

Tomo de Resúmenes (TL Orales y Video)

9. Sección: Sección: Hepatobiliar

112, UNA DÉCADA DE HEPATECTOMÍAS: EVOLUCIÓN TÉCNICA Y RESULTADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Autores: Ramón Hermosilla V, Patricio Araya C, Bárbara Carreño M, Cristian Gallegos C, Carlos Mandiola B, Hanss Lembach J, Jaime Castillo K, Omar Orellana E, Juan Carlos Díaz J, Alexandre Saure M.

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La cirugía hepática ha experimentado una notable transformación en las últimas décadas, impulsada por avances tecnológicos, anestésicos y perioperatorios, junto con una comprensión más precisa de la anatomía hepática. Desde las resecciones abiertas clásicas hasta la implementación de técnicas laparoscópicas y robóticas, la hepatectomía se ha consolidado como un procedimiento seguro y efectivo, incluso en patologías complejas.

Objetivos: Describir la evolución de la cirugía hepática en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante la última década.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo observacional basado en el análisis de una base de datos construida a partir de antecedentes clínicos extraídos de las fichas electrónicas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se incluyeron un total de 459 pacientes sometidos a hepatectomía, mediante técnica abierta o laparoscópica, entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2024.

Resultado: Se analizaron 459 pacientes, con predominio femenino (53,8%) y una mediana de edad de 56 años. Las principales indicaciones fueron metástasis colorrectales (24,0%), hepatocarcinoma (16,6%) y cáncer de vesícula (10,7%). Se realizaron 292 procedimientos abiertos (63,6%) y 167 laparoscópicos (36,4%). La mortalidad mostró una disminución significativa en el tiempo (regresión de Poisson, coef. $-0,193$; $p = 0,028$), al igual que las complicaciones graves Clavien-Dindo $\geq$ IIIa, con una reducción anual promedio del 1,8% (regresión lineal, coef. $-0,018$; $p = 0,0021$). El uso de laparoscopia aumentó significativamente, con un incremento anual del 35% en su probabilidad de uso (regresión logística, odds ratio = 1,35; $p < 0,0001$). La estadía hospitalaria también mostró una tendencia descendente, con una reducción promedio de 0,51 días por año ($p = 0,0046$), reflejando una mejora sostenida en la eficiencia del manejo perioperatorio.

Conclusión: Durante la última década, la hepatectomía en nuestro centro ha evidenciado una evolución técnica significativa y mejoras clínicas progresivas. Se observó una reducción estadísticamente significativa en la mortalidad, las complicaciones graves y la estadía hospitalaria, en paralelo con una adopción creciente de la laparoscopia. Estos resultados reflejan la

consolidación de un programa quirúrgico especializado y eficiente en un centro universitario de alta complejidad

113, USO DE A-PRF EN RECONSTRUCCIÓN DE PANCREATODUODENECTOMÍA. SERIE DE CASOS.

Autores: Eduardo Sepúlveda S.1,2, Sonia Curitol S.1,2, Andrés Troncoso T.1,2,3, Luis Acencio B.2, Oriel Arias R.2, Christian Herrera G.4, Joaquin Cortés F.1, Fernanda Sandoval V.1, benjamín Lobos T.1, Héctor Losada M.1,2,3.

1. Departamento De Cirugía. Universidad De La Frontera, Temuco, Chile. 2. Equipo De Cirugía Biliopancreática. Hospital Regional De Temuco, Chile. 3. Equipo De Cirugía Biliopancreática. Clínica Alemana De Temuco, Chile. 4. Departamento De Cs. Preclínicas, Centro De Excelencia De Medicina Traslacional, Universidad De La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La pancreatoduodenectomía constituye un procedimiento quirúrgico de alta complejidad, en el cual la fístula pancreática postoperatoria (FPPO) clínicamente relevante representa una complicación con impacto significativo en el manejo y la recuperación del paciente. Con el objetivo de prevenir la FPPO, se han implementado diversas estrategias, entre ellas el refuerzo de anastomosis.

La membrana de Fibrina Rica en Plaquetas Avanzada (A-PRF) es un biomaterial autólogo, concentrado plaquetario de segunda generación, obtenido a partir de sangre sin aditivos, que destaca por su liberación sostenida de factores de crecimiento y ha demostrado utilidad en la regeneración de tejidos blandos y óseo.

En la presente serie de casos, se empleó membranas de A-PRF para el refuerzo de la pancreatoyeyunoanastomosis durante la reconstrucción posterior a la pancreatoduodenectomía.

Objetivos: Evaluar la incidencia de fístula pancreática postoperatoria clínicamente relevante en pacientes sometidos a pancreatoyeyunoanastomosis con técnica de Blumgart y refuerzo de A-PRF tras pancreatoduodenectomía, en el Hospital Hernán Henríquez Aravena entre enero y marzo de 2025.

Contenido del E-Poster: Serie de casos desde Enero hasta Marzo de 2025. Se incluyeron pacientes a quienes se realizó reconstrucción con refuerzo de anastomosis con membrana de A-PRF. Se consideró FPPO clínicamente relevante (grado B/C) para evaluar morbilidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Para preparar membranas de A-PRF, se extrajo sangre del mismo paciente en tubos de vidrio sin anticoagulante y se sometió inmediatamente a un proceso de centrifugación a 1300 rpm por 14 minutos. Posteriormente, el coágulo de A-PRF se separó del componente hemático y se comprimió para obtener una membrana uniforme, la que finalmente fue ubicada en el lugar requerido.

Resultado: La serie está compuesta por 7 pacientes, 6 de género masculino y 1 de género femenino. Un promedio de edad de 64,1 años. En 3 pacientes se realizó drenaje biliar previo a cirugía, en 2 pacientes de la muestra se contaba con biopsia preoperatoria. El tiempo operatorio promedio fueron 248 min. El diámetro promedio de Wirsung 4 mm. 6 casos presentaron

consistencia blanda de páncreas y 1 caso de consistencia dura. En relación con la FPPO, se observó que 1 paciente no desarrolló fístula pancreática, 3 pacientes presentaron fístula bioquímica y 3 pacientes experimentaron fístula clínicamente relevante. De estos últimos, 2 requirieron drenaje percutáneo debido a una colección abdominal, y 1 necesitó el drenaje durante un periodo superior a 3 semanas.

Conclusión: A-PRF es una opción segura, económica y reproducible, ya que utiliza sangre autóloga sin riesgo de rechazo y para su implementación equipamiento de bajo costo. Presenta resultados comparables a los reportados en la literatura, pero se necesitan estudios prospectivos para confirmar su eficacia.

114, TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL EMBARAZO: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Autores: Camila Sotomayor, Ricardo Urzúa, Felipe Riquelme, Daniel García, Fernanda Schoenfeldt, Pilar Dominguez, Pablo Achurra, Patricia Rebolledo, Eduardo Viñuela, Eduardo Briceño, Rodrigo Wolff, Luis Antonio Díaz, Carlos Benitez, Martin Dib, Nicolás Jarufe, Jorge Martinez.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La disfunción hepática severa que requiere trasplante es un evento mayor en cualquier etapa de la vida. El trasplante hepático (TH) representa un tratamiento efectivo para la falla hepática fulminante (FHF). En Chile, las mujeres representaron el 51,6% de los receptores de trasplante hepático en 2023. Según la literatura internacional, aproximadamente el 10–15% de las mujeres trasplantadas se encuentran en edad reproductiva (18–49 años).

Si bien existe una amplia literatura sobre embarazos exitosos posteriores al TH, son escasos los estudios que abordan el trasplante hepático durante el embarazo. Hasta nuestro conocimiento, no existe consenso establecido respecto a los desenlaces esperados ni sobre el manejo perioperatorio óptimo en estas pacientes.

Objetivos: Describir la cohorte de pacientes embarazadas diagnosticadas con FHF y trasplantadas en nuestro centro entre 2004 y 2024, analizando la etiología hepática, el manejo anestésico perioperatorio y los desenlaces clínicos maternos y fetales.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo de 6 pacientes embarazadas con indicación de trasplante hepático por FHF en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se obtuvieron datos clínicos desde registros electrónicos y la base de datos de la unidad de trasplante. El manejo de datos se realizó con Microsoft Excel y los análisis estadísticos con IBM SPSS Statistics.

Resultado: La revisión de registros de 1994 a 2024 identificó 54 pacientes trasplantadas por FHF, de las cuales 6 estaban embarazadas al momento de la indicación.

La mediana de edad de las pacientes fue de $25 \pm 8,7$ años y la edad gestacional al ingreso fue de $21 \pm 4,8$ semanas. En los 6 casos se evidenció vitalidad fetal al ingreso. La FHF se atribuyó a infección por parvovirus en una paciente, a etiología autoinmune en otra, y en las restantes 4 pacientes no se logró determinar causa.

Según la clasificación de O'Grady, una paciente presentó inicio hiperagudo, tres con inicio agudo y dos pacientes de inicio subagudo. El puntaje MELD promedio fue de $31,6 \pm 2,4$. La encefalopatía hepática fue grado IV en 3 pacientes, grado III en 2, y no documentada en 1 caso.

La mediana de tiempo desde el ingreso hasta el TH fue de 11 días [RIQ 2–25]. Todos los injertos provinieron de donantes fallecidos. En 4 pacientes se realizó primero el TH y posteriormente

cesárea o evacuación uterina; en una paciente se realizaron ambos procedimientos durante la misma cirugía, y en otra, la cesárea precedió al trasplante.

En cuanto a los desenlaces: en 2 casos sobrevivieron madre y feto; en 1 caso sobrevivió solo el feto; y en 3 casos sobrevivió solo la madre (1 pérdida fetal previa al trasplante y 2 posteriores). Esto representa una tasa de sobrevida fetal del 50% y materna del 83,3%.

Dos pacientes requirieron retransplante.

Conclusión: La FHA en el embarazo es una condición poco frecuente. La sobrevida fetal es limitada (50% en nuestra serie, similar al ~60% reportado en la literatura), mientras que la sobrevida materna es alta (83,3%).

La decisión sobre el momento del parto en relación al trasplante depende de la edad gestacional al diagnóstico: Antes de las 22 semanas, el parto suele postergarse hasta después del trasplante, priorizando la seguridad materna. Después de las 28 semanas, puede considerarse el parto previo al trasplante, mientras que entre las 22 y 28 semanas, no existe consenso claro, y los resultados fetales <22 semanas son especialmente desfavorables, incluso cuando el embarazo se prolonga.

115, MANEJO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA COLEDOLITIASIS DURANTE EL EMBARAZO. TÉCNICA QUIRÚRGICA, DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO Y RESULTADOS: EXPERIENCIA PIONERA EN UN HOSPITAL DE CHILE.

Autores: Tamara Álvarez Véliz, Nicolás López Valenzuela, Constanza Godoy Santin, Esteban Ruiz, Rolando Rebolledo, Erwin Buckel, Rose Marie Mege, Berenice García, Marcel Sanhueza García

Hospital Dr. Sótero Del Río

Introducción: La coledolitis sintomática es una condición frecuente en mujeres embarazadas, con una incidencia estimada del 12 %, atribuida a los cambios hormonales propios de la gestación, como el aumento de progesterona y estrógenos, que inducen estasis biliar y formación de cálculos. De estas pacientes, un porcentaje importante puede desarrollar coledolitis, complicación que incrementa significativamente el riesgo de colangitis, pancreatitis y eventos perinatales adversos graves. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) ha sido tradicionalmente el tratamiento de elección, pero implica exposición a radiación y riesgo aumentado de pancreatitis post-procedimiento. La cirugía mínimamente invasiva, en combinación con técnicas de diagnóstico y resolución intraoperatoria, surge como una alternativa segura, sin radiación.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de una estrategia quirúrgica mínimamente invasiva para el manejo de la coledolitis durante el embarazo, basada en ecografía intraoperatoria y coledoscopia transcística.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo entre los años 2018 y junio 2025 que incluye a 18 embarazadas con diagnóstico de coledolitis sintomática, refractaria a manejo médico y que fueron sometidas a colecistectomía laparoscópica con ecografía intraoperatoria con la cual se confirmó coledolitis y se efectuó exploración de la vía biliar mediante coledoscopia transcística. Se analizaron complicaciones maternas, eventos perinatales, resultados quirúrgicos y estancia hospitalaria.

Resultado: El diagnóstico de coledolitis en pacientes con coledolitis sintomática alcanza en esta serie el 12%. Se reportó 1 reoperación por sospecha de coledolitis residual, 1 paciente presentó muerte fetal y 3 pacientes presentaron partos prematuros. La estancia hospitalaria promedio fue de 3 días. No se registraron complicaciones maternas mayores.

Conclusión: El manejo quirúrgico mínimamente invasivo de la coledolitis durante el embarazo, mediante colecistectomía laparoscópica con diagnóstico ecográfico intraoperatorio y resolución por coledoscopia transcística, representa una estrategia segura, efectiva y sin exposición fetal a radiación y reduciendo los riesgos asociados a la ERCP. Esta técnica permite el tratamiento definitivo en un solo acto quirúrgico, con resultados materno-perinatales comparables o superiores al manejo endoscópico tradicional. Nuestra experiencia pionera respalda su incorporación como alternativa de primera línea en centros con experiencia en cirugía hepatobiliar y atención obstétrica especializada.

116, NAVEGANDO LA FALLA HEPÁTICA FULMINANTE: ANÁLISIS DE 12 AÑOS DE RESULTADOS EN TRASPLANTE HEPÁTICO.

Autores: Camila Sotomayor, Ricardo Urzúa, Daniel García, Anny Gálvez, Alejandra Cancino, Pilar Domínguez, Pablo Achurra, Patricia Rebolledo, Eduardo Viñuela, Eduardo Briceño, Rodrigo Wolff, Luis Antonio Díaz, Carlos Benítez, Martin Dib, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La falla hepática fulminante (FHF) es una condición crítica caracterizada por un rápido deterioro de la función hepática, que con frecuencia conduce a complicaciones graves y muerte si no se interviene a tiempo. El trasplante hepático (TH) se considera el tratamiento definitivo para pacientes con FHF, mejorando significativamente la sobrevida. Este estudio analiza los resultados clínicos de los pacientes con FHF ingresados al programa de TH del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 2012 y 2024.

Objetivos: Describir la cohorte de pacientes diagnosticados con FHF en nuestro centro entre 2012 y 2024, enfocándose en las características epidemiológicas, el manejo médico, el acceso al trasplante hepático y los desenlaces clínicos.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo de 72 pacientes diagnosticados con FHF y evaluados para trasplante hepático en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los datos clínicos se obtuvieron de los registros electrónicos de salud y de la base de datos de la unidad de trasplante. El manejo de datos se realizó en Microsoft Excel y el análisis estadístico con IBM SPSS Statistics.

Resultado: De los 72 pacientes ingresados al programa de trasplante, 52 eran mujeres (74,3%) y 20 hombres (25,7%). La mayoría eran adultos ($n=63$, 87,5%) y 9 eran pacientes pediátricos (12,5%). La edad promedio fue de 39,0 años ($DE \pm 18,3$). El puntaje MELD promedio al ingreso fue de 33,2 ($DE \pm 6,5$). El 84,72% ($n=61$) cumplía con los criterios de King's College. La etiología más frecuente de la FHF fue autoinmune (40,3%, $n=29$), seguida de causa indeterminada (16,7%, $n=12$), toxicidad medicamentosa (15,3%, $n=11$) y hepatitis B (6,9%, $n=5$). El 30,6% ($n=22$) de los pacientes trasplantados presentaban encefalopatía hepática grado III/IV. El 72,2% ($n=52$) de los pacientes fueron trasplantados, con un tiempo promedio en lista de espera de 5,8 días ($DE \pm 7,0$). De ellos, el 86,7% ($n=43$) recibió injertos de donante fallecido y el 13,3% ($n=9$) de donante vivo. La sobrevida global al año post-trasplante fue del 72,34% ($n=34$). En cuanto a las razones de exclusión de la lista de espera, el 16,7% ($n=12$) falleció antes del trasplante, el 6,9% ($n=5$) mejoró sin requerirlo, el 2,8% ($n=2$) fue retirado por contraindicación quirúrgica y el 1,4% ($n=1$) lo rechazó.

Conclusión: El TH sigue siendo la piedra angular en el tratamiento de la FHF, con un impacto significativo en la sobrevida de los pacientes. Sin embargo, la escasez de órganos de donantes fallecidos representa un desafío persistente. En este contexto, el trasplante hepático con donante vivo se presenta como una alternativa viable para reducir el tiempo entre el diagnóstico y el trasplante, mejorando el pronóstico. En nuestro centro, la implementación de un protocolo

interdisciplinario eficiente ha permitido un enlistamiento oportuno, reflejado en una baja tasa de no-enlistamiento en comparación con otros centros.

117, TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO EN FALLA HEPÁTICA FULMINANTE: SERIE DE CINCO PACIENTES CON INJERTOS DE LÓBULO DERECHO

Autores: Camila Sotomayor, Belén Rivera, Pilar Domínguez, Anny Gálvez, Patricia Rebolledo, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Jorge Martínez, Carlos Benítez, Nicolás Jarufe, Martín Dib

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La falla hepática fulminante (FHF) es una condición de rápida progresión y potencialmente mortal, con una elevada mortalidad en ausencia de trasplante hepático (TH) oportuno. En regiones con acceso limitado a órganos de donante fallecido, el trasplante hepático de donante vivo (THDV) surge como una alternativa viable y con potencial de salvar vidas.

Objetivos: Describir una serie de cinco pacientes que recibieron un THDV con injerto de lóbulo derecho por FHF, y analizar las características de receptores y donantes, los resultados perioperatorios y las complicaciones.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de cinco pacientes con FHF que fueron sometidos a THDV con injerto de lóbulo derecho entre 2016 y 2024 en un centro Chileno. Se describieron características y se analizaron resultados postoperatorios tanto de receptores como de donantes. Todos los pacientes cumplían criterios para trasplante urgente, y las evaluaciones de los donantes se realizaron de forma acelerada debido a la urgencia clínica. Cada caso se presenta en detalle, seguido de un análisis comparativo de la serie completa.

Resultado: Durante el período del estudio, se realizaron 78 trasplantes hepáticos de donante vivo con injerto de lóbulo derecho (THDV-LD), de los cuales solo 5 (6,4%) fueron indicados por falla hepática fulminante (FHF). La edad de los receptores osciló entre 10 y 56 años (media: 29,8 años). Las etiologías fueron: enfermedad de Wilson (n=2), toxicidad por paracetamol (n=1), hepatitis autoinmune (n=1) e insuficiencia hepática postoperatoria (n=1).

El tiempo medio desde la inclusión en lista hasta el trasplante fue de 4 días, con una media de 2 días desde la evaluación del donante hasta el THDV. Todos los pacientes estaban en unidad de cuidados intensivos; el 80% requirió ventilación mecánica y diálisis previo al trasplante. Cuatro pacientes (80%) estaban vivos al momento del análisis, con seguimiento medio de 19 meses (rango: 7–56). La única muerte se debió a shock cardiogénico / miocarditis fulminante. Ninguno requirió retransplante. Si bien todos los receptores presentaron complicaciones posterior al TH, principalmente biliares (estenosis o fístulas), la mayoría fueron resueltas mediante endoscopia o radiología intervencional. Solo un paciente requirió reintervención quirúrgica. No se reportaron complicaciones en los donantes vivos.

Se evaluaron 19 donantes para estos 5 receptores; 3 receptores contaron con 5 candidatos y 2 receptores con 2 candidatos. Todos los donantes fueron parientes biológicos (2 padres, 2 hijos, 1 primo). La media de hospitalización postdonación fue de 5,6 días, sin eventos adversos.

Conclusión: El THDV en contexto de FHF plantea desafíos éticos y logísticos, ya que la urgencia clínica puede presionar a los donantes y sus familias a tomar decisiones en plazos muy breves. Sin embargo, cuando el donante y el receptor son cuidadosamente seleccionados, el THDV con injerto de lóbulo derecho puede ser una opción terapéutica factible y eficaz para pacientes con FHF en regiones con escasez de órganos. El éxito de esta estrategia depende de una evaluación acelerada del donante, coordinación multidisciplinaria y una selección oportuna del receptor. El THDV representa alternativa ante la falta de injertos de donante fallecido, especialmente en diagnósticos donde el tiempo es crítico.

118, ANÁLISIS CLÍNICO Y MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO EN CHILE

Autores: Cristobal Levet, Patricio Ross, Daniel Garcia, Pedro Soto, Valeria Galaz, Camila Jure, Josefina Hasenberg, Lucas Espinoza, Jorge Gonzalez, Carolina Nuñez, Tomas Reyes, Francisco Barrera, Edmundo Martinez, Rodrigo Wolff, Blanca Norero, Marcel Sanhueza, Julio Benitez, Erwin Buckel, Magdalena Vera, Ines Ceron, Rolando Rebolledo

Hospital Dr. Sotero Del Río / Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: El trasplante hepático (TH) es una cirugía con intención curativa para un conjunto de patologías que consiste en extirpar el hígado patológico del receptor e implantar el de un donante sano. Este no está exento de morbilidad y mortalidad siendo una de las más importantes las infecciones la cual es la primera causa de muerte en el primer año post TH. A pesar de su impacto, en Chile no contamos con estudios infectológicos en esta población.

Objetivos: Este estudio busca establecer la frecuencia de las infecciones fúngicas, bacterianas y virales dentro de los primeros 90 días post trasplante y qué características clínicas o microbiológicas se relacionan con su desarrollo. Para ello, se analizaron pacientes adultos trasplantados en el Hospital Clínico Universidad Católica de Marcoleta (HCUCM) y el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR).

Contenido del E-Poster: Es un estudio retrospectivo, multicéntrico, observacional, que incluyó pacientes TH del HCUCM y CASR mayores de 18 años hospitalizados previo al 30/03/2025. Se excluyeron pacientes que seguían hospitalizados al momento del análisis asegurando el seguimiento de 90 días post TH. Los datos fueron obtenidos mediante revisión de registros clínicos electrónicos institucionales e incluyó datos demográficos, clínicos, microbiológicos y asociados al trasplante. También se identificaron todas las infecciones relevantes en ese periodo. El análisis estadístico inicialmente fue descriptivo y luego bivariado para detectar relaciones entre variables clínicas e infecciones bacterianas. Se aplicaron pruebas estadísticas según el tipo de dato, considerando significativo un valor de p menor a 0.05. El protocolo fue aprobado por ambos comités de ética

Resultado: Se recolectaron un total de 316 pacientes de los cuales 118 presentaron al menos una infección bacteriana y 30 alguna fúngica. El promedio de edad fue de 58 años, siendo 50.8% mujeres. El MELD operacional promedio fue de 26. Las variables asociadas con infecciones bacterianas corresponden al MELD operacional (28 Vs 25, $p=0.003$), uso de donante vivo (15.3% vs. 6.6%, $p=0.012$) y hospitalización previa al trasplante (46.6% vs. 35.4%, $p=0.048$). Además, la terapia de reemplazo renal (TRR) (18.9% vs. 3.4%, $p<0.001$) y el cultivo ascítico positivo (15.3% vs. 5.1%, $p=0.002$) se asociaron significativamente con mayor riesgo de infección. Las enterobacterias fueron los principales agentes etiológicos (AE) (50%), y los focos más frecuentes fueron el urinario (26.1%), respiratorio (25.0%), sanguíneo (23.8%) e intraabdominal (23.3%). Con respecto a las infecciones fúngicas los factores de riesgo asociados fueron donante vivo (8.4% vs. 23.3%, $p=0.009$), hospitalización en UCI antes del trasplante (40% vs. 20%, $p=0.012$), TRR (6.9% vs. 33.3%,

$p < 0.001$) y entre otros. El AE fúngico más común fueron levaduras (73%) con foco intraabdominal (48%).

Conclusión: Las infecciones son frecuentes tras el trasplante hepático, especialmente las bacterianas. Factores como MELD alto, donante vivo, hospitalización previa y TRR entre otros se asociaron significativamente a su aparición. Los resultados permitirían vigilar y prevenir infecciones en pacientes de alto riesgo.

119, CIRUGÍA PRESERVADORA DE PARÉNQUIMA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RÍO

Autores: Constanza Godoy Santin, Carlos Morales Mora, Tamara Alvarez Veliz, Felipe Silva Peña, Erwin Buckel Schaffner, Alejandro Brañes García, Rolando Rebolledo Acevedo, José Ruiz Cabrera, Rose Marie Mege Rivas, Marcel Sanhuesa García

Hospital Sotero Del Río, Equipo De Cirugía Hepatobiliar

Introducción: La resección hepática es un tratamiento potencialmente curativo en pacientes con cáncer colorrectal etapa IV por metástasis hepáticas. La posibilidad de recurrencia y la morbimortalidad asociada a resecciones extendidas hacen de la preservación de parénquima una estrategia atractiva.

Objetivos: Evaluar resultados quirúrgicos y oncológicos de pacientes sometidos a cirugía hepática por metástasis colorrectales en el servicio de cirugía del Hospital Sotero del Río

Contenido del E-Poster: Estudio observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía hepática por metástasis colorrectales en el Hospital Sotero del Río entre 2020 y 2025. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, perioperatorias e histopatológicas. Los pacientes fueron estudiados con TAC TAP, RM contrastada y ecografía intraoperatoria de rutina.

Resultado: Se incluyeron 96 pacientes (edad media 61 años; 41,7% mujeres)

El tumor primario se localizó en colon derecho en 7,3% de los pacientes. Las metástasis fueron sincrónicas en 70.8% y 9 pacientes (19.8%) presentaron más de 4 lesiones hepáticas, con distribución bilobar en 64,6% de los casos.

Un 70,8% recibió quimioterapia neoadyuvante.

Se realizó abordaje abierto en 63,5% de los casos. Sólo 27,1% requirió hepatectomía mayor reglada, con 5 pacientes planificados para cirugía en 2 tiempos (5,2%).

El porcentaje de insuficiencia hepática fue 1,04% (n=1). El 20,8 % de los pacientes presentaron fístula biliar o colecciones que requirieron drenaje. La mortalidad a 30 días fue de 1,04%.

Se logró R0 en 88 (91,6%) de las biopsias.

La mediana de seguimiento fue de 25.5 meses (RIQ: 14.3 – 40.8), con una sobrevida global de 19.3 meses (RIQ 8.3-33.2). La mediana de sobrevida libre de enfermedad fue de 9.8 meses (RIQ: 5.2– 15.5).

Un 20,8% de los pacientes recurrentes fueron reintervenidos con intención curativa.

Conclusión: La cirugía de metástasis hepáticas colorrectales en nuestro centro es segura, con baja morbilidad y adecuados resultados oncológicos.

La experiencia de los últimos 5 años nos ha mostrado que la quimioterapia perioperatoria juega un rol importante en la selección de pacientes y que la cirugía preservadora de parénquima es una estrategia valiosa, con bajos porcentajes de insuficiencia hepática, estadías hospitalarias cortas y posibilidades de reintervención en caso de recurrencia.

120, IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PERFUSIÓN HEPÁTICA EX VIVO: EXPERIENCIA INICIAL Y PARÁMETROS DE VIABILIDAD EN LOS PRIMEROS 10 CASOS.

Autores: E. Rivas, G. Artigas, M.f. Schoenfelt, , F. Venezian, E. Briceño, P. Rebolledo, J. Martínez, P. Achurra, E. Viñuela, N. Jarufe, S. Riveros.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La escasez de órganos para trasplante hepático continúa siendo un problema relevante en Chile. La perfusión hepática ex vivo (PHEV) permite evaluar en tiempo real la viabilidad de injertos hepáticos marginales, facilitando una decisión más segura para su implante. Presentamos la experiencia inicial de nuestro programa institucional, enfocándonos en los parámetros funcionales evaluados durante PHEV y el desenlace clínico de cada injerto.

Objetivos: Describir la implementación inicial de un programa de perfusión hepática ex vivo (PHEV) en un centro de trasplante chileno, detallando los criterios de selección de injertos, los parámetros metabólicos y biliares evaluados durante la perfusión, y los desenlaces clínicos asociados a la decisión de trasplante o descarte.

Contenido del E-Poster: Se analizaron los primeros 10 injertos hepáticos sometidos a PHEV entre abril 2024 y julio de 2025. Se recopilaban antecedentes del donante, características del injerto, parámetros durante la perfusión (pH, lactato, producción de bilis y su pH), y desenlace final (implante o descarte). La decisión de trasplante fue basada en criterios funcionales y morfológicos definidos por el equipo de trasplante.

Resultado: • Caso 1: Donante 76 años, IMC 35, DRI 1.9, esteatosis leve. Perfusión normotérmica: pH 7.8, lactato 4.6 mmol/L, bilis 12 mL, pH bilis 7.825. Trasplantado.

- Caso 2: Donante 60 años, IMC 26, DRI 2.3, esteatosis severa (70%). pH 7.27, lactato 1 mmol/L, bilis 16 mL, pH bilis 7.5. Trasplantado.

- Caso 3: Donante 75 años, IMC 24, DRI 2.1, esteatosis leve (20%). pH 7.65, lactato 6 mmol/L, bilis 14 mL, pH bilis 7.7. Trasplantado.

- Caso 4: Donante 56 años, IMC 27, DRI 1.6, esteatosis leve. Solo perfusión hipotérmica dual (por logística del receptor), sin transición a normotermia. No trasplantado.

- Caso 5: Donante 39 años, IMC 23, DRI 1.1, esteatosis severa (70%). pH 7.03, lactato 14 mmol/L, bilis 2 mL. No trasplantado.

- Caso 6: Donante 48 años, IMC 42, DRI 1.4, esteatosis severa (>50%). pH 7.17, lactato 4.8 mmol/L, bilis 6 mL, pH bilis 7.37. No trasplantado.

- Caso 7: Donante 75 años, IMC 25, DRI 2.1, esteatosis leve, paciente en hemodiálisis. pH

7.57, lactato 1.6 mmol/L, bilis 20 mL, pH bilis 7.79. Trasplantado.

- Caso 8: Donante 26 años, IMC 42, DRI 1.2, esteatosis leve. pH 7.43, lactato 1.6 mmol/L, bilis 18 mL, pH bilis 7.58. Reconstrucción arterial realizada durante perfusión hipotérmica previa a normotermia. Trasplantado.
- Caso 9: Donante 75 años, IMC 22, DRI 1.9, esteatosis leve. pH 7.3, lactato 0.35 mmol/L, bilis 16 mL, pH bilis 7.59. Trasplantado.
- Caso 10: Donante 39 años, IMC 23, DRI 1.1, esteatosis severa por imágenes. pH 7.47, lactato 2.1 mmol/L, bilis 18 mL, pH bilis 7.7. Trasplantado.

Conclusión: La implementación del programa de PHEV permitió evaluar objetivamente la viabilidad de injertos hepáticos, incluyendo aquellos con características marginales. En esta serie inicial, 8 de 10 injertos fueron trasplantados exitosamente. Los parámetros más consistentes asociados a viabilidad fueron lactato <4 mmol/L, producción biliar ≥ 10 ml, y pH biliar >7.5. Estos resultados iniciales respaldan la utilidad de esta tecnología como estrategia para expandir el pool de donantes y reducir la pérdida de órganos potenciales.

121, PANCREATITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD.

Autores: Abelino Jara Navarrete, Patricio Araya Cortés, Felipe Aruta Catalán, Sebastian Fuentes Vergara, Camilo Huerta Mejías, Carlos Mandiola Bunster

Departamento De Cirugía Del Hospital Clínico Universidad De Chile.

Introducción: La pancreatitis aguda es una patología que se ve con cada vez más frecuencia en centros de mediana y alta complejidad. Con gran variabilidad en su etiología y gravedad, su manejo esta estandarizado en guías internacionales cuyo impacto en la reducción de complicaciones y desenlaces adversos está bajo constante escrutinio.

Objetivos: Estudio demográfico, etiológico, de severidad, manejo y morbilidad de pacientes con pancreatitis aguda ingresados en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 86 pacientes consecutivos egresados del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile con diagnóstico de Pancreatitis Aguda entre noviembre de 2023 y julio de 2025. Se registraron variables demográficas, etiología, gravedad al ingreso según guías de Atlanta, complicaciones locales, estadía hospitalaria, requerimiento y estadía en unidad de paciente crítico (UPC), temporalidad de la colecistectomía y mortalidad. Se aplicaron pruebas estadísticas para comparar proporciones entre subgrupos por etiología y severidad.

Resultado: De los 86 pacientes, 31 fueron hombres y 55 mujeres, con edades entre los 19 y 92 años (media de 54,3 años). La etiología biliar fue predominante (73,3 %). La pancreatitis leve (sin disfunciones ni colecciones) representó el 65,1 %; moderadamente severa (disfunciones transitorias o colecciones) el 24,4 % y grave (disfunciones sostenidas) el 10,5 %. El 39,5 % requirió ingreso a UPC, con una estancia media de 8,7 días (DE 11,6). La estancia hospitalaria en casos leves fue de 6,6 días (DE 11,07). Las pancreatitis no biliares (post-ERCP, tumoral, metabólica, alcohólica) no mostraron diferencia significativa en complicaciones locales respecto a las biliares (34,8 % vs 25,3 %, $p=0,4$) ni en el ingreso a UPC (54,5 % vs 34,9 %, $p=0,1$). Sin embargo mostraron una mayor severidad ($p=0,032$) y mayor mortalidad (13,0 % vs 1,6 %, $p=0,023$). Se realizó la colecistectomía durante la hospitalización en 52 de 63 pacientes con pancreatitis biliar (82,5 %), con un tiempo promedio de 4,9 días desde el ingreso (DE 6,22). La mortalidad global fue 4,7 % (4/86), siendo 0 % en formas leves y moderadas, y 44,4 % en graves (4/9).

Conclusión: La pancreatitis de etiología biliar fue la más frecuente. La etiología no impactaría sobre el desarrollo de complicaciones locales ni en el requerimiento de UPC. Las etiologías no biliares tuvieron peor pronóstico, con mayor severidad y mortalidad asociada. La colecistectomía se realizó antes del alta en la mayoría de los pacientes una vez superado el cuadro agudo, con una latencia media menor a 5 días desde el ingreso.

122, DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA CON MANEJO QUIRÚRGICO EN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA REGIÓN DE MAGALLANES Y LA ANTÁRTICA CHILENA ENTRE LOS AÑOS 2015 Y 2025

Autores: Nastassja Durán N, Valentina Rosas C, Francisca Becar C, Javiera Galleguillos S, Valentina Castillo H, Ivonne Zárate G

Hospital Clínico De Magallanes - Servicio De Cirugía

Introducción: La hidatidosis corresponde a una zoonosis secundaria a la infección por parásitos del género *Equinococcus*, más frecuentemente *granulosus*. El ser humano actúa como huésped intermediario accidental al ingerir alimentos, agua o tierra contaminados con huevos del parásito, o al consumir vísceras de animales infectados. La manifestación clásica es la formación de quistes, siendo su ubicación más frecuente hepático y luego pulmonar. Esta enfermedad es endémica en regiones donde la cría de ovejas y ganado es común, en Chile la región con mayor prevalencia corresponde a Los Lagos, seguida por Región Metropolitana, Araucanía y Aysén.

Objetivos: El propósito de este trabajo es realizar un reporte epidemiológico y descriptivo sobre pacientes con hidatidosis hepática que recibieron manejo quirúrgico en centro de alta complejidad en la región de Magallanes y la Antártica Chilena entre los años 2015 y 2025.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio retrospectivo, en base a los pacientes operados por hidatidosis hepática en centro de alta complejidad en la región de Magallanes. Como fuente de datos se revisó la base del Departamento de Control de Gestión de la Información del Hospital Clínico de Magallanes (HCM) y se extrajeron los casos que cumplían los criterios de inclusión. Se consideraron pacientes adultos (≥ 15 años) operados en el HCM entre 01/01/2015 y 31/05/2025, con quiste de origen hidatídico y de localización hepática, asociado o no a una localización concomitante.

Resultado: Se obtuvo un total de 65 pacientes distribuidos en 30 hombres y 35 mujeres, edad promedio global de 50 años. En cuando a la cirugía, la mayoría tuvo un abordaje laparoscópico (37 vs 28) con necesidad de convertir a cirugía abierta en 6 pacientes, principalmente por adherencias. En el intraoperatorio se identificó un total de 21 pacientes con fuga biliar con posterior necesidad de CPRE para instalación de prótesis biliar en 4 de ellos por presencia de fístula biliar. Además, se detectó que en la mayoría de las intervenciones se realizó la resección de un quiste hidatídico hepático único (48 casos) y en 17 pacientes de quistes hepáticos múltiples. Respecto a las reintervenciones, se realizaron en un 15% de los pacientes, correspondiendo en gran parte a complicaciones de la herida operatoria y a cirugía diferida para resección de hidatidosis pulmonar. Por lo mismo, otra variable a considerar fue la presencia de compromiso pulmonar, que estaba presente en un 13.8% de los pacientes, de los cuales un 100% recibieron tratamiento quirúrgico.

Conclusión: Nuestro análisis muestra una incidencia con predominio femenino, contrario a la tasa global reportada a nivel nacional. La técnica quirúrgica más utilizada fue una periquistectomía parcial. La tasa de complicaciones postoperatorias fue baja, tanto en relación a reintervenciones

quirúrgicas y presencia de fistulas biliares, lo que permitiría hablar de una alta tasa de éxito, sin embargo, la estructura del estudio presenta limitaciones en que queda fuera las recidivas y la morbimortalidad asociada. Si bien este estudio se basa en las pacientes que requirieron abordaje quirúrgico, la hidatidosis hepática como tal sigue siendo un problema de salud pública regional, cuya resolución requiere un abordaje integral dando énfasis en lo preventivo, para lo que se requieren mayores estudios para avanzar en control eficaz de esta patología, mejorar la equidad en salud y proteger a las comunidades más vulnerables.

123, RENDEZVOUS DIFERIDO. MANEJO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN PRESENCIA DE COLELITIASIS Y AUSENCIA DE GRUPO ENDOSCOPICO DE APOYO INTRAOPERATORIO.

Autores: Juan Carlos Ayala B., Alberto Perez C., Pablo Peñailillo B., Carlos Massardo D.

Clinica Indisa

Introducción: El manejo de la colédocolitiasis (CLD) en presencia de colelitiasis (CLT) representa un desafío variable en su resolución, según sea el momento en realizar el diagnóstico, la disponibilidad de recursos de la institución y la experiencia y formación de los equipos quirúrgicos y endoscópicos. El abanico de opciones en resolver la CLD actualmente va desde la Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada (CPER) preoperatoria a la Colectomía Laparoscópica (CL), la CL + CPER intraoperatoria, CPER al final de la CL, CL + Exploración Laparoscópica de vía biliar (ELVB) y finalmente la CPER en la CLD residual y en caso de fallo, opciones como la ELVB o Exploración Abierta de la vía biliar son opciones válidas. El propósito del presente trabajo es mostrar una técnica nueva, no descrita antes en la literatura internacional, del manejo de la CLD, asegurando en forma diferida y exitosa en el acceso a la vía biliar para la resolución de la patología.

Objetivos: Presentar una nueva técnica Laparoscópica-Endoscópica de Rendezvous Diferido, la cual permite reproducir los mismos resultados de acceso a la vía biliar demostrada por la técnica original sin la necesidad de la presencia simultánea de los dos equipos médicos, pudiendo realizar la CPER al concluir la CL tanto en el mismo acto anestésico o de manera diferida varios días después, una vez cuenten con el recurso de CPER en la institución, sin tener el riesgo de obstrucción de la vía biliar por impactación distal de la CLD.

Contenido del E-Poster: La técnica consta de dos etapas, el tiempo laparoscópico y el tiempo endoscópico. En el laparoscópico, se realiza colangiografía transcística intraoperatoria, para marcar externamente con una barra de metal el final del colédoco e inicio de pliegues duodenales. Posteriormente, el cirujano instala por vía transcística una guía corta de diseño especial antimigración, usando un sistema de liberación controlado, quedando una porción de la guía flexible atraumática en duodeno y el resto de la guía en colédoco distal, todo esto con apoyo radiológico, continuando entonces con su cirugía terminando su etapa. Posteriormente, ya sea al culminar la cirugía o varios días después, al contar con el recurso de CPER, inicia la etapa endoscópica, donde se hallará una papila indemne con una guía saliendo a través del ostium, la cual captura con un asa especial ajustándola a la punta esfinterótomo y el resto de la guía le marcará el camino de acceso como si ya hubiese canulado previamente y avanzado una guía.

Resultado: Del 30 de mayo al 10 de noviembre del 2024, se realizan 9 casos clínicos, 6 primeros con técnica clásica de Rendezvous, pero usando el modelo de guía corta y, 3 con técnica de Rendezvous Diferido, entrando el equipo endoscópico cuando el quirúrgico ya estaba fuera del pabellón. Se logra acceso diferido en el 100% de los casos. Se aporta al trabajo y presentación diseños, imágenes y videos de los tiempos quirúrgicos y endoscópicos.

Conclusión: El Rendezvous Diferido es una propuesta original, eficaz y simple nunca antes descrita ni demostrada, que permitiría el manejo de la CLD incluso en sitios donde no se cuenta con el recurso CPER 24/7, facilitando el trabajo al grupo quirúrgico, endoscópico; minimizando complicaciones propias de la canulación en CPER, disminuyendo costos y sobre todo evitando situaciones de índole legal por no resolver una patología evidenciada la cual tiene un rango amplio de complicaciones per se.

124, ESPLENECTOMÍA ROBOT ASISTIDA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Autores: Elías Arroyo A, Guillermo Martínez S, Constanza Díaz G, Oliver Maida M, Ignacio Miranda C, Carlos Esperguel G, Carlos García C

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La esplenectomía robot asistida es una técnica que se ha ido posicionando en distintos estudios debido a su baja tasa de complicación y descrito como un procedimiento de entrenamiento para cirugías robot asistidas de mayor complejidad. La principal indicación es en patología hematológica, como en purpura trombocitopénico inmune refractario a manejo médico, que es el principal diagnóstico de los paciente presentados en esta serie.

Objetivos: Presentar la experiencia en esplenectomía robótica asistida en el hospital clínico San Borja Arriarán

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo, se consideraron todos los pacientes sometidos a esplenectomía vía robótica operados en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se evaluaron datos demográficos, recuento plaquetario prequirúrgico tiempo de cirugía, sangrado estimado, bajada de hematocrito, complicaciones postquirúrgicas

Resultado: Se realizaron 8 esplenectomías, 62,5% hombres, edad 36,6 años (16-60), 75% con diagnóstico de púrpura trombocitopénico inmune, 75% con comorbilidades, tiempo de docking 5,6 min (2-15), tiempo de consola 84,37 min (41-134), recuento plaquetario preoperatorio 82875 (6000-287000), 75% con trombocitopenia al momento de la cirugía, sangrado estimado <200cc en 75% de las cirugías, ningún procedimiento requirió convertir cirugía, descenso de hemoglobina 1,9 g/dL (0,5-3,5), ningún paciente requirió transfusión de glóbulos rojos durante o posterior a cirugía, estadía postoperatoria 2 días en todos los casos. No se registraron complicaciones.

Conclusión: La esplenectomía robot asistida es una técnica segura, con baja tasa de complicaciones, siendo una opción quirúrgica válida, con beneficios para el cirujano como la precisión y ergonomía.

125, RESULTADOS DE RESECCIÓN PANCREÁTICA EN PACIENTES OCTOGENARIOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CHILENO

Autores: Bárbara Carreño, Felipe Aruta, Ramón Hermosilla, Cristian Gallegos, Jaime Castillo, Hanns Lembach, Carlos Mandiola, Omar Orellana, Juan Carlos Díaz, Alexandre Sauré

Departamento De Cirugía Hpb, Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El envejecimiento poblacional ha incrementado la incidencia de neoplasias pancreáticas en adultos mayores. Aunque la cirugía pancreática es potencialmente curativa, su indicación en octogenarios sigue siendo debatida por los riesgos asociados. Analizar resultados reales en esta población es clave para fundamentar decisiones quirúrgicas seguras y basadas en evidencia.

Objetivos: Describir resultados clínicos, complicaciones y sobrevida en pacientes octogenarios sometidos a cirugía pancreática en un centro universitario chileno.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de cohortes mediante revisión de fichas clínicas de pacientes ≥ 80 años operados entre enero 2017 y julio 2025. Se incluyeron resecciones pancreáticas clasificadas como pancreatoduodenectomía (PDD) o pancreatectomía distal, todos con diagnóstico histológico de neoplasia maligna. Se analizaron variables clínicas, funcionales (ECOG), nutricionales (GLIM), comorbilidad (Charlson), complicaciones (Clavien-Dindo), fístula pancreática, reingreso, reoperación, estadía hospitalaria y sobrevida. Se aplicaron pruebas estadísticas para identificar asociaciones significativas.

Resultado: Se incluyeron 24 pacientes: 16 con PDD y 8 con pancreatectomía distal. La edad promedio fue de 82 años, con 75% de mujeres. El 91,6% tenía ECOG 0 y el 83% desnutrición o riesgo de desnutrición. El 42% desarrolló algún tipo de complicación, pero solo 8% $\geq$ III.

En las pancreatoduodenectomías (PDD), todos los procedimientos se realizaron por vía abierta. En un caso se optó por la preservación pilórica. La técnica de reconstrucción más utilizada fue la pancreatoyeyunoanastomosis tipo Blumgart (94%). Tres pacientes presentaron fístula pancreática tipo A (18,7%) y 4 retardo de vaciamiento gástrico (25%). Hubieron 2 reoperaciones (obstrucción intestinal y dehiscencia tardía de anastomosis). La mortalidad a 30 días fue 12,5%. Estadía hospitalaria promedio: 14,4 días; en UCI: 4,2 días. Sobrevida media: 23,5 meses. Se encontró asociación entre ECOG >0 y mortalidad a 30 días ($p=0,014$).

En pancreatectomías distales, 50% fueron vía laparoscópica. Cinco pacientes presentaron fístula tipo A (62,5%), sin reoperaciones y con 1 reingreso por íleo médico. Mortalidad a 30 días: 0%. Estadía hospitalaria promedio: 11,1 días; en UPC: 3,4 días. Sobrevida media: 24,6 meses. Se observó asociación el índice de Charlson ≥ 3 con mayor estadía hospitalaria ($p=0,0036$).

Conclusión: La resección pancreática en octogenarios fue factible, con tasas aceptables de complicaciones y mortalidad. La condición funcional preoperatoria se asoció a peor pronóstico, y

la comorbilidad a mayor estadía hospitalaria. Nuestros resultados se alinean con la literatura internacional, que reporta mortalidad a 30 días entre 2%–13% y complicaciones mayores hasta 35%. Estos hallazgos respaldan la indicación quirúrgica en pacientes mayores bien seleccionados y manejados en centros con experiencia.

126, EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HEPÁTICA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO.

Autores: Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Luis Alvarado, Luis Grande.

Programa De Doctorado En Ciencias Médicas, Universidad De La Frontera, Chile. Facultad De Medicina, Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador. Departamento De Cirugía, Universitat Autònoma De Barcelona, España. Real Academia De Medicina De Cataluña, Barcelona, España.

Introducción: Las complicaciones postoperatorias (CPO) en la cirugía de la equinococosis quística hepática (EQH) siguen siendo frecuentes. Sin embargo, las comorbilidades como factor de riesgo de desarrollo de CPO no han sido estudiadas; y una alternativa de evaluar comorbilidades en cirugía, es el índice de comorbilidad de Charlson (ICC), del cual no existen estudios que permitan conocer su utilidad en pacientes intervenidos quirúrgicamente por EQH.

Objetivos: Evaluar el valor predictivo del ICC para el desarrollo de CPO en pacientes con EQH intervenidos quirúrgicamente.

Contenido del E-Poster: Diseño: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte.

Participantes: Se incluyeron los pacientes operados por EQH entre 2011 y 2019 (seguimiento mínimo 5 años). Se excluyeron pacientes operados vía laparoscópica. Los casos se definieron como pacientes operados por EQH con ICC ≥ 3 ; y los controles, como pacientes operados por EQH con ICC ≤ 2 . Se realizó emparejamiento por sexo, diámetro del quiste y tiempo de seguimiento, utilizando una relación caso-control de 1:1.

Variable resultado: CPO generales y mayores dicotomizadas (sí/no), y cuantificadas con Clavien y Dindo; M30D, reintervención (sí/no) y recurrencia (sí/no).

Otras variables de interés: edad, sexo; características clínicas preoperatorias, intraoperatorias, postoperatorias; y complicaciones evolutivas de la EQH.

Tamaño de la muestra: Se estimó con base en una diferencia de CPO entre casos y controles de 36% vs. 20%, asumiendo una tasa de error tipo I de 5%, y un poder estadístico del 80%. Lo que determina un mínimo de 96 casos y 96 controles. Se utilizó un muestreo no-probabilístico de casos consecutivos.

Estadísticas: Tras un análisis exploratorio de datos, se aplicó estadística descriptiva, posteriormente se realizaron análisis bivariados (t-test, χ^2 de Pearson y exacta de Fisher); y modelos de regresión logística calculando odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultado: Durante el período de estudio, 285 pacientes con HQE fueron operados; y después del emparejamiento, quedaron 113 casos y 113 controles.

Se verificaron diferencias entre casos y controles en las variables edad, hematocrito, leucocitos totales, fosfatasa alcalina, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), tiempo operatorio, estancia hospitalaria y puntuación de ICC. Del mismo modo, se constató diferencias en la frecuencia de complicaciones evolutivas de EQH (OR: 5,5; IC 95%: 2,0-15,1; $p=0,0003$); y una mayor tasa de ASA II en controles (OR: 0,1; IC 95%: 0,03-0,2; $p<0,0001$). Las CPO en general y CPO mayores (Clavien $\geq 3b$) fueron más frecuentes en los casos (OR: 3,6; IC 95%: 1,8-7,1; $p=0,0002$; OR: 7,0; IC 95%: 1,9-55,9; $p=0,0308$ respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en la tasa de reintervención, M30D, ni recurrencia.

El ajuste estadístico para controlar variables de confusión (edad, hematocrito, recuento leucocitario, fosfatasa alcalina, AST, ALT, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones evolutivas y clasificación ASA), mediante modelos de regresión logística. Esto permitió verificar que una puntuación ICC ≥ 3 es un factor pronóstico independiente para el desarrollo de CPO en general en pacientes con HQE tratados quirúrgicamente (OR: 6,3; IC 95%: 2,1-18,8; $p<0,01$).

Conclusión: Se verificó que el ICC es un buen predictor de CPO en general para pacientes intervenidos quirúrgicamente por EQH.

127, EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN TÉCNICA DE ALPPS EN HOSPITAL DEL SALVADOR EN PERIODO 2012-2025

Autores: Sebastián Uribe-echevarría, Francisco Riquelme, Matias Osorio, María De Los Ángeles González, Antonio Mercandino, Ignacio Ortiz, Felipe Catán, L. Felipe Puelma, Mario Uribe

Hospital Del Salvador

Introducción: Las metástasis hepáticas potencialmente resecables representan un desafío quirúrgico relevante, principalmente por el riesgo de insuficiencia hepática postoperatoria. Para abordar este problema se han desarrollado diversas estrategias de inducción de hipertrofia hepática. Una de las más recientes es ALPPS (Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged Hepatectomy), que permite una hipertrofia más acelerada que los métodos tradicionales, logrando mayores tasas de resecabilidad. No obstante, se ha asociado a una morbilidad y mortalidad inicial elevadas.

Objetivos: Presentar la experiencia prospectiva acumulada del hospital del salvador con la técnica ALPPS durante 13 años, describiendo los resultados clínicos volumétricos y de sobrevida de los pacientes.

Contenido del E-Poster: Cohorte prospectiva de pacientes sometidos a ALPPS entre 2012 y 2025. Se incluyeron pacientes con indicación de hepatectomía mayor por patología maligna inicialmente irresecable, con remanente hepático futuro estimado <30 %, sin daño hepático avanzado (Child B o C), evaluados en comité oncológico multidisciplinario. Se excluyeron casos con adenocarcinoma gástrico o pancreático. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico primario, quimioterapia neoadyuvante, parámetros quirúrgicos, volumen hepático pre y post ALPPS I, intervalo entre cirugías, tasa de crecimiento hepático, complicaciones Clavien-Dindo $\geq$ III, mortalidad operatoria y sobrevida global. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultado: Se incluyeron 22 pacientes, 54,5 % mujeres, con edad media de 57 años. El 77,2 % presentó cáncer colorrectal, seguido de hepatocarcinoma (n=2), tumores neuroendocrinos pancreáticos (n=2) y de íleon distal (n=1). El 54,4 % recibió quimioterapia de conversión. La tasa de resecabilidad fue 100 %. El volumen hepático preoperatorio fue de $292,4 \pm 53,1$ mL, aumentando a $551,4 \pm 89,7$ mL tras la primera etapa. El intervalo entre ambas cirugías fue de $10,3 \pm 4,2$ días. La mediana de hipertrofia relativa fue de 83,5 % [rango: 32,4–150,3 %], con una tasa de crecimiento promedio de 21,9 mL/día. La tasa de complicaciones Clavien $\geq$ III fue 22 %, y la mortalidad operatoria fue 9,9 % (2/22), ambas en pacientes con hepatocarcinoma. La mediana de sobrevida global fue de 24 meses.

Conclusión: ALPPS demostró ser una alternativa eficaz para lograr resección hepática en pacientes con tumores inicialmente irresecables, con una hipertrofia acelerada del volumen hepático en menos de dos semanas. No obstante, la morbilidad (22 %) y mortalidad (9,9 %) refuerzan que esta técnica debe reservarse para casos seleccionados. Esta serie representa una de las mayores experiencias nacionales con ALPPS y respalda su uso en pacientes cuidadosamente seleccionados,

en centros con experiencia multidisciplinaria. La tasa de resecabilidad del 100% destaca a ALPPS en comparación a otras técnicas de resección hepática.

128, CONSULTAS EN SERVICIO DE URGENCIA Y REHOSPITALIZACIONES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO: FACTORES ASOCIADOS Y CARACTERIZACIÓN TEMPORAL EN UNA COHORTE PERTENECIENTE A UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Autores: Cristóbal Vildósola V, Francisco Silva D, Cristián Jarry T, Magdalena Vera A, Pablo Achurra T

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento definitivo para la enfermedad hepática terminal, pero el período postoperatorio conlleva alta morbilidad, frecuentemente asociada a complicaciones infecciosas y biliares. Estudios internacionales describen tasas elevadas de consultas no programadas al Servicio de Urgencia (SU) y de rehospitalización en el primer año post-TH, pero en Chile la evidencia local es limitada.

Objetivos: Este estudio busca caracterizar las reconsultas y hospitalizaciones post-trasplante hepático en una cohorte nacional, así como identificar factores asociados a su ocurrencia.

Contenido del E-Poster: Diseño observacional, de cohorte retrospectiva. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a TH en el Hospital Clínico UC entre enero 2023 y noviembre 2024. Exclusiones: sin datos perioperatorios disponibles. Se analizaron variables demográficas (sexo, edad), preoperatorias (MELD, IMC, comorbilidades), perioperatorias (tipo de donante, tiempo de isquemia, técnica quirúrgica, tiempo operatorio) y post operatorias (requerimiento de soporte ventilatorio o renal, insuficiencia renal aguda post operatoria, complicaciones infecciosas, eventos hemorrágicos, reoperaciones, estadía en UPC, complicaciones biliares, entre otras). Se registró para esta cohorte sus consultas no programadas post alta, así como las hospitalizaciones y su temporalidad. Se presentan análisis univariado y multivariado; estadística paramétrica o no paramétrica según corresponda.

Resultado: Se incluyeron 81 pacientes. El 42% reconsultó al SU, con una mediana de 2[1–2] consultas y en un tiempo promedio de 120 días post-TH. Los principales motivos de consulta fueron dolor abdominal (35%), fiebre o infección (27%) y alteraciones de laboratorio (11%). El 72.6% de las consultas derivó en hospitalización. El 64% del total de pacientes trasplantados presentó al menos una rehospitalización, con una mediana de 3 [2–5] con un seguimiento de los meses estudiados. Las causas más frecuentes fueron complicaciones biliares (60%), infecciones (10%) y rechazo del injerto (7%). En el análisis univariado, quienes reconsultaron presentaron un MELD-Na significativamente mayor al momento del trasplante ($p=0.034$), un mayor IMC ($p=0.017$) y una mayor creatinina pre trasplante ($p=0.002$). Respecto a la evolución postoperatoria de la cirugía índice, la incidencia de falla renal aguda postoperatoria (73% vs 42%, $p=0.017$) y de una complicación infecciosa (41% vs 13%; $p=0.004$) fue significativamente mayor en quienes tuvieron reconsultas a posteriori. Otras asociaciones no resultaron significativas. Se ajustó un modelo de regresión logística para análisis multivariado. Solo la falla renal aguda perioperatoria se confirmó como factor de riesgo independiente con OR de 3.7[IC 95% 1,2-11.3]. Sin embargo, el mejor

modelo incluyó también haber tenido una complicación infecciosa (OR de 3.03[IC 95% 0.86-10.7]) y el IMC (B= -0.84; p=0.074).

Conclusión: Las tasas de reconsulta y rehospitalización post-TH fueron elevadas pero comparables a series internacionales. La disfunción renal aguda postoperatoria se identificó como factor de riesgo independiente para reconsultas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un seguimiento ambulatorio intensivo, especialmente en pacientes que presentan mayores factores de riesgo de hospitalización.

129, COMPLICACIONES POSOPERATORIAS, MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS Y ESTANCIA HOSPITALARIA ASOCIADAS CON LA RECURRENCIA POSOPERATORIA DE EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HEPÁTICA. UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO.

Autores: Josue Rivadeneira, Carlos Manterola, Nicolas Rojas, Luis Alvarado

Universidad De La Frontera

Introducción: La equinococosis quística hepática(EQH), causada por *E.granulosus*, es una zoonosis parasitaria presente a nivel mundial. Chile, país endémico, reporta una tasa de 2 casos por cada 100,000 habitantes, que se eleva a 6 en La Araucanía. La recurrencia postquirúrgica, definida por la aparición de nuevos quistes tras la cirugía, afecta hasta un 8% de los pacientes. A pesar de que la recurrencia se asocia con mayor morbimortalidad, no se ha demostrado si incrementa independientemente el riesgo de complicaciones postoperatorias(COP), mortalidad a los 30 días(M30D) o prolongación de la estancia hospitalaria(EH), especialmente en contextos latinoamericanos como el chileno.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar si la recurrencia postquirúrgica aumenta el riesgo de POC,M30D y prolongación de la EH en pacientes intervenidos quirúrgicamente por EQH.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectiva, realizado en la Clínica RedSalud en Temuco, entre 1993 y 2019. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años operados por EQH, con 30 días de seguimiento. El grupo expuesto, incluyó a pacientes con recurrencia postquirúrgica, confirmada por ultrasonografía abdominal; y el grupo no expuesto (EQH primaria), englobó a pacientes con un seguimiento mínimo de 60 meses sin signos de recurrencia.

El resultado primario fue CPO, y los resultados secundarios M30D y la EH. Se utilizarón como variables confusoras las complicaciones evolutivas.

Se estimó el tamaño de la muestra considerando un nivel de confianza del 95%, poder 80%, y una proporción esperada de CPO 25% (recurrencia) vs. 5,8% (EQH primaria). Se requirió un mínimo de 43 pacientes por grupo. Utilizamos un muestreo censal, incluyendo a todos los pacientes que cumplieron los criterios de selección.

Se usaron estadísticas descriptivas (tablas de frecuencias, medias, desviación estándar, rangos), y estadística inferencial para comparar grupos (Chi cuadrado/T de Student). Se estimaron riesgos relativos (RR) crudos con intervalos de confianza al 95% (IC95%), y RR ajustados con IC95% mediante la regresión de Poisson y modelos lineales robustos, para controlar factores de confusión.

Resultado: Se identificaron 154 pacientes con EQH, 43 de los cuales tenían recurrencia postquirúrgica. El 18.2% de los pacientes presentaron al menos una CPO, siendo significativamente más frecuentes en el grupo con recurrencia (41,9% vs. 9,0%; $p < 0.001$; [RR: 4,7, IC95%: 2,3-9,3]). Las CPO más comunes fueron infecciones en el sitio quirúrgico (39,3%). La

tasa de M30D fue de 3,9%, más frecuente en el grupo con recurrencia (7,0%vs.2,7%; [RR:2,6;IC95%:0,5–12,3]). La EH promedio fue de 6 ± 4 días, y se observó una diferencia estadísticamente significativa de 1 día más en el grupo con recurrencia($p=0,020$).

En los análisis multivariantes, al ajustar por complicaciones evolutivas, la recurrencia se asoció independientemente con un incremento significativo en las CPO(RR ajustado:5,1;IC95%:2.7–9.9). Sin embargo, la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria mostraron tendencias, pero no alcanzaron significación estadística.

Conclusión: La recurrencia postquirúrgica de EQH es un factor independiente que incrementa significativamente el riesgo de COP. Aunque las diferencias en mortalidad y EH no fueron significativas, la tendencia resalta la mayor complejidad quirúrgica y el riesgo de COP asociadas. Este estudio subraya la necesidad de un seguimiento intensivo y de identificar factores pronósticos en pacientes con recurrencia postquirúrgica, lo que podría reducir la morbilidad en estas personas.

130, COMPARACIÓN DE TRES ÍNDICES DE FRAGILIDAD PARA PREDECIR RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA DE EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HEPÁTICA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO.

Autores: Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Luis Alvarado, Luis Grande.

Centro De Estudios Morfológicos Y Quirúrgicos (cemyq), Universidad De La Frontera, Chile.
Programa De Doctorado En Ciencias Médicas, Universidad De La Frontera, Chile. Facultad De Medicina, Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador. Departamento De Cirugía, Universitat Autònoma De Barcelona, España. Real Academia De Medicina De Cataluña, Barcelona, España.

Introducción: Las complicaciones postoperatorias (CPO) tras la cirugía de equinococosis quística hepática (EQH) siguen siendo un problema clínico relevante. No se ha investigado la utilidad de los índices de fragilidad (IF) como predictores de CPO en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar el valor predictivo de tres IF (mFI-11, FRAIL y PRISMA-7) para el desarrollo de CPO en pacientes sometidos a cirugía de EQH.

Contenido del E-Poster: Diseño: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte concurrente.

Participantes: Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía electiva abierta por EQH entre 2012 y 2020 (seguimiento mínimo de 4 años). Se excluyeron pacientes operados por laparoscopia. Los casos se definieron como pacientes operados por EQH con puntuaciones mFI-11 $\geq 0,27$, PRISMA-7 ≥ 3 o FRAIL ≥ 3 ; y los controles, como pacientes operados por EQH con puntuaciones mFI-11 $< 0,27$, PRISMA-7 < 3 o FRAIL < 3 . Casos y controles fueron emparejados por edad, sexo, diámetro del quiste principal, antecedentes de cirugía previa por EQH, características ecográficas y localización del quiste principal, con una relación caso-control de 1:1.

Tamaño de la muestra: Se estimó con base en tasas de POC de 28% para casos y 11% para controles, asumiendo una tasa de error tipo I de 5% y una potencia de 80%. Por consiguiente, se requirió un mínimo de 66 casos y 66 controles; para los que se aplicó una estrategia de muestreo no-probabilística de casos consecutivos.

Variable resultado: El resultado principal fue CPO, utilizando la clasificación de Clavien-Dindo.

Otras variables de interés: mortalidad a 30 días (M30D), necesidad de reintervención y recurrencia. Edad, sexo; características preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias; y complicaciones evolutivas de la EQH.

Análisis estadísticos: Estadísticas descriptivas y análisis bivariados (t-test, Chi-cuadrado, exacta de Fisher; con propuesta de Savalei para celdas frecuencia cero). Finalmente, se utilizaron modelos regresión logística, cálculo de odds ratio (OR) e intervalos de confianza 95% (IC95%).

Resultado: Durante el período de estudio, se operaron 252 pacientes con EQH. Tras el emparejamiento, se incluyeron 70 casos y 70 controles.

Distribución de variables con diferencias entre casos y controles:

Variables	Casos (n=70)	Controles (n=70)	p	OR	IC95%
Tiempo quirúrgico (min.), media±DE	225±64	204±53	0,036	---	---
mFI-11 (puntos), media±DE	0,31±0,1	0,07±0,02	<0,001	---	-
FRAIL (puntos), media±DE	3,4±1,2	0,6±0,7	0,001	---	---
PRISMA-7 (puntos), media±DE	3,1±0,7	1,6±0,5	0,001	---	---
Complicaciones evolutivas (Sí), nº (%)	34 (48,6)	19 (27,1)	0,005	2,5	1,3-5,1
ASA, I o II, nº (%)	35 (50,0)	63 (90,0)	<0,001	0.1	0.05-0.3
CPO general, Sí, nº (%)	23 (32,9)	10 (14.3).	0.005	2.9	1,3-6,8

Al analizar asociación, mFI-11 demostró mejor rendimiento y asociación que FRAIL y PRISMA-7 para CPO generales y mayores OR: 4,8 (p=0,0001) y 7,3 (p=0,023) respectivamente. La regresión logística confirmó que mFI-11 $\geq 0,27$ es factor pronóstico independiente para CPO generales y mayores: OR: 1,5 (p=0,001).

Conclusión: En pacientes operados por EQH; mFI-11, FRAIL y PRISMA-7 demostraron capacidad discriminatoria para CPO. mFI-11 mostró mayor capacidad predictiva para CPO generales y mayores.

210, CANASTILLO DE DORMIA RETENIDO EN VÍA BILIAR TRAS COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA POR COLEDOCOLITIASIS. REPORTE DE CASO.

Autores: Andrés Troncoso T.1; Héctor Losada M.1; Luis Acencio B.1; Oriel Arias R.1; Sonia Curitol S.1; Eduardo Sepúlveda S.1

(1)cirujano Staff. Equipo De Cirugía Hepatobiliar Y Pancreática. Hospital Regional De Temuco.

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una de las técnicas ampliamente utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis, sin embargo, en algunos casos, además de las complicaciones clínicas asociadas a esta cirugía endoscópica (pancreatitis, hemorragia, perforación o colangitis), pueden surgir complicaciones técnicas.

Objetivos: Presentar la resolución de una complicación técnica durante una CPRE en la cual, un canastillo de Dormia quedó retenido en la vía biliar debido a un cálculo de gran tamaño. A través de un manejo endoscópico avanzado, se logró la extracción tanto del canastillo como de la coledocolitiasis utilizando técnicas como la colangioscopia y la litotripsia electrohidráulica.

Contenido del video: Paciente de 44 años de género masculino quién consultó en servicio de urgencia por dolor abdominal de 48 horas de evolución asociado a fiebre e ictericia. Al ingreso con hemodinamia estable con tendencia a hipotensión que responde a volumen. Exámenes de laboratorio destaca leucocitosis, proteína C reactiva elevada, procalcitonina elevada y patrón colestásico con bilirrubina total en 5. Estudio con colangioresonancia objetiva dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con imagen sugerente de coledocolitiasis/molde de barro biliar en vía biliar distal. Paciente ingresa a unidad de tratamiento intermedio (UTI) donde a pesar de reanimación, requirió inicio de drogas vasoactivas y apoyo ventilatorio. Se decide realizar CPRE de urgencia. Papila en segunda porción duodenal, pequeña, con poro cerrado. Canulación selectiva de vía biliar con papilótomo de asa con guía. Colangiografía evidencia cálculo de aproximadamente 12 mm en vía biliar distal. Se realiza papilotomía sobre guía. Al explorar con canastillo de Dormia, se atrapa cálculo y se intenta su extracción en reiteradas ocasiones, la cual resulta frustra. No se logra liberar cálculo del canastillo. Al momento de utilizar el litotriptor mecánico de emergencia se corta alambre de canastillo, quedando extremo proximal en estómago. Se decide instalación de prótesis biliar recta de 7 Fr x 7 cms, bajo guía fluoroscópica, sin incidentes, posterior a lo cual fluye bilipus. No se canuló ni contrastó conducto de Wirsung. Paciente evoluciona de manera favorable en UTI. Tomografía computada contrastada de control, no evidencia complicaciones, se visualiza aerobilia, prótesis biliar endoscópica y canastillo de Dormia retenido en vía biliar. A las 72 horas se planifica nueva CPRE. En esta oportunidad se visualiza prótesis migrada hacia vía biliar y Dormia atrapando cálculo que ocupa completamente el colédoco. Se avanza colangioscopio sobre guía y bajo visión directa se realiza litotripsia electrohidráulica (338 pulsos) logrando fragmentar cálculo. Con nuevo canastillo de Dormia se realiza extracción de canastillo atrapado, fragmentos de cálculo y prótesis biliar. Revisión final con colangioscopio sin evidencia de coledocolitiasis. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones, siendo dado de alta a los 48 horas post intervención.

211, RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE BILIAR TIPO IVA.

Autores: Víctor Marshall D, Elías Arroyo Alarcón , Oliver Maida M, Isidora Jara-artigas, Fernanda Hermosilla-astudillo, Emilia Hernández-herrera, Ignacio Miranda C, Guillermo Martínez S, Carlos Esperguel G, Carlos García C

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Los quistes biliares tipo IVA, según la clasificación de Todani, se caracterizan por dilatación combinada de los conductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos. Representan el 30% de los quistes biliares, con mayor prevalencia en poblaciones asiáticas (incidencia 1/1.000), siendo menor en poblaciones occidentales (incidencia 1/100.000-150.000). Estos quistes presentan un riesgo de malignización significativo (2.5-16%), lo que justifica la resección quirúrgica completa como estándar de tratamiento. El abordaje clásico incluye resección extrahepática, colecistectomía y hepatoyeyunoanastomosis, pero la presencia de dilatación intrahepática genera controversia respecto a la necesidad de resección hepática complementaria. En este contexto, presentamos un caso relevante por su rareza epidemiológica y su manejo conservador sin hepatectomía, aportando evidencia para el debate actual sobre estrategias individualizadas.

Objetivos: Presentar el manejo exitoso de un quiste biliar tipo IVA mediante resección laparoscópica, sin hepatectomía, analizando los criterios de decisión basados en hallazgos clínicos e imagenológicos, y evaluar su concordancia con la evidencia científica vigente.

Contenido del video: Paciente femenino de 36 años, diagnóstico por ColangioRM quiste biliar tipo IVA con dilatación fusiforme del conducto hepático común (13 mm) y leve dilatación intrahepática proximal, sin evidencia de coledocolitiasis o estenosis. Se presenta la resolución del caso mediante resección y derivación biliodigestiva laparoscópica

212, RECONSTRUCCIÓN LAPAROSCÓPICA DE DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA EN PACIENTE CON ESTENOSIS POSTQUIRÚRGICA POR QUISTE COLEDOCIANO.

Autores: Elías Arroyo Alarcón, Víctor Marshall D, Oliver Maida , Fernanda Hermosilla-astudillo, Emilia Hernández-herrera, Isidora Jara-artigas, Ignacio Miranda C, Guillermo Martínez S,, Carlos Esperguel G, Carlos García C

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La estenosis postquirúrgicas de la vía biliar representan una complicación infrecuente pero potencialmente grave, especialmente cuando ocurren años después de una derivación biliodigestiva. Pueden originarse por fibrosis progresiva en las anastomosis y suelen manifestarse con colangitis recurrente. Su abordaje requiere una evaluación clínica e imagenológica exhaustiva, así como un enfoque terapéutico escalonado y multidisciplinario.

El presente caso reviste interés por tratarse de un paciente joven con una derivación realizada en la infancia por quiste coledociano, que desarrolló una estenosis tardía, anatómicamente compleja, y presentó una colangitis grave con shock séptico.

Objetivos: Reportar el abordaje diagnóstico y terapéutico, así como su resolución quirúrgica laparoscópica, de un paciente con estenosis postquirúrgica de una derivación biliodigestiva

Contenido del video: Paciente masculino de 32 años, con antecedente de derivación biliodigestiva por quiste coledociano a los 2 años, presenta cuadro de colangitis y shock séptico, con estenosis completa de la anastomosis y atrofia del segmento hepático posterior derecho. Se presenta la resolución del caso mediante derivación biliodigestiva laparoscópica.

213, NECROSECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE PANCREATITIS NECROTIZANTE

Autores: María De Los Ángeles González Guerra, Matías Osorio Reyes ,antoine Bouchet Maxwell, Felipe Alejandro Catán Gouhaneh, Jorge Dagoberto Muñoz Salvo, Cristián Astudillo Díaz, Luis Felipe Puelma Calvo, Marco Salazar Campos, Sebastián Uribe Echevarría, Mario Uribe Maturana

Universidad De Chile, Sede Oriente, Hospital Del Salvador

Introducción: La pancreatitis aguda es la tercera causa más común de hospitalización por patología gastrointestinal en EEUU. De estos pacientes, hasta un 20% tendrá una pancreatitis necrotizante, y se asocia desde un 8% hasta 39% de mortalidad.

La pancreatitis necrotizante con tejido necrótico infectado está asociada a una alta tasas de complicaciones y mortalidad. El tratamiento estándar era la necrosectomía abierta, que se asocia a alta morbilidad (hasta 95%) y mortalidad (hasta 39%).

Actualmente se utiliza cada vez más el “Step-Up Approach”.

Este tratamiento escalonado se basa en el uso de tratamientos menos invasivos, como los drenajes percutáneos, drenajes endoscópicos y necrosectomía retroperitoneal mínimamente invasiva. Inicia con el control de la fuente de infección, a través del drenaje de fluidos infectados. Si la infección persiste se realiza la necrosectomía retroperitoneal mínimamente invasiva, una de estas es el VARD (video-assisted retroperitoneal debridement)

Hasta 35% de los pacientes son tratados sólo con drenaje percutáneo.

En el Hospital del Salvador, se realiza la necrosectomía laparoscópica por prótesis esofágica, demostrando buenos resultados, requiriendo menos intervenciones en pabellón y rápida mejoría. En los últimos casos se ha creado un monopuerto a través de la prótesis, logrando mejores resultados.

Objetivos: Mostrar registro audiovisual del método con el cual se realiza la necrosectomía mínimamente invasiva, asistida por video, por el equipo de cirugía hepatobiliar del Hospital del Salvador.

Mostrar la técnica de monopuerto por prótesis esofágica.

Contenido del video: Introducción del tema

Resumen caso clínico

Imágenes y videos del procedimiento de necrosectomía

Exámenes radiológicos del caso clínico

Conclusiones