma mucinoso: 2 casos (5,7%)

Adenocarcinoma no mucinoso: 2 casos (5,7%) Linfoma apendicular: 1 caso (2,9%) Sarcoma apendicular: 1 caso (2,9%) La distribución por sexo fue prácticamente equitativa, con 17 hombres (49%) y 18 mujeres (51%). En cuanto a la edad:

Tumores neuroendocrinos (todos los grados): 33 años promedio (rango: 11–85) LAMN: 50,4 años (rango: 25–71) Adenocarcinoma mucinoso: 69,5 años Adenocarcinoma no mucinoso: 45 y 81 años Linfoma: 15 años .Sarcoma: 64 años

Conclusión: En nuestra serie, la presentación de neoplasias apendiculares incidentales se da en pacientes jóvenes con clara prevalencia de tumores neuroendocrinos, hallazgo que resulta concordante con la literatura disponible. Si bien la incidencia de estas lesiones es baja, es importante considerar que el enfoque terapéutico quirúrgico de la apendicitis aguda determina el diagnóstico precoz y muchas veces el tratamiento definitivo de estas entidades, siendo determinante también en el pronóstico.

41, RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE RECTOPEXIAS VENTRALES CON MALLA, CON O SIN COLPOPEXIA.

Autores: Catalina Ruíz R., Cristián Jarry T., Miguel Kreisberg W., Hernán Zúñiga G., Víctor Miranda H., Rodrigo Pineda A., José Tomás Larach K., María Elena Molina P.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico P. Universidad Católica De Chile

Introducción: La patología de piso pélvico es compleja, tiende a ser sub reportada e incluye variados síntomas y cuadros clínicos. El prolapso rectal externo, así como el síndrome de defecación obstructiva (SDO), pueden corregirse mediante cirugía. La rectopexia ventral con malla (RVM) laparoscópica es actualmente una de las alternativas terapéuticas con mayor evidencia en corregir el defecto anatómico y mejorar la funcionalidad. Además, es frecuente que el prolapso del compartimento posterior se asocie a un prolapso del compartimento medio. La corrección de ambos en un tiempo quirúrgico, mediante cirugía combinada, es decir, una rectopexia junto a una colpopexia, ha emergido como alternativa factible. Sin embargo, la evidencia respecto a la morbilidad agregada sigue siendo insuficiente.

Objetivos: Describir resultados perioperatorios de la cirugía combinada para manejo de prolapso del compartimento posterior y medio, y compararla con pacientes sometidas a rectopexias ventrales con malla exclusivas.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes sometidas a RVM desde la implementación de la técnica en nuestro centro en 2011 a febrero de 2025.

Inclusión: pacientes de sexo femenino, con indicación de rectopexia ventral con malla para la corrección del SDO o prolapso externo. Se consideró cirugía combinada toda vez que la rectopexia fuese acompañada de: colpopexia o histeropexia. **Exclusión:** cirugías resectivas de colon concomitantes. Se recopilaban datos demográficos, comorbilidades y defecoresonancias. Se registraron resultados perioperatorios: tipos de cirugía, tiempo operatorio, eventos intraoperatorios, complicaciones mayores (Clavien-Dindo $\geq$ III) y estadía hospitalaria.

Resultado: Se incluyeron 97 pacientes. La mediana de edad fue de 53[39-71] años. El 81.4% tuvo indicación quirúrgica por SDO mientras que el 18.6% dado por prolapso externo. Un 33% de las pacientes se sometió a RVM exclusiva y 67% a cirugía combinada. El procedimiento ginecológico más frecuentemente agregado fue la colpopexia en el 75.4% de las pacientes (n=49) y se agregó además una histerectomía en 10 pacientes. No hubo diferencias en el tiempo operatorio, presentando una mediana de 180 minutos ambos grupos. La morbilidad mayor de la serie fue de 1.03% (n=1): se trató de una paciente que, además de la cirugía combinada, recibió una malla transobturadora (TOT) y requirió reintervención para su ajuste. Esta no representó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. La mediana de estadía hospitalaria para pacientes sometidas a RVM y cirugía combinada fue de 3[2-4] días y 3[2.25-3.38] días respectivamente ($p>0.05$) y no hubo diferencias respecto a los ingresos a 30 días. Al separar la cohorte en dos fases, para comprar la primera mitad de casos con la segunda, se identificó que la proporción de

cirugía combinada fue significativamente mayor en la segunda mitad de la serie (48% vs 79.3%, $p=0.02$).

Conclusión: En esta serie, la cirugía combinada para la resolución del prolapso del compartimento posterior y medio no aumentó el tiempo operatorio, la morbilidad, ni la estadía hospitalaria de manera significativa. Estos hallazgos apoyan la seguridad de la técnica en equipos con experiencia.

42, ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL COMPARATIVO SOBRE LA EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMORROIDECTOMÍA SEGÚN LA TÉCNICA DE MILLIGAN-MORGAN EN EL HOSPITAL DE MALVINAS ARGENTINAS (MARZO 2024 - MARZO 2025)

Autores: 1 Caiña Daniel, 2 González Marjorie 1 Cirujano General Y Bariátrico, Jefe Del Servicio De Cirugía General Y Mini-invasiva, Jefe Del Departamento De Cirugía Bariátrica Del Hospital Del Trauma Federico Abete. Jefe Del Equipo Multidisciplinario Del Centro De Obesidad Y Enfermedades Metabólicas De Malvinas Argentinas. Miembro Titular De La Asociación Argentina De Cirugía (maac). Presidente De La Sociedad De Argentina De Cirugía Digestiva. (sacd). 2 Medico Residente De Cirugía General, Universidad De Buenos Aires, Argentina. Miembro Adherente De La Asociacion Argentina De Cirugia.

Hospital De Trauma Y Emergencias Dr Federico Abete, En Argentina.

Introducción: La enfermedad hemorroidal representa una patología prevalente que afecta a un gran porcentaje de la población adulta, especialmente en estadios avanzados donde el tratamiento quirúrgico se vuelve necesario. La técnica de Milligan-Morgan, descrita en 1937, continúa siendo una de las más utilizadas debido a su eficacia en la resección de paquetes hemorroidales. Sin embargo, su aplicación no está exenta de complicaciones postoperatorias, entre las que destacan el dolor, el sangrado, la hemorragia inmediata, el prurito anal y el ano húmedo. Este estudio busca analizar y comparar retrospectivamente la evolución de 108 pacientes sometidos a esta técnica en el Hospital de Malvinas Argentinas durante un periodo de 12 meses.

Objetivos: Evaluar y comparar la evolución clínica y la aparición de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a hemorroidectomía según la técnica de Milligan-Morgan, intervenidos en el Hospital de Malvinas Argentinas entre marzo de 2024 y marzo de 2025.

Contenido del E-Poster:

- Diseño del estudio: Observacional, retrospectivo, comparativo.
- Población: 108 pacientes sometidos a hemorroidectomía por técnica de Milligan-Morgan.
- Periodo de estudio: Marzo de 2024 a marzo de 2025.
- Lugar: Servicio de Cirugía General, Hospital de Malvinas Argentinas.
- Recolección de datos: A través de historias clínicas y hojas de seguimiento postoperatorio.
- Variables evaluadas:
 - Dolor postoperatorio (según EVA: leve, moderado, severo).
 - Sangrado postoperatorio (leve, moderado, severo).
 - Hemorragia inmediata (sí/no)
 - Prurito anal (sí/no).
 - Presencia de ano húmedo (sí/no).
- Tiempo de recuperación (días hasta retorno a actividades normales).
- Tratamiento complementario (analgésicos, baños de asiento, antibióticos, dieta rica en

fibra).

- Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar). Comparación de variables mediante prueba chi-cuadrado para variables categóricas y t de Student para variables cuantitativas.

Resultado: • Distribución por sexo:

- Hombres: 62 (57,4%).
- Mujeres: 46 (42,6%).
- Edad media: 48 años (rango: 29–72).
- Dolor postoperatorio:
 - Leve: 28 pacientes (25,9%)
 - Moderado: 52 pacientes (48,1%)
 - Severo: 28 pacientes (25,9%)
- Sangrado postoperatorio:
 - Leve: 41 pacientes (38%).
 - Moderado: 29 pacientes (26,8%).
 - Severo: 10 pacientes (9,2%).
- Hemorragia inmediata: 14 pacientes (13%).
- Prurito anal: 22 pacientes (20,4%).
- Ano húmedo: 9 pacientes (8,3%).
- Tiempo medio de recuperación: 14,6 días
- Tratamiento complementario:
 - Analgésicos: 100%
 - Baños de asiento: 95%
 - Dieta rica en fibra: 89%
 - Antibióticos: 74%

Conclusión: Discusión

Los resultados reflejan una evolución postoperatoria esperable en la mayoría de los pacientes, con una incidencia moderada de dolor y sangrado. La técnica de Milligan-Morgan, si bien efectiva para el tratamiento de las hemorroides avanzadas, presenta una carga significativa de síntomas postoperatorios que justifican un manejo multimodal del dolor y un seguimiento estrecho.

Conclusión:

El estudio realizado en el Hospital de Trauma de Malvinas Argentinas durante el 2024, muestra

que la hemorroidectomía según técnica de Milligan-Morgan continúa siendo una alternativa eficaz y segura en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal avanzada. A pesar de presentar complicaciones frecuentes como dolor y sangrado, estas pueden manejarse adecuadamente mediante un enfoque postoperatorio integral.

43, DERRIBANDO MITOS EN CIRUGÍA COLORRECTAL POR CÁNCER EN NONAGENARIOS. SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.

Autores: Felipe Navarro H, Mónica Martínez M, Gonzalo Rebolledo D, Matías Pruzzo G, Carlos Ayala R, Roberto Salas O, Guillermo Reyes R, Rodrigo Fernández M, Patricio Opazo S, Ernesto Melkonian T.

Hospital Del Salvador, Servicio De Coloproctología

Introducción: El envejecimiento de la población, con el consecuente aumento en la fragilidad de los pacientes, es una realidad cada vez más latente en nuestros hospitales. En el caso de la cirugía colorrectal en contexto neoplásico, donde las complicaciones pueden ser devastadoras en los pacientes más frágiles, además deteriorados por el desarrollo de la enfermedad misma, es fundamental una adecuada prehabilitación quirúrgica para optimizar los resultados en el postoperatorio (PO).

Objetivos: Describir la cohorte de pacientes peri-nonagenarios operados por cáncer colorrectal (CCR) en el Hospital del Salvador (HDS) en Santiago (Chile) durante 5 años. Evaluar abordaje, realización de anastomosis u ostomía, tiempo quirúrgico, días de hospitalización y presencia de complicaciones en el PO.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo transversal. Muestreo intencionado, se incluyeron todos los mayores de 85 años ingresados entre enero de 2019 y junio de 2025 al programa de eStrategias para Adelantar la Recuperación (STAR) del HDS, con diagnóstico confirmado de CCR, sometidos a resección colorrectal en dicho periodo. Se excluyeron del análisis a aquellos pacientes intervenidos de urgencia o quienes se descartó histológicamente el CCR; pacientes con registros incompletos, duplicados o discordantes. El registro y análisis estadístico descriptivo se realizó con Microsoft Excel.

Resultado: Se incluyeron 43 pacientes mayores de 85 años, 51,2% mujeres, edad mediana 87 años (rango 85-97). Solo 1 paciente no tenía ninguna comorbilidad conocida (HTA, DM2, EPOC, entre otras). Exceptuando 2 casos, todos los pacientes recibieron las sesiones de prehabilitación contempladas en el programa. Las medias de laboratorio preoperatorio fueron: Hematocrito 34,3% (DS $\pm$ 5,75), albúmina 4,0 (DS $\pm$ 0,38), Prealbúmina 19,95 (DS $\pm$ 5,73). 23,3 % de los casos fueron cáncer de recto y 74,7% de colon. El abordaje inicial fue laparoscópico en el 93% de los casos, de los cuales 1 requirió conversión. El tiempo operatorio promedio fue 216,23 minutos (DS $\pm$ 78,79) y la mediana de hospitalización 4 días (rango 2-56). 62,8% recibió régimen líquido a las 6 hrs PO, y 95,3% líquido o liviano el primer día PO. En el 67,4% se realizó anastomosis primaria, 13,8% manuales (4 casos). Del total de anastomosis, 44,8% fueron colorrectales mecánicas. En solo 2 casos se realizó ostomía protectora (1 colostomía y 1 ileostomía en asa). Del total de pacientes con ostomía definitiva, 64,3% (9 casos) fueron colostomía. 37,2% tuvo alguna complicación PO, principalmente íleo paralítico, con buena respuesta a manejo médico. Solo 4 (9,3%) pacientes debieron ser reintervenidos, con solo un caso de filtración de anastomosis colorrectal. Solo un paciente falleció en esta cohorte.

Conclusión: La cirugía colorrectal es factible y segura en pacientes peri-nonagenarios, incluso en los casos donde se opta por realizar anastomosis primaria. Para ello es fundamental una buena prehabilitación quirúrgica y protocolos de recuperación aceleradas estandarizados. El programa de nuestro centro cumple una labor fundamental en el outcome de este grupo de pacientes, cada vez más frecuentes en la práctica clínica. Es relevante considerar nuestros resultados y realizar más estudios, idealmente prospectivos y randomizados, para ofrecer cirugías más seguras y menos mórbidas a largo plazo.

44, TÉCNICA DE ELEVACIÓN DE HENDIDURA O "BASCOM CLEF LIFT" PARA LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCIGEA. EXPERIENCIA INICIAL.

Autores: Ricardo Villalón C, Paulina Abara C, Sebastián Olivares M, Paloma Lazo B, Francisca Díaz R.

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La enfermedad pilonidal sacrococcígea (EPSC) tiene un impacto considerable en el ausentismo estudiantil, laboral y calidad de vida. El objetivo del tratamiento, además de la curación, es lograr una baja tasa de recidiva. Cuando esto ocurre la elección de la técnica quirúrgica es particularmente crítica porque usualmente tienen un mayor compromiso de tejidos y cicatrices previas.

La técnica de elevación de la hendidura o Bascom Cleft Lift (BCL), es un colgajo de avance que comparte principios con la técnica de Karydakís (aplanar la fosita navicular y lateralizar la cicatriz), pero su principal ventaja es permitir la cobertura de defectos mayores. Ha demostrado excelentes resultados en enfermedad primaria, recidivada o lesiones extensas, con tasas de curación de hasta 96% en casos complejos y buenos resultados estéticos.

Objetivos: El objetivo principal es presentar y describir la técnica de BCL para el tratamiento electivo de la EPSC recidivada y dar a conocer los resultados iniciales de su implementación.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EPSC recidivada, intervenidos por la técnica BCL entre noviembre 2023 y abril 2025. Se incluyeron pacientes con EPSC recidivada que se consideró no apta para una técnica de Karydakís por la extensión para lograr la escisión completa y cierre primario. El diagnóstico se basó en la clínica y estudio imagenológico compatibles.

Se tabularon características demográficas, datos quirúrgicos, tiempo de cicatrización, y complicaciones. El tiempo de seguimiento fue desde la cirugía hasta el último contacto. Se rescataron datos anatomopatológicos y dimensiones del quiste. Se determinó la incapacidad laboral.

La supuración o secreción mantenida por más de 3 meses se definió como retardo de cicatrización. La presencia de secreción persistente posterior a la cicatrización se consideró recidiva. En el último control se preguntó por la conformidad con la cirugía, la cicatriz y una nota al resultado final.

Resultado: Se operaron 10 pacientes (edad promedio 29,2 años; 80% hombres; mediana de 2 cirugías previas). Tamaño promedio de las piezas quirúrgicas fue $9,3 \pm 1,2$ cm de longitud (rango 8-12) y $3,9 \pm 1,3$ cm de ancho (rango 3-7,5). 2 pacientes presentaron complicaciones (20%): uno (10%) tuvo dehiscencia parcial de la porción inferior de la herida (<1.5 cm), que cicatrizó por segunda intención sin incidentes; otro (10%) desarrolló un seroma a las 2 semanas postoperatorias y fue drenado por punción en policlínico. Ambos fueron manejados conservadoramente sin reintervención quirúrgica, hospitalización ni cirugías adicionales.

La cicatrización completa se logró en promedio $16,4 \pm 2,7$ días (rango 14-21). No hubo casos de retardo de cicatrización. Incapacidad laboral promedio fue de $24,1 \pm 5$ días (rango 14-28). Todos tuvieron seguimiento con promedio de $43,5 \pm 27,2$ semanas (rango 8-83). A la fecha, ningún paciente ha presentado recurrencia

Todos los pacientes (100%) refieren conformidad con la cirugía y el resultado estético de la cicatriz. Nota promedio al resultado final fue de $6,6 \pm 0,4$ (rango 6-7).

Conclusión: La técnica BCL demostró ser un procedimiento seguro y eficaz en EPSC recidivada en pacientes seleccionados donde otras técnicas tienen limitaciones por la extensión del defecto. Los resultados preliminares demuestran tiempos de cicatrización adecuados, baja tasa de complicaciones, ausencia de recidiva a corto plazo y alta satisfacción de los pacientes. Se requiere mayor número de casos y seguimiento prolongado.

45, RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO POST-HARTMANN EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO, CHILE. COHORTE DE 9 AÑOS.

Autores: Diego, Gianetti, B. Fabio, Paoletto. Manuel, Lizana, C. Fernando, Saelzer, R. Emilio, Decinti, W. Francisco, Rivera, R.

Hospital San Juan De Dios, Santiago, Chile

Introducción: La reconstitución del tránsito intestinal (RT) post-procedimiento de Hartmann es una intervención quirúrgica mayor, asociada a una morbilidad no menor. Caracterizar los resultados en un centro de alto volumen es fundamental para establecer puntos de referencia y optimizar el manejo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir los resultados quirúrgicos de una cohorte contemporánea de pacientes sometidos a RT.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis de cohorte retrospectivo de 151 RT consecutivas en el Hospital San Juan de Dios. Se extrajeron datos demográficos, variables intraoperatorias y resultados postoperatorios a 30 días. El análisis fue principalmente descriptivo. De forma secundaria, se compararon los resultados entre los abordajes abierto (n=118) y laparoscópico (n=32) utilizando pruebas U de Mann-Whitney y exacta de Fisher con el software R Studio.

Resultado: La mediana de edad fue de 62 [51,5–70,5] años, con un 58,9% de pacientes de sexo masculino. Las indicaciones más frecuentes para la cirugía de Hartmann inicial fueron la neoplasia colorrectal (53.6%), la enfermedad diverticular complicada (19.9%) y el trauma (10.6%). Se realizó un abordaje laparoscópico en el 21,3% de los casos, con una tasa de conversión del 9,4%. La morbilidad global a 30 días fue de 21,2%, siendo las complicaciones Clavien-Dindo I-II las más frecuentes (48,5%). La tasa de reoperación fue de 11,3%, mientras que la dehiscencia anastomótica se presentó en el 2,6% de los casos. La mortalidad postoperatoria de esta serie fue del 1,3%. La mediana de estadía hospitalaria fue de 6 [5-7] días. El tiempo hasta la reconstitución fue de 581 [367–890] días.

En el análisis comparativo, el abordaje laparoscópico se asoció con un tiempo operatorio significativamente menor (mediana 130 vs. 190 min; $p < 0.001$) y una estancia hospitalaria más corta (mediana 4 vs. 6 días; $p = 0.009$), sin diferencias significativas en los resultados de morbilidad postoperatoria.

Conclusión: La reconstitución de tránsito post-Hartmann en nuestra cohorte presenta resultados comparables en morbilidad a los reportados en la literatura nacional e internacional. El abordaje laparoscópico se posiciona como una alternativa segura y eficiente, asociándose a un menor tiempo quirúrgico y una recuperación acelerada. Estos hallazgos, derivados de un centro público de alta complejidad, son relevantes para la práctica quirúrgica nacional y respaldan el uso del abordaje mínimamente invasivo en pacientes seleccionados.

46, CAN PREOPERATIVE CARDIOPULMONARY EXERCISE TESTING (CPET) PREDICT RECURRENT COLORECTAL CANCER: SHORT- AND LONG-TERM FOLLOW-UP?

Autores: J. Alvarez Del Castillo Gonzalez. A. Sukha, C.k. Lawrence, M. Beg, A. Oliver, S. Rasheed, P. Tekkis, S. Qiu.

The Royal Marsden Hospital

Introducción: Cardiopulmonary exercise testing (CPET) is a well-established tool for perioperative risk stratification, offering an objective assessment of a patient's physiological reserve. By evaluating the integrated responses of the cardiovascular, respiratory, and muscular systems to incremental exercise, CPET helps clinicians identify patients at increased risk of postoperative complications and tailor perioperative care accordingly.

Objetivos: This study aimed to predict whether anaerobic threshold (AT) and volume for oxygen maximum (VO₂max), are associated with disease free survival (DFS) in the short- (<5years) or long-term (>5 years) following colorectal cancer surgery.

Contenido del E-Poster: A retrospective analysis was performed at a single tertiary centre on patients who underwent anterior resection for colorectal cancer, had a CPET between 2015-2019 and were followed up for mean of 7yrs. The relationship between VO₂ max and AT and recurrence was investigated using chi square test.

Resultado: Of the 66 patients analysed, the median of AT was 10.5 (IQ 8.77-12.8). Of the patients with an AT < 10.5 (n=27), n=13 (48%) of patients had recurrence at less than 5 years and n= 3 (11.1%) had recurrence after 5 years.

Of the patients with an AT >10.5 (n=30), n=15 (38%) had recurrence within 5 years and 4(10.2%) had recurrence after 5 years. AT was not found to be predictive of cancer recurrence at short and long follow up on chi square (χ^2 , p=.865).

On the disease-free survival analysis, within the group of patients with median AT<10.5, n=11 (40.7%) remained disease-free. In patients with a median AT>10.5, n=20 (51%) remained disease-free. Within the same cohort, the median VO₂max 17.1 (IQ 15-22.32).

Of the patients with VO₂max< 17.1(n=25), n=7 (28%) of patients had recurrence within 5 years, and n=2 (8%) had recurrence after 5 years. Of the patients with an VO₂max >17.1 (n=41), n=11 (26%) had recurrence at less than 5 years and n=6 (14%) had recurrence after 5 years. VO₂max did not predict cancer recurrence at short and long follow-up (χ^2 , p=.492).

In the group of patients with a median VO₂max <17.1, n=16 (64%) remained disease-free. In patients with a median >17.1, n=24(59%) remained disease-free.

Conclusión: Preoperative AT and VO₂max values were not significantly associated with colorectal cancer recurrence in either short- or long-term follow-up. These findings suggest limited prognostic value of CPET for oncological outcomes, although it remains a valuable assessment tool for post-operative complications.

47, REPORTE DE LA EXPERIENCIA DE 7 AÑOS, EN EL MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO CON EL USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EXCLUSIVO Y COMBINADO CON MALLA DE TRACCIÓN EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ DE OSORNO

Autores: *raquel Pérez Díaz, **mauricio Cáceres Pérez, ***andras Eitler Heck, **gabriel Rivera Delgado, ** Pablo Miranda Ortiz, ** Valentina Mora Almonacid

Hospital Base San Jose De Osorno

Introducción: El uso de Terapia de presión Negativa (TPN) en el manejo del abdomen abierto (AA) se ha consolidado como tratamiento en pacientes con peritonitis secundaria (PS) grave, síndrome compartimental abdominal o tras laparotomías de control de daños. Existen controversias respecto a cuando implementarlo y el tiempo de duración. La evidencia demuestra que cuando falla el cierre fascial temprano, el AA puede derivar en complicaciones graves, como fístulas, pérdida de domicilio, hernias ventrales complejas y otras complicaciones mayores con estadías prolongadas y alto costo asociado

Objetivos: Comparar los resultados del uso de TPN asociado o no a malla de tracción para el cierre fascial temprano (CFT) en los primeros 7 días.

Buscamos evaluar nuestra experiencia local para optimizar el manejo del AA, disminuir las complicaciones y mejorar el pronóstico

Contenido del E-Poster: Se revisa el sistema informático intrahospitalario (Phoenix), corroborado por la Ficha clínica del HBSJO de enero de 2019 a junio de 2025. El grupo de estudio incluyó 96 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión. Es un estudio observacional y descriptivo. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo con características demográficas e indicación para laparotomía, técnicas de cierre temporal (TPN y TPN con malla de tracción), número de aseos posteriores a la laparotomía índice, argumentos para No cierre, manejo quirúrgico definitivo (ostomías, o enterorrafias), complicaciones y mortalidad a 30 días.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los pacientes con PS. Se dividieron en dos grupos, manejados a preferencia del grupo quirúrgico con TPN y TPN más malla tracción, realizándose aseos cada 24 /48 horas, de acuerdo con la evolución en la primera intervención, y estado hemodinámico y ventilatorio, según esto se decidió mantenerlo o cierre.

Criterios de exclusión

Se excluyeron pacientes menores de 18 años, pancreatitis severa y embarazadas y con registros incompletos.

Resultado: La mediana de edad fue de 54 años, sin diferencias de sexo. Las indicaciones de AA fueron sepsis abdominal con inestabilidad hemodinámica (76%) síndrome compartimental abdominal 11% y edema visceral 13%. La técnica de cierre temporal más utilizada fue TNP 55.2%, TPN más malla de tracción 40%, se logró CFT en 58 pacientes, (74.4%) manejo quirúrgico definitivo 29 (30.2%) La mediana de recambios fue de 3 días y tiempo promedio de permanencia fue de 5 días. Se logró CFT en 78.3% de los casos, sin necesidad mallas en 87% de ellos. Las complicaciones a 30 días en pacientes en donde se utilizó TPN fue, evisceración 2, fistula entero atmosférica en 1, 8.7% requirió cierre diferido con malla. La tasa de rehospitalización a 30 días, fue de 21%, por infección de sitio operatorio 9 pacientes (21%) la mortalidad global fue de 53%.

Conclusión: La TPN en combinación con malla de tracción es una estrategia viable para el manejo del AA

La factibilidad del CFT se logró en una proporción significativa.

La TPN, con o sin malla tracción, tuvo un impacto positivo en la reducción de complicaciones. El éxito del CFT depende de múltiples factores, como la estabilidad hemodinámica y control de la infección intraabdominal.

48, CARACTERIZACIÓN COMPARATIVA DE PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER COLORRECTAL EN MENORES Y MAYORES DE 50 AÑOS.

Autores: Valentina Castillo Warnken, Matías Lam Arratia, Alejandro Readí Vallejos, Marcelo Rodríguez Gonzalez, Sebastián Lopez Nuñez, Gonzalo Campaña Villegas

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

Introducción: En las últimas décadas, se ha observado un aumento sostenido del cáncer colorrectal (CCR) en menores de 50 años, grupo tradicionalmente excluido de programas de tamizaje. Esta tendencia plantea interrogantes sobre sus características clínicas, biológicas y terapéuticas frente a los pacientes de mayor edad.

Objetivos: Comparar las características clínicas, histopatológicas y terapéuticas de pacientes operados por CCR entre menores y mayores de 50 años.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal analítico que incluyó 155 pacientes operados por CCR entre 2019 y 2024 en Clínica INDISA. Se dividieron en Grupo 1 (≤ 50 años; $n=36$) y Grupo 2 (>50 años; $n=119$). Se compararon variables demográficas, localización tumoral, características histopatológicas, estadificación TNM y tratamiento oncológico. Se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado y Fisher para variables categóricas, con $p<0,05$ como nivel de significancia.

Resultado: El Grupo 1 presentó mayor proporción de hombres (66,7% vs. 43,7%; $p=0,016$), mayor frecuencia de pacientes ASA I (58,3% vs. 28,6%; $p=0,004$) y mayor proporción de tumores de recto (30,6% vs. 14,3%; $p=0,026$). No hubo diferencias significativas en histología, estadios clínicos ni mortalidad global. Sin embargo, se observó una tendencia a mayor presencia de tumores poco diferenciados en el Grupo 1 (11,1% vs. 6,7%; $p=0,202$) y a mayor uso de quimioterapia adyuvante en etapa II (30% vs. 15%; $p=0,358$), aunque sin significancia estadística.

Conclusión: Los pacientes jóvenes operados por CCR se caracterizan por poseer menor comorbilidad, mayor frecuencia de cáncer de recto y predominancia masculina. Aunque la mayoría de las variables clínicas y patológicas no mostraron diferencias estadísticamente significativas, se observaron tendencias relevantes en cuanto a la menor diferenciación y mayor necesidad de neoadyuvancia en pacientes jóvenes lo que sugieren un perfil biológico y terapéutico distinto. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias diferenciadas de detección y tratamiento para esta población, e invitan a futuros estudios con mayor tamaño muestral y análisis molecular para una mejor comprensión del CCR en adultos jóvenes.

49, SEGURIDAD ONCOLÓGICA DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Autores: Joselin Del Valle Jaimes Fernandez, Clara Del Carmen Silva Camus, Ignacio E. Gutierrez Maldonado, Claudio Leon Wainstein G, Felipe Quezada, Alejandro Barrera, Jose M Zuñiga, Francisco Lopez Kostner

Clinica Universidad De Los Andes

Introducción: La cirugía robótica es un paso más en la evolución de la cirugía mínimamente invasiva. En los años 90 la FDA aprobó el sistema robótico da Vinci y el primer caso robótico se realizó en el año 2002 con una resección ileocecal por cáncer de ciego.

Objetivos: Evaluar los resultados de la cirugía robótica en cáncer colorrectal en pacientes tratados en nuestro centro.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal, analítico, retro prospectivo, basado en los datos de la ficha Clínica y los registros de la unidad de protocolo ERAS®, de los pacientes sometidos a cirugía robótica con el diagnóstico de cáncer colorrectal desde junio 2023 a junio 2025. Para comparar estos resultados, se incorporó todos los pacientes operados por técnica robótica con cáncer colorrectal por el mismo. Se realizó un test de normalidad para las variables cuantitativas, se utilizaron media (DS) o mediana (RI) según correspondió. Las variables categóricas se mostraron mediante frecuencias relativas y absolutas.

Resultado: Se obtuvo una muestra de 39 pacientes, que corresponden a 26 con cáncer de colon operados con técnica robótica (CCr) y 13 pacientes con cáncer de recto operados con la misma técnica (CRr). En los pacientes con CCr la edad promedio fue de 68 años, 77% de ellos fueron operados en etapas I-II, el promedio del tiempo operatorio fue de 184 min y se observó solo una complicación (Clavien-Dindo IIIa). La estadía hospitalaria fue de 4 días. En relación a la seguridad oncológica, se reportaron márgenes de resección proximal y distal negativos en todos los pacientes y la mediana de la cosecha ganglionar fue de 19 ganglios (12-36).

Los pacientes con CRr fueron 13 y la mediana de edad fue de 61 años, con un tiempo operatorio de 282 min. La estadía hospitalaria fue de 6 días y se presentó solo una complicación postoperatoria (Clavien Dindo IIIb). Todas las piezas operatorias en cáncer de recto mostraron un margen circunferencial y distal negativo y una cosecha ganglionar de 13 ganglios (6-33)

En el análisis comparativo, obtuvimos una muestra de 66 pacientes operados con cirugía laparoscópica, 54 con cáncer de colon (CCL) y 11 con cáncer de recto (CRL). Se observaron diferencias estadísticamente significativas con un mayor tiempo operatorio, menor estancia hospitalaria y menor tasa de conversión a favor de la cirugía robótica en ambos grupos. Los resultados de seguridad oncológica fueron similares en ambos grupos.

Conclusión: Los resultados oncológicos de la cirugía robótica son comparables a la laparoscopia en términos de márgenes de resección y cosecha ganglionar. A pesar de un mayor tiempo operatorio, se observó una menor tasa de conversión y una estadía hospitalaria significativamente más corta en los pacientes sometidos a cirugía robótica, especialmente en cáncer de colon. Estos hallazgos respaldan el uso de la cirugía robótica como una alternativa válida en el tratamiento del cáncer colorrectal.

50, MANEJO DE ASCITIS REFRACTARIA MEDIANTE PIPAC EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL: RESULTADOS DE UNA SERIE PROSPECTIVA

Autores: Mario Uribe Maturana, Luis Cereceda González, Carlos Regonesi Muranda, Roberto Estay Miquel, Antonio Mercandino Sepúlveda, Isidora Jara Artigas

Hospital Del Salvador, Clínica Meds

Introducción: La quimioterapia intraperitoneal aerosolizada presurizada (PIPAC) ha emergido como una alternativa paliativa mínimamente invasiva en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal, especialmente en el manejo de ascitis refractaria, condición que deteriora significativamente la calidad de vida. Su uso reporta tasas de control clínico superiores al 60 % en series internacionales. En Chile, su aplicación clínica aún es limitada.

Objetivos: Describir la experiencia en el uso de PIPAC para el tratamiento de ascitis refractaria secundaria a carcinomatosis peritoneal en dos centros asistenciales chilenos.

Contenido del E-Poster: Serie prospectiva de casos tratados con PIPAC entre noviembre de 2021 y junio de 2025 en Clínica MEDS y Hospital del Salvador. Se incluyeron pacientes cuya indicación principal fue ascitis refractaria. Todos los casos fueron evaluados en comités oncológicos multidisciplinarios. Se excluyeron otras indicaciones de PIPAC. Para el análisis descriptivo se utilizaron las variables: edad, sexo, tumor primario, índice de carcinomatosis peritoneal (PCI), volumen de ascitis, número de sesiones, drogas administradas, estadía hospitalaria y sobrevida. La técnica consistió en laparoscopia diagnóstica con toma de biopsias peritoneales y aplicación de una presión intraperitoneal de 12 mmHg. Los agentes utilizados fueron Oxaliplatino 90 mg y Doxorrubicina 4 mg; en un paciente se añadió Docetaxel 20 mg. Las soluciones fueron nebulizadas a 250 PSI y 30 mL/min.

Resultado: Durante el período analizado se realizaron 27 procedimientos PIPAC en 17 pacientes (14 mujeres, 3 hombres), con una edad mediana de 57,7 años (rango: 38–74). En 12 pacientes (70,1 %) la indicación fue ascitis refractaria, realizándose 13 procedimientos. Los tumores primarios fueron: colon (n=3), ovario (n=2), pseudomixoma peritoneal (n=2), gástrico (n=2), páncreas (n=1), mama (n=1) y colangiocarcinoma (n=1). En 11 pacientes el PCI fue >21 (91,6 %), y la mediana del PCI fue de 22 (rango: 12–22). La mediana del volumen de ascitis fue de 4.000 mL (rango: 1.000–12.000). En todos los casos (100 %) se logró control clínico de la ascitis. En un paciente con cáncer gástrico fue necesario repetir el procedimiento tras cuatro meses, con buena respuesta. La mediana de sobrevida de los pacientes fallecidos fue de 7,5 meses (rango: 4–18), mientras que los pacientes vivos al momento del cierre del seguimiento presentaban una mediana de 6 meses (rango: 2–18). No se registraron complicaciones postoperatorias. La estadía hospitalaria fue ≤1 día en todos los casos.

Conclusión: PIPAC es una técnica mínimamente invasiva aún poco difundida en nuestro país. En esta serie prospectiva, su aplicación permitió controlar clínicamente la ascitis refractaria en el 100 % de los casos, con solo una sesión en la mayoría de los pacientes. En un caso fue necesario

repetir el tratamiento a los cuatro meses, manteniendo eficacia y seguridad. No se observaron complicaciones postoperatorias, y la hospitalización fue breve en todos los procedimientos. Estos resultados apoyan el uso de PIPAC como alternativa terapéutica segura y efectiva en pacientes seleccionados, dentro del marco de decisiones multidisciplinarias. Su consolidación en la práctica clínica nacional requiere validación en estudios multicéntricos y seguimiento a largo plazo.

51, NEOPLASIAS APENDICULARES INCIDENTALES: ¿QUÉ TAN PROBABLE ES ENCONTRAR UN TUMOR APENDICULAR EN UNA APENDICECTOMÍA EN MAGALLANES? REVISIÓN DE 3.271 BIOPSIAS DE APENDICECTOMÍAS REALIZADAS EN PUNTA ARENAS Y PUERTO NATALES EN 10 AÑOS

Autores: Paulina Pérez, Javiera Maurer, Javiera Castro, Constanza Narváez, Franz Krautz, Felipe Muñoz, Maria Jose Iriarte, Hernan Carrasco, Javier Gómez, Victoria Vargas

Escuela De Medicina, Universidad De Magallanes Servicio De Cirugía, Hospital Clínico Magallanes

Introducción: Las neoplasias apendiculares son poco frecuentes y suelen diagnosticarse en el análisis histopatológico de las piezas de apendicectomías realizadas por apendicitis aguda (menos del 1%). Los tumores más frecuentemente encontrados son neuroendocrinos, neoplasias mucinosas e implantes secundarios. El estudio anatomopatológico es relevante para determinar el pronóstico y manejo definitivo de estas neoplasias. Existen pocos reportes en nuestro país acerca de los hallazgos incidentales de tumores en apéndices resecados.

Objetivos: Determinar la incidencia de tumores apendiculares en las biopsias de apendicectomías realizadas en la XII región de Magallanes en 10 años, con los subtipos histológicos.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo, con análisis de las biopsias de apéndice cecal registradas en el servicio de anatomía patológica del Hospital Clínico Magallanes entre enero de 2015 y Diciembre de 2024 (10 años), correspondientes a niños y adultos de los Hospitales de Puerto Natales y Punta Arenas.

Resultado: Se encontraron un total de 3287 biopsias, de las cuales se utilizó como criterio de exclusión las apendicectomías en contexto de colectomías o salpingo histerectomías y no por una patología apendicular, quedando con 3271 biopsias analizadas. La mediana de edad global fue 26 años (1-92), siendo 54,5% de sexo masculino. Se encontraron 33 biopsias con tumores apendiculares (1%): de los cuales 16 tumores son neuroendocrinos (48,5%), 11 neoplasias mucinosas (33,3%) y 6 implantes tumorales (18,9%); con mediana de edad 41 años (14 - 77) en este subgrupo y con un 51,5% de sexo masculino.

Conclusión: En base a lo publicado, las neoplasias apendiculares son poco frecuentes. En nuestra serie inicial se evidencia un 1% de neoplasias en el total de pacientes, en su mayoría tumores neuroendocrinos, lo que es acorde a lo publicado en la literatura.

52, “RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE TERAPIA NEOADYUVANTE TOTAL CON ESQUEMA DE RADIOTERAPIA CORTA SEGUIDO DE QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDACIÓN EN PACIENTES TRATADOS POR CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO EN EL HOSPITAL DR. FRANCO RAVERA ZUNINO”

Autores: Constanza Abarca M., Joaquín Vega A., Catalina Saavedra G., Álvaro Santibañez V., Manuel Pino R., Andrés Bermeo P., Gustavo Montesinos A., Jorge Escárate L.

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

Introducción: La terapia neoadyuvante total (TNT) con radioterapia acortada y quimioterapia de consolidación es actualmente el estándar de manejo en pacientes con Cáncer de Recto localmente avanzado a nivel nacional, ya que ha demostrado mejorar la tasa de respuesta clínica y patológica completa, además de aumentar la supervivencia libre de enfermedad y abrir opciones de manejo con preservación de órgano entre otras alternativas. Esta estrategia de TNT, ampliamente debatida internacionalmente, si bien resulta óptima desde el punto de vista operacional, ha presentado resultados dispares en diferentes publicaciones por lo que constantemente es foco de discusión entre grupos de trabajo. Dada nuestra realidad local donde la totalidad de los pacientes son derivados al INCANCER y donde en su gran mayoría se prefiere este esquema de TNT, es que se abre una oportunidad para analizar y evaluar los resultados oncológicos y la seguridad de implementar estrategias de vigilancia activa.

Objetivos: Caracterizar y analizar resultados oncológicos de la terapia neoadyuvante total (TNT) con esquema corto de radioterapia + Quimioterapia de consolidación en pacientes con diagnóstico de cáncer de recto localmente avanzado, tratados en el Hospital Dr. Franco Ravera Zunino (HFRZ).

Contenido del E-Poster: Estudio observacional de cohorte retrospectivo. Se incluyeron 141 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer de recto localmente avanzado (estadios II y III), que recibieron tratamiento neoadyuvante en INCANCER y HFRZ entre los años 2019 y 2024. Se excluyeron aquellos pacientes que fueron tratados únicamente con radioterapia neoadyuvante y/o que no completaron el esquema terapéutico. Variables analizadas: edad, sexo, localización del tumor, estadio clínico (TNM), tipo de esquema de radioterapia recibido, respuesta a TNT, tipo de cirugía, inclusión en estrategia de preservación de órgano, tiempo de espera para inicio de vigilancia activa, recidiva (local o a distancia) y mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la cohorte, el análisis de datos se realizó utilizando GraphPad Prism 9.

Resultado: Se analizaron 141 pacientes, La edad promedio fue de 63 años (DE: 11,4), con una mediana de 64 años; el 66,7 % correspondía a hombres y el 33,3 % a mujeres. La localización tumoral más frecuente fue el recto inferior (55 %), seguido por el recto medio (42,9 %). En relación con el estadio clínico, el 53,3 % se encontraba en estadio II y el 36,5 % en estadio III. El esquema de radioterapia más utilizado fue el esquema corto de radioterapia (86,3 %). El 84 % de los pacientes requirió cirugía y el 14,2 % fue incluido en la estrategia de vigilancia activa. La respuesta clínica completa se observó en el 15,6 % de los pacientes, mientras que la respuesta patológica completa fue del 9 %. La mediana de tiempo entre el fin de la radioterapia y el inicio del

seguimiento activo fue de 45 semanas. La incidencia de recidiva fue del 9,5 % en el grupo de seguimiento y de un 15.7 % entre los pacientes operados. La supervivencia global fue de 73,8 % a 2 años y 59,7 % a 5 años.

Conclusión: La TNT en esta cohorte demostró resultados clínicos y oncológicos comparables con la evidencia internacional, con una buena tasa de respuesta completa y una baja recidiva en pacientes seleccionados para vigilancia activa. Si bien este esquema de trabajo no está validado para estrategias de preservación de órganos, tomando en consideración la realidad nacional, es posible ofrecer esta alternativa a pacientes altamente seleccionados.

53, TRATAMIENTO DE FISTULAS PERIANALES COMPLEJAS MEDIANTE USO DE FIBRINA RICO EN PLAQUETAS Y LEUCOCITOS (L-PRF)

Autores: José Vivanco A, Eduardo Larenas R, Roberto Durán F, Christian König P-I, Gino Caselli M.

Hospital Guillermo Grant Benavente/ Universidad De Concepción

Introducción: El tratamiento de la fístula perianal compleja constituye un desafío para el cirujano. Exige lograr elevadas tasas de curación preservando el máximo posible del aparato esfinteriano.

En la literatura se han descrito múltiples técnicas con tasas de curación variables que van de un 35 y hasta 70%.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo primario evaluar el efecto del uso de fibrina autóloga rica en plaquetas y leucocitos (L-PRF) en el tratamiento de fístulas perianales complejas.

Como objetivo secundario nos planteamos evaluar la repercusión del tratamiento en la continencia.

Contenido del E-Poster: Se diseñó un estudio piloto de tipo prospectivo donde se reclutaron de forma consecutiva pacientes con fístula perianal compleja basado en la evaluación clínica y resonancia magnética. El estudio se desarrolló en el Hospital Regional de Concepción entre octubre 2022 y enero 2025.

Se preparó L-PRF obtenido de sangre periférica de 15 pacientes previamente estudiados con resonancia magnética y con diagnóstico de fístula perianal compleja. Tras la exploración anal e identificación del trayecto fistuloso, se procede a reseca el orificio fistuloso externo, seguido de un curetaje del trayecto hasta obtener sangrado. Se dispuso el L-PRF en el trayecto y se cerró el orificio fistuloso interno con sutura.

Se recopilaron datos sobre edad, sexo, comorbilidades y complicaciones. Se midió el estado de continencia mediante score de incontinencia de Cleveland antes y después del tratamiento.

Se evaluó recurrencia, tiempo hasta cicatrización y tasa de cicatrización. Todos los pacientes fueron seguidos por al menos 12 meses.

Resultado: Se trataron 15 pacientes. No hubo complicaciones durante la aplicación del L-PRF. Durante el seguimiento, se logró cicatrización completa en 9 pacientes. Hubo persistencia o recurrencia en 6 pacientes. En uno de ellos, la recurrencia fue en forma de trayecto interesfinteriano permitiendo un tratamiento con fistulotomía. No hubo afección de la continencia en el 100% de los pacientes

Conclusión: El uso de L-PRF es seguro y efectivo. Es un tratamiento conservador de esfínter sin repercusión en la continencia. Puede ser utilizado durante la cirugía para mejorar la cicatrización en fístulas complejas.

54, MORBILIDAD DE LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL EN CÁNCER DE RECTO

Autores: Josefina Sepúlveda G, Diego García P, Macarena Fernández A, Cristián Gallardo V, Felipe Illanes F, Carlos Melo L, Alejandro Barrera E

Hospital Clínico San Borja Arriaran, Campus Centro, Facultad De Medicina Universidad De Chile, Santiago, Chile

Introducción: la resección abdominoperineal (RAP) es una alternativa quirúrgica válida en el tratamiento del cáncer de recto bajo localmente avanzado con compromiso del aparato esfinteriano y/o en pacientes con alteración de la continencia. Esta cirugía presenta una alta tasa de complicaciones, llegando hasta un 70% de morbilidad postoperatoria.

Objetivos: calcular y analizar la morbimortalidad post operatoria precoz y tardía de los pacientes con diagnóstico de cáncer de recto sometidos a una RAP.

Contenido del E-Poster: trabajo descriptivo retrospectivo que incluye a todos los pacientes portadores de un cáncer de recto tratados con una RAP en el Hospital Clínico San Borja Arriarán entre los años 1990-2021. Se excluyen pacientes estadio IV, cirugía en el contexto de recidiva local e información clínica incompleta. Se utilizó la clasificación ampliada de Clavien-Dindo (CD) para catalogar las complicaciones post operatorias. La mortalidad y morbilidad precoz se definió como la presentada durante los primeros 30 días postoperatorios (morbilidad quirúrgica abdominal, perineal y complicaciones médicas), mientras que la morbilidad tardía se calculó posterior a ese período (hernia paraostomal y perineal). En el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva expresando resultados en mediana, valores absolutos y porcentajes con sus respectivos valores extremos.

Resultado: 80 pacientes cumplieron con los criterios de selección. La morbilidad post operatoria general fue de 45% (36 pacientes) con necesidad de reintervención quirúrgica en el 12.5%. Las complicaciones de la herida perineal afectaron a un 25% de los casos, 16.25% infección (CD3 en 2 casos con necesidad de aseo quirúrgico), y 8.75% dehiscencia (CD3 solo 1 caso que requirió re sutura en pabellón). La infección de la herida operatoria abdominal ocurrió en el 5% (todos CD1). El 10% de los pacientes presentó íleo postoperatorio (CD2 6 pacientes con indicación de nutrición parenteral). Las complicaciones médicas ocurrieron en el 21% de los casos, la más frecuente fue la ITU presente en el 15% (CD4 en 1 caso por sepsis de foco urinario). No hubo mortalidad en esta serie. Durante el seguimiento ambulatorio el 18.75% presentón una hernia paraostomal (15 pacientes, 3 casos CD3) y el 6.25% hernia perineal (5 pacientes, 3 casos CD3).

Conclusión: los resultados expuestos indican que la RAP es una cirugía segura con baja mortalidad sin embargo mantienen una morbilidad importante afectando a casi la mitad de los pacientes de nuestra serie.

55, RESULTADOS ONCOLÓGICOS SOBRE EL ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE COLON TRANSVERSO

Autores: Brian Morales O, José Manuel Vivanco A, Gino Caselli M, Christian König P-I, Paula Glaus H, Camila Sepúlveda P, Josefa Gleisner B, María José Arriagada F.

Hospital Guillermo Grant Benavente Concepcion

Introducción: El cáncer colon transverso representa menos del 10% de todas las ubicaciones del cáncer de colon. La presencia de una vascularización y patrones de drenaje linfáticos variables, representan un desafío para la resección oncológica adecuada. Actualmente no contamos con datos sobre nuestra realidad local, por lo que el propósito del estudio fue evaluar los resultados oncológicos de los distintos abordajes quirúrgicos utilizados en pacientes con cáncer de colon transverso.

Objetivos: Comparar la resección segmentaria y colónica extendida en términos de resultados perioperatorios, histológicos y oncológicos.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo. La muestra consiste en pacientes operados de cáncer de colon transverso en la unidad de coloproctología del Hospital Guillermo Grant Benavente desde el año 2013 al 2022. Como criterios de inclusión se consideraron a pacientes mayores de 18 años con estadio I al III, operados tanto por el equipo de coloproctología como de urgencia. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad etapa IV al diagnóstico, histología no adenocarcinoma, sin cirugía resectiva y aquellos que no completaron un seguimiento adecuado de al menos 3 años. Se utilizaron tablas Excel para tabular datos, se hizo análisis de normalidad y para ver diferencias significativas entre grupos se ocupó test t student, Fisher o chi-cuadrado dependiendo de la naturaleza y normalidad de las variables, además se ocupó curvas de Kaplan-Meier para análisis de sobrevida. Se ocupó software R 4.3.1.

Resultado: Desde el año 2013 al 2022 se analizaron 1996 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal. De los cuales, 89 correspondían a colon transverso. Al aplicar los criterios de exclusión, quedaron 47 pacientes, 9 transversectomías y 38 colectomías extendidas. El abordaje preferido fue la colectomía extendida representando un 80% de la muestra, la mayoría electiva. Respecto a la reconstitución, 39 pacientes (82,9%) se realizaron anastomosis primaria. En relación a mortalidad operatoria a 30 días, en ambos grupos fue cero, y a 90 días 2 pacientes fallecieron en el grupo de colectomía extendida. En el recuento ganglionar, el grupo de colectomía extendida hubo 28 ganglios en promedio, a diferencia del grupo de transversectomía con una media de 14 ganglios. En ambos grupos, se encontraron bordes de la pieza quirúrgica libres con un límite cercano similar de 8.5 cm. Además, al menos un 50% fue a tratamiento adyuvante con quimioterapia. En términos de resultados oncológicos, la recurrencia local y sistémica a 3 años en el grupo de colectomía extendidas, alcanzó un 2.6% y 7.8% respectivamente, a diferencia del grupo de resección segmentaria con un 11% y 44% respectivamente. Respecto a la sobrevida a 3 años, en ambos grupos se obtuvieron resultados similares con un promedio de 32 meses de

sobrevida global y en sobrevida libre de enfermedad, la colectomía extendida alcanzó 31 meses y segmentaria 29 meses.

Conclusión: En nuestra serie, se evidencia una diferencia considerable en el número de ganglios linfáticos obtenidos de la pieza quirúrgica, siendo el doble en el grupo de colectomías extendidas. La recurrencia tanto local como sistémica a 3 años, fue considerablemente menor en pacientes con colectomías extendidas. Encontrándose diferencias significativas en ambas variables en los distintos abordajes quirúrgicos. Sin embargo, tanto en sobrevida global como libre de enfermedad a 3 años, los resultados son similares en ambos grupos.

56, CIERRE DE ILEOSTOMÍA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL DIPRECA

Autores: Stefanie Pantoja C, Valeria Bustamante C, Priscilla Jeria A, Daniela Carrasco O, Jaime Rivera O, María Valle B, Diego Marín G, Raimundo Izquierdo C, Pablo Blake P, Rubén Romero C

Hospital Dipreca

Introducción: La ileostomía en asa de protección es una práctica habitual para disminuir la dehiscencia anastomótica en cirugía colorrectal. En la literatura, la mayoría se realiza en pacientes de sexo masculino, en la 6ta década de la vida. La indicación principal en su mayoría corresponde a resecciones anteriores bajas (RAB) o ultra bajas (RAUB) por cáncer de recto (93–95%). Posteriormente su cierre presenta una morbilidad entre 17-36% y mortalidad entre 0.4–1%. Se reportan resultados variables en cuanto a evolución, por diferentes técnicas quirúrgicas y características poblacionales. Las guías internacionales promueven el cierre entre los 3–6 meses, sin embargo hasta un 40% de los pacientes puede superar los 12 meses y un 20% nunca se cierran.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, tiempo hasta el cierre, complicaciones y mortalidad a 30 días de pacientes sometidos a cierre de ileostomía en asa con técnica de Barcelona, en Hospital Dipreca.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes >18 años, en que se realizó cierre de ileostomía en asa mediante técnica de Barcelona. La obtención de datos fue mediante revisión de fichas clínicas y protocolos operatorios del Hospital DIPRECA desde noviembre-2013 hasta mayo-2025. Se excluyeron pacientes con ileostomías terminales, otras intervenciones en el mismo tiempo quirúrgico y con ileostomías 2rias a otra cirugía que no fuera RAB/RAUB. Se evaluaron antecedentes epidemiológicos, tiempo con la ileostomía, complicaciones post operatorias, reingresos y mortalidad a 30 días. Se utilizó el cálculo de mediana para meses y días a fin de disminuir la dispersión del grupo.

Resultado: En un periodo de 12 años, se realizaron 45 cierres de ileostomía que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión de la serie. De estos, 47%(N=21) fueron mujeres y 53%(N=24) hombres. La mediana de edad fue de 59(23-86 años). El principal motivo de la ileostomía en asa fue RAB/RAUB por cáncer de recto, correspondiendo a un 97.8%(N=44), y sólo un 2.2%(N=1) RAB por otra causa. La mediana para el cierre fue de 7 meses, con un 46.7%(N=22) ≤ 6 meses y un 28.9%(N=13) ≥ 12 meses. Un 13.3%(N=6) presentó íleo post quirúrgico, un 6.7%(N=3) infección de herida operatoria, un 2.2% (N=1) HDA y un 2.2% (N=1) obstrucción intestinal. Solo un paciente fue re-intervenido, y no hubo mortalidad reportada a los 30 días.

Conclusión: Los resultados descritos son concordantes con los expuestos en la literatura, tanto en características epidemiológicas como en tasas de complicación y mortalidad para esta técnica. Los pacientes en su mayoría fueron hombres en la 6ta década con RAB/RAUBs indicadas por cáncer de recto. Cabe destacar que esta serie no presentó dehiscencia de anastomosis ni mortalidad.

57, PERFIL CLÍNICO Y DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON PERFORACIÓN COLÓNICA POST COLONOSCOPIA EN UN CENTRO TERCIARIO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

Autores: Valentina Molina M¹, Andrea Quinchavil D¹, Ricardo Villalón C¹, Cristian Montenegro U², Mario Abedrapo Moreira¹, Mauricio Díaz B¹, Jose Luis Llanos B¹, Antonella Sanguinetti M¹

1departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile, 2departamento Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad De Chile.

Introducción: La perforación iatrogénica de colon es una complicación infrecuente pero grave de la colonoscopia, con una incidencia entre 0.01% y 0.8%, y con mayor riesgo en procedimientos terapéuticos. Entre el 45–60% se detectan durante el procedimiento; y su pronóstico depende del tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento pudiendo requerir manejo quirúrgico con ostomía

Objetivos: Describir el perfil clínico y manejo de pacientes con perforación colónica secundaria a colonoscopia, atendidos en el Hospital Clínico Universidad de Chile entre 2018 y 2025.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de pacientes con perforación colónica post colonoscopia entre enero de 2018 y junio de 2025. Se analizaron variables clínicas, demográficas y terapéuticas. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney U para evaluar la asociación entre tiempo hasta cirugía y requerimiento de ostomía (significancia $p < 0,05$).

Resultado: Se identificaron 16 casos de perforación entre 19.874 colonoscopías (incidencia anual entre 0% y 0,3%). La mayoría de los pacientes presentaba comorbilidades, principalmente hipertensión arterial (68,8%) y diabetes tipo 2 (25%). El 75%(N=12) de los procedimientos fueron diagnósticos y 25% (N=4) terapéuticos. La mediana de calidad de la preparación fue 9 puntos (Escala de Boston).

La perforación fue advertida intra procedimiento en 56,3% de los casos. Las localizaciones más frecuentes fueron recto/unión rectosigmoidea (37,5%), sigmoides (25%) y colon derecho (18,8%). En colonoscopías diagnósticas, el sigmoides y la unión rectosigmoidea fueron las zonas más comprometidas (30,8% cada una); en procedimientos terapéuticos, la distribución fue equitativa (20%) entre ciego, colon derecho y recto.

Cuatro pacientes (25%), fueron tratados sin cirugía (2 de resorte medico con antibióticos y 2 de manejo endoscópico), solo 1 caso reportó manejo endoscópico frustrado requiriendo cirugía. Doce casos (75%) requirieron manejo quirúrgico, laparotomía (52,3%) o laparoscopia (41,6%). Se realizó ostomía en seis casos (5 terminales y 1 ileostomía de protección), mientras que en los restantes, se realizó resección y anastomosis primaria. La mediana de tiempo entre colonoscopia y cirugía fue de 9 horas. No se evidenció asociación significativa entre mayor tiempo hasta cirugía y necesidad de ostomía ($p = 0,125$).

La mediana de estadía hospitalaria fue de 9 días, menor en pacientes manejados laparoscópica (8 días) o endoscópicamente (6 días).

Conclusión: Aunque infrecuente, la perforación colónica post colonoscopia tiene un alto impacto clínico. La variabilidad en los tiempos quirúrgicos sin relación clara con la ostomía abre oportunidades para revisar factores clínicos y organizacionales. Esto podría orientar mejor la indicación y oportunidad del manejo.

58, ENDOMETRIOSIS COLORRECTAL, RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO

Autores: Christophe Riquoir A., Cristián Jarry T., Sebastián Olivares M., Claudio Muñoz Z., Alejandra Seguel A., Eugenio Grasset E.

Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Servicio De Salud Metropolitano Oriente

Introducción: La endometriosis colorrectal es la manifestación extrauterina más común de la endometriosis infiltrante profunda. La cirugía tiende a ser compleja debido a la presencia de fibrosis importante, siendo característica la obliteración del fondo de saco recto-vaginal y vesicouterino. Por lo anterior, es de particular relevancia contar con una óptima colaboración entre los equipos de ginecología, coloproctología y urología para ofrecer los mejores resultados en morbilidad y calidad de vida.

Objetivos: El objetivo principal de este artículo es describir los resultados quirúrgicos de los casos operados por endometriosis colorrectal con participación de un equipo de coloproctología en un centro público. Secundariamente, realizar un análisis descriptivo y comparativo por subgrupos según tipo de cirugía.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal que incluyó pacientes mayores de 18 años sometidas a cirugía por endometriosis colorrectal entre septiembre 2021 y noviembre 2024. Se clasificaron en cuatro grupos de riesgo según complejidad quirúrgica: alto riesgo global (A), alto riesgo colorrectal (B), alto riesgo ginecológico (C) y bajo riesgo global (D). Se consideró como alto riesgo colorrectal si la cirugía implicó una anastomosis (resección discoide, segmentaria y colectomías) y alto riesgo ginecológico si fueron sometidas a una histerectomía. Si en el mismo tiempo quirúrgico hubo procedimientos complejos de ambas áreas se consideró como alto riesgo global y por defecto, se consideraron de bajo riesgo cuando solo hubo procedimientos de menor complejidad como shaving, quistectomía, anexectomías y otros (por ejemplo, adherenciolisis).

Resultado: De 317 pacientes operadas por endometriosis profunda, 43 (13,6%) presentaron compromiso colorrectal. El 91% fue intervenido por laparoscopia, con una tasa de conversión del 2,6%. El 30,2% requirió resección intestinal, sin dehiscencias anastomóticas reportadas. La morbilidad global fue del 16,3%, con complicaciones severas en el 2,3%. En los grupos A y B todos los casos fueron resueltos por laparoscopia, sin conversiones. Se observó una diferencia significativa en estadía hospitalaria entre los grupos B y D ($p=0,017$). Otras diferencias visibles, como tiempos operatorios más prolongados en los grupos complejos (A-C), no alcanzaron significancia estadística. Los resultados muestran una alta tasa de cirugía mínimamente invasiva, baja morbilidad y nula mortalidad, concordante con estándares internacionales.

Conclusión: Esta serie muestra buenos resultados quirúrgicos en endometriosis colorrectal, siendo el primer estudio a nivel nacional que realiza un análisis separado de los procedimientos ginecológicos y colorrectales que se realizan en el mismo tiempo quirúrgico. Con la consiguiente agrupación de estos según el riesgo quirúrgico inevitablemente combinado, se pueden interpretar

más específicamente los resultados y podrían tener aplicabilidad en protocolos de manejo y recuperación específicos para cada grupo. De acuerdo a los hallazgos de esta serie, los procedimientos colorrectales complejos parecen requerir estadías más largas que los ginecológicos, con morbilidad y tiempos similares.

59, INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA REGIÓN DE LOS LAGOS: ANÁLISIS DE TASAS CRUDAS Y AJUSTADAS 2013–2024.

Autores: Melissa Montes Velásquez, Tomás Contreras Rivas, Felipe Imigo Gueregat.

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

Introducción: El cáncer es la primera causa de muerte en la Región de Los Lagos desde 2016. El cáncer colorrectal (CCR) constituye la segunda causa oncológica más frecuente en esta región. El Hospital de Puerto Montt (HPM) es un centro de alta complejidad que atiende a la totalidad de la población FONASA de las provincias de Llanquihue y Palena, con el diagnóstico de CCR. Identificar las comunas con mayor carga de enfermedad es fundamental para orientar programas de pesquisa y planificación sanitaria. Actualmente no existen reportes que describan la distribución comunal.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la incidencia de CCR en las 13 comunas de las provincias de Llanquihue y Palena mediante tasas crudas y ajustadas por edad durante un período de once años.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo, observacional, de base poblacional. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de CCR registrados en la base prospectiva del programa GES del HPM entre el 1 de Julio 2013 y a 30 de Junio de 2024. Se excluyeron registros duplicados y casos con diagnóstico no confirmatorio o pertenecientes a comunas fuera del área de estudio.

Para la población de referencia se utilizaron datos censales oficiales por comuna, considerando población total y población mayor de 15 años (proporción regional de 86,8% del total). Se clasificaron las comunas según predominio urbano o rural. Se calcularon tasas crudas acumuladas y tasas crudas anuales promedio (por 100.000 habitantes), así como tasas ajustadas acumuladas y anuales promedio para población mayor de 15 años, mediante el método directo de estandarización. El análisis se realizó con Python 3.1, calculando intervalos de confianza al 95% para todas las tasas, y se elaboraron rankings comparativos por comuna.

Resultado: Se registraron 1.574 casos de CCR en el período. Las comunas con mayor riesgo individual según la tasa ajustada anual (por 100.000 habitantes) fueron: Fresia (53,32), Puerto Montt (48,18), Cochamó (47,23) y Maullín (44,43). Puerto Montt concentró el mayor número absoluto de casos (1.077). Comunas urbanas como Frutillar (28,57) y Llanquihue (25,35) mostraron tasas intermedias, mientras que comunas rurales como Hualaihué (20,92) y Palena (19,54) registraron tasas bajas. El análisis rural/urbano mostró promedios similares (rurales 30,19; urbanas 31,26), aunque con mayor variabilidad en zonas rurales, destacando como zonas de alto riesgo a Fresia y Cochamó. Comunas de menor población y accesibilidad (Futaleufú, Chaitén, Palena) presentaron las tasas más bajas.

Conclusión: El CCR presenta una distribución heterogénea en las Provincias analizadas. Puerto Montt destaca por su alta carga absoluta y elevada tasa ajustada, mientras que Fresia y Cochamó se consolidan como comunas rurales con riesgo individual significativamente mayor. Estos hallazgos permiten priorizar comunas para programas de tamizaje y prevención focalizados, optimizando la planificación sanitaria regional y contribuyendo a un abordaje más equitativo y eficiente.

60, MACROLIGADURA HEMORROIDAL EN EL HOSPITAL DIPRECA: RESULTADOS A 5 AÑOS Y SU IMPACTO EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA.

Autores: Pedro Améstica Latorre, Rodrigo Salamanca Carrasco, Kelly Dreyer Gonzáles, Pablo Blake Pávez.

Hospital Dipreca

Introducción: La enfermedad hemorroidal (EH) se define como una alteración de las almohadillas vasculares normales ubicadas en la submucosa del canal anal, es una patología frecuente que afecta la calidad de vida de las personas, con síntomas como dolor, sangrado, prurito y prolapso anal, que impactan en la higiene e incluso en la salud mental. Sin tratamiento oportuno puede derivar en anemia o trombosis. Se clasifica en internas o externas según su ubicación, y graduadas del I al IV según Goligher por su severidad y presencia de prolapso. Afecta principalmente a personas entre 45 y 65 años, con alta prevalencia en mayores de 50. En Chile, es una causa frecuente de consulta proctológica. Factores predisponentes incluyen sedentarismo, urbanización y dietas bajas en fibra. Técnicas no quirúrgicas como la ligadura elástica y la macroligadura con banda elástica, descrita en 2003 por Reis Neto et al, son opciones efectivas y de bajo costo.

Objetivos: Evaluar la satisfacción de pacientes sometidos a macroligadura con banda elástica, con seguimiento a mediano y largo plazo.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo en 63 pacientes del Hospital DIPRECA (Chile) entre 2020-2024, con EH grados I a IV, algunos con componente externo. Procedimiento realizado por un solo cirujano usando técnica de macroligadura con doble banda elástica. Se aplicó una encuesta basada en el Haemorrhoid Severity Score y modelo de Heine et al. para estudios funcionales y de satisfacción con el procedimiento PPH donde se incluía los principales síntomas. La encuesta, diseñada en Google Forms, se envió a los pacientes identificados mediante correo electrónico y contacto telefónico, esta constaba de dos partes donde se valoraba síntomas preoperatorios y postoperatorios. Se excluyeron pacientes con tratamientos combinados, diagnósticos adicionales o encuestas incompletas. El procedimiento se hizo con anestesia regional, la aspiración del paquete hemorroidal y colocación de bandas fue a 1,5 cm sobre la línea pectínea. Se daba de alta el mismo día.

Resultado: De los 63 pacientes intervenidos entre 2020 y diciembre de 2024, se obtuvieron 45 respuestas a la encuesta (70%), de las cuales 37 cumplieron con los criterios de inclusión. Edad promedio fue 54 años, 55% con grado II, 28% grado III y 13% grado IV; 38% con enfermedad mixta. Síntomas frecuentes preoperatorios: dolor (92%), sangrado (90%) y prolapso (85%).

Postratamiento se observó mejoría significativa, sin reintervenciones ni hospitalizaciones a 5 años. Incontinencia fecal se mantuvo de 2,2 vs 1,7 puntos (escala Wexner). Satisfacción promedio fue 6,6/7, con 92% evaluando ≥ 6 y 97% recomendando el procedimiento. El dolor postoperatorio, fue en promedio de 2 semanas, no superó las 8 semanas y el 72% de los pacientes reportó dolor postoperatorio con EVA ≤ 5 .

Conclusión: La macroligadura hemorroidal es un procedimiento seguro, con resultados favorables desde su descripción inicial en 2003. La ausencia de publicaciones previas sobre esta técnica en Chile resalta la importancia del presente estudio. La naturaleza cerrada del sistema previsional DIPRECA facilitó el seguimiento, además, todos los procedimientos fueron realizados por un único cirujano. Como limitaciones destacan el diseño retrospectivo y el tamaño muestral, que podría afectar la validez externa, no obstante, los resultados son prometedores. En conclusión, la macroligadura con doble banda elástica se presenta como una opción ambulatoria, de bajo costo y eficaz, con alta satisfacción y sin complicaciones mayores a mediano plazo.

61, DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA COLORRECTAL: RESULTADOS INICIALES EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.

Autores: Erik Manriquez-alegria, Pamela Briones Nuñez, Carlos Morales Mora, Valentina Duran Espinoza, Gonzalo Carvajal Guijon, Felipe Mena Gil, Martín Quintana, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Kusanovich Borquez, Felipe Quezada-díaz

Hospital Sótero Del Río/ Pontificia Universidad Católica.

Introducción: La detección de neoplasias colorrectales avanzadas (NCA) está aumentando debido a la expansión de los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) y la mejora en la accesibilidad a la colonoscopia. La disección endoscópica submucosa (DES) ha emergido como una herramienta crítica para obtener especímenes de alta calidad, mejorando así los procesos de toma de decisiones en los algoritmos de manejo del CCR

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo reportar los resultados iniciales de la DES colorrectales en un hospital público Chile.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, en un hospital público de Chile, incluyendo pacientes mayores de 18 años con NCA. Se definió NCA como: lesiones mayores a 10 mm, histología tubulo-vellosa o vellosa, displasia de alto grado y/o con presencia de adenocarcinoma. Los procedimientos fueron realizados entre julio de 2018 y mayo de 2024. Se registraron variables demográficas y perioperatorias.

Resultado: Se realizaron 71 procedimientos de DES: 41(57,7%) pacientes fueron mujeres, con una edad mediana de 66 años. El tamaño promedio de las NCA fue de 33,1 mm, con un 59,1% localizado en el recto, 18,3% en el sigmoides y 8,4% en el colon derecho. La resección en bloque fue exitosa en el 98,6% de los casos, logrando márgenes R0 en el 83%. El 77,4 % de las NCA presentaron displasia de bajo o alto grado y/o carcinoma intramucoso. Siete pacientes tuvieron adenocarcinomas T1, dos de los cuales requirieron cirugía adicional. Solo 1 paciente tenía un cáncer T2 y se optó por el seguimiento debido a la edad avanzada y los márgenes negativos de la pieza. La mediana de la estadía hospitalaria fue de 1 día. Se presentaron complicaciones mayores en cinco pacientes; cuatro necesitaron intervención endoscópica o quirúrgica. Se reportó mortalidad a 30 días en solo 1 paciente que falleció debido a un infarto agudo de miocardio.

Conclusión: En esta serie, la DES se asoció con una alta tasa de resecciones en bloque, pocas complicaciones mayores y estadías hospitalarias cortas. La técnica de DES se ha convertido en una herramienta diagnóstica y terapéutica clave en nuestro centro, facilitando el manejo personalizado del CCR.

62, COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS, MANEJO Y RESULTADOS FUNCIONALES EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLORRECTAL: EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. FRANCO RIVERA ZUNINO.

Autores: Joaquín Vega A., Catalina Saavedra G., Constanza Abarca M., Paz Cárdenas Cid., Phelipe Roling N., Leonardo Guerrero C., Manuel Pino., Jorge Bermeo P., Gustavo Montesinos A.

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

Introducción: La cirugía oncológica colorrectal constituye el tratamiento de elección y permanece como piedra angular en el tratamiento del Cáncer de Colon y Recto. No obstante, pese a los constantes avances en programas de detección temprana, tecnología de apoyo quirúrgico y neoadyuvancia, aún persisten complicaciones intra y postoperatorias relevantes que impactan negativamente en la funcionalidad post operatoria y morbilidad. Factores como edad, sexo, ASA, localización tumoral y tipo de abordaje influyen en el riesgo quirúrgico. La laparoscopia ha demostrado reducir sangrado, infecciones y estancia hospitalaria sin comprometer la seguridad oncológica. Sin embargo, existe escasa evidencia nacional que integre variables clínicas y quirúrgicas con los resultados funcionales.

Objetivos: Analizar las complicaciones quirúrgicas, su manejo y los resultados funcionales en una cohorte intervenida por el equipo de coloproctología del Hospital Dr. Franco Rivera Zunino

Contenido del E-Poster: Estudio observacional de cohorte retrospectivo que incluyó 599 pacientes mayores de 18 años con sospecha de cáncer colorrectal, sometidos a cirugía electiva entre junio de 2017 y junio de 2024, todos intervenidos por el equipo de coloproctología del HFRZ. Se excluyeron cirugías de urgencia y procedimientos realizados por otros equipos. Se aplicó un protocolo institucional de control imagenológico guiado por niveles de PCR al cuarto día postoperatorio. Se evaluaron complicaciones quirúrgicas, reintervención precoz, estrategias de manejo y resultados funcionales (ostomía y restitución del tránsito), estratificados por localización tumoral (colon derecho, izquierdo o recto). El análisis fue descriptivo, mediante medidas de tendencia central.

Resultado: En esta cohorte de cirugía oncológica colorrectal electiva, la incidencia global de complicaciones fue del 13 %, con distribución equitativa por sexo. Las más frecuentes fueron dehiscencia anastomótica (32 %), colecciones intraabdominales (16 %) e íleo adinámico (13,3 %). El protocolo institucional con PCR al día 4 y uso dirigido de imágenes permitió detectar precozmente complicaciones y guiar decisiones, como la reintervención.

Del total de casos complicados, un 15,5 % requirió imágenes, con hallazgos patológicos en el 77,4 %; de ellos, un 7,5 % fue reintervenido. Entre los pacientes reintervenidos (n=57), el 75 % contaba con imágenes previas. El abordaje laparoscópico (72 %) se asoció a menor estadía (5,8 días; DE $\pm 6,65$) versus cirugía abierta (8,24 días; DE $\pm 7,61$), sin aumento de complicaciones. Según localización, los tumores rectales (39,7 %) presentaron mayor tasa de eventos, incluyendo fuga

anastomótica en el 6,73 %, de las cuales el 73,3 % se manejó médicamente, logrando restitución del tránsito en el 60 % con funcionalidad adecuada.

Conclusión: La cirugía oncológica colorrectal sigue asociada a una proporción significativa de complicaciones quirúrgicas, especialmente en tumores rectales y en pacientes con factores clínicos de riesgo. El análisis integral de variables clínicas, quirúrgicas y funcionales permitió caracterizar estos eventos y orientar su manejo. La medición seriada de PCR demostró ser una herramienta útil en la detección precoz de complicaciones, y la evaluación de ostomización y restitución del tránsito aportó una visión funcional del impacto postoperatorio. Estos hallazgos refuerzan la importancia de protocolos de vigilancia y una planificación quirúrgica individualizada.

63, CIRUGÍA SINCRÓNICA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS EN CÁNCER COLORRECTAL: ¿UNA ESTRATEGIA SEGURA Y EFECTIVA? EXPERIENCIA CLÍNICA DE UNA DÉCADA EN UN CENTRO PRIVADO EN CHILE.

Autores: Nicole Díaz A., Bárbara Ortiz J., Cristobal Suazo L., Cristian Gallardo V., Rodrigo Vallejos H., Maximiliano Puebla H.⁴

Clínicas Redsalud

Introducción: Entre un 20-25% de los pacientes con cáncer colorrectal presentan metástasis hepáticas sincrónicas al momento del diagnóstico. La cirugía sincrónica aborda simultáneamente el tumor primario y las metástasis hepáticas en un sólo acto quirúrgico. Esta técnica emerge como una alternativa prometedora frente a las estrategias en tiempos diferidos, buscando mejorar los resultados oncológicos y acelerar la recuperación del paciente. Sin embargo, la experiencia chilena publicada en este tipo de resecciones es limitada.

Objetivos: Describir los resultados a corto plazo de la cirugía sincrónica en pacientes con cáncer colorrectal y metástasis hepáticas, analizando morbilidad postoperatoria, tasa de resección completa (R0) y factores asociados.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en un centro privado chileno durante el período 2014-2024.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con adenocarcinoma colorrectal y metástasis hepáticas sincrónicas tratados quirúrgicamente en un solo tiempo. Se excluyeron casos con metástasis extrahepáticas o datos incompletos.

Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas mediante estadística descriptiva.

Resultado: Se estudiaron diez pacientes, ocho hombres y dos mujeres, con una edad promedio de 57,8 años. Siete de ellos presentaban tumores localizados en recto superior con metástasis hepáticas únicas o múltiples. Cuatro pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante.

Todos fueron sometidos a resección colorrectal y cirugía hepática sincrónica, seis por laparotomía y cuatro por vía laparoscópica. El tiempo operatorio promedio fue de 299 minutos, con pérdidas hemáticas medias de 877 cc y la mediana de estadía hospitalaria fue de 6,5 días (rango 5-22 días).

Se reportaron dos complicaciones postoperatorias menores (íleo y colección intraabdominal). En el 90% de las cirugías se logró una resección completa (R0). La anatomía patológica mostró un predominio de adenocarcinoma de tipo moderadamente diferenciado, con frecuente invasión linfovascular y perineural.

Conclusión: La cirugía sincrónica en cáncer colorrectal con metástasis hepáticas demostró ser una estrategia segura en pacientes seleccionados, caracterizada por una baja morbilidad y una alta

tasa de resección completa R0.

Los resultados obtenidos en este centro son comparables con series internacionales, posicionando esta estrategia como una opción válida y replicable en otros centros del país, contribuyendo al desarrollo de la cirugía oncológica compleja en Chile.

64, EXPERIENCIA A CORTO PLAZO EN CIRUGÍA TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA PACIENTES CON LESIONES DE RECTO MEDIO Y BAJO

Autores: Dra. Joselin Del Valle Jaimes F., Clara Del Carmen Silva C, Dr. Francisco López K, Dr. Diego Marin

Clinica Universidad De Los Andes. Servicio De Coloproctologia

Introducción: El tratamiento de las lesiones rectales ha evolucionado rápidamente hacia cirugías mínimamente invasivas como alternativa a las resecciones mayores, asegurando adecuados resultados quirúrgicos y priorizando la funcionalidad y calidad de vida del paciente. La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS), ofrece resultados oncológicos comparables a otras técnicas más difundidas, con menor morbilidad. Esta técnica permite la resección de lesiones de recto medio e inferior mediante instrumental laparoscópico convencional en pacientes seleccionados

Objetivos: Describir la técnica TAMIS y caracterizar la experiencia clínica y oncológica en un centro universitario durante tres años.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo, retrospectivo basado en la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a TAMIS con tumores de recto medio y bajo en la Clínica Universidad de los Andes entre Enero de 2022 y Diciembre 2024.

Resultado: Se incluyeron 19 pacientes (edad promedio 62,5 años; 58% mujeres), con tumores rectales a una distancia media de 6,6 cm del margen anal y tamaño promedio de 2,5 cm. La duración quirúrgica media fue de 37 minutos. El 89,5% fue dado de alta dentro de las primeras 24 horas. Se registraron dos complicaciones Clavien y Dindo grado I (10,5%): un neumoperitoneo manejado de forma conservadora y una incontinencia fecal. Se resecaron 10 lesiones benignas y 9 malignas de estos 3 pacientes tuvieron diagnóstico de carcinoma in situ, 6 pacientes tuvieron carcinoma rectal temprano invasor de la submucosa según la clasificación Kitajima et al, Sm1: 1 paciente, Sm2:2 pacientes Sm3:1 paciente, 1 paciente con Tumor maligno T2, logrando resección completa con margen negativo en todos los casos. En el seguimiento a 6 meses 1 paciente presenta recurrencia del tumor maligno por lo que es manejada con adyuvancia por la edad y 1 paciente Sm3 con histología de alto riesgo es llevada a Resección anterior ultrabaja interesfinterica, el resto de pacientes en seguimiento sin evidencia de enfermedad actual visible.

Conclusión: En un grupo experimentado y con una adecuada selección de pacientes, la técnica TAMIS es segura como se ha demostrado en la evidencia y en nuestro estudio, puede considerarse como una biopsia excisional en los pacientes con tumores de recto, siendo un procedimiento curativo en lesiones benignas y en cáncer no invasor e invasor Estadio I, preservando la función anorrectal y mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

65, IMPLEMENTACIÓN DE DISECCIÓN PROTOCOLIZADA POR SEPARADO DE ZONAS GANGLIONARES EN LA PIEZA QUIRÚRGICA EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA CON LINFADENECTOMÍA D3 LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE COLON DERECHO: SERIE DE CASOS.

Autores: Roberto Esteban Olguín Rodríguez, Óscar Rodrigo Pincheira Sáez, Ignacio Patricio Raimann Bucarey, Enrique Eduardo Morales Correa, Julio Eduardo Figueroa Román, Tomás Sebastián Contreras Rivas, Felipe Andrés Imigo Gueregat

Hospital De Puerto Montt - Universidad San Sebastián Sede De La Patagonia

Introducción: La hemicolectomía derecha con linfadenectomía D3, ha sido propuesta como una técnica quirúrgica avanzada en el manejo del cáncer de colon derecho, permitiendo una resección más extensa del paquete linfovascular, con mayor cosecha ganglionar, lo que podría traducirse en una mejor estadificación y sobrevida a mediano y largo plazo según revisiones sistemáticas. Sin embargo, no existe información robusta en la literatura sobre el análisis focalizado de los grupos ganglionares extendidos y su utilidad oncológica de manera independiente.

Objetivos: Describir los resultados clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos de una serie de pacientes sometidos a hemicolectomía derecha laparoscópica y linfadenectomía D3 posterior a la disección de la pieza operatoria de los territorios ganglionares extendidos de forma independiente a los grupos ganglionares pericolónicos.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos operados entre enero de 2023 y junio de 2024. Los datos fueron recopilados de las fichas clínicas digitales del Hospital Puerto Montt. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon derecho que fueron sometidos a hemicolectomía derecha con linfadenectomía D3 sometidos a análisis protocolizado de la pieza quirúrgica. Se excluyeron los casos en que no se pudo objetivar el correcto mapeo anatomopatológico. La pieza quirúrgica fue disecada ex vivo y se enviaron zonas de tejido en frascos aislados: 1) tejido linfograso del tronco de la arteria cólica media y ligadura alta (1 cm), 2) tejido linfograso del tronco de la vena cólica media y ligadura alta (1 cm), 3) tejido linfograso del tronco quirúrgico de Gillot y tronco de Henle, 4) tejido linfograso de los vasos ileocólicos y ligadura alta (1 cm), 5) tejido linfograso de vena mesentérica superior (área de 4 x 1,5 cm) y 6) tejido omental infrapilórico. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, operatorios, postoperatorios e histopatológicos. Los procedimientos fueron realizados por un mismo equipo de cirugía colorrectal entrenado. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultado: Se analizaron 9 pacientes, con una mediana de edad de 71 años. Todos fueron intervenidos por vía laparoscópica, sin conversiones. El tiempo quirúrgico promedio fue de 267,9 minutos (rango 175-424 minutos). No hubo complicaciones quirúrgicas ni reintervenciones. Oncológicamente, 7 casos fueron adenocarcinoma (77,8%), 7 casos fueron T3/T4a (77,8%) y 7 casos fueron estadios IIIB o IIIC (77,8%). La cosecha ganglionar total fue en promedio 58,9 (rango 30-108); en el grupo ganglionar D3 fue de 23,3 (rango 15-34) y en el grupo pericolónico fue 37,6 (rango 18-83). De la positividad ganglionar, 6 casos (66,7%) fueron positivos, 5 incluyeron el grupo

pericolónico (83,3%). 1 caso fue positivo exclusivo en territorio D3 y negativo pericolónico (metástasis ganglionar saltatoria).

Conclusión: En hemicolectomía derecha más linfadenectomía D3 laparoscópica en cáncer de colon, este estudio aporta información sectorizada de los grupos ganglionares pericolónicos y regionales centrales D3 mediante la disección y clasificación de la pieza operatoria por el cirujano previo al análisis histopatológico, destacando mayor positividad en los grupos pericolónicos. Sin embargo, se necesitan estudios con mayor número de casos y mayor poder estadístico para encontrar asociaciones y utilidad clínica aplicable a fin de optimizar la selección de casos para este procedimiento de forma universal.

66, EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL.

Autores: Valentina Castillo Warnken, Marcelo Rodriguez Gonzalez, Alejandro Readí Vallejos, Sebastián López Nuñez, Eduardo Mordojovich Zuñiga, Gonzalo Campaña Villegas

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

Introducción: La implementación de indicadores de calidad en cirugía oncológica permite evaluar el desempeño institucional, optimizar la atención y mejorar los resultados clínicos. En cáncer colorrectal (CCR), modelos internacionales como el de Ontario han definido indicadores clave que guían las buenas prácticas. En Chile, la información disponible es limitada.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento de indicadores de calidad en cirugía por CCR en un centro privado chileno y compararlo con estándares nacionales e internacionales.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo de 109 pacientes operados por CCR entre 2021 y 2024 en Clínica INDISA. Se evaluaron 23 indicadores de calidad agrupados en cinco categorías: preoperatorio, quirúrgico, pieza operatoria, resultados quirúrgicos y seguimiento. Se realizó un análisis descriptivo de las tasas de cumplimiento.

Resultado: La edad promedio fue de 62 años; 51,4% eran mujeres. El 93,6% presentó cáncer de colon y el 6,4% de recto. Se alcanzó un cumplimiento $\geq 80\%$ en 21 de 23 indicadores evaluados (91,3%). Destacaron: estudio colonoscópico completo (100%), etapificación por imágenes (93%), cirugía laparoscópica en electivos (90,5%), márgenes quirúrgicos negativos (98,2%), linfadenectomía adecuada (86,2%) y baja tasa de complicaciones mayores (7,3%). En contraste, el registro preoperatorio del antígeno carcinoembrionario (CEA) fue de 64,3%, y el seguimiento postoperatorio riguroso alcanzó un 72,5%, ambos por debajo del estándar recomendado. La sobrevida global fue de 98,2% a 25 meses de seguimiento promedio, con una baja tasa de recidiva global (6,5%) y mortalidad a 30 días (0,92%).

Conclusión: El cumplimiento global de indicadores de calidad en este centro fue alto y comparable con estándares internacionales. Se identificaron fortalezas relevantes en etapificación, abordaje quirúrgico mínimamente invasivo y resultados postoperatorios. Las principales oportunidades de mejora se concentran en el registro sistemático del CEA y la adherencia al seguimiento oncológico. Estos resultados respaldan la utilidad de incorporar indicadores de calidad como herramienta de mejora continua y justifican su aplicación sistemática a nivel nacional.

67, LINFOMA PRIMARIO COLORRECTAL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL DEL SALVADOR, CHILE.

Autores: Felipe Navarro H, Gonzalo Rebolledo D, Matías Pruzzo G, Carlos Ayala R, Patricio Opazo S, Eduardo Mordojovich Z, Guillermo Reyes R, Roberto Salas O, Rodrigo Fernández M, Rodrigo Capona P.

Hospital Del Salvador, Servicio De Coloproctología

Introducción: El compromiso extra nodal de los linfomas, es decir, fuera de los linfonodos, bazo o médula ósea, se presenta en aproximadamente el 30% de los casos, con un aumento en su incidencia en las últimas décadas, alcanzando hasta un 55% en algunas series más recientes. El tracto gastrointestinal es la localización extra nodal más frecuente (30%-45%), siendo el compromiso colorrectal uno de los sitios menos comunes, representando los linfomas el 0.2% al 1.2% de todos los cánceres primarios de colon. El tratamiento es predominantemente quimioterapia, involucrando en algunos casos cirugía, especialmente en contexto de urgencias.

Objetivos: Describir el perfil clínico de los pacientes con linfoma colorrectal y sus localizaciones más frecuentes, su presentación clínica, el requerimiento de cirugía y la sobrevida de los casos diagnosticados en el Hospital del Salvador (HDS) en Santiago (Chile) los últimos 8 años.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de linfomas colorrectales atendidos en el servicio de coloproctología del HDS entre 2016 y 2024. Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico confirmado de linfoma intestinal, y se registraron los datos clínicos para análisis estadístico descriptivo en Microsoft Excel.

Resultado: Se identificaron 12 pacientes con linfoma colorrectal. La edad promedio de diagnóstico fue de 66,3 años (DS: $\pm 15,2$), donde 58,3% fueron hombres. Solo 1 paciente tenía antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa) y tres presentaban diagnóstico previo de linfoma extraintestinal. Todos los casos correspondieron a linfomas no Hodgkin. 50% se localizó en el colon (tres en ciego; uno en colon ascendente, uno en ángulo esplénico y uno en sigmoides), 25% en íleon distal, 16,7% en recto y uno en el canal anal. El 58,3% presentó compromiso adicional fuera del tracto gastrointestinal. 75% de los pacientes (9) requirieron cirugía de urgencia, mientras que 3 no fueron intervenidos. El 33,3% debutó con hemorragia digestiva baja, el 25% con perforación, y el 16,7% con obstrucción intestinal o baja de peso. Un caso se diagnosticó por diarrea como síntoma principal. La tasa global de sobrevida fue del 66,7%, con una mediana de seguimiento de 40,3 meses (rango: 6–235). Los cuatro pacientes fallecidos presentaron una mediana de sobrevida de 22,3 meses (rango: 6–63). Solo uno de los pacientes intervenidos quirúrgicamente (colostomía en asa por obstrucción rectal) falleció 60 días después de la intervención quirúrgica por un accidente cerebrovascular. Otros 3 fallecieron por infecciones pulmonares, sin haber recibido cirugía.

Conclusión: El linfoma primario colorrectal y de íleon distal es una entidad infrecuente. Afecta predominantemente a hombres mayores, con escasa relación con enfermedad inflamatoria

intestinal. La localización más común fue el colon, seguido del íleon distal, recto y ano, concordante con la literatura. Más de la mitad de los casos presentó compromiso extraintestinal, y el 75% requirió cirugía de urgencia debido a complicaciones como hemorragia, perforación u obstrucción intestinal. La sobrevida global a tres años fue del 66,7%. La mortalidad se asoció principalmente a complicaciones infecciosas y no a la cirugía en sí. A pesar de que el tratamiento principal de esta entidad es netamente médico, el cirujano tiene un rol importante en el manejo de las complicaciones asociadas a este cuadro, por lo que debe mantenerse una sospecha activa dentro del universo de tumores gastrointestinales.

68, ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE RESULTADOS EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE COLON CON ETAPIFICACIÓN T4 TRATADO EN FORMA QUIRÚRGICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Autores: Francisca Arcos Gertosio, Victor Cortes Fuentes, Antonella Sanguineti Montalva, Jose Luis Llanos Bravo, Mario Abedrapo Moreira, Mauricio Díaz Beneventi, Sebastian Olivares Medina, Cristoph Scheel Bastias

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias malignas más frecuentes a nivel mundial. En Chile, según datos del año 2020, fue el segundo cáncer con mayor incidencia en ambos sexos. Su manejo depende de la etapificación clínica y patológica, según la clasificación TNM, considerando T4 aquellos tumores con invasión del peritoneo visceral (T4a) o de órganos adyacentes (T4b), estos se asocian a peor pronóstico y tasas de sobrevida a 5 años de 40-60%.

Acorde a la literatura (Estudios ACOSOG y ALACART) el tratamiento gold estándar es la cirugía oncológica por vía mínimamente invasiva, sin embargo aún existen controversias en relación a la recurrencia y sobrevida de los pacientes sometidos a este abordaje.

Por otra parte en los pacientes T4 se ha descrito una importante discordancia entre la etapificación preoperatoria por tomografía y la definitiva por anatomía patológica que podría impactar en la recurrencia y sobrevida.

Objetivos: - Evaluar los resultados oncológicos, del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de colon T4, del Hospital Clínico Universidad de Chile en los últimos 10 años, según su abordaje.

- Comparar la etapificación preoperatoria con la definitiva del estudio histopatológico y evaluar su impacto en términos oncológicos.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectivo, basado en revisión de fichas clínicas, se incluyó a todos los pacientes operados entre los años 2014 y 2023 cuyo estudio histológico informó T4. Se excluyeron pacientes fallecidos antes de seguimiento clínico o cuya resolución quirúrgica fue realizada en otro centro

El análisis estadístico se realizó con programa STATA V17.0, se aplicó estadística descriptiva, Mann Whitney U para comparación de variables cuantitativas y Chi cuadrado para variables cualitativas con valor de $p < 0,05$ estadísticamente significativo.

Resultado: Cohorte de 83 pacientes, 50,6% corresponde a mujeres ($n=42$), promedio de edad de 64 años (39-95 años) . 100% adenocarcinoma, con sobrevida global a 5 años de 33,3%

Se realizó cirugía abierta a 54% de los pacientes. Al comparar tiempo quirúrgico, días de hospitalización, tasas de complicación quirúrgica y médica, se encontró diferencia significativa en días de hospitalización, menor en el grupo laparoscópico ($p=0,002$). Sin diferencias significativas en

tasas de recidiva, sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global.

Al comparar la etapificación tomográfica con la histológica 22 pacientes fueron etapificados erróneamente en el preoperatorio (26%), sin embargo no se encontraron diferencias significativas en recurrencias ni sobrevida libre de enfermedad entre ambos grupos.

Conclusión: El presente estudio demuestra que los resultados oncológicos de los pacientes con cáncer de colon T4 tratados quirúrgicamente en nuestro centro se alinean con reportado en la literatura. No se observaron diferencias significativas en pronóstico oncológico a largo plazo al comparar los grupos de cirugía abierta y laparoscópica lo que respalda el uso de laparoscopia incluso en tumores localmente avanzados.

Se encontró discordancia entre la etapificación pre y postoperatoria en un 26% de los casos, no obstante esto no impactó en el pronóstico oncológico, lo que sugiere que si bien la tomografía presenta limitaciones en esto no compromete el pronóstico oncológico cuando se realiza una resección con criterios oncológicos

Estos hallazgos evidencian la importancia de un enfoque individualizado y multidisciplinario en este grupo de pacientes, priorizando una cirugía R0 mínimamente invasiva

69, EVALUACIÓN INICIAL DE UN PROTOCOLO PROSPECTIVO DE CIRUGÍA MAYOR COLORRECTAL EN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD, VILLARRICA: SELECCIÓN DE CASOS, PREPARACIÓN PERIOPERATORIA Y RESULTADOS CLÍNICOS

Autores: Dr. Eduardo García Muñoz¹ (autor), Dr. Javier Oroz¹ (coautor)

Hospital De Villarrica, Servicio De Salud Araucania Sur.

Introducción: La implementación de protocolos quirúrgicos estandarizados en cirugía mayor colorrectal busca mejorar la selección de pacientes, optimizar la preparación perioperatoria y reducir las complicaciones y días de estadía. Este trabajo evalúa los resultados iniciales de un protocolo prospectivo aplicado en un hospital de mediana complejidad.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de un protocolo prospectivo de cirugía mayor colorrectal en términos de selección de pacientes, complicaciones postoperatorias y días de estancia hospitalaria.

Contenido del E-Poster: Estudio prospectivo desarrollado a partir de junio 2024 hasta Junio 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con indicación de cirugía colorrectal mayor electiva. Se aplicó un protocolo que incluyó:

- Estudios preoperatorios: valoración funcional, ASA, comorbilidades , todos con evaluación preanestésica.
- Preparación prequirúrgica: preparación de colon con PEG el día previo (salvo las colectomías derechas), profilaxis antibiótica (ciprofloxacimo – metronidazol oral día previo), ayuno abreviado, ingreso hospitalario 1 hora previo a su cirugía , protocolo ERAS abreviado (deambulación precoz, kine pre y post op, realimentación precoz con tránsito a gases, cirugías sin sondas ni drenajes)
- Registro de días de estadía hospitalaria post operatoria
- Complicaciones - Mortalidad

Resultado: - Total de pacientes incluidos: 30

- Edad promedio: 56,3 años

- Distribución diagnóstica: 18 cáncer, 8 Reconstituciones de tránsito, 2 vólvulos de sigmoides, 2 Diverticulares complicados.

- Días promedio de estadía post operatoria: 6,5 días

- Complicaciones postoperatorias: 3 pacientes (1 hemoperitoneo, 1 filtración anastomótica, 1

evisceración contenida), todos reintervenidos en forma precoz.

- No hubo mortalidad en la serie.

Conclusión: La aplicación sistemática del protocolo permitió una adecuada preparación de los pacientes con una baja incidencia de complicaciones mayores. La estadía promedio se mantuvo dentro de los estándares internacionales, demostrando que en contextos de mediana complejidad se pueden aplicar modelos avanzados de atención quirúrgica con buenos resultados.

70, VALIDACIÓN DEL POLARS EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA CHILENA: ¿REALMENTE PREDICE LA INCIDENCIA DE LARS MAYOR?

Autores: María Inés Gaete D., Macarena Fernández A., Cristián Jarry T., Georgette Barra C., Eugenio Grasset E., Andrea Quinchavil D., José Tomás Larach K., Felipe Bellolio R.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico P. Universidad Católica De Chile. Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Equipo Coloproctología, Hospital Dr. Luis Tisné B.

Introducción: El síndrome de resección anterior baja (LARS, por sus siglas en inglés) es una disfunción intestinal postoperatoria frecuente. En nuestro medio, la prevalencia de LARS mayor es cercana al 40%, por lo que acompañar y tratar a este grupo de pacientes resulta esencial para minimizar el deterioro de su calidad de vida. La identificación de pacientes de mayor riesgo en el período preoperatorio permitiría alocar recursos a su prehabilitación y educación, para lograr una mejor experiencia post cirugía. El "POLARS" es un modelo matemático que permite integrar factores de riesgo de pacientes en una fórmula y predecir la ocurrencia de LARS. Las experiencias nacionales han reportado resultados dispares respecto al rendimiento de este score en población chilena.

Objetivos: Evaluar la correlación, concordancia y grado de acuerdo entre POLARS y el cuestionario LARS en una cohorte multicéntrica nacional para definir su utilidad como predictor de LARS mayor en pacientes chilenos sometidos a cirugía de recto con preservación de esfínter.

Contenido del E-Poster: Estudio de tipo evaluación de un test diagnóstico. Haciendo uso de una base de datos de pacientes con cáncer sometidos a cirugía de recto con preservación de esfínter entre 2001 y 2022 pertenecientes a tres centros de la región metropolitana, se realizó el cálculo de POLARS en base a la fórmula publicada y se comparó con el reporte de LARS recopilado de los pacientes. Se abordó desde un punto de vista analítico mediante correlación entre puntajes y método de Bland-Altman. También se evaluó la efectividad de POLARS en predecir LARS mayor mediante Kappa de Cohen y curva ROC.

Resultado: De 239 pacientes con puntaje LARS registrado, 223 (92.91%) fueron incluidos al contar con todas las variables para el cálculo de POLARS. La mediana de POLARS fue de 25.8[22.1-29.5] y la mediana de puntaje LARS de 26[13-32]. Se identificó una correlación positiva moderada entre ambas mediciones ($p=0.403$, $p=0.001$). El análisis de Bland-Altman demostró una diferencia media (sesgo) de 2.78 con límites de -19.18 y 24.76. Al analizar la ocurrencia de LARS mayor, el AUC fue de 0.699 [0.630-0.768], $p=0.001$, demostrando una discriminación moderada. El Kappa de Cohen mostró una concordancia baja o leve (0.159) entre aquellos pacientes considerados como potenciales LARS mayor con POLARS y el LARS mayor efectivamente registrado.

Conclusión: Conclusión: el POLARS, como herramienta predictiva, demostró una correlación moderada con el puntaje LARS medido a posteriori, sin embargo la concordancia fue baja. Expandir la aplicación sistemática de este score permitiría un análisis más preciso respecto a su

rendimiento en población chilena. De manera adicional, incorporar y registrar prospectivamente elementos adicionales que podrían estar involucrados con el desarrollo de LARS podrían permitir ajustar un modelo complementario de mayor utilidad en nuestra población.

71, TAMIZAJE UNIVERSAL POR INMUNOHISTOQUÍMICA EN CÁNCER COLORRECTAL: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DMMR Y PREVALENCIA DE SÍNDROME DE LYNCH EN EL HOSPITAL DR. FRANCO RAVERA ZUNINO, RANCAGUA

Autores: Catalina Saavedra G, Christopher Hantsch R, Constanza Abarca M, Joaquín Vega A, Leonardo Guerrero C, Phelipe Roling N, Jorge Escárate L, Álvaro Santibañez V, Mylene Cabrera M

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una causa importante de mortalidad global, con creciente incidencia, especialmente en edades tempranas. La gran mayoría del CCR tiene origen esporádico. El Síndrome de Lynch (SL), responsable del 3% de los CCR, es una afección hereditaria asociada a mutaciones en genes del sistema de reparación del ADN. La detección mediante inmunohistoquímica (IHQ) y análisis de inestabilidad microsatelital (MSI) permite identificar casos con deficiencia en MMR. Este estudio busca determinar la prevalencia de SL en pacientes con CCR en el Hospital Franco Ravera Zunino, evaluando la utilidad del tamizaje universal con IHQ como estrategia diagnóstica.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo principal caracterizar clínica y patológicamente a los pacientes con CCR que presentaron pérdida de expresión nuclear en el estudio IHQ, y como objetivos secundarios, estimar la prevalencia de SL y evaluar la utilidad del tamizaje universal con IHQ como herramienta diagnóstica.

Contenido del E-Poster: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Franco Ravera Zunino entre 2017 y 2024. Se incluyeron pacientes con CCR sometidos a cirugía electiva y tamizaje inmunohistoquímico universal para las proteínas MMR. Los antecedentes clínico-patológicos fueron extraídos desde fichas clínicas y registros del Servicio de Identificación Civil. El análisis estadístico incluyó pruebas de chi-cuadrado, Mantel-Haenszel y curvas de Kaplan-Meier con log-rank, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional.

Resultado: Se aplicó IHQ universal a 341 pacientes con CCR. En el 11,7% se evidenció pérdida de expresión nuclear de proteínas MMR (dMMR). Estos pacientes presentaron mayor frecuencia de tumores localizados en el colon derecho, estadio T4, pobre diferenciación histológica e invasión perineural. No se observaron diferencias significativas en mortalidad entre los grupos dMMR y pMMR. De los 13 pacientes con sospecha clínica de Síndrome de Lynch, 4 presentaron mutaciones patogénicas en el análisis genético, siendo MSH6 el gen más afectado. La prevalencia de SL fue de 1,17%.

Conclusión: La caracterización de los pacientes con dMMR permitió identificar patrones clínico-patológicos consistentes con lo descrito en la literatura. El tamizaje universal mediante IHQ demostró ser una estrategia diagnóstica efectiva, factible y costo-efectiva en el contexto de un hospital público chileno, al facilitar la detección precoz de SL y orientar adecuadamente la

indicación de estudios genéticos. El enfoque multidisciplinario es clave en la confirmación diagnóstica y consejería de estos pacientes.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, con una incidencia creciente, especialmente en población joven. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos, alrededor del 3% se asocia al Síndrome de Lynch (SL), una condición hereditaria causada por mutaciones en genes del sistema de reparación del ADN (MMR). La evaluación de la expresión proteica mediante inmunohistoquímica (IHQ) o el análisis de inestabilidad microsatelital (MSI) permite identificar deficiencia en este sistema (dMMR).

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo principal caracterizar clínica y patológicamente a los pacientes con CCR que presentaron pérdida de expresión nuclear en el estudio IHQ, y como objetivos secundarios, estimar la prevalencia de SL y evaluar la utilidad del tamizaje universal con IHQ como herramienta diagnóstica.

Contenido del E-Poster: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Franco Ravera Zunino entre 2017 y 2024. Se incluyeron pacientes con CCR sometidos a cirugía electiva y tamizaje inmunohistoquímico universal para las proteínas MMR. Los antecedentes clínico-patológicos fueron extraídos desde fichas clínicas y registros del Servicio de Identificación Civil. El análisis estadístico incluyó pruebas de chi-cuadrado, Mantel-Haenszel y curvas de Kaplan-Meier con log-rank, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional.

Resultado: Se aplicó IHQ universal a 341 pacientes con CCR. En el 11,7% se evidenció pérdida de expresión nuclear de proteínas MMR (dMMR). Estos pacientes presentaron mayor frecuencia de tumores localizados en el colon derecho, estadio T4, pobre diferenciación histológica e invasión perineural. No se observaron diferencias significativas en mortalidad entre los grupos dMMR y pMMR.

De los 13 pacientes con sospecha clínica de SL, 4 presentaron mutaciones patogénicas en el análisis genético, siendo MSH6 el gen más afectado. La prevalencia de SL fue de 1,17%.

Conclusión: Los hallazgos muestran tasas de dMMR y SL comparables a las descritas en otras series nacionales e internacionales. El tamizaje universal mediante IHQ se plantea como una herramienta eficaz, factible y costo-efectiva en hospitales públicos, al facilitar la selección adecuada de pacientes para estudios genéticos. La participación de un equipo multidisciplinario es esencial para el abordaje y la consejería de los casos confirmados.

72, CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON DERECHO OPERADOS CON D2, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO (2015–2023)

Autores: Víctor Pino P., Rafael Selman A., Adela Bosa C., Jorge Sánchez Z., José Gellona V., José Zúñiga A., Karen Schonffeldt G., Joaquín Irrarrázaval E., Luis Andrade M., Leonardo Espíndola S.

Hospital Militar De Santiago

Introducción: El cáncer de colon derecho se caracteriza por diferencias clínicas, anatómicas y biológicas respecto a otras localizaciones colorrectales, lo que ha generado interés en su abordaje quirúrgico y sus determinantes pronósticos. En este contexto, los tumores del ángulo hepático cobran relevancia debido a su comportamiento particular, especialmente por la diseminación linfática y su impacto oncológico.

Objetivos: Describir las características clínicas, quirúrgicas y sobrevida de pacientes operados por cáncer de colon derecho con disección ganglionar D2 y evaluar el impacto de la localización tumoral.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo descriptivo, realizado en el Hospital Militar de Santiago, incluyendo pacientes con adenocarcinoma de colon derecho (ciego, ascendente, ángulo hepático y transversal proximal) operados entre 2015 y 2023. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, localización tumoral, tipo de cirugía, número de ganglios resecados y comprometidos, etapa clínica y desenlace vital. Se estimó la sobrevida global mediante curvas de Kaplan-Meier y se ajustó un modelo multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados a mortalidad, incluyendo edad, sexo, ganglios positivos, grado de diferenciación y localización tumoral. El análisis estadístico se realizó con RStudio v4.2+.

Resultado: Se incluyeron 176 pacientes, la edad media fue de 71.8 ± 11.8 años, con predominio femenino (55.9%). La mayoría de las cirugías fueron abiertas (64,4%), con una media de 27,1 ganglios resecados. El 48,4% presentó compromiso ganglionar, y el 66,7% fue diagnosticado en etapa II o III. La mediana de sobrevida global fue de 683 días, con disminución progresiva según estadio. En el subgrupo con tumores del ángulo hepático (6,3%), se observó menor número de ganglios resecados (media: 18,2), mayor proporción de enfermedad metastásica (36,4% en etapa IV) y sobrevida inferior (media: 732 días; mortalidad: 54,5%). En el análisis multivariado, los tumores en el ángulo hepático y el colon ascendente se asociaron significativamente a peor sobrevida en comparación con tumores cecales (HR: 2,60 y 2,48, respectivamente; $p < 0,05$).

Conclusión: El cáncer de colon derecho se presenta frecuentemente en etapas avanzadas y su pronóstico varía según localización. Los tumores del ángulo hepático han mostrado una menor sobrevida, siendo un factor pronóstico independiente, a pesar de ser tratados con disección ganglionar D2. Esto podría deberse a un patrón de diseminación linfática menos predecible, lo que plantea la necesidad de ajustar las estrategias quirúrgicas y considerar un seguimiento oncológico más intensivo.

73, VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA EN PACIENTE CHILENOS

Autores: Rodrigo Flández F, José Vivanco A, Gino Caselli M, Christian König P, Carla Carvajal R, Martina Santibañez C, Juan Chuecas J, Jason Quijada E

Hospital Clínico Regional De Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente/ Universidad De Concepción

Introducción: La calidad de vida de las personas con estoma es un tema clínico relevante debido a su impacto integral en los pacientes. Existen herramientas internacionales, como el cuestionario Stoma-QoL, que permiten evaluar e investigar esta dimensión. En Chile, actualmente no existe una escala validada para medir la calidad de vida en pacientes usuarios de ostomía.

Objetivos: Evaluar la validez de una escala de 20 ítems para medir la calidad de vida en una muestra de sujetos chilenos con colostomía o ileostomía

Contenido del E-Poster: Validación de un instrumento en pacientes chilenos con colostomía o ileostomía, mayores de edad, con más de tres meses de evolución posterior a la cirugía en Hospital Regional Guillermo Grant Benavente. Se aplicó cuestionario ad hoc Stoma-QoL con REDCap. Análisis de datos realizado con software R.4.3.4. Para la validación de jueces participaron 5 expertos, validación aparente 136 pacientes y validación de constructo 183. Se realizó un análisis factorial confirmatorio, ajustando el modelo a dos factores: uno personal y otro social.

Resultado: En la validación de jueces, el índice de validez de contenido (IVC) fue de 0.95. En la validación aparente, 136 personas mostraron un nivel de acuerdo del 100% en todas las preguntas. La validación de constructo incluyó 183 participantes: 93 hombres (50,8 %) y 90 mujeres (49,2 %). En cuanto al nivel educacional, 76 (41,1 %) tenían educación básica, 69 (37,3 %) media y 40 (21,6 %) superior. Clínicamente, 131 (70,8 %) presentaban colostomía y 54 (29,2 %) ileostomía. Un 44,1 % (82 personas) no reportó complicaciones asociadas.

Las principales preocupaciones identificadas en Stoma-QoL fueron: temor a que la bolsa se desprende (54,0 %), necesidad de saber dónde hay un aseo al salir (53,5 %) y dificultad para disimular la bolsa (49,2 %), todas destacadas con alta frecuencia en la opción "Siempre".

Conclusión: El cuestionario STOMA QoL adaptado apoya el uso de esta herramienta como válida y confiable para evaluar la calidad de vida en personas usuarias de ostomías en la población chilena.

74, CARACTERIZACIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE COLONOSCOPIÁS REALIZADAS EN PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS.

Autores: Valentina Castillo Warnken, Carol Escalona Boada, Eduardo Mordojovich Zuñiga, Manuel Lizana Corvera, Mónica Martínez Mardones, Gonzalo Campaña Villegas

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

Introducción: La incidencia de cáncer colorrectal (CCR) en adultos jóvenes ha aumentado en las últimas décadas, lo que ha motivado la discusión sobre el inicio precoz del tamizaje. Sin embargo, persisten dudas respecto al rendimiento diagnóstico de la colonoscopia en menores de 45 años, especialmente cuando se indica por síntomas inespecíficos.

Objetivos: Caracterizar las indicaciones y hallazgos de las colonoscopias realizadas en pacientes menores de 45 años en un centro privado, identificando factores asociados a hallazgos clínicamente significativos.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal analítico que incluyó a los últimos 1.000 pacientes ≤ 45 años sometidos a colonoscopia entre 2022 y 2024 en Clínica INDISA. Se excluyeron casos con colonoscopias incompletas o preparación inadecuada. Se definieron como hallazgos significativos (HS): pólipos ≥ 1 cm, ≥ 3 adenomas, displasia de alto grado, adenoma vellosos, tumores de extensión lateral (LST) y neoplasias malignas. Se compararon dos grupos, pacientes con HS (Grupo 1) y pacientes sin HS (Grupo 2) mediante análisis estadístico bivariado y regresión logística

Resultado: Se incluyeron 1.000 pacientes (59,4% mujeres), con edad promedio de 37 años. Se detectaron 59 HS en 45 pacientes (4,5%). Las lesiones más frecuentes fueron pólipos ≥ 1 cm (50,8%) y ≥ 3 adenomas (23,7%). Cinco pacientes fueron diagnosticados con CCR (0,5%). Las principales indicaciones fueron sangrado (16,3%), diarrea (12,9%), sospecha de EII (12,1%) y dolor abdominal (9,8%). Sólo el 7,6% de los estudios fueron indicados por tamizaje. El análisis multivariado reveló asociación significativa entre HS y antecedente de pólipos previos (OR: 6,62; $p < 0,001$). También se detectaron diferencias significativas en el promedio de edad (G 1, 37 vs. G 2 39 años; $p = 0,0203$) y sexo femenino (G 1 57,5% vs. G 2 39,9%; $p = 0,0263$). No se registraron complicaciones asociadas al procedimiento.

Conclusión: La colonoscopia es un examen seguro en menores de 45 años, pero su rendimiento diagnóstico es bajo en ausencia de factores de riesgo específicos. El antecedente de pólipos previos, la mayor edad y el sexo masculino se asoció significativamente a la detección de HS. Nuestros resultados respaldan un uso más racional de la colonoscopia en población joven, priorizando su indicación ante síntomas de alarma o antecedentes de riesgo, y desincentivando su uso en contextos de bajo rendimiento.

75, ANÁLISIS COMPARATIVO DEL USO DE LEVOSULPIRIDE Y PRUCALOPRIDA EN LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN INTESTINAL DESPUÉS DE CIRUGÍA ELECTIVA COLORRECTAL

Autores: Valentina Castillo Warnken, Florencia Pinto Gilardoni, Alejandro Readí Vallejos, Marcelo Rodríguez González, Sebastián López Nuñez, Gonzalo Campaña Villegas

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

Introducción: El íleo postoperatorio (IPO) es una complicación frecuente tras cirugía colorrectal, con impacto significativo en la recuperación, morbilidad y costos. Si bien los protocolos ERAS incorporan medidas preventivas, el uso de proquinéticos sigue siendo controversial y poco respaldado por evidencia científica. No existen estudios que enfrenten directamente levosulpiride y prucaloprida en este contexto.

Objetivos: Comparar el efecto de levosulpiride versus prucaloprida en la recuperación de la función intestinal tras cirugía colorrectal electiva, evaluando tiempo hasta expulsión de gases y deposiciones, seguridad y eventos adversos.

Contenido del E-Poster: Ensayo clínico aleatorizado, realizado en Clínica INDISA entre octubre 2023 y mayo 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a resección colorrectal con anastomosis primaria por vía mínimamente invasiva. Se excluyeron cirugías de urgencia, pacientes con ostomías, embarazo, insuficiencia orgánica avanzada o alergias a los fármacos. Grupo 1 recibió levosulpiride 25 mg IV cada 8 h; Grupo 2 prucaloprida 2 mg VO cada 24 h. Ambos tratamientos iniciaron a las 6 horas postoperatorias y se mantuvieron hasta la primera deposición. Se registraron variables clínicas, efectos adversos y tiempo de recuperación del tránsito.

Resultado: Se analizaron 60 pacientes (31 en Grupo 1 y 29 en Grupo 2). No hubo diferencias significativas en edad (56,8 vs. 57,6 años; $p=0,81$), sexo, ASA ni diagnóstico. Tampoco se observaron diferencias en los días de hospitalización (3,65 vs. 3,92; $p=0,39$), tiempo hasta expulsión de gases (24,7 vs. 26,3 h; $p=0,61$) ni deposiciones (37,7 vs. 38,6 h; $p=0,81$). No se registraron complicaciones graves atribuibles a los fármacos.

Conclusión: Ambos proquinéticos demostraron ser seguros y clínicamente equivalentes en términos de recuperación del tránsito intestinal tras cirugía colorrectal. Sin diferencias significativas en los desenlaces evaluados, levosulpiride podría representar una alternativa razonable considerando su menor costo y amplia disponibilidad, aunque requiere administración parenteral. Se requieren estudios aleatorizados más amplios y estandarizados para definir su rol real en la prevención del íleo postoperatorio.

76, DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LARS MAYOR EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE CHILE

Autores: Cristián Jarry T., Macarena Fernández A., María Inés Gaete D., Georgette Barra C., Eugenio Grasset E., Andrea Quinchavil D., José Tomás Larach K., Felipe Bellolio R.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico P. Universidad Católica De Chile. Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Equipo Coloproctología, Hospital Dr. Luis Tisné B.

Introducción: Introducción: El síndrome de resección anterior baja (LARS, por sus siglas en inglés) es una disfunción intestinal postoperatoria frecuente en pacientes con cáncer de recto sometidos a cirugía conservadora de esfínter. Sus síntomas incluyen incontinencia fecal y de gases, urgencia, aumento de la frecuencia evacuatoria y evacuaciones fragmentadas. El LARS deteriora de manera significativa la calidad de vida, llegando a afectar hasta al 90% de los pacientes. La altura tumoral, el tipo de cirugía, la existencia de radioterapia preoperatoria y la ileostomía son factores de riesgo conocidos en cohortes internacionales. Sin embargo, el estudio de estos en población chilena no ha sido sistematizado y existe evidencia que diferencias raciales, culturales y de sistemas de salud podrían influir en el reporte del LARS.

Objetivos: Objetivo: Evaluar los factores de riesgo asociados a LARS mayor en una cohorte chilena de pacientes con cáncer de recto sometidos a cirugía con preservación de esfínter.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía de recto con preservación de esfínter entre 2001 y 2022 pertenecientes a tres centros de la región metropolitana. Se recopilaban datos perioperatorios incluyendo la altura tumoral, la cirugía realizada (escisión parcial (PME) o total (TME) del mesorecto), haber tenido radioterapia preoperatoria y una ostomía de protección. Se aplicó el cuestionario de LARS adaptado al español Chileno y se clasificó este según el puntaje obtenido, siendo LARS mayor un puntaje $\geq$ a 30. Se realizaron análisis univariado y multivariado para identificar los factores asociados con LARS mayor.

Resultado: Se incluyeron 239 pacientes con una mediana de seguimiento de 48[32.5-62] meses desde la cirugía. La mediana de edad fue de 60[51-69] años y un 53.1% fue de sexo femenino. Un 59.8% de los pacientes (n=143) reportó LARS, siendo mayor en un 38.9% de la muestra. En el análisis univariado, pacientes sometidos a TME, que recibieron radioterapia y tuvieron una ostomía, tuvieron puntajes significativamente mayores de LARS. Asimismo, una menor altura tumoral y una menor edad se correlacionaron con puntajes mayores de LARS. El sexo de los pacientes no se asoció a LARS mayor en el univariado. En el análisis multivariado, el mejor modelo ajustado explicó entre un 17-24% de la variabilidad de la incidencia de LARS mayor e incluyó: edad al momento de la cirugía, radioterapia y estoma. Solo la radioterapia y haber tenido ostomía se mantuvieron como factores de riesgo independientes para LARS mayor, con odds ratios de 2.45 [1.23 – 4.8] y 3.34 [1.59 – 6.99] respectivamente.

Conclusión: En esta cohorte multicéntrica, un 38.9% de la muestra desarrolló LARS mayor. A excepción del sexo, se validan en Chile los factores de riesgo para LARS mayor publicados internacionalmente. La frecuencia de LARS en esta población justifica la implementación de cuidados especiales para estos pacientes en centros de referencia.

77, TERAPIA ENDOVAC EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DEL CÁNCER DE RECTO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO.

Autores: Andrés Alexander Jalil Morello, Francisco Xavier Baez Rojas, Hernán Javier Arancibia Aitken, Maximiliano Andreas Mertens Palma, Hugo Aníbal Morales Cabezas, Waldemar Adelsdorfer Orellana, Cedric Adelsdorfer Orellana.

Universidad De Valparaíso.

Introducción: La fuga anastomótica tras cirugía de cáncer de recto ocurre en hasta el 19% de los casos y se asocia a mayor morbilidad, estancia prolongada y peor sobrevida oncológica. La terapia endoluminal con presión negativa (EndoVAC) ha emergido como una opción mínimamente invasiva efectiva para el tratamiento de estas complicaciones. Reportes recientes demuestran tasas de éxito clínico entre 70–90%, especialmente cuando se inicia de forma precoz. Su mecanismo se basa en drenaje activo de la cavidad, estimulación de tejido de granulación y control bacteriano, permitiendo cierre dirigido del defecto y evitando cirugías mayores. La experiencia en Latinoamérica sigue siendo escasa, por lo que este estudio busca aportar evidencia desde nuestra práctica institucional.

Objetivos: Describir la experiencia clínica con EndoVAC en el tratamiento de complicaciones posoperatorias en pacientes operados por cáncer de recto.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron 120 pacientes operados por cáncer de recto entre enero de 2023 y julio de 2025. Diez recibieron terapia EndoVAC. Se excluyeron dos casos con uso profiláctico y uno por indicación no oncológica (diverticulitis), dejando una cohorte final de 7 pacientes. Se evaluaron edad, comorbilidades, días de hospitalización, número de recambios, ostomía de protección y reconstitución de tránsito.

Resultado: La edad promedio fue de 61,4 años (rango: 51–76). La media de hospitalización fue de 31,1 días (rango: 6–90), con un promedio de 1,3 recambios de dispositivo (rango: 0–4). Cinco pacientes (71%) portaban ostomía de protección y solo uno (14%) logró reconstitución del tránsito durante el seguimiento. En 5 pacientes (71%) se logró resolución clínica sin cirugía adicional, mientras que 2 pacientes (29%) requirieron intervenciones mayores: una sutura del defecto anastomótico mediante técnica transanal (TAMIS) y un aseo quirúrgico por laparotomía media. No se reportaron complicaciones atribuibles al dispositivo.

Conclusión: La terapia con EndoVAC fue efectiva y segura en esta serie de pacientes, logrando resolución de la complicación en todos los casos. Su uso precoz puede favorecer la preservación anastomótica y reducir la morbilidad en centros con manejo multidisciplinario.

78, RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO CON COMPROMISO GANGLIONAR EXTRAMESORRECTAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2019–2024

Autores: Rodrigo Flández F, José Vivanco A, Gino Caselli M, Christian König P, Raúl Riquelme M, Martina Santibañez C, Juan Chuecas J, Matias Carrasco M, Fernanda Bustamante B

Hospital Clínico Regional De Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente/ Universidad De Concepción

Introducción: A nivel mundial, el cáncer colorrectal continúa siendo un problema de salud pública. El cáncer de recto representa un 40% del total de las neoplasias colorrectales, con una estimación de 770.570 casos nuevos anuales.

El pronóstico ha mejorado en los últimos años con la estandarización de la resección total del mesorrecto instaurada por el Dr. Heald, y la incorporación de neoadyuvancia total, lo que ha mejorado la sobrevida global y disminuido la recurrencia local.

La sobrevida en pacientes con compromiso nodal lateral sigue siendo inferior a la de aquellos con compromiso mesorrectal.

Objetivos: Establecer resultados oncológicos y pronósticos en pacientes con adenopatías extramesorrectales en pacientes con cáncer de recto medio e inferior con terapia neoadyuvante total.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes con cáncer de recto localmente avanzado sometidos a neoadyuvancia en Hospital Guillermo Grant Benavente entre 2019-2024. Se revisaron base de datos, fichas clínicas y registro civil e identificación. Análisis de datos con software R, versión 4.5.1 y planilla Microsoft Excel ®

Resultado: De un total de 78 pacientes incluidos, 16 (20,5%) presentaban ganglios extramesorrectales patológicos pre-neoadyuvancia . La edad promedio fue de 62 años y un 56,2% eran mujeres . La localización más frecuente fue iliaca interna derecha con 7 pacientes (43,7%). La mediana de altura tumoral de 5 cm desde margen anal , todos recibieron terapia neoadyuvante total. No existieron diferencias significativas respecto a etapificación tumoral , histología, sobrevida y recurrencia local.

Conclusión: Si bien en este estudio no existieron diferencias significativas entre los grupos, recalca la importancia de etapificación preoperatoria de los pacientes y abre una posibilidad de búsqueda futura de otros factores asociados a diseminación extramesorrectal.

79, ANÁLISIS COMPARATIVO DE EXENTERACIÓN PÉLVICA CON Y SIN SACRECTOMÍA EN BLOQUE

Autores: Cristian Faúndez L., Felipe Silva P., Cristian Jarry T., José Larach K., Gonzalo Urrejola S.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico De La Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La exenteración pélvica surge como una alternativa curativa para aquellos tumores pélvicos localmente avanzados o recurrentes. Sin embargo, su morbilidad es elevada y la mortalidad se ha reportado en 2.5% de los casos. Cuando un tumor se adhiere al sacro o a la fascia presacra se vuelve necesario realizar una sacrectomía en bloque con tal de obtener márgenes negativos (R0). Se reporta que los resultados de esta técnica en cuanto a resecciones R0, sobrevivencia y calidad de vida son similares a la de aquellos pacientes en las que se realiza la exenteración sin sacrectomía. Pese a ello, en la literatura internacional la evidencia es escasa y en Chile es casi nula, por lo que, surge la necesidad de analizar los resultados de esta técnica en la realidad local.

Objetivos: Comparar los resultados perioperatorios de pacientes con cánceres pélvicos localmente avanzados o recurrentes sometidos a exenteración pélvica con resección de sacro (EPS) en bloque respecto de aquellos sin resección ósea (EP).

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte no concurrente. Inclusión: Pacientes sometidos a exenteración pélvica entre 2015 y 2025. Exclusiones: Sin exclusiones. Se describe la extensión de la EP basado en el "PelvEx Lexicon". Se registraron características demográficas, variables perioperatorias, tiempo operatorio (TO), sangrado, estadía hospitalaria, morbilidad quirúrgica a 30 días (Clavien-Dindo mayor a 3) y resultado oncológico (estado del margen, sobrevida en seguimiento). Para el análisis de los datos se utilizaron pruebas no paramétricas en base a Python.

Resultado: De los 41 pacientes sometidos a exenteración pélvica, 14 (34%) tuvieron una resección en bloque del hueso sacro. Respecto a ese grupo (EPS), un 64.3% era de sexo masculino con una mediana de edad de 56 años. En el grupo sin sacrectomía un 44.4% fueron de sexo masculino y la mediana de edad fue de 55.4 años. La recurrencia de cáncer de recto fue la principal indicación quirúrgica en pacientes sometidos a EPS mientras los tumores primarios localmente avanzados representaron la primera causa de EP sin sacrectomía. Respecto a los EPS, la altura de las sacrectomías fue S2, S3 y S4, en el 21.4%, 35.7% y 42.9% de los pacientes, respectivamente. La mediana de TO de las EPS tendió a ser mayor (510 vs 360 minutos, $p=0.31$). La mediana de estadía hospitalaria en EPS fue significativamente mayor (45 vs 15 días, $p=0.005$). Si bien existió una tendencia a una mayor tasa de complicaciones y reoperaciones en el grupo de EPS, estas no alcanzaron significancia estadística. Respecto a las complicaciones, fueron de un 50% en EPS vs 37.3% ($p>0.05$) y la tasa de reoperaciones fue de 41.7% en EPS y 29.6% en pacientes sin resección ósea ($p>0.05$). Los márgenes R0 fueron similares entre ambos grupos con un 100% y 81.5% en el grupo con y sin sacrectomía, respectivamente ($p>0.05$).

Conclusión: En esta serie, la exenteración pélvica con sacrectomía en bloque presentó una similar tasa de resecciones R0 que aquellos pacientes sin sacrectomía sin un aumento significativo en las

complicaciones postoperatorias mayores, de la estadía hospitalaria y una alta tasa de reoperaciones, en línea con publicaciones internacionales.

80, EL MICRORNA HSA-MIR-5193 SE ASOCIA A QUIMIOSENSIBILIDAD A 5-FU Y OXALIPLATINO EN LÍNEAS CELULARES DE CÁNCER COLORRECTAL AVANZADO

Autores: Francisca Valenzuela Villanueva, Felipe Juan Vidal, Estefanía Torres Benítez, Florencia Ganora Zúñiga, Guillermo Valenzuela, Héctor Contreras, Jaime González Montero

Universidad De Chile

Introducción: El cáncer colorrectal avanzado se trata principalmente con quimioterapia en base a 5-fluorouracilo (5-FU) y oxaliplatino (L-OHP), bases del esquema FOLFOX. Previamente se realizó un estudio in silico encontrando en pacientes con cáncer de colon avanzado que el hsa-miR-5193 podría determinar pronóstico en sobrevida libre de progresión. Sin embargo, a la fecha no hay literatura descrita sobre el mecanismo que explica este resultado. El objetivo de este trabajo es demostrar si el hsa-miR-5193 puede actuar como marcador de quimiosensibilidad en cultivos celulares de cáncer colorrectal.

Objetivos: Evaluar si hsa-miR-5193 puede actuar como marcador de quimiosensibilidad en cultivos celulares de cáncer colorrectal.

Contenido del E-Poster: Se utilizaron líneas celulares comerciales de cáncer colorrectal avanzado: Caco-2 y HCT116. Se realizó la transfección de un mimics del hsa-miR-5193 (Mimics) y de un control negativo (NC) utilizando Lipofectamina 2000. Luego, se realizó un ensayo de RT-qPCR para evaluar la efectividad de la transfección. Para determinar la concentración inhibitoria media (IC50) de los agentes quimioterapéuticos 5-FU y L-OHP, se realizó un ensayo de viabilidad celular mediante MTT. El análisis estadístico se realizó utilizando GraphPad Prism 9.1.2, y aplicando pruebas de t de Student o ANOVA según corresponda.

Resultado: Se identificó una concentración óptima de transfección de mimics de 10 nM en Caco-2 ($p=0,0008$) y 25 nM en HCT116 ($p=0,024$). En Caco-2, la transfección redujo la viabilidad frente a dosis de 5-FU de 200 y 250 μM ($p=0,006$ y $0,021$, respectivamente) y la IC50 fue menor en comparación al control negativo (1138 vs 345 μM ; $p=0,049$). No hubo diferencias para el grupo tratado con L-OHP (104.6 vs 80.64, $p = 0.443$ para NC vs Mimics). En células HCT116, no hubo cambio en la IC50 para 5-FU, pero la transfección disminuyó viabilidad a 25 μM y 50 μM de L-OHP ($p=0.008$ y $p= 0.038$, respectivamente) y su IC50 para este quimioterapéutico (99.99 μM vs 72.03 μM , $p = 0.0137$, para NC vs Mimics).

Conclusión: Los resultados obtenidos respaldan la implicación del hsa-miR-5193 en mecanismos de quimiosensibilidad, constituyendo un hallazgo novedoso con potencial relevancia clínica. Como próximo paso, se plantea la necesidad de evaluar su expresión en muestras de tejido tumoral y analizar su asociación con la respuesta clínica a la quimioterapia, esto podría contribuir en validar al hsa-miR-5193 como biomarcador pronóstico o terapéutico para identificar pacientes con mayor probabilidad de respuesta a quimioterapia y guiar la selección del tratamiento, mejorando su eficacia y reduciendo sus efectos adversos. La confirmación de su utilidad clínica podría abrir

nuevas vías en el desarrollo de estrategias de tratamiento más individualizadas y optimizadas a futuro.

81, CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE REGIONAL: COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS.

Autores: Carla Muñoz A, Vicente Silva R, Luna Elgueta M, Gustavo Montesinos A, Jorge Escarate L.

Hospital Dr Franco Ravera Zunino. Rancagua.

Introducción: La reconstitución de tránsito intestinal (RTI) se asocia a una tasa de complicaciones postoperatorias que varía entre un 35 % y un 47 % según series internacionales. En el ámbito nacional, existe poca evidencia publicada respecto a resultados post operatorios, sin embargo, autores locales reportan complicaciones de hasta el 36,8 %. No existe un modelo validado que permita estimar el riesgo de complicaciones postoperatorias de forma individualizada, bajo lo cual se desprende la necesidad de poder caracterizar nuestra población local y resultados institucionales.

Objetivos: 1.Caracterizar el perfil clínico y demográfico de los pacientes sometidos a RTI en la VI Región de Chile.

2.Identificar variables asociadas a complicaciones postoperatorias.

Contenido del E-Poster: Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo en base a datos de registros clínicos del Hospital Franco Ravera Zunino. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años sometidos a RTI desde el año 2017 a 2023. Se excluyeron aquellos con registros clínicos incompletos o en quienes se realizó RTI más ostomía de protección. Obteniendo una muestra de 35 casos, con 2 casos desestimados debido a registros incompletos. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, IMC, clasificación ASA, diagnóstico, tiempo quirúrgico, tiempo entre cirugía primaria y RTI, y complicaciones postoperatorias durante los primeros 30 días categorizadas según clasificación de Clavien-Dindo. El análisis estadístico se realizó mediante el software estadístico SPSS, considerando $p < 0,05$ como significativo; se aplicaron las pruebas T- student o prueba exacta de Fisher según correspondiera. Se llevó a cabo análisis de regresión logística binaria.

Resultado: El 31,1% de los diagnósticos fueron de carácter oncológico y la edad media de los pacientes sometidos a RTI fue de 55,43 años ($DE \pm 13,73$). Se presentaron complicaciones en el 57,14% de los casos ($n=20$). El 31,43% de los pacientes desarrolló complicaciones mayores (Clavien-Dindo ≥ 3). Se reportó una mortalidad postoperatoria del 8,57% ($n=3$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de edad y comorbilidades al comparar los grupos con y sin complicaciones. El tiempo entre cirugía primaria y RTI fue significativamente mayor en el grupo con complicaciones versus sin complicaciones, con una media de 40,8 meses ($DE \pm 23,5$) y 21,9 ($DE \pm 11,0$) respectivamente ($p = 0,004$). Se identifica que por cada mes adicional entre cirugías, el odds de presentar complicaciones aumenta en un 6,4% ($OR = 1,064$; $p = 0,020$).

Conclusión: El tiempo entre cirugías y tasa de complicaciones en nuestra cohorte fue superior a centros privados nacionales. El tiempo transcurrido entre cirugía primaria y RTI se identificó como

el principal factor asociado a las complicaciones postoperatorias, evidenciando una variable potencialmente modificable con impacto en el pronóstico. Si bien este estudio aporta información regional relevante, el tamaño limitado de la muestra constituye una de sus principales limitaciones. La realización de estudios multicéntricos a nivel nacional permitiría ampliar el número de casos, fortalecer la validez externa de los hallazgos y generar datos comparables con las series internacionales.

82, EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON EN CHILE: ANÁLISIS NACIONAL 2001–2022

Autores: Víctor Pino P., Diego Sanhueza R., José Zúñiga A., Karen Schonffeldt G., Joaquín Irrarrázaval E., Luis Andrade M., Leonardo Espíndola S. José Gellona V.

Hospital Militar De Santiago

Introducción: La enfermedad diverticular del colon constituye una causa creciente de hospitalización y morbilidad en adultos. En las últimas décadas se ha observado una transformación epidemiológica relevante, con cambios en su presentación, severidad y manejo. Estos cambios han impactado directamente la carga asistencial del sistema de salud, exigiendo una mejor comprensión de sus tendencias epidemiológicas.

Objetivos: Describir la evolución de los egresos hospitalarios por enfermedad diverticular del colon en Chile entre 2001 y 2022, considerando tasas de egreso, distribución por edad y sexo, proporción de casos complicados, letalidad, manejo quirúrgico y duración de la estadía hospitalaria.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro de egresos hospitalarios del DEIS-MINSAL. Se incluyeron los diagnósticos CIE-10 K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8 y K57.9. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes utilizando proyecciones poblacionales del INE. Se aplicaron modelos de regresión lineal para analizar tendencias (pendiente β , IC95 %, p, R^2). El análisis estadístico se realizó en R versión 4.3.2.

Resultado: Se registraron 79.517 egresos hospitalarios por enfermedad diverticular entre 2001 y 2022. La tasa nacional aumentó de 11,5 a 23,9 por 100.000 habitantes ($\beta = 0,62$; $p < 0,001$), con incrementos significativos tanto en hombres ($\beta = 0,685$) como en mujeres ($\beta = 0,576$). El grupo etario con mayor aumento fue el de 60–69 años ($\beta = 1,48$). La proporción de casos complicados creció de forma significativa ($\beta = 0,66$; $p < 0,001$), mientras que los casos simples disminuyeron en la misma magnitud. La tasa de cirugías mostró una tendencia descendente no significativa ($\beta = -0,29$; $p = 0,175$). La letalidad hospitalaria global aumentó levemente ($\beta = 0,077$; $p = 0,067$), pero fue significativa entre los pacientes sometidos a cirugía ($\beta = 0,08$; $p = 0,002$). La estadía promedio disminuyó de forma significativa en el tiempo ($\beta = -0,069$; $p < 0,001$), especialmente en los casos simples ($\beta = -0,115$; $p < 0,001$).

Conclusión: Entre 2001 y 2022, la enfermedad diverticular del colon mostró un aumento sostenido en la carga hospitalaria en Chile, con mayor impacto en hombres y adultos jóvenes. El incremento en la proporción de casos complicados, el alza en la letalidad quirúrgica y la reducción de la estadía sugieren un cambio progresivo en la complejidad clínica de los pacientes hospitalizados. Este estudio entrega una caracterización nacional integral de esta patología en el contexto hospitalario chileno.

83, PREDICCIÓN DE SOBREVIDA TRAS RESECCIÓN CURATIVA DE CÁNCER COLORRECTAL MEDIANTE MODELOS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO INTEGRANDO FACTORES PRONÓSTICOS MÁS ALLÁ DEL TNM.

Autores: Leonardo Carcamo, Alonso Rubilar, Francisca Menares, Gabriel Kunstmann, Andres Vera, Alejandro Murua, Rodolfo Avendaño

Universidad Austral De Chile, Hospital Base Valdivia

Introducción: El sistema TNM es el pilar pronóstico en cáncer colorrectal (CCR). Sin embargo, múltiples variables con impacto demostrado en la sobrevida, como la edad, el número de linfonodos resecados, la invasión linfovascular o tumor budding, no son consideradas en la clasificación TNM tradicional. Esta omisión limita su capacidad para generar pronósticos individualizados, especialmente en escenarios clínicos complejos. Integrar modelos de machine learning (ML), nos ofrece la posibilidad real de mejorar estas predicciones, considerando simultáneamente decenas de variables que, de forma aislada, el juicio clínico humano difícilmente puede ponderar de manera adecuada.

Objetivos: Desarrollar y comparar modelos de ML para predecir la sobrevida global a 3 y 5 años en pacientes con CCR resecado con intención curativa.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte, datos a partir de muestreo total del registro del cáncer institucional y análisis de ficha clínica de pacientes con CCR operados entre 2011 y 2023. Se incluyeron adultos con adenocarcinoma primario colorrectal, resecados con intención curativa e información histopatológica completa. Se excluyeron tumores no adenocarcinomas, metástasis sincrónicas, estrategias watch-and-wait y recurrencias. Se utilizaron 22 variables, demográficas e histopatológicas. Se aplicó ingeniería de datos y luego división estratificada del dataset (80 % entrenamiento / 20 % prueba). Los modelos se ajustaron y validaron mediante validación cruzada (5-fold), utilizando métricas de rendimiento como AUC-ROC, precisión y F1-score. Se incorporó análisis LIME para interpretar la contribución individual de las variables.

Resultado: Se analizaron 576 pacientes (mediana 65 años; 47 % mujeres). Mortalidad acumulada: 24 % a 3 años y 33 % a 5 años. El Random Forest optimizado obtuvo la mayor discriminación: AUC 0,76 (IC 95 % 0,69-0,82) a 3 años y 0,74 (0,68-0,80) a 5 años; regresión logística 0,75/0,69 y XGBoost 0,71/0,67. No se evidenció sobreajuste. LIME mostró que, aunque la edad dominó la importancia global, el recuento exacto de ganglios positivos, el subestadio N y la invasión linfovascular modificaron significativamente el riesgo individual.

Conclusión: Los modelos de aprendizaje automático constituyen una herramienta robusta y reproducible para estimar la sobrevida individual tras resección curativa de CCR, al complementar el TNM con variables pronósticas que este omite. Su adopción permitirá pronósticos más precisos y decisiones terapéuticas mejor informadas. La validación en cohortes multicéntricas más extensas y con registros clínicos estandarizados potenciará su traslado a la práctica nacional.

84, ANALGESIA POSTOPERATORIA TRAS HEMORROIDECTOMÍA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, COMPARANDO UNGÜENTO ANESTÉSICO VS PLACEBO EN CONTEXTO DE ANALGESIA MULTIMODAL

Autores: Andrés Iglesias B., Daniel Moreno M., Cristián Jarry T., Megan Neumann B., Grecia Artigas P., Vlada Vasilyeva, Francisca Elgueta L., Felipe Bellolio R.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico P. Universidad Católica De Chile

Introducción: El dolor post hemorroidectomía, especialmente durante la defecación, representa una consecuencia frecuente e invalidante. Si bien el manejo con analgesia convencional, medidas físicas y laxantes puede ayudar, en algunos pacientes motiva consultas no programadas y retrasa la integración laboral. La aplicación tópica de anestésicos es utilizada con frecuencia, ya que podría mejorar el dolor sin aumentar efectos adversos. Sin embargo, su verdadera utilidad no ha sido ampliamente demostrada en estudios aleatorizados. Estudios preliminares han confirmado la seguridad de lidocaína tópica a concentraciones mayores a las comercialmente disponibles. Evaluar la seguridad y utilidad de este tipo de alternativas en cirugía proctológica, permitiría entregar a los pacientes una terapia adicional para el dolor postoperatorio.

Objetivos: Primario: determinar si la adición de ungüento de lidocaína 23%/tetracaína 7% a la analgesia multimodal estándar reduce en más de un 25 % el dolor post defecatorio medido según EVA autoreportada, durante los 10 primeros días tras hemorroidectomía, frente a placebo. Secundario: evaluar si el ungüento anestésico reduce el dolor promedio y uso de opioides en el periodo post operatorio.

Contenido del E-Poster: Ensayo prospectivo, aleatorizado por bloques. Se calculó un tamaño muestral de 62 pacientes para identificar con una pérdida del 10%, una reducción $\geq$ a un 25% en el EVA defecatorio post operatorio. Inclusión: adultos con hemorroides grado III–IV sometidos a hemorroidectomía clásica. Ambos grupos recibieron manejo postoperatorio estándar (paracetamol, ketorolaco, baños de asiento y tramadol de rescate). El grupo de intervención aplicó 2,5 g de lidocaína 23%/tetracaína 7% cada 12h durante 10 días; el control, ungüento placebo idéntico en consistencia y aspecto. Pacientes y tratantes fueron ciegos a la asignación de grupos. Variable principal: EVA del dolor en la defecación (media diaria, días 1–10). Secundarias: EVA promedio diario, dosis acumulada de opioides al día 10 y efectos adversos. Estadística no paramétrica y análisis por protocolo. Se presentan los resultados del análisis interino una vez completada la randomización de los 62 pacientes estimados.

Resultado: Habiendo reclutado la totalidad de la muestra comprometida, se identificó una pérdida del 27% en el seguimiento, dado por una mala adherencia a completar el autoreporte. Se incluyeron para este análisis interino, 45 pacientes: 19 del grupo control y 26 en el intervenido. En términos generales, se evidenció una tendencia no significativa a la reducción del dolor defecatorio y la media de dolor diario en el periodo post operatorio. Se identificó al día 3 la mayor diferencia entre el grupo control y de intervención, con EVAs defecatorios de 5.6(1.7) vs 5.0(2.4) y EVA promedio de 4.9(2.3) vs 3.9(2.2) respectivamente. Se identificó una diferencia

estadísticamente significativa en la media de dosis de opioides de rescate, siendo menor en el grupo intervenido (2.19(3.6) dosis) vs el control (6.11(8.1) dosis). No se reportaron eventos adversos severos.

Conclusión: En este análisis interino se identificó una pérdida superior de pacientes, lo que no permitió alcanzar el tamaño muestral. Considerando dichas limitaciones, este análisis sugiere que el ungüento de lidocaína 23%/tetracaína 7%, añadido a analgesia multimodal, redujo el consumo de opioides sin haberse reportado eventos adversos severos. Completado el tamaño muestral ajustado a la pérdida identificada, se podrá concluir respecto a los otros objetivos.

85, ANÁLISIS DEL 1º Y 2º PERIODO DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (PRENEC) REALIZADO EN OSORNO ENTRE DIC.DEL 2017 AL 2024.

Autores: Drs. Mauricio Cáceres Pérez, Javier Cruz Mesa**; Claudio Schulz Sáez*; ; Miguel Valenzuela Huichaman*; Francisco Lopez Kostner ***y Enf. Nicol Arriagada Vidal*.

Hospital Base San Jose Osorno; Unidad De Endoscopia; Servicio De Salud Osorno*/ Universidad Austral De Chile Campo Clinico Osorno**/centro Del Cancer Clinica Universidad De Los Andes***

Introducción: El Cáncer colorrectal es una de las neoplasias malignas de mayor incidencia y cuya mortalidad ha seguido incrementándose en Chile, siendo el Servicio de Salud de Osorno una de las Regiones con peores indicadores por su perfil demográfico y lo tardío en su diagnóstico, por lo que este Programa, es una estrategia de prevención que se inicio a fines del 2017 y que se ha mantenido en nuestra Provincia hasta hoy.

Objetivos: Informar los resultados de la aplicación del 1º y 2º Periodo del Programa de detección de lesiones precursoras y Neoplasias Malignas Colorrectales ; Prenec, en Osorno

Contenido del E-Poster: Estudio de Cohorte prospectivo de 6146 casos enrolados, beneficiarios del SNSS, mayores de 50 y menores de 75 años, asintomáticos desde el punto de vista digestivo y/o con antecedentes de Cáncer Colorrectal en familiares de 1º grado, que cumplan con los Criterios de Inclusión y Exclusion y que hayan aceptado las exigencias del Programa a través de un Consentimiento Informado realizándose el Cribado con una Entrevista de Ingreso, Registro Computacional, 2 Test Sangre Oculta Inmunológica Cuantitativa (TSODi), seguido de una Colonoscopia de Calidad,.

Resultado: Entre dic del 2017 y el 2024 (1º y 2º Periodo) se enrolaron en Total 6145 personas

De todos los TSODi entregados fueron recuperados 5199 (84,6%) resultando positivos (+/- o +/+) 584 (9,5%);

Se realizaron 870 colonoscopias totales reseándose

Adenomas con displasia bajo grado : 472

Adenomas con displasia alto grado: 105

Se detectaron 14 (1,6%) adenocarcinomas de los cuales

2 fueron tratados endoscópicamente (14,2%)

1 por TAMIS (7,1%)

6 por videolaparoscopia (42,8%)

5 por vía laparotómica (35,7%)

Encontrándose Anatomopatológicamente :

en etapa 0 = 5 (35,7%)

en etapa I = 2 (14,3%)

en etapa II = 3 (21,4%)

en etapa III = 4 (28,6%)

No se observó mortalidad relacionada a los procedimientos e intervenciones.

Conclusión: El programa de cribado de CaCR permite la extirpación de los adenomas de alto grado, evitando el desarrollo del cáncer y el diagnóstico precoz de neoplasias incipientes deriva en terapias menos invasivas como la Cirugía endoscópica y laparoscópica con mejores y promisorios resultados, comparables a lo publicado.

86, INCREMENTO DE INCIDENCIA Y DISPARIDAD PRONÓSTICA EN NEOPLASIAS APENDICULARES: COHORTE CHILENA ENTRE 2011 Y 2023

Autores: Gabriel Kunstmann C.; Daniela Leporati J.; Rodolfo Avendaño H.; Alejandro Murúa A.; Andrés Vera S.; Constanza Narváez J.; Leonardo Cárcamo G.

Universidad Austral De Chile, Servicio De Cirugía, Hospital Base Valdivia

Introducción: El cáncer apendicular es una neoplasia infrecuente y heterogénea cuya incidencia parece aumentar con la mejora en los métodos diagnósticos y la estandarización anatomopatológica. La evidencia nacional se limita a series pequeñas, lo que dificulta definir protocolos quirúrgicos diferenciados.

Objetivos: Caracterizar las variables clínicas, histológicas y de supervivencia de pacientes operados por neoplasia apendicular y determinar factores asociados a margen quirúrgico comprometido en un hospital terciario del sur de Chile.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectiva siguiendo la guía STROBE. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con diagnóstico histológico primario de cáncer apendicular sometidos a cirugía entre enero 2011 y diciembre 2023 en un centro terciario del sur de Chile. Se excluyeron implantes secundarios y origen extra apendicular. Resultado de variable primaria: sobrevida global a 5 años; secundarias: margen de resección, incidencia anual ajustada y factores predictivos de margen positivo. Se registraron edad, sexo, comorbilidad, presentación clínica, subtipo histológico y estadio TNM. Se aplicó estadística descriptiva; Kaplan-Meier con prueba long-rank; regresión logística multivariable (método enter) e inferencia a $\alpha=0,05$.

Resultado: Muestra total de 51 pacientes. La edad media fue 39,6 +/- 20,4 años; 76% mujeres. Histología: tumores neuroendocrinos (TNE) 66,7%, adenocarcinoma 23,5% y neoplasia mucinosa 9,8%. Margen comprometido fue 24%; el adenocarcinoma se asoció independientemente a margen positivo (OR 25; IC 95% 1,3-480; $p=0,04$). Sobrevida a 5 años alcanzó 97% para TNE, 55% para adenocarcinoma y 100% para neoplasia mucinosa ($p < 0,001$). La incidencia ajustada por 1.000 apendicectomías aumentó de 2,4 a 13,9 casos entre 2015 y 2023 ($\beta=1,06$; $R^2= 0,58$; $p=0,017$).

Conclusión: El subtipo histológico condiciona la calidad quirúrgica y la supervivencia. Los adenocarcinomas exigen hemicolectomía derecha oncológica y vigilancia estricta, mientras los TNE menores de 2 cm con márgenes libres en ausencia de factores histológicos desfavorables pueden manejarse con apendicectomía y seguimiento. El aumento sostenido de la incidencia evidencia la necesidad de estandarizar el examen anatomopatológico, crear registros multicéntricos y diseñar estudios prospectivos que validen los factores pronósticos identificados. Es la serie más amplia reportada en el sur de Chile y aporta evidencia local que complementa la literatura internacional, estableciendo parámetros para la estratificación terapéutica y planificación de políticas sanitarias orientadas a mejorar la sobrevida de pacientes con cáncer apendicular.

193, COLECTOMÍA SEGMENTARIA DE COLON TRANSVERSO

Autores: María Ignacia Von Bennewitz B. (1), Herta Sagredo T. (2), Augusto Barrera Z. (3), Pablo Baeza I. (4)

(1) Residente Cirugía General, Universidad De Los Andes (2) Residente Cirugía General, Universidad Pontificia Universidad De La Católica (3) Residente Coloproctología, Universidad De Los Andes (4)(5) Cirujano Coloproctólogo, Equipo Coloproctología Hospital De La Florida

Introducción: La colectomía segmentaria con anastomosis intracorpórea, representa una estrategia quirúrgica avanzada y mínimamente invasiva para el tratamiento de los tumores de colon transverso. La evidencia actual respalda su uso por asociarse a menor dolor postoperatorio, menor íleo postoperatorio, menor tasa de complicaciones de la herida operatoria y óptimos resultados oncológicos.

Objetivos: Presentación de caso clínico de colectomía segmentaria laparoscópica con anastomosis intracorpórea en una paciente de 81 años, ECOG 0 con adenocarcinoma de colon transverso medio. Se exponen aspectos técnicos, resultados postoperatorios y fundamentos actuales de esta estrategia.

Contenido del video: 1. Caso clínico

2. Abordaje craneal a través de la transcavidad de los epiplones

3. Disección desde ángulo esplénico hasta ángulo hepático

4. Acceso medial de vena mesentérica inferior (VMI)

5. Sección de vasos cólicos medios próximos a cuerpo de páncreas

6. Anastomosis latero-lateral isoperistáltica colo-colónica intracorpórea.

7. Resultados postoperatorios e histopatológicos.

194, LINFADENECTOMÍA LATERAL VIDEOLAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN VASCULAR EN CANCER DE RECTO EXTRAPERITONEAL.

Autores: Rodrigo Flandez F, Christian König P, José Vivanco A, Gino Caselli M, Eduardo Larenas R, Carla Carvajal R

Hospital Clínico Regional De Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente/ Universidad De Concepción

Introducción: Existe controversia con respecto al tratamiento óptimo de los linfonodos laterales en pacientes cáncer de recto extraperitoneal. Actualmente, el 5–10% de estos presentan enfermedad localmente avanzada, planteando un problema relevante, la recurrencia lateral, la cual se estima que ocurra en un 10% de los pacientes. Además, un 10–25% tendrían depósitos tumorales en los linfonodos laterales. En este contexto, cuando existen metástasis en estos linfonodos, la recurrencia local alcanza hasta un 35%. Es por esto que es necesario ofrecer un tratamiento enfocado a estos compartimentos. Contrastando el enfoque de Occidente (radioterapia) con el de Oriente (linfadenectomía lateral). Planteamos un enfoque mixto para pacientes que no respondan completamente a la terapia neoadyuvante total (linfadenectomía lateral selectiva).

Objetivos: Presentar video de linfadenectomía lateral derecha videolaparoscópica con preservación vascular completa en paciente con cáncer de recto extraperitoneal.

Contenido del video: Se describe caso de paciente con tumor de recto extraperitoneal cT3cN1bM0, con linfonodos imagenologicamente patológicos en compartimento lateral derecho (8 mm arteria ílica interna derecha y de 7 mm arteria obturatriz).

En el video muestra la técnica quirúrgica de una linfadenectomía lateral derecha por abordaje videolaparoscópico, con preservación vascular completa, donde se identifica el plano medial del compartimento lateral derecho conformado por uréter y plexo pélvico-fascia ureterohipogástrica; el plano lateral conformado por el músculo psoas y obturador interno y el plano dorsal constituido por los vasos ílicos internos y nervio isquiático. Durante el procedimiento se preservan las siguientes estructuras: arteria ílica interna y sus ramas, vena ílica interna y obturatriz, arteria obturatriz y nervio obturador, disecando los linfonodos del compartimento iliaco interno y obturador derechos.

195, TÉCNICA DE ELEVACIÓN DE HENDIDURA O “BASCOM CLEFT LIFT” PARA LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA RECIDIVADA

Autores: Ricardo Villalón Cortés, Andrea Quinchavil Díaz, Mario Abedrapo Moreira, Gunther Bocic Álvarez, Mauricio Díaz Beneventi, José Luis Llanos Bravo, Antonella Sanguineti Montalva

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La enfermedad pilonidal sacrococcígea es una patología adquirida, crónica y recurrente.

Afecta principalmente a pacientes jóvenes, comprometiendo significativamente su calidad de vida. El objetivo principal del tratamiento es alcanzar la curación con una baja tasa de recidiva y resultado estético adecuado.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas descritas.

Abierta.

Cerradas.

La técnica de elevación de la hendidura o “Bascom Cleft Lift” es una técnica cerrada.

Consiste en un colgajo de avance que aplanar la hendidura interglútea y lateraliza la cicatriz.

Objetivos: Presentar y describir la técnica quirúrgica de elevación de hendidura “Bascom Cleft Lift” para el tratamiento electivo de la enfermedad pilonidal sacrococcígea recidivada.

Contenido del video: Técnica quirúrgica paso a paso de la técnica Bascom Cleft Lift o elevación de hendidura para enfermedad pilonidal sacrococcígea recidivada.

196, ABORDAJE POR VIA LAPAROSCOPICA DE TUMOR PRESACRO.

Autores: Gino Caselli M, Eduardo Larenas R, Carla Carvajal R, José Vivanco A, Rodrigo Flandez F, Brian Morales O, Christian König P-I

Universidad De Concepción

Introducción: Los tumores retrorrectales (presacros) corresponde a un grupo muy heterogéneo de lesiones que surgen en el espacio retrorrectal. Se

pueden clasificar según origen en congénito o adquirido y según la histología (benigna o maligna). Su clínica es inespecífica y de diagnóstico tardío. Usualmente asociado a compresión o infiltración de estructuras anatómicas de la pelvis.

Objetivos: El objetivo de este video es presentar el caso de paciente portador de un tumor presacro intervenido por abordaje mínimamente invasivo.

Contenido del video: Se presenta paciente masculino con cambio en el hábito defecatorio. Al examen físico destacaba al tacto rectal una masa que abombaba la pared derecha del recto medio de 5 cm. La Tomografía computada de abdomen y pelvis evidenció una masa hipervascular en fosa isquiorrectal izquierda de 7.5cm x 5.5cm, sin claro plano de clivaje con pared posterior de la próstata.

La resonancia magnética demuestra masa mesorrectal izquierda, con características de paraganglioma como

primera posibilidad y en diagnóstico diferencial debe considerar un tumor fibroso pelviano. Colonoscopia sin hallazgos intraluminales de importancia y AngioCT informa masa de crecimiento expansivo pararectal izquierda, en estrecha relación con vasos ilíacos internos. Se

decide abordaje por vía abdominal laparoscópica, evolucionando sin complicaciones. Estudio histopatológico informa tumor compatible con tumor fibroso solitario. Se define seguimiento clínico.

197, CUERPO EXTRAÑO RECTAL COMPLICADO

Autores: Felipe Imigo G, Tomas Contreras R

Hospital Puerto Montt, Universidad San Sebastian

Introducción: La presencia de cuerpos extraños en el recto es un motivo de consulta relativamente frecuente en los servicios de urgencias. La vía de inserción más común es la anal. Las complicaciones agudas asociadas incluyen, entre otras, hemorragia digestiva baja, cuadros de obstrucción intestinal y perforación de la pared rectal. Si bien con menor incidencia, se han documentado complicaciones subagudas de considerable gravedad, tales como la formación de abscesos pelvianos profundos y el desarrollo de fístulas rectovaginales o rectovesicales. En este video se presenta una complicación particularmente infrecuente derivada de un cuerpo extraño rectal.

Objetivos: Demostrar el manejo quirúrgico de una fistula rectodiscal, como complicación secundaria de un trauma rectal por un cuerpo extraño

Contenido del video: Se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años con antecedente de dos hospitalizaciones previas por cuerpo extraño rectal, que requirieron extracción en pabellón.

Una semana posterior a la última extracción, el paciente reingresa por un síndrome febril sin foco aparente y elevación de parámetros inflamatorios. El estudio imagenológico inicial evidenció cambios inflamatorios a nivel colónico, lo que motivó el inicio de terapia antibiótica empírica. La colonoscopia subsiguiente evidencio la presencia de una úlcera rectal.

Ante la persistencia del cuadro inflamatorio, se escala el tratamiento antibiótico y se descartaron infecciones de transmisión sexual.

Posteriormente, el paciente desarrolló signología radicular, lo que condujo a un estudio de columna vertebral. La tomografía computarizada (TC) de columna lumbar reveló una lesión lítica anterior en L5 y S1. La resonancia magnética (RM) de columna confirmó un proceso inflamatorio-infeccioso a nivel de L5-S1, con compromiso facetario y del canal medular. Se realizó un drenaje endoscópico espinal de una colección purulenta periarticular con destrucción de la cápsula facetaria por parte del equipo de neurocirugía.

A pesar de las intervenciones, el paciente se mantuvo febril. Tras dos ecocardiogramas transtorácicos negativos, se realizó un ecocardiograma transesofágico que evidenció una posible vegetación, sin indicación quirúrgica en ese momento.

En una RM de control posterior, se documentó espondilodiscitis L5-S1 con signos de progresión y desarrollo de fístula hacia el recto, por lo que se decide operar.

Mediante laparoscopia, se realiza una exploración abdominal evidenciando una fistula rectodiscal activa, bajo el promontorio.

Por cara medial del mesosigmoides se realiza una disección logrando aislar completamente la fistula. Sección de la misma entre Hem-o-locks para luego completar la cirugía con una colostomía terminal.

198, MANEJO DEL PROLAPSO RECTAL RECIDIVADO TRAS RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA: RESOLUCIÓN MEDIANTE TÉCNICA DE DELORME

Autores: Valentina Maluenda A, Pablo Baeza I. Florencia Pinto G

Hospital Clinico De Magallanes

Introducción: El prolapso rectal es una condición debilitante que deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes. La rectopexia ventral laparoscópica (RVL) se ha consolidado como una de las alternativas quirúrgicas más empleadas debido a sus buenos resultados funcionales y a las bajas tasas de recidiva. Sin embargo, algunas series reportan tasas de recurrencia de hasta un 5-10%, especialmente en pacientes jóvenes, con disfunción del suelo pélvico o con comorbilidades psiquiátricas

La técnica de Delorme es un abordaje perineal clásico, especialmente útil en casos de prolapso rectal de tamaño moderado (<6 cm), en pacientes donde la reoperación abdominal implica mayor riesgo.

Objetivos: - Describir un caso de prolapso rectal recidivado tras rectopexia ventral laparoscópica.
- Presentar la técnica de Delorme como alternativa terapéutica.
- Analizar ventajas y consideraciones de la cirugía perineal en casos de recurrencia.

Contenido del video: Se presenta el caso de un paciente masculino de 35 años, con antecedentes de trastorno de personalidad clúster A y trastorno por déficit atencional (TDA), quien presentó un prolapso rectal recidivado de 5 cm tras una rectopexia ventral laparoscópica fallida.

Se eligió la realización de una técnica de Delorme, cuyos pasos son:

- Exposición del prolapso completo.
- Incisión circunferencial de la mucosa rectal a nivel del margen anal.
- Disección de la mucosa hacia proximal, dejando expuesta la capa muscular.
- Plicatura de la capa muscular del recto mediante sutura continua.
- Anastomosis de la mucosa distal con sutura absorbible.

Consideraciones clínicas

La cirugía perineal tipo Delorme representa una alternativa segura y efectiva en el tratamiento del prolapso rectal recidivado, sobre todo en aquellos pacientes donde un nuevo abordaje laparoscópico o abdominal supone un riesgo aumentado. Aunque la tasa de recurrencia puede ser algo mayor en comparación con la cirugía abdominal, sus beneficios en casos seleccionados son claros.

199, MARSUPIALIZACIÓN DE SENOS PRESACROS POR TAMIS

Autores: Víctor Pino P., José Gellona V., Leonardo Espíndola S., Karen Schonffeldt G., Joaquín Irrarrázaval E., Luis Andrade M., José Miguel Zúñiga A.

Hospital Militar De Santiago

Introducción: La resección anterior baja (RAB) es la técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento del cáncer de recto. Esta puede asociarse a complicaciones relevantes como la dehiscencia anastomótica. Una de sus secuelas más complejas es el desarrollo de un seno presacro crónico, cuya incidencia se estima entre un 1 y 10% de las RAB. Diversos factores de riesgo han sido descritos, destacando la radioterapia preoperatoria como uno de los principales. A pesar de su frecuencia, no existe consenso claro sobre su clasificación ni estrategia terapéutica óptima. El manejo es altamente variable y va desde la vigilancia activa hasta intervenciones quirúrgicas complejas mediante abordajes transanales, abdominales o endoscópicos. En este contexto, la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) ha surgido como una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de casos seleccionados.

Objetivos: Presentar el manejo de un paciente con seno presacro mediante marsupialización por TAMIS

Contenido del video: El video presenta el manejo y seguimiento de un seno presacro, desarrollado como complicación posterior a una resección anterior baja por cáncer de recto. El manejo consistió en una marsupialización transanal mediante la técnica TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery). Se incluye además el seguimiento clínico, endoscópico y radiológico del paciente durante un periodo de cuatro años posteriores al procedimiento, evidenciando una evolución favorable sin recurrencias ni complicaciones asociadas.

200, EXENTERACIÓN PÉLVICA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL: ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA

Autores: Cristián Jarry T., Felipe Bellolio R., J. Francisco López L., Hernán Zúñiga G., Francisca Palacios D., José Tomás Larach K.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico P. Universidad Católica

Introducción: La exenteración pélvica total (EPT) representa una alternativa terapéutica en casos seleccionados de cáncer rectal localmente avanzado y recurrente. Lograr márgenes de resección libres de tumor representa el principal objetivo, sin embargo la magnitud de la resección puede traducirse en altas tasas de morbilidad. Abordajes mínimamente invasivos y particularmente a través de cirugía robótica, permiten reducir la morbilidad derivada de la laparotomía y transferir algunos de los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva. Sin embargo la evidencia de estos abordajes es aún inicial.

Objetivos: Presentar un caso de cancer de recto tratado mediante una EPT por vía robótica. De esta forma demostrar la factibilidad técnica y oncológica de este enfoque mínimamente invasivo en un caso de alta complejidad

Contenido del video: El video muestra una EPT robótica combinada con una linfadenectomía pélvica lateral y la fase de reconstrucción urinaria. El paciente, un hombre de 45 años, fue inicialmente diagnosticado con adenocarcinoma rectal cT3N+ con sospecha de afectación ganglionar ílica interna izquierda. Tras terapia neoadyuvante total y respuesta clínica completa, presentó recurrencia local 11 meses después, confirmada por resonancia magnética. Tras evaluación multidisciplinaria, se indicó una EPT robótica con linfadenectomía lateral.

El procedimiento se realizó con el paciente en posición Lloyd-Davies modificada y cinco trocares estándar. Se muestran cápsulas de los pasos críticos de la cirugía. Se incluye la ligadura baja de los vasos mesentéricos inferiores, escisión mesorrectal total y disección en bloque de vejiga, base prostática, uréteres, diafragma pélvico y canal anal. La disección distal y sección uretral se realizaron por vía perineal asistida con retracción Lone Star lo cual se muestra en el video. Luego de la extracción de la pieza y cierre perineal, se redockeó el robot para la linfadenectomía lateral izquierda, confirmando metástasis ganglionar por biopsia intraoperatoria. Se muestra la reconstrucción que incluyó conducto ileal intracorpóreo y colostomía terminal.

El tiempo operatorio total fue de 540 minutos, con 600 mL de pérdidas hemáticas. El paciente tuvo una recuperación sin complicaciones y fue dado de alta al sexto día postoperatorio. La patología final evidenció resección R0 con un margen distal de 2.5 mm y un ganglio positivo.

201, COLGAJO DE MARTIUS PARA MANEJO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL BAJA

Autores: Francisco Xavier Báez Rojas, Hernán Javier Arancibia Aitken, Waldemar Adelsdorfer Orellana, Hugo Morales Cabezas, Maximiliano Mertens Palma

Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: La fístula recto vaginal es una conexión aberrante entre recto, ano y vagina de causa inflamatoria, tumoral, infecciosa, traumática o actínica

Su clasificación es fundamentalmente por altura y tamaño del defecto.

Su tratamiento en un alto porcentaje es quirúrgico incluyendo la interposición de tejidos para el cierre definitivo

Objetivos: Demostrar la técnica de colgajo Bulbocavernoso (o Martius Flap) para el manejo de fístula recto vaginal baja en paciente con fístula de origen actínico mediante soporte audiovisual, realizada en Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Contenido del video: Descripción paso a paso de la técnica del tratamiento de la fístula recto-vaginal baja mediante la interposición de colgajo de músculo bulbocavenoso (o también conocido como Martius Flap) mediante uso de soporte audiovisual.

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

Autores: Cristian Jarry, Claudio Muñoz, Sebastián Olivares, Christophe Riquoir, Eugenio Grasset

Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné

Introducción: El recurso humano quirúrgico es una limitante en el desarrollo de cirugía oncológica en

algunos sistemas de salud. La implementación de nuevas tecnologías como el robot o la cirugía magnética podrían

resultar útil para aumentar la cirugía oncológica de calidad con técnica mínimamente invasiva en entornos con recur-

sos humanos limitados. Se presenta como prueba de concepto el uso del sistema MARS de Levita Magnetics en

cirugía oncológica colorrectal.

Objetivos: Compartir la primera experiencia en el uso de la plataforma MARS de Levita® Magnetics para realizar una hemicolectomía derecha laparoscópica con intención oncológica.

Contenido del video: Se realizaron tres hemicolectomías derechas laparoscópicas asistidas por el sistema MARS de Levita Magnetics. En el video se presenta el sistema utilizado, dos propuestas para la configuración del sistema en pabellón y los pasos de la cirugía asistidos por la pinza magnética y la cámara robotizada. La fase resectiva de las tres cirugías pudo realizarse de manera efectiva por un solo cirujano. La fase reconstructiva requirió un segundo cirujano para la anastomosis extracorpórea, pero pudo

realizarse de manera autónoma por un solo cirujano en su modalidad intracorpórea. Se presentan los tiempos operatorios y los resultados quirúrgicos y oncológicos.

203, ANASTOMOSIS COLORRECTAL TRANSMESOCÓLICA EN COLECTOMÍA IZQUIERDA

Autores: Nicol Sagredo T (1), Ma. Ignacia Von Bennewitz B.(2), Samuel Balmaceda Z. (2), Augusto Barrera Z (3), Valentina Maluenda A (4), Pablo Baeza I. (5)

1) Residente Cirugía General. Pontificia Universidad Católica De Chile, 2) Residentes Cirugía General. Universidad De Los Andes, 3) Residente Coloproctología. Universidad De Los Andes, 4) Cirujana Coloproctóloga. Hospital Base De Punta Arenas. 5) Cirujano Coloproctólogo. Hospital Dra. Eloísa Díaz

Introducción: La colectomía izquierda con anastomosis colorrectal transmesocólica representa una opción técnica válida y segura en escenarios complejos.

Esta técnica permite optimizar el ángulo de la anastomosis y preservar una adecuada perfusión, especialmente útil cuando existe tensión en la pelvis. Estudios recientes reportan buenos resultados funcionales y oncológicos, con baja tasa de complicaciones anastomóticas.

Objetivos: Presentación de caso clínico de paciente femenina 68 años con antecedente de diverticulitis aguda complicada tratada inicialmente con antibioterapia, con posterior diagnóstico por PET CT de neoplasia sigmoidea la que se somete a una colectomía izquierda y anastomosis colorrectal transmesocólica.

Contenido del video: Situación intraoperatoria:

Tras la sigmoidectomía, el colon no alcanza la pelvis para realizar la anastomosis colorrectal.

Se libera el ángulo esplénico por vía medial, sin lograr alcance adecuado.

Pasos críticos:

División del ligamento gastro-cólico desde el colon transversal.

Liberación del ángulo hepático desde el retroperitoneo.

Abordaje subileal para liberar el duodeno y la cabeza del páncreas del mesocolon.

Creación de un túnel en el mesocolon, en una zona avascular conocida como “ventana duodenal”.

A través de esta ventana, se tracciona el colon transversal proximal hacia la pelvis, permitiendo una anastomosis colorrectal libre de tensión.

204, REINTERVENCIÓN POR PROLAPSO RECTAL RECIDIVADO TRAS RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CONSIDERACIONES EN UN CASO CLÍNICO

Autores: Carlos Hermansen Ramírez, Carlos Hermansen Truan, Diego Ugarte Lavarello, María Renata Mozó M., Florencia Aguiari M.

Nueva Clínica Cordillera

Introducción: La rectopexia ventral laparoscópica es una técnica quirúrgica utilizada en el tratamiento del prolapso rectal completo, una condición caracterizada por un descenso circunferencial de la pared rectal a través del canal anal, con impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Esta técnica, consiste en la fijación anterior del recto al ligamento longitudinal anterior del sacro mediante una malla, sin disecar posteriormente el recto, lo que reduce el riesgo de constipación posoperatoria y complicaciones neurológicas.

Aunque se ha establecido como una opción segura y eficaz, la recidiva del prolapso rectal puede ocurrir tras la cirugía, particularmente en pacientes que ya han sido intervenidos previamente. En estos casos, la reoperación representa un desafío técnico, con tasas de recidiva que alcanzan hasta el 25% a cinco años, según estudios recientes.

Objetivos: 1. Dar a conocer la técnica quirúrgica de una rectopexia ventral laparoscópica en contexto de recidiva

2. Analizar las particularidades técnicas de una reintervención

3. Presentar un caso clínico representativo, discutir las indicaciones, riesgos y resultados

Contenido del video: El video documenta un procedimiento realizado por el Dr Carlos Hermansen Ramírez, Coloproctólogo, en la Clínica Nueva Cordillera a una paciente femenina de 71 años, con antecedente de rectopexia ventral laparoscópica realizada en julio de 2024 por prolapso rectal completo. La paciente presentó recidiva del prolapso al cabo de varios meses, motivo por el cual fue reevaluada y programada para una nueva intervención, un año después de la cirugía inicial.

205, CIRUGÍA DE MILES CON SECCIÓN EXTRA ELEVADOR VÍA LAPAROSCÓPICA

Autores: Cristobal Suazo , Cristián Gallardo, Josefina Sepúlveda, Gonzalo Rebolledo, Carla Marchesse

Clínicas Redsalud

Introducción: La amputación abdominoperineal (AAP), o cirugía de Miles, ha sido históricamente el tratamiento estándar para los tumores de recto localizados en el tercio distal cuando no es posible realizar una resección con conservación del esfínter. Sin embargo, las tasas de margen circunferencial positivo (CRM) y recurrencia local asociadas a la técnica convencional han llevado al desarrollo de abordajes quirúrgicos más radicales y anatómicamente precisos.

En este contexto, la amputación abdominoperineal extraelevadora (ELAPE, por sus siglas en inglés) ha sido propuesta como una modificación técnica que mejora el control oncológico. Esta técnica implica una escisión más amplia del plano del elevador del ano, extrayendo el recto en bloque con los músculos elevadores, lo que reduce la manipulación tumoral y permite una disección cilíndrica más completa del espécimen. Como consecuencia, se ha observado una disminución en la tasa de CRM positivo y recurrencia pélvica, a costa de una herida perineal más extensa que, en algunos casos, requiere reconstrucción.

A pesar de sus beneficios oncológicos, la ELAPE continúa siendo objeto de debate debido a sus requerimientos técnicos, mayor morbilidad perineal y la necesidad de reconstrucción del piso pélvico. Por ello, su indicación debe ser individualizada según la extensión tumoral, la respuesta a la neoadyuvancia y las condiciones anatómicas del paciente.

Objetivos: Mostrar una modificación de la técnica habitual del ELAPE, en la cual realizamos la sección del piso pélvico por vía abdominal, laparoscópica.

Contenido del video: Paciente masculino de 69 años con diagnóstico de cáncdr de recto inferior localmente avanzado con compromiso de músculo elevador del ano a derecha y canal anal post neoadyuvancia con radioterapia y FOLFOX.

Se muestran los distintos pasos de la cirugía de Miles extraelevador laparoscópica, haciendo hincapié en la modificación de la técnica con sección del piso pélvico por vía anterior.

206, PROCTOCOLECTOMÍA ROBÓTICA CON RESERVORIO ILEAL

Autores: Joselin Del Valle Jaimes F, Clara Del Carmen Silva Camus, Constanza Gajardo C, Felipe Avaca, Maria Ignacia Velasco Campino, Claudio Wainstein G, Jose Miguel Zuñiga, Francisco Lopez Kostner

Universidad De Los Andes

Introducción: La proctocolectomía con reservorio ileal en J y anastomosis ileo anal (IPAA), es el tratamiento quirúrgico definitivo para pacientes con colitis ulcerosa refractaria a tratamiento médico. El abordaje robótico es una alternativa prometedora, por sus ventajas técnicas y visuales para el cirujano. La primera resección anterior baja asistida por robot fue descrita en 2006 para cáncer de recto, y desde entonces se ha expandido a otras patologías colorrectales. La literatura ha reportado menores tasas de filtración de la anastomosis, menos fallas de reservorio y menos días de hospitalización, además de mejores resultados funcionales a largo plazo. Hasta donde sabemos, este es el primer reporte de proctocolectomía robótica con reservorio ileal realizada en Chile, en un paciente con EII con estenosis colónica.

Objetivos: Mostrar paso a paso la técnica de proctocolectomía robótica

Contenido del video: Proctocolectomía robótica con reservorio ileal en J y anastomosis ileoanal. Previa posición de Lloyd-Davies y la instalación del neumoperitoneo en punto de Palmer. Primer docking (craneal derecho): instalación de puertos robóticos y laparoscópicos. Inicia la cirugía con movilización del intestino delgado, identificación y ligadura de arteria ileocólica. Se realiza túnel retro cólico y liberación del colon derecho hasta el ángulo hepático. Se disecciona y secciona la arteria cólica media. Segundo docking (craneal izquierdo) para abordaje de ángulo esplénico, se reposicionan los trocares a hipocondrio y fosa ilíaca izquierda. Se observa la movilización del colon izquierdo y el ángulo esplénico, con apertura del epiplón mayor y abordaje de la transcavidad de los epiplones. Luego liberación del colon transversal. Tercer docking (caudal izquierdo): se ajustan los trocares en configuración oblicua para disección pélvica. Se realiza laparoscopia diagnóstica, donde se muestra el hallazgo de una gran masa inflamatoria. Se muestra la disección mesorrectal hasta los músculos elevadores del ano, con preservación de estructuras pélvicas (uréter, vasos, plexos hipogástricos y nervios pélvicos). Se realiza una incisión mini-Pfannenstiel, a través de la cual se extrae la pieza operatoria, con sección rectal distal con autosuturadora curva, confección del reservorio ileal en J con sutura mecánica lineal, anastomosis ileoanal con sutura mecánica circular e ileostomía en asa de protección. Finalmente, se muestra la pieza quirúrgica resecada. El video fue editado en CapCut y cuenta con narración que narra paso a paso y contextualiza el procedimiento. Se obtuvo consentimiento informado del paciente. Video original en 1080p Full HD. (460 MB)