TOMO DE RESÚMENES 2023

XCV CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE
MCMXLIX

Contenidos.....i

CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA.....1

GASTRECTOMÍA EN MANGA CON BYPASS YEYUNAL. SEGUIMIENTO A 10 AÑOS..... 2

PERFORACIÓN DE YEYUNO-YEYUNO ANASTOMOSIS EN PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN POR BEZOAR: REPORTE DE TRES CASOS.....3

REVERSIÓN DE BAIPÁS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPÍA..... 4

TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS. HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE.....5

PRESENTACIÓN DE NUEVA TÉCNICA DE GASTROYEYUNOANASTOMOSIS TOTALMENTE MECÁNICA EN BYPASS GÁSTRICO..... 6

RESECCIÓN DE BOLSA GÁSTRICA Y CONFECCIÓN DE ESOFAGOYEYUNOANASTOMOSIS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO..... 7

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A BY PASS RESECTIVO EN CONCEPCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS.....8

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO Y PLÁSTICA MAXILOFACIAL.....9

MICROCIRUGÍA EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO: RESULTADOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA..... 10

SIALOENDOSCOPIA: UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA SALIVAL. NUESTRA EXPERIENCIA..... 11

METÁSTASIS DE MELANOMA EN VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE UN CASO.....12

MARCACIÓN INTRAOPERATORIA DE ADENOPATÍAS CERVICALES CON AZUL PATENTE Y APOYO ULTRASONOGRÁFICO. EXPERIENCIA INICIAL EN CÁNCER DE TIROIDES RECIDIVADO..... 13

PÉRDIDA VISUAL PROGRESIVA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE TUMOR PARDO INTRACRANEAL EN HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO..... 14

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES RECURRENTE: REFRACTARIO A TRATAMIENTO CON I 131 CON EXTENSIÓN GANGLIONAR EXTRACERVICAL A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA..... 15

EXPERIENCIA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO..... 16

MANEJO QUIRÚRGICO DEL SINDROME DE COMPRESIÓN DEL NERVIO LARINGEO RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 17

MELANOMA SPITZOIDE CON LINFONODO CENTINELA POSITIVO, A PARTIR DE UN CASO..... 18

EXPLORACIÓN CERVICAL BILATERAL EN HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CON MEDICIÓN DE PTH CONTEMPORANEA. TÉCNICA CLÁSICA CON ENFRENTAMIENTO MODERNO..... 19

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE NEOPLASIA FOLICULAR NO INVASIVA DE TIROIDES (NIFTP), REPORTE DE CASOS..... 20

METÁSTASIS RENAL EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES, REPORTE DE CASO..... 21

PERSPECTIVA QUIRÚRGICA DEL CUELLO EN NEM 1, A PROPÓSITO DE TRES CASOS.....22

SÍNDROME HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO TUMOR PARDO MANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO..... 23

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER ORAL TRATADOS EN INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER.....24

CIRUGÍA GENERAL.....25

QUISTE GIGANTE DE PARED ABDOMINAL POST ABDOMINOPLASTÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....26

APENDICITIS AGUDA INDUCIDA POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE UN CASO POR INGESTA DE AGUJA DE COSER.....27

HERNIA OBTURATRIZ ESTRANGULADA.....28

MICROPERFORACIÓN INTESTINAL POR HUESO DE POLLO EN HERNIA INCISIONAL EN SITIO DE TRÓCAR ATASCADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....29

TASAS DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN CHILE: ANÁLISIS DE DISPARIDADES GEOGRÁFICAS, DIFERENCIAS ENTRE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS, Y NÚMERO DE PROFESIONALES DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS..... 30

SINDROME DE HAMMAN, UNA ENTIDAD INFRECUENTE. REVISIÓN DE LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO..... 31

CIRUGÍA DE URGENCIA EN EL PACIENTE MAYOR DE 95 AÑOS: LO OBSERVADO EN LA ÚLTIMA DÉCADA.....32

ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA: ¿SINDROME DE LEMMEL O COLEDOCOLITIASIS?..... 33

VÓLVULO DE LA VESÍCULA BILIAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE CASOS.....35

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL: REPORTE DE CASO..... 36

NEUROFIBROMA SOLITARIO MESENTÉRICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....37

ÚLCERA DE MARJOLIN: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 38

A PROPÓSITO DE UN CASO: EXPERIENCIA DE COLECISTECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS.....39

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE COLELITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS EN PRESENCIA DE VESÍCULA INTRAHEPÁTICA....40

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BALÓN GASTRICO: CASO CLÍNICO....41

TUMOR LIPOMATOSO PÉLVICO COMO HALLAZGO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DIARREA CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO....42

DIVERTICULITIS AGUDA DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO, REPORTE DE UN CASO....43

COLECISTITIS AGUDA EN CONTEXTO DE SITUS INVERSUS, PRESENTACIÓN DE UN CASO....44

ENTEROLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CONTEXTO DE ÍLEO BILIAR, A PROPÓSITO DE UN CASO....45

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y PERITONITIS SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFORADO: A PROPÓSITO DE UN CASO....46

REPORTE DE CASO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR, UN DESAFÍO ETIOLÓGICO....47

PERFORACIÓN DUODENAL ASOCIADO A PANCREATITIS AGUDA POST ERCP. MANEJO CONSERVADOR....48

OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO POR DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO....49

HERNIA INGUINAL POR DESLIZAMIENTO VESICAL: REPORTE DE UN CASO....50

NEOPLASIA SOLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO....51

PERITONITIS AGUDA SECUNDARIA A DIVERTÍCULO YEYUNAL PERFORADO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO....52

SINISTRAPOSICIÓN DE VESÍCULA BILIAR - A PROPÓSITO DE UN CASO....53

SARCOIDOSIS PERITONEAL, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE PRIMARIO DESCONOCIDO....54

TUMOR NEUROENDOCRINO DE CABEZA DE PÁNCREAS, INSULINOMA: REPORTE DE UN CASO....55

RENDEZVOUS TRANSGÁSTRICO PARA MANEJO DE COLEDOCOLITIASIS POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO: ABORDAJE COMBINADO LAPAROSCÓPICO Y ENDOSCÓPICO. SERIE DE CASOS....56

PANCREATITIS AGUDA BILIAR EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS: DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO....57

VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL....58

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL: REPORTE DE CASO....59

LINFOMA DE CÉLULAS B DE ALTO GRADO ASOCIADA A PERITONITIS POR PERFORACIÓN DE ASA DELGADA....60

CARACTERIZACIÓN DE LAS RE-OPERACIONES POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE ENTRE 2018-2021 61

HERNIA DE GARENGEOT CON APENDICITIS AGUDA: REPORTE DE UN CASO 62

FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE UNA COLECISTECTOMÍA ELECTIVA: REPORTE DE UN CASO 63

GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL, REPORTE DE CASO 64

LINFOMA DE BURKITT DE LOCALIZACIÓN ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO 65

INVAGINACION COLO-COLONICA SECUNDARIO A MUCOCELE EN ADULTO, REPORTE DE CASO CLÍNICO 66

HERNIA DE AMYAND COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN INTRAOPERATORIO DURANTE REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE CASO 67

NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO, REPORTE DE UN CASO 68

APENDICITIS AGUDA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA 69

CIRUGÍA DE MAMA 70

MASA MAMARIA POR CARCINOMA DE PIEL: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO 71

LOXOSCELISMO CUTÁNEO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA MAMARIA; REPORTE DE UN CASO 72

“PEMBROLIZUMAB ASOCIADO A QUIMIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO TEMPRANO: EXPERIENCIA CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO” 73

ENFERMEDAD DE MONDOR Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS, A PROPÓSITO DE UN CASO 74

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA 75

MANO QUEMADA: ALGORITMO RECONSTRUCTIVO DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA 76

USO DE BISTURÍ DE PLASMA VERSUS ELECTROCAUTERIO CONVENCIONAL EN LIFTING CERVICOFACIAL DE PLANO PROFUNDO 77

USO DE COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO RECTO ABDOMINAL VERTICAL (VRAM) PARA COBERTURA PERINEAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE RECTO 78

MASTECTOMÍA TOTAL CON PRESERVACIÓN DE CAP Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON COLGAJO DIEP UTILIZANDO INMUNOFLUORESCENCIA SPY®: REPORTE DE CASO 79

COLGAJO SUBMENTAL COMO RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD ORAL TRAS EXPOSICIÓN REPETIDA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. A PROPÓSITO DE UN CASO 8

EXPANDIENDO LAS ALTERNATIVAS DE RECONSTRUCCIÓN EN DEFECTOS PERINEALES COMPLEJOS Y EXANTERACIONES PÉLVICAS: USO DE COLGAJOS PERFORANTES, COLGAJOS COMBINADOS Y COLGAJO IGAM..... 81

ABDOMINOSPLASTÍA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN HOSPITAL EL PINO..... 82

IMPLANTE DE PIEL TOTAL EN CELULITIS PERIORBITARIA BILATERAL: CASO CLÍNICO..... 83

TRANSFERENCIA DE NERVIO MASETÉRICO PARA REANIMACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL COMPLETA; SERIE DE CASOS..... 84

CALCINOSIS CUTIS..... 85

SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO A SINDROME DE ASIA..... 86

RECONSTRUCCIÓN DE AXILA CON HIDRADENITIS SUPURATIVA SEVERA MEDIANTE COLGAJO FASCIOCUTÁNEO PARAESCAPULAR..... 87

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE CUERO CABELLUDO CON COLGAJOS LIBRES..... 88

ALTERACIÓN DE CONTORNO CORPORAL SEVERA POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA, DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE DERMOLIPECTOMÍA DE ASEO..... 89

LIPOINYECCIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA ASIMETRÍA FACIAL EN SÍNDROME DE PARRY-ROMBERG, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 90

USO DE COLGAJO PECTORAL MAYOR CONTRALATERAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE AMPLIO DEFECTO SECUNDARIO A ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR..... 91

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFECTO DE PARED ABDOMINAL, SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 92

CALIDAD DE LA INFORMACION EN LAS RESPUESTAS DE UN SISTEMA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (CHATGPT) SOBRE CIRUGÍA DE AUMENTO MAMARIO..... 94

DERMOLIPECTOMIA INVERSA COMO COBERTURA DE DEFECTO PARED TORÁCICA, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 95

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE TRAUMA GRAVE DE EXTREMIDAD INFERIOR. REPORTE DE UN CASO..... 96

COLOPROCTOLOGÍA..... 97

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DEL CANAL ANAL: UN CASO RARO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 98

INVAGINACÍON DEL COLON - RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA..... 99

CIRUGÍA DE DUHAMEL MODIFICADO POR VÍA LAPAROSCÓPICA..... 100

DIVERTÍCULO GIGANTE, MANEJO Y REVISIÓN DE LITERATURA A PARTIR DE UN CASO DE DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA RESUELTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA CON ANASTOMOSIS PRIMARIA..... 101

EXCISIÓN TOTAL DE MESOCOLON DERECHO ROBÓTICO: TÉCNICA QUIRÚRGICA..... 102

DESCENSO DE ANGULO ESPLÉNICO ROBÓTICO: TÉCNICA QUIRÚRGICA..... 103

ALIMENTACIÓN PRECOZ DESPUÉS DE CIRUGÍA COLORRECTAL, ¿PODEMOS REDUCIR LOS RESIDUOS? UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA..... 104

HIDRADENOMA PAPILÍFERO, UN TUMOR BENIGNO INFRECUENTE DE LA ZONA PERIANAL: REPORTE DE UN CASO.....105

PRESENTACION DE PACIENTES CON ABSCESO PERIANAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....106

INTUSUSCEPCIÓN SIGMOIDEO-RECTAL. REPORTE DE CASO..... 107

METÁSTASIS RENAL EN COLON DERECHO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....108

CÁNCER SINCRÓNICO COLORRECTAL EN UN PACIENTE CON OLIGOPOLIPOSIS Y NEUROFIBROMATOSIS: REPORTE DE UN CASO..... 109

PROCTITIS QUÍSTICA PROFUNDA: REPORTE DE UN CASO.....110

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESECCIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE COLON DERECHO Y TRANSVERSO..... 111

TUBERCULOSIS INTESTINAL PRESENTADA COMO LESIÓN INFLAMATORIA DE VÁLVULA ILEOCECAL: REPORTE DE UN CASO..... 112

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FATIGA RELACIONADA AL CÁNCER Y SU ASOCIACIÓN CON ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL..... 113

DIVERTICULITIS DEL APÉNDICE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....114

IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLOPROCTOLÓGICA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE.....115

PROTEÍNA C REACTIVA COMO FACTOR PREDICTOR DE FUGA ANASTOMÓTICA EN PACIENTES OPERADOS DE CÁNCER COLORRECTAL EN HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O´HIGGINS.....116

APENDICITIS AGUDA PERFORADA EN HERNIA DE AMYAND. REPORTE DE UN CASO.....117

DESARROLLO DE UN MÓDULO DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES EN RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA BASADO EN SIMULACIÓN..... 118

SEMINOMA CLÁSICO PURO COMO CAUSA INFRECUENTE DE TUMOR DE COLON, REPORTE DE UN CASO..... 119

COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE IQUIQUE..... 120

MUCOCELE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA. REPORTE DE CASO.....121

RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE PACIENTES SOMETIDOS A EXENTERACIÓN PÉLVICA..... 122

TUMOR DE COLISIÓN APENDICULAR: ADENOCARCINOMA EN NEOPLASIA MUCINOSA DE ALTO GRADO Y TUMOR NEUROENDOCRINO EN APENDICECTOMÍA DE URGENCIA. REPORTE DE UN CASO..... 123

CASO CLÍNICO: ANILLO CONSTRICTOR APENDICULAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL....124

EXPERIENCIA LOCAL EN EL USO DE LA TÉCNICA DE KARYDAKIS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA EN EL HOSPITAL EL PINO DE SANTIAGO DE CHILE....125

SINDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA EN CÁNCER DE RECTO: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO....126

CONCORDANCIA ENTRE EL LARS SCORE Y EL POLARS SCORE EN PACIENTES CON CANCER DE RECTO....127

LINFOMA PLASMABLÁSTICO CON COMPROMISO RECTAL. REPORTE DE UN CASO....128

SARCOMA PRIMARIO DE CIEGO. REPORTE DE UN CASO....129

REPORTE DE UN CASO: CARCINOMA COLORRECTAL INTRAMUCOSO CON INVASIÓN LINFOVASCULAR....130

VALIDACIÓN POR EXPERTOS DE ENCUESTA FACT-C PARA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN CHILENA....131

EL CANCER DE COLON UBICADO EN COLON TRANSVERSO, NO ES UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES OPERADOS CON INTENCIÓN CURATIVA EN ETAPA I-III....132

CÁNCER DE COLON DERECHO, IMPORTANCIA DE LOCALIZACIÓN ANATÓMICA EN PRONÓSTICO ONCOLÓGICO....133

LINFOMA COLORRECTAL, EXPERIENCIA EN 10 AÑOS....134

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL GIGANTE. REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA....135

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE FACTORES PRONÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR). EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE ALTO VOLUMEN....136

METÁSTASIS DE CÁNCER DE SIGMOIDES EN LEIOMIOMA ANEXIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO....137

QUISTE HIDATÍDICO PÉLVICO SECUNDARIO, REPORTE DE UN CASO....138

UNIÓN DE DELANTALES BLANCOS: EFICACIA DE UN MENÚ PROTOCOLIZADO DE CHEF DE ALTA COCINA EN LA MEJORÍA DEL ESTADO NUTRICIONAL APLICADO AL ALTA DE PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA COLORRECTAL BAJO PROTOCOLO ERAS....140

CÁNCER ANAL AVANZADO DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO....141

RESULTADOS A CORTO PLAZO DEL USO DE PRÓTESIS ENDOSCÓPICA COLORRECTAL. 15 AÑOS DE EXPERIENCIA....142

DOLOR POSTOPERARORIO EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA CON NEUMOPERITONEO A 8 VS 15 MMHG. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO....143

ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA A PROPÓSITO DE UN CASO..... 144

NEOPLASIA MALIGNA PRIMARIA MÚLTIPLE COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 145

REVERSIÓN DE LA CIRUGÍA DE HARTMANN: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICA DRA. ELOÍSA DÍAZ I. LA FLORIDA.....146

PERFORACIÓN DE CÓLON DESCENDENTE HACIA RETROPERITONEO COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA..... 147

APENDICECTOMÍA EN COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA: REVISIÓN DE LITERATURA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO CON RESPUESTA FAVORABLE.....148

TERAPIA NEOADYUVANTE TOTAL EN CÁNCER DE RECTO ¿TIENE MAYOR RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA? EXPERIENCIA INICIAL..... 149

CIRUGÍA DE DELORME: UNA ALTERNATIVA PARA EL COLOPROCTÓLOGO.....150

MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO: ASPECTOS CLAVE EN SU DIAGNÓSTICO A PARTIR DE UN REPORTE DE CASO..... 151

TERAPIA MULTIMODAL DEL CARCINOMA ESCAMOSO DEL CANAL ANAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE NUESTRA EXPERIENCIA.....152

IMPLEMENTACIÓN DEL USO DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA COLORRECTAL: RESULTADOS INICIALES.....153

SÍNDROME DE EHLERS DANLOS VASCULAR: UNA CAUSA RARA DE PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DEL COLON SIGMOIDES, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....154

PERFORACIÓN COLÓNICA ESPONTÁNEA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....155

RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PACIENTES SOMETIDOS A CITORREDUCCIÓN (CR) Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA (HIPEC)..... 156

SINDROME DE INTESTINO CORTO Y RECONSTITUCIÓN DE TRANSITO, REPORTE DE UN CASO.....157

APENDICECTOMÍAS PROFILÁCTICAS: INFORME DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO, CHILE..... 158

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON FÍSTULAS COLOVESICALES EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU PERIODO 2016-2023.....159

NEOPLASIAS PRIMARIAS MÚLTIPLES. CARACTERIZACIÓN DE DE PACIENTES CON CÁNCER SINCRÓNICO RECTO-PROSTATA EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU PERIODO 2016-2023..... 160

EXPERIENCIA CON TUMORES NEUROENDOCRINOS EN EL EQUIPO DE COLOPROCTOLOGÍA EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU PERIODO 2021-2023..... 161

MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.....16

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL FÉLIX BULNES ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2022.....163

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN LA SATISFACCIÓN USUARIA Y DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: ENTRE DOS HOSPITALES PÚBLICOS NACIONALES.....164

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA..... 165

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA: USO DE UN DISPOSITIVO NOVEDOSO CON RADIOFRECUENCIA BIPOLAR Y MICROONDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES COLORRECTALES.....166

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA CON SPEEDBOAT PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA DEL ESÓFAGO DE BARRETT, EXPERIENCIA INICIAL EN INSTITUTO CHILENO JAPONÉS, HCSBA.....167

“ANÁLISIS DE RESULTADOS POST QUIRÚRGICOS DE PACIENTES CON ACALASIA TRATADOS MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA POR VÍA ORAL (POEM) EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA CHILENA”.....168

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A ÚLCERA EN YEYUNO-YEYUNO ANASTOMOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.....169

APLICACIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA EN STEP UP APPROACH DE NECROSIS PANCREÁTICA: REPORTE DE CASO..... 170

ESTENOSIS CONDUCTO HEPÁTICO IZQUIERDO ASOCIADO A LITIASIS Y UN PÓLIPO. RESOLUCIÓN MEDIANTE COLANGIOSCOPIA..... 171

FÍSTULA BRONCOBILIAR SECUNDARIA A LA MIGRACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR ABANDONADA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....172

CIRUGÍA GASTROESOFÁGICA.....173

SÍNDROME DE BOERHAAVE: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES.....174

GIST GÁSTRICO SINCRÓNICO EN PACIENTE CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: REPORTE DE CASO DE CIRUGÍA COMBINADA POR LAPAROSCOPÍA..... 175

VÓLVULO GÁSTRICO EN HERNIA HIATAL GIGANTE: REPORTE DE CASO INTERVENIDO DE URGENCIA POR LAPAROSCOPÍA.....176

PERFORACIÓN GÁSTRICA EN RELACIÓN A POLICONSUMO DE SUSTANCIAS.....177

RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA EN CÁNCER GÁSTRICO EN QUIMIOTERAPIA PALIATIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....178

CARCINOMA ESCAMOSO DESARROLLADO EN ESÓFAGO DE BARRETT – REPORTE DE UN CASO.....179

PERITONITIS SECUNDARIA A LESIONES DE CAMERON COMPLICADA, REPORTE DE CASO CLÍNICO..... 180

CÁNCER GÁSTRICO MEDULAR: UNA SERIE DE CASOS..... 18

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO..... 182

METÁSTASIS COLÓNICA DE ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 183

SUPERPOSICIÓN MORFOLÓGICA ENTRE TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 EN NEOPLASIA GÁSTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 184

ENGROSAMIENTO PARIETAL GÁSTRICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. SERIE DE CASOS..... 185

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA HIATAL GIGANTE POSTERIOR A ESOFAGECTOMÍA..... 186

VÓLVULO GÁSTRICO COMO COMPLICACIÓN GRAVE DE HERNIA HIATAL..... 187

CIRUGÍA LAPAROSCOPICA DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO ASOCIADO A HIPERTONÍA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR. REPORTE DE UN CASO..... 188

ENUCLEACIÓN VIDEOTORACOSCÓPICA DE SCHWANNOMA ESOFÁGICO. REPORTE DE UN CASO..... 189

ABORDAJE ABIERTO VERSUS LAPAROSCOPICO EN CANCER GASTRICO: ESTUDIO PROSPECTIVO CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO..... 190

GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICA EN CANCER GASTRICO: FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS..... 191

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN CIRUGÍA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. SERIE INICIAL DE CASOS..... 192

NEOADYUVANCIA EN GIST. ¿OBLIGACIÓN DE UN ESTUDIO GENÉTICO?..... 193

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DUODENAL SECUNDARIA A HERNIA HIATAL. REPORTE DE CASO..... 194

SERIE DE CASOS DE SCHWANNOMA TRACTO GASTROINTESTINAL EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO..... 195

RESECCIÓN DE GASTROBLASTOMA EN PACIENTE ADULTO. UN DIAGNÓSTICO INESPERADO..... 196

ANASTOMOSIS ESOFAGO-YEUNAL LAPAROSCOPICA EN CANCER GASTRICO: ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES TECNICAS..... 197

LINFADENECTOMIA GUIADA POR FLUORESCENCIA EN CANCER GASTRICO: DESCRIPCION DE LA TECNICA..... 198

INCIDENCIA DE METASTASIS GANGLIONARES EN CANCER GASTRICO INCIPIENTE. ANTECEDENTES PARA EL FUNDAMENTO DE TERAPIA ENDOSCOPICA..... 199

DIVERTÍCULO DE FONDO GÁSTRICO SIMULANDO COLECCIÓN, UN HALLAZGO INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 200

CIRUGÍA HEPATOBILIAR 201

REVISIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A PANCREATODUODENECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: COHORTE HISTÓRICA 2018-2023 202

ABSCESO HEPÁTICO GIGANTE CON FÍSTULA HEPATOPLEURAL DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO 203

QUISTE DE COLÉDOCO TODANI TIPO III, REPORTE DE UN CASO 204

¿ES LA COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA BENEFICIOSA EN PACIENTES CON TUMORES DE VESÍCULA BILIAR T1B? ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO 205

SÍNDROME DE BOUVERET. REPORTE DE UN CASO 206

FASCIOLIASIS HEPÁTICA COMO CAUSA DE ICTERICIA, A PROPÓSITO DE UN CASO 207

FÍSTULA BILIO-COLÓNICA COMO COMPLICACIÓN POST COLECISTECTOMÍA: REPORTE DE CASO 208

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CÁNCER DE COLON RECIDIVADO EN YEYUNO, PÁNCREAS Y ESTÓMAGO, REPORTE DE UN CASO 209

SHOCK SÉPTICO DE FOCO ABDOMINAL: COLANGITIS SECUNDARIA A HIDATIDOSIS: REPORTE DE CASO 210

COLEDOCOLITIASIS Y SU MANEJO POST PANDEMIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 211

SÍNDROME DE DESCONEXIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO SECUNDARIO A PANCREATITIS CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO 212

RESULTADOS Y MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN TEMPRANA POR SARS-COV-2 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO 213

LINFOMA DE PAPILA DUODENAL COMO CAUSA DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA: REPORTE DE CASO 214

CIRUGÍA DE APPLEBY MODIFICADA CON RECONSTRUCCIÓN DEL TRONCO CELÍACO MEDIANTE INTERPOSICIÓN DE VENA SAFENA, EN ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO 215

AUTOTRANSPLANTE EN CIRUGÍA DE RESECCIÓN MUTLIVISCERAL Y RECONSTRUCCIÓN VASCULAR MAYOR POR LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL 216

OCLUSIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL CON CIANOACRILATO COMO ALTERNATIVA TÉCNICA PARA PREVENCIÓN DE LA FÍSTULA PANCREÁTICA POST OPERATORIA EN PANCREATODUODENECTOMÍA. 217

MELANOMA METASTÁSICO EN VESÍCULA BILIAR, PRIMARIO DESCONOCIDO, COMO HALLAZGO EN COLECISTECTOMÍA 218

TRASPLANTE MONOSEGMENTARIO DE HÍGADO EN LACTANTES PEQUEÑOS 219

PANCREATODUODENECTOMÍA COMPLETAMENTE ROBÓTICA POR TUMOR PSEUDOPAPILAR DE LA CABEZA DEL PÁNCREAS 221

IMPACTO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EN LISTA DE ESPERA: ANÁLISIS DEL TRASPLANTE CON DONANTE VIVO, DONANTE FALLECIDO Y NO TRASPLANTADOS..... 222

HEMOPERITONEO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOMA HEPATOCELULAR, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 224

HEPATECTOMIA DE DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO-ADULTO EN CHILE: CARACTERIZACIÓN Y REPORTE DE SUS COMPLICACIONES..... 225

LINFOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO..... 226

QUISTO-GASTRO ANASTOMOSIS VÍA LAPAROSCÓPICA COMO ALTERNATIVA DE DRENAJE EN NECROSIS PANCREÁTICA AMURALLADA SOBREINFECTADA..... 227

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-ADULTO EN CHILE: PRIMEROS 50 CASOS..... 228

MANEJO DE GIST DUODENAL MEDIANTE RESECCIÓN DUODENAL CON PRESERVACIÓN PANCREÁTICA. REPORTE DE CASO..... 229

REPORTE DE CASO: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA MEDIANTE TROMBECTOMÍA ABIERTA DE VENA PORTA..... 230

NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: SERIE DE CASOS..... 231

ESTEATOSIS NODULAR INTRAHEPÁTICA: DIAGNOSTICO COMPLEJO DE LESIÓN HEPÁTICA BENIGNA..... 232

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA EN LESIÓN DE VÍA BILIAR..... 233

EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR CON COLEDOSCOPIO FLEXIBLE EN OBSTRUCCIÓN DEL COLÉDOCO DISTAL POR FRAGMENTOS DE ADENOCARCINOMA VESICULAR PAPILAR: REPORTE DE UN CASO..... 234

PANCREATODUODENECTOMÍA ROBÓTICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO..... 235

RESECCION DE METASTASIS HEPATICA CON AYUDA DE VERDE DE INDOCIANINA..... 236

HERNIA Y PARED ABDOMINAL..... 237

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA LUMBAR DE TIPO GRYNFELT-LESSHAFT. A PROPÓSITO DE UN CASO..... 238

HERNIA OBTURATRIZ COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO..... 239

REPARACIÓN ANATÓMICA DE HERNIA INCISIONAL SUBCOSTAL. REPORTE DE UN CASO..... 240

NECROSIS INTESTINAL Y ATASCAMIENTO DE VEJIGA EN HERNIA INGUINAL INDIRECTA: ABORDAJE TOTALMENTE LAPAROSCOPICO EN UN CASO DE RARA PRESENTACIÓN CLÍNICA..... 241

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA DIAFRAGMÁTICA POST HEPATECTOMÍA DERECHA: REPORTE DE UN CASO..... 242

RESECCIÓN MULTIVISCERAL EN HERNIA DE MORGAGNI COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO....243

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN PARED ABDOMINAL DENTRO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL: UNA REVISIÓN NARRATIVA....244

HERNIOPLASTÍA Y FRENOPLASTÍA, UNA COLABORACIÓN ENTRE EQUIPOS....246

CASO CLÍNICO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO....247

TAR ROBÓTICO CON HUGO-RAS PARA REPARACIÓN DE HERNIAS VENTRALES COMPLEJAS: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL....248

HERNIA UMBILICAL ATASCADA CON CONTENIDO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO....249

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI....250

ETEP TAP PARA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL COMPLEJA....251

TAR ROBÓTICO CON HUGO-RAS PARA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL COMPLEJA....252

CAPACITACIÓN Y EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE HERNIAS LAPAROSCOPICAS EN RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE Y FINIS TERRAE....253

EXPERIENCIA DE HERNIOPLASTIA LAPAROSCOPICA EN NUEVO CENTRO ASISTENCIAL....254

HERNIA DE AMYAND COMO HALLAZGO DE HERNIOPLASTIA POR HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE: REPORTE DE UN CASO....255

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE TAPP INGUINAL EN HOSPITAL EMERGENTE DEL NORTE GRANDE DE CHILE....256

HERNIOPLASTIA INGUINAL ROBÓTICA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE....257

CIRUGÍA TORÁCICA....258

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN: COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA MEDIASTÍNICA....259

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y MORBIMORTALIDAD DE LAS BIOPSIAS PULMONARES QUIRÚRGICAS EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA....260

TIMOMAS Y CARCINOMAS TÍMICOS EN LA REGIÓN DE ANTOFAGASTA: UN FENÓMENO DIFERENTE AL CONOCIDO EN CHILE....261

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR ASOCIADO A ANEURISMA AURICULAR IZQUIERDO, RESECCIÓN QUIRÚRGICA. REPORTE DE UN CASO....262

NEUMONECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA. REPORTE DE 2 CASOS Y DISCUSIÓN DE INDICACIONES....263

HEMOPTISIS MASIVA COMO COMPLICACIÓN DE ACTINOMICOSIS PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO....264

CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES OPERADOS POR MEDIASTINITIS DURANTE EL PERIODO 2019-2023 EN UN CENTRO DE ATENCION TERCIARIA....265

OSTEOSINTESIS COSTAL EN COMPLEJO ASISTENCIAL VICTOR RÍOS RUÍZ, LOS ÁNGELES....266

NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACUPUNTURA: REPORTE DE CASOS....267

ASPERGILOMA BILATERAL CON HEMOPTISIS MASIVA, MANEJO CON LOBECTOMÍA SECUENCIAL: REPORTE DE CASO....268

EXPERIENCIA INICIAL QUIMIOTERAPIA TORÁCICA HIPERTÉRMICA (HITHOC) PARA EL TRATAMIENTO DE MESOTELIOMA MALIGNO EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS....269

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y SUPERVIVENCIA DE UNA COHORTE DE TUMORES PRIMARIOS Y QUISTES DE MEDIASTINO RESECADOS....270

EFECTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19) EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER PULMONAR EN UN HOSPITAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CHILE....271

EFECTO EN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS HOSPITALIZACIONES POR TRAUMATISMO TORÁCICO DURANTE DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19)....272

CORIOCARCINOMA DE MEDIASTINO - A PROPÓSITO DE UN CASO....273

SIMPATECTOMÍA LUMBAR POR RETROPERITONEOSCOPÍA PARA MANEJO DE HIPERHIDROSIS PLANTAR: A PROPÓSITO DE UN CASO....274

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE EBUS-TBNA EN UN CENTRO HOSPITALARIO PUBLICO DOCENTE. EXPERIENCIA INICIAL....275

PRIMER PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN CHILE. EXPERIENCIA INICIAL....276

USO DE VERDE INDOCIANINA ENDOVENOSO EN SEGMENTECTOMÍA ROBÓTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO....277

EXÉRESIS DE TUMOR INTRADURAL CON EXTENSIÓN A MEDIASTINO POSTERIOR MEDIANTE CIRUGÍA TORÁCICA ASISTIDA POR ROBOT: REPORTE DE CASO....278

RETIRO DE ARMA BLANCA INTRATORÁCICA INADVERTIDA DESPUÉS DE 40 DÍAS MEDIANTE VATS: REPORTE DE CASO....279

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA TORACOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT (RATS) EN FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ....280

PAPILOMATOSIS ENDOTRAQUEAL POR VPH: REVISIÓN DE UN CASO POCO FRECUENTE....281

BRONCOPLASTÍA IZQUIERDA MEDIANTE CIRUGÍA TORACOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT RESUMEN VIDEO....282

SARCOMA SINOVIAL PRIMARIO PULMONAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO....283

COMPROMISO HEMODINAḾICO POR COMPRESIOŃ DE LA VENA CAVA INFERIOR DURANTE CORRECCIOŃ QUIRUŔGICA DE ESCOLIOSIS EN PACIENTE CON PECTUS EXCAVATUM ASOCIADO 284

ADENOMA PARATIROIDE ECTOPICO MEDIASTINAL POSTERIOR POR VIDEOTORACOSCOPIA(VATS)..... 285

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y RESULTADOS CLÍNICOS - ANATOMOPATOLÓGICOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE COQUIMBO..... 286

ISQUEMIA MESENTÉRICA SECUNDARIA A UNA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A, ALTERNATIVAS DE MANEJO A PROPÓSITO DE UN CASO..... 287

CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS EN PRIMEROS CASOS CON PLATAFORMA DA VINCI XI..... 288

TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE: MANEJO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS PERIOPERATORIOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO, ENTRE 2019-2023..... 289

TRAUMA, CIRUGÍA DE URGENCIA Y PACIENTE CRÍTICO..... 290

TRAUMA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: PERÍODO 2020-2022..... 291

TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO PENETRANTE. CLASIFICACIÓN IMAGENOLÓGICA MEDIANTE ZONAS Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD..... 292

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA NECROSIS TRAUMÁTICA DE PÁNCREAS DE MÁS DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN. REPORTE DE UN CASO..... 293

REINCIDENCIA DEL TRAUMA PENETRANTE EN ZONAS DE ALTA VIOLENCIA. ¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO DE NUESTROS PACIENTES?..... 294

TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL DEL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO..... 295

TRAUMA CARDIACO: AUTONOMÍA Y SUPERVISIÓN EN URGENCIAS DE UN RESIDENTE DE LA UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA..... 296

CIRUGÍA VASCULAR..... 297

MANEJO QUIRÚRGICO DE TROMBOSIS ARTERIAL ILIACA EN CONTEXTO DE ISQUEMIA AGUDA: REPORTE DE UN CASO..... 298

UN NUEVO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PARA LA DISECCIÓN ESPONTÁNEA AISLADA DE LA ARTERIA CELÍACA..... 299

ANEURISMA ILIACO COMUN AISLADO BILATERAL CON CANCER DE VEJIGA CONCOMITANTE..... 300

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO INFRARRENAL (EVAR), UNA ALTERNATIVA SEGURA EN PACIENTES DE RIESGO EN NUESTRO MEDIO..... 301

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR POR TÉCNICA DE CHIMENEA PARA PSEUDOANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL VISCERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 30

PSEUDOANEURISMAS ARTERIALES TRATADOS CON STENTS CUBIERTOS DURANTE EL PERIODO 2014-2022 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES....303

REPORTE DE CASO: SCHWANNOMA COMO TUMOR DEL CUERPO CAROTÍDEO....304

REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR INFRAPOPLÍTEA: EXPERIENCIA LOCAL.... 305

ANEURISMA DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO....306

LINFANGIOMA QUÍSTICO AXILAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN UNA PACIENTE ADULTA....307

FÍSTULA AORTODUODENAL - MANEJO QUIRÚRGICO EN EMERGENCIA. REPORTE DE UN CASO....308

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA ASISTIDO POR ULTRASONIDO INTRAVASCULAR....309

MANEJO DE ISQUEMIA AGUDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR CON ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA(EAO) SUBYACENTE.... 310

CASO CLÍNICO DISECCIÓN ARTERIAL DURANTE PTA: ¿QUÉ HACER?....311

MANEJO MÉDICO QUIRÚRGICO DE ARTERIA CIÁTICA PERSISTENTE ANEURISMÁTICA COMO CAUSA DE ISQUEMIA DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO.... 312

ACODADURA DE ARTERIA RENAL. COMPLICACIÓN A TENER EN CUENTA.... 313

GLOMANGIOMA EXTREMIDAD SUPERIOR, REPORTE DE UN CASO.... 314

COMPLICACIONES VASCULARES POR TROMBOSIS A REPETICIÓN EN TRASPLANTE RENAL POR NEFROPATÍA IGA....315

ANEURISMA MICÓTICO TRATADO CON TEVAR: REPORTE DE CASO....316

TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO.... 317

INFECCION DE PROTESIS AORTICA: TRATAMIENTO QUIRURGICO ALTERNATIVO....318

ENDOLEAK DE TIPO 1A MASIVO Y TARDIO ASOCIADO A SHOCK Y ANEMIA AGUDA....319

CASO CLÍNICO: TRAUMA ARTERIAL SUBCLAVIO, MANEJO ENDOVASCULAR....320

MANEJO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA OCCIPITAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO.... 321

COLGAJO MICROQUIRÚRGICO COMO PARTE DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LAS ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO COMPLICADO....322

USO DE PRÓTESIS DE EPTFE EN LA REPARACIÓN DE TRAUMA DE LA ARTERIA SUBCLAVIA POR ARMA DE FUEGO.... 323

HEMOPTISIS, MANERA POCO HABITUAL DE MANIFESTACIÓN DE ANEURISMA AORTA TORÁCICA COMPLICADO.... 324

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE TRANSECCIÓN AORTOILÍACA EN CONTEXTO DE POLITRAUMA GRAVE: REPORTE DE CASO....325

MANEJO HIBRIDO EN DOS TIEMPOS, ABIERTO Y ENDOVASCULAR, DE ARCO AÓRTICO DERECHO ASOCIADO A DIVERTÍCULO DEL KOMMERELL: REPORTE DE UN CASO.....326

ONCOLOGÍA.....327

ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES ADULTOS OPERADOS DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA CHILENA.....328

PAPEL DEL REGISTRO EN LA CARACTERIZACIÓN GENÉTICA Y SEGUIMIENTO EN LAS FAMILIAS CON SÍNDROME DE LYNCH.....329

HEMATURIA AISLADA COMO PRESENTACIÓN DE CARCINOMA DE URACO EN PACIENTE DE 29 AÑOS: REPORTE DE UN CASO.....330

TUMORES PRIMARIOS SINCRONICOS: CÁNCER DE ENDOMETRIO Y CÁNCER NEUROENDOCRINO DE PULMÓN, A PROPOSITO DE UN CASO.....331

SITUS INVERSUS TOTALIS CON POLIESPLENIA ASOCIADO A ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS: REPORTE DE CASO DE ESTA RARA COINCIDENCIA.....332

CARCINOMA OCULTO DE MAMA EN HOMBRE.....333

SIMULACIÓN, EDUCACIÓN.....334

PREVALENCIA DE EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA EN FAMILIARES DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE POR EQUINOCOCOSIS HEPÁTICA.....335

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS EN UNA UNIVERSIDAD ESTATAL REGIONAL.....336

COLANGIOHIDATIDOSIS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.....337

GENOTIPOS DE ECHINOCOCCUS GRANULOSUS EN EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HUMANA ALREDEDOR DEL MUNDO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.....338

DIAGNÓSTICO DE HABILIDADES QUIRÚRGICAS BASADO EN UN MODELO DE CONFECCIÓN DE OSTOMÍA Y PAUTA DE EVALUACIÓN DE ELABORACIÓN LOCAL.....339

EVALUACIÓN DE LA CARGA MENTAL EN UN CURSO DE LAPAROSCOPÍA AVANZADA UTILIZANDO LA ENCUESTA NASA-TLX.....340

CURSO DE CUIDADOS Y MANEJO DE OSTOMIÁ PARA PERSONAS OSTOMIZADAS Y FAMILIARES VIÁ REMOTA Y ASINCROŃICA.....341

TRAIN THE TRAINERS: FORMACIÓN Y COMPARACIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO CON PROFESORES DE UN CURSO DE LAPAROSCOPÍA BÁSICA.....342

LAPP CLINIC: DESARROLLO DE UNA PLATAFORMA PARA EVALUACIÓN Y DOCENCIA DE CIRUGÍAS REALES.....343

RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA (ERAS)..... 344

PROTOCOLO ERAS APLICADO A PACIENTES OPERADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA DE APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA..... 345

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS CANDIDATOS A PREHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE..... 346

CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

GASTRECTOMÍA EN MANGA CON BYPASS YEYUNAL. SEGUIMIENTO A 10 AÑOS

Matías Sepúlveda, Andrés San Martin, Munir Alamo, Gabriela Rodríguez, José Álvarez, Luana Wosiack

Red Salud Vitacura, Clínica Meds

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía vertical con baipás yeyunal laparoscópica (GVBY) consiste en una gastrectomía vertical (GV) más un componente intestinal cuyo objeto es potenciar su efectividad metabólica y resultados a largo plazo.

OBJETIVOS: Evaluar el descenso de peso a 10 años. Secundario, evaluar la remisión de enfermedades asociadas y reflujo gastroesofágico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, de los pacientes operados desde enero 2013 a enero de 2014 por el mismo equipo. - se incluyen pacientes sometidos a GVBY. - se excluyen pacientes fallecidos por otras causas, pacientes operados por otros equipos, cirugías revisionales, y pacientes oncológicos. Variables para analizar: Datos antropométricos, diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipidemia (DLP) y reflujo gastroesofágico. En el control de los 10 años se agregan las variables %EWL y TBWL. La estrategia para la obtención de datos, consiste en encuestas telefónicas adaptadas que fueron indagadas en orden y bajo el mismo formato, para disminuir el sesgo entre pacientes. El éxito de la cirugía, se contabiliza con descenso del 50% del EWL (≥50% EWL). Variables categóricas con chi-cuadrado, continuas con t-test. Significancia <0.05. Stata 14.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

RESULTADO: De 190 pacientes que cumplieron los criterios, se obtuvieron datos de 96 (50,5%), 4 pacientes fueron excluidos por cirugías revisionales (todos por RGE). Los 92 pacientes presentaron edad promedio de 40,9 años, 56 % mujeres. El promedio de IMC preoperatorio fue de 37,2 kg/m2 versus a los 10 años de 24 kg/mt2 (p=0,001). El éxito de la cirugía (≥50% EWL) fue alcanzado por 70 pacientes (80 %). A los 10 años del EWL fue de 74% (0 – 155) y el TBWL de 23 (0 – 48). A los 10 años la DM remitió en un 64,7% (p=0,001), HTA en un 49% (p=0,001), DLP en un 83,2% (p=0,001). No obstante, la presencia de Reflujo gastroesofágico aumentó en un 72,5% (p=0,001). Se reporta 1 paciente (1,08%) reoperado por hemoperitoneo. 4 pacientes (4,2%) con complicaciones menores de tratamiento médico. Ninguno de los 92 pacientes contactados refirió otros problemas de salud ni enfermedades atribuibles a la cirugía.

CONCLUSIÓN: El 80 % de los pacientes cumplió el objetivo de peso a los 10 años. Las tasas de remisión de enfermedades asociadas fueron relevantes y perdurables. El reflujo gastroesofágico aumentó exponencialmente luego de la cirugía. Las complicaciones fueron acordes a la cirugía bariátrica en general con 1% de re-operaciones. En el presente trabajo no se declaran conflictos de interés.

PERFORACIÓN DE YEYUNO-YEYUNO ANASTOMOSIS EN PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN POR BEZOAR: REPORTE DE TRES CASOS.

María Jesús Irarrázaval, Milenko Grimoldi, Sergio Riveros, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Nicolás Quezada.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La perforación de la anastomosis yeyuno-yeyunal es una complicación poco frecuente del baipás gástrico laparoscópico. Sus causas pueden ser estenosis, hernias, bridas u otras como bezoar. Los bezoares son una acumulación de material no digerido que se encuentran en el tubo digestivo. Los pacientes sometidos a baipás gástrico son propensos a la formación de bezoares por la motilidad gástrica reducida, pérdida o alteración de la funcionalidad del píloro y reducción de secreción ácida.

OBJETIVOS: Presentar tres casos de perforación de yeyuno-yeyuno anastomosis secundario a obstrucción por bezoar en pacientes con antecedente de baipás gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso 1: Mujer, 36 años, IMC inicial de 39 kg/m2 y antecedente de baipás gástrico laparoscópico. Tres meses después de la cirugía consulta por dolor abdominal y náuseas. Al ingreso taquicárdica, examen físico con dolor abdominal a la palpación, sin irritación peritoneal. TAC muestra dilatación de asas de intestino delgado con un stop del contraste oral, sin otros hallazgos. Laparoscopía exploradora, se evidencia peritonitis difusa; conversión a cirugía abierta. Perforación de 2 cm en yeyuno-yeyuno anastomosis y presencia de bezoar. Se realiza resección de anastomosis con bezoar y construcción de nueva anastomosis. Postoperatorio sin complicaciones, alta octavo día postoperatorio. Caso 2: Mujer, 53 años, IMC inicial 42,9 kg/m2 y antecedente de bypass gástrico. Cinco semanas posteriores a la cirugía consulta por dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal. Signos vitales normales. Examen físico con irritación peritoneal. TAC muestra neumoperitoneo. Laparoscopía exploradora, peritonitis cuatro cuadrantes secundaria a perforación de yeyuno-yeyuno anastomosis; conversión a cirugía abierta. Resección de anastomosis y extracción de bezoar, confección de nueva yeyuno-yeyuno anastomosis. Postoperatorio sin complicaciones, alta el octavo día postoperatorio. Caso 3: Mujer, 57 años, IMC inicial de 41,7 kg/m2 y antecedente de baipás gástrico laparoscópico. Cinco años posterior a la cirugía consulta por dolor abdominal difuso y vómitos. Al ingreso taquicárdica, resto de signos vitales normales. Examen físico normal. TAC muestra dilatación de intestino delgado con punto de transición periumbilical. Se decide manejo médico, pero luego de 48 horas evoluciona con taquicardia, mayor dolor abdominal y aumento de parámetros inflamatorios. Se decide cirugía; laparotomía exploradora evidencia perforación en yeyuno-yeyuno anastomosis secundaria a bezoar en asa común. SE extrae bezoar y se realiza enterorrafia transversal en dos planos. Postoperatorio sin complicaciones, alta quinto día postoperatorio.

RESULTADO: Casos clínicos

CONCLUSIÓN: La perforación de yeyuno-yeyuno anastomosis es una complicación poco frecuente del baipás gástrico, pero que potencialmente puede ser muy grave, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha en estos pacientes.

REVERSIÓN DE BAIPÁS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPÍA

María Jesús Irarrázaval, Sergio Riveros, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Nicolas Quezada

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía bariátrica es actualmente el tratamiento más efectivo para el manejo de la obesidad y sus comorbilidades asociadas. Sin embargo, un pequeño grupo de pacientes puede desarrollar complicaciones metabólicas y nutricionales que no logran ser manejadas con tratamiento médico y es necesario realizar reversión del baipás gástrico.

OBJETIVOS: Video de reversión de baipás gástrico laparoscópico.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente mujer de 59 años, antecedente de baipás gástrico hace 5 años. Consulta por desnutrición calórico-proteica; se decide reversión de baipás gástrico. Identificación de anatomía. Apertura de pars flácida y reducción de pouch gástrico a cavidad abdominal. Liberación de pouch gástrico y gastroyeyuno anastomosis. Sección de gastroyeyuno anastomosis con stapler. Liberación de adherencias de estómago remanente entre sí. Anastomosis mecánica gastro gástrica. Identificación de entero entero anastomosis y sección de esta con stapler. Sección de asa proximal de antigua asa alimentaria. Nueva entero entero anastomosis restaurando continuidad de tracto digestivo. Cierre de brecha mesentérica. Afrontamiento de pilares de diafragma cerrando hernia hiatal.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS. HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE.

Claudio Vallejos O., Andrés Torrealba A., Jaime Zamarin M.

Hospital Regional Coyhaique

INTRODUCCIÓN: El Baipás Gástrico de una anastomosis es una cirugía de desarrollo relativamente reciente dentro de las técnicas de Cirugía Bariátrica, pero sus resultados a corto y mediano plazo en baja de peso y corrección de comorbilidades han demostrado ser similares a los del Bypass Gástrico tradicional.

OBJETIVOS: Presentar la técnica quirúrgica del Baipás Gástrico de una anastomosis que se realiza en el Hospital Regional Coyhaique.

CONTENIDO DE VIDEO: Video que demuestra la técnica estandarizada, realizada en 21 pacientes, IMC promedio 44, haciendo énfasis en los aspectos técnicos de la confección del tubo gástrico, tipo de anastomosis y largo del asa biliar.

PRESENTACIÓN DE NUEVA TÉCNICA DE GASTROYEYUNOANASTOMOSIS TOTALMENTE MECÁNICA EN BYPASS GÁSTRICO

Rodrigo Villagran M, Nelson Aros M, Nasser Eluzen G, Antonio Mercandino S, Bárbara Carreño M, Daniel Segovia.

Equipo de Cirugía Bariátrica y Metabólica de Clinyco, Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El baipás gástrico es una cirugía ampliamente utilizada y efectiva para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades asociadas, siendo la gastroyeyunoanastomosis (GYA) una de las etapas críticas de este procedimiento. Actualmente, existen principalmente tres maneras de realizar la GYA; staplers circulares, staplers lineales y técnicas manuales, cada una con sus ventajas y limitaciones. Esta variabilidad en la técnica de GYA puede influir principalmente en la incidencia de diferentes complicaciones y el tiempo operatorio.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este video es presentar una nueva técnica de GYA totalmente mecánica (GYATM), con el fin de estandarizar su confección y reducir los tiempos operatorios.

CONTENIDO DE VIDEO: Técnica quirúrgica: Creación de un pouch gástrico de 20-30 cc, sección del omento mayor y ascenso antecólico del asa biliar a 100 cm del ligamento de Treitz. Gastrotomía en la cara anterior y enterotomía, confección de la GYA término-lateral, utilizando una carga morada Endogia Tri-Staple de 60 mm (se introduce hasta 50 mm). Introducción de sondón de calibración de 36 fr a través del asa alimentaria. En el eje longitudinal del defecto remanente se realizan dos puntos de tracción con seda 2-0, en el vértice inferior y punto medio respectivamente, los cuales se traccionan para realizar la sección del defecto en sentido longitudinal con carga negra Endogia Tri-Staple de 60 mm reforzada. Creación de la enteroenteroanastomosis latero-lateral a 100 y 150 cm del asa alimentaria. Sección del asa biliar justo lateral a la GYA con carga beige Endogia Tri-Staple de 45 mm reforzada. Finalmente, se realiza una endoscopía intraoperatoria con prueba neumática para evaluar la presencia de fugas, diámetro y sangrado. Todas las cirugías fueron grabadas y almacenadas en un pendrive y/o disco duro externo.

RESECCIÓN DE BOLSA GÁSTRICA Y CONFECCIÓN DE ESOFAGOYEYUNOANASTOMOSIS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO.

Maria Jesus Irarrazaval, Sergio Riveros, Milenko Grimoldi, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Nicolas Quezada

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Las úlceras marginales y el reflujo gastroesofágico son complicaciones tardías infrecuentes del baipás gástrico que habitualmente responden satisfactoriamente al tratamiento conservador con inhibidores de la bomba de protones. Sin embargo, existe un reducido grupo de pacientes que son refractarios a este tratamiento. En esos casos, la resección de bolsa gástrica puede ser selectivamente indicada.

OBJETIVOS: Describir nuestra experiencia en resección de bolsa gástrica en pacientes con antecedente de baipás gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO: Todos los pacientes que fueron sometidos a resección de bolsa gástrica con antecedente de baipás gástrico en nuestra institución fueron incluidos, entre los años 2013 y 2023. Se describe la indicación de cirugía, variables preoperatorias, operatorias, morbilidad y seguimiento.

RESULTADO: Cinco pacientes fueron incluidos. La indicación de cirugía fue reflujo refractario a tratamiento médico en dos pacientes y úlceras marginales refractarias a manejo médico en tres pacientes. La mediana de tiempo desde el baipás gástrico a la cirugía fue de 66 meses (15-207). En cuatro pacientes la cirugía fue laparoscópica y en una paciente abierta. La esófago-yeyunoanastomosis se realizó manual en tres pacientes y mecánica en dos pacientes. La mediana de estadía hospitalaria fue de 7 días (3-26). Un paciente con bypass gástrico abierto previo presentó filtración de la esófago-yeyunoanastomosis que requirió reoperación. No se reportan otras morbilidades. Todos los pacientes presentaron mejoría sintomática luego de la cirugía.

CONCLUSIÓN: La resección de bolsa gástrica para el manejo de reflujo gastroesofágico y úlceras marginales refractarias a tratamiento médico puede ser una alternativa en el manejo de estos pacientes. Sin embargo, es un procedimiento técnicamente complejo y con riesgo de complicaciones por lo que debe ser selectivamente indicado.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A BY PASS RESECTIVO EN CONCEPCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS.

Francisco Pacheco Bastidas, Rimsky Álvarez Uslar, Giovanni Concha Murúa, Sofia Pacheco Novoa, Nicolas Pacheco Novoa

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: El 74.2% de la población chilena tiene exceso de peso según la última ENS y casi un 35% obesidad; esta enfermedad es factor de riesgo cardiovascular, estigma social, afecta la calidad de vida y salud mental de las personas así como su expectativa de vida. Su manejo es complejo siendo la cirugía bariátrica y metabólica la que mejores resultados ha demostrado en resolución de ella y sus condiciones asociadas. La inaccesibilidad al remanente gástrico luego de un baipás gástrico en y de Roux (BGYR) representa un importante desafío en cirugía bariátrica de pacientes con historia familiar de cáncer gástrico o afectados por lesiones premalignas como metaplasia intestinal, convirtiéndose así la gastrectomía del remanente gástrico en una alternativa razonable en dichos casos.

OBJETIVOS: Caracterizar el subgrupo de pacientes sometidos a baipás gástrico resectivo en Concepción en los últimos 17 años, identificar su principal indicación, su seguridad e importancia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo observacional. Los pacientes fueron seleccionados para baipás gástrico resectivo en base a antecedentes familiares de cáncer gástrico y hallazgos histopatológico en la endoscopía digestiva alta preoperatoria como pólipos gástrico o metaplasia intestinal. Datos desde mayo 2006 hasta julio 2023; 2902 pacientes. Estadística descriptiva. Tabulación y registro de datos en Microsoft Excel. Análisis estadístico en software SPSS versión 25. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo cirujano.

RESULTADO: 23.4% hombres y 76.7% mujeres. Edad media 38.47 años (DS 10.8), IMC medio 39.3 (DS 6.15). Las cirugías más realizadas fueron un 46.4% Manga gástrica, 38.8% Baipás gástrico, 6.0% Cirugía de Santoro, 6.5% cirugía revisional, 2.3% Baipás resectivo (67 casos). En relación con los pacientes con baipás resectivo, 74.6% Mujeres (N=50), 25.4% hombres (N=17). Edad media 45.83 (DS 9.33) e IMC medio de 42.35 (DS 6.7) rango de 31-60. Las causas más frecuentes de indicación de baipás gástrico resectivo fueron los antecedentes familiares de primer y segundo grado, lesiones premalignas en la EDA preoperatoria (pólipos y metaplasia intestinal) y lesiones con alto riesgo de hemorragia postoperatoria

CONCLUSIÓN: Existen reportes sobre la ocurrencia de cáncer gástrico en el remanente gástrico luego de BGYR. No hay un claro consenso en cuales son los pacientes que deberían someterse a un baipás resectivo, ni tampoco una clara indicación de seguimiento en caso de decidir no realizar la resección cuando el riesgo de adenocarcinoma gástrico es bajo. En nuestra serie la resección fue mayoritariamente en mujeres, concordante con la distribución global de la población. Edad mayor que la población e IMC igualmente mayor. La principal indicación fue por antecedente familiar y hallazgos preoperatorios en la endoscopía.

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO Y PLÁSTICA MAXILOFACIAL

MICROCIRUGÍA EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO: RESULTADOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Roberto Macchiavello, Gustavo Vial Ovalle, Matías Lavín Gubeli, Ximena Mimica Silva, Harold Romero Florez, Daniel Ledezma Vásquez, David Cohn Malschafsky, Luis Marin de Amesti

Fundación Arturo Lopez Perez (FALP) - Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN: La reconstrucción microquirúrgica es el gold standard en defectos de cáncer de cabeza y cuello. Se ha demostrado que el éxito es similar en población general que en población de edad avanzada. Sin embargo, no se han establecidos estas conclusiones para población nacional.

OBJETIVOS: Evaluar seguridad y éxito de la reconstrucción microquirúrgica en pacientes de 75 años o más con cáncer de cabeza y cuello.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de paciente de 75 años o más operados en FALP entre Enero 2007 y Julio 2023, evaluando característica demográficas, supervivencia del colgajo, complicaciones médicas y quirúrgicas, y mortalidad a los 30 días.

RESULTADO: Durante el periodo se operaron 42 pacientes con 75 o más años. Se realizaron 12 colgajos ALT, 10 Radial, 9 peroné, 8 yeyuno y 3 dorsal ancho. Hubo 0% mortalidad a los 30 días, con 30% de complicaciones quirúrgicas, 26% de reintervención, ninguna pérdida completa, 1 pérdida parcial, y 12% de complicaciones médicas. Los pacientes presentaron un 38% de recurrencia de enfermedad.

CONCLUSIÓN: La confiabilidad de los colgajos libres en paciente de edad avanzada en cabeza y cuello ha sido previamente reportada por varios autores. En el presente trabajo se presenta una experiencia nacional, acorde a las cifras descritas en la literatura.

SIALOENDOSCOPIA: UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA SALIVAL. NUESTRA EXPERIENCIA

R. Cordero, K. Lozano, A. Madrid, F. Capdeville, L. Zanolli, H. Rojas, F. Valdes, I. Plass, D. Rappoport, B. Fernandez

Universidad del Desarrollo/Clínica Alemana De Santiago

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico y terapia de los trastornos inflamatorios y obstructivos de las glándulas salivales mayores han cambiado en las últimas décadas tras la introducción de la sialoendoscopia, técnica mínimamente invasiva vigente desde 1990, que consiste en introducción de una cámara (endoscopio) a través del agujero natural del conducto de drenaje de la glándula salival afectada con un fin diagnóstico y terapéutico. En Chile, no existen estadísticas en relación con el tema.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en sialoendoscopia desde que se empezó a utilizar la técnica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un análisis descriptivo de 91 procedimientos de sialoendoscopia realizados en Clínica Alemana de Santiago durante el periodo 2017-2022. Se consideraron dos grandes grupos: los intervenidos por sialolitiasis y aquellos con diagnóstico de sialoadenitis. En cada grupo se evaluaron variables demográficas, glándula afectada, detalles de la cirugía, hospitalización y complicaciones.

RESULTADO: El 62,6% de los procedimientos correspondió a los realizados por sialolitasis, el 35,1% tenían diagnóstico de sialoadenitis. Dentro del grupo de las sialoadenitis el 75% tenía afectación de la glándula parótida, mientras que en el de las sialolitiasis la glándula más afectada fue la submandibular (79,6%). Las patologías concomitantes asociadas fueron más frecuentes en el grupo de las sialoadenitis (48,5%) Síndrome de Sjogren y cáncer de tiroides con radioyodo). Durante la cirugía, se logró la canulación del conducto en un 75% para el grupo de las sialolitiasis y 84% en las sialoadenitis. El porcentaje de conversión a cirugía abierta se ubicó en 7,8%, obteniendo un éxito del procedimiento de 92,2%. El tiempo operatorio (87 vs 62 min), la estadía en días (1 día) y el inicio de régimen oral (3 vs. 5 horas) fueron similares en los grupos de sialoadenitis y sialolitiasis, respectivamente. Dentro de las complicaciones, cabe destacar la recurrencia (6,7%), persistencia (5,6%), inflamación post procedimiento (5,6%) y dolor persistente solo en 1,1%.

CONCLUSIÓN: La sialoendoscopia es una técnica útil y efectiva que permite diagnosticar y tratar la patología obstructiva no neoplásica de glándulas salivales mayores con mínima morbilidad y mayor porcentaje de conservación de la glándula. Nuestra serie es comparable con la literatura internacional, con una alta tasa de éxito en el procedimiento y una menor morbilidad, al disminuir la necesidad de la resección glandular abierta tradicional.

METÁSTASIS DE MELANOMA EN VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE UN CASO

Andrés Reyes, Mauricio Chang, Ignacio Cortés, Ricardo Urzúa, Grecia Araya, Paola Dobbs, Antonia Léniz, Tatiana Balladares

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La metástasis única de melanoma en vesícula biliar (VB) es una entidad clínica poco frecuente, asociada a un pronóstico desfavorable. La diseminación hacia el tracto gastrointestinal ocurre en el 2-4%, de los cuales, un 15-20% se presentan en VB. Sin embargo, de todos los cánceres que hacen metástasis en la VB, los melanomas son los más frecuentes, representando aproximadamente el 50-67%.

OBJETIVOS: En este reporte, se informa un melanoma metastásico a vesícula biliar y se describe el enfoque que se utilizó para su manejo

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un paciente de 61 años, con antecedente de melanoma maligno invasivo nodular en región supraescapular izquierda de 3 meses de evolución, operado en abril de 2021, con biopsia para etapa IIIc (T4a N1 M1) tratado con inmunoterapia. Durante estudio de diseminación con PET-CT en abril del 2022, se detectó un nódulo hipercaptante en vesícula biliar. Se realizó colecistectomía laparoscópica en mayo del 2022, con hallazgos intraoperatorios que describen “vesícula de paredes delgadas, con lesiones puntiformes blanquecinas en peritoneo. No impresiona metástasis. Apertura de vesícula extracorpórea muestra 2 lesiones mamelonantes sugerentes de melanoma en fondo vesicular”. La biopsia presenta hallazgos correspondientes a melanoma maligno que invade mucosa, lámina propia y pared muscular de la vesícula biliar. Bordes quirúrgicos libres. Del estudio inmunohistoquímico, se evidencian S100 (+), SOX10 (+), HMB-45 (+), Ki67 (+) 10%.

RESULTADO: El paciente completó tratamiento por 1 año, actualmente ECOG 0 y en seguimiento imagenológico cada 3 meses. Hasta la fecha en estudio extendido, lesión de cadera la cual se toma muestra con resultados de melanoma no invasor, nivel III de Clark, pT1a Nx.

CONCLUSIÓN: La metástasis de melanoma en VB es una entidad clínica infrecuente, siendo la diseminación hematológica la vía metastásica más frecuente. La lesión primaria es de origen cutáneo. De manera excepcional, se ha descrito melanoma de VB primario, sin embargo, es controversial. Este hallazgo traduce un estadio de pobre pronóstico. Se describe una tasa de supervivencia media de 24 meses en pacientes que inician tratamiento con inmunoterapia: 72% vs 52% con terapia tradicional Entre los pacientes que se sometieron a colecistectomía, hubo un aumento de 10 meses en la sobrevida versus aquellos que no se sometieron a manejo quirúrgico8. El tratamiento está enfocado en el manejo de metástasis resecables vs no resecables. Por otra parte, resecciones quirúrgicas más extensas como linfadenectomía o cuña hepática, pareciera no tener un incremento de la sobrevida en melanoma diseminado.

MARCACIÓN INTRAOPERATORIA DE ADENOPATÍAS CERVICALES CON AZUL PATENTE Y APOYO ULTRASONOGRÁFICO. EXPERIENCIA INICIAL EN CÁNCER DE TIROIDES RECIDIVADO

B. Fernández, R. Cordero, F. Capdeville, I. Plass, D. Rappoport, H. Rojas, F. Valdés, A. Madrid

Clínica Alemana

INTRODUCCIÓN: Si bien el cáncer diferenciado de tiroides (CDT) tiene un buen pronóstico de sobrevida global, 95-97% a 10 años, la dificultad del tratamiento radica en el riesgo de recurrencia. De acuerdo a la estratificación de riesgo de la American Thyroid Association, la tasa de recurrencia alcanza un 68% en el subgrupo de alto riesgo. La exploración cervical en un cuello previamente intervenido representa un reto, incluso para el cirujano experimentado, incrementando la morbilidad asociada.

OBJETIVOS: En este trabajo buscamos describir la técnica de inyección de azul patente realizada por el mismo equipo quirúrgico en el intraoperatorio, y dar a conocer la utilidad de esta para la localización y resección de las recurrencias linfonodales en CDT.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un análisis observacional retrospectivo en pacientes reintervenidos por recurrencia linfonodal de CDT desde enero a diciembre de 2022. En pabellón, con el paciente anestesiado y posicionado, el cirujano localiza la adenopatía cervical a resecar mediante ecografía. Posteriormente, guiado por ecografía, se inyectan 0,2 cc de azul patente al 1% en dicha adenopatía. Se continuó con la resección quirúrgica, observando directamente el tejido con tinción de azul a resecar.

RESULTADO: Durante el año 2022 se utilizó la marcación intraoperatoria con azul en 4 pacientes operados por recidiva de CDT. De estos, 100% eran de género femenino, con edad promedio de 44 años. La localización de estas recurrencias se objetivó mediante ecografía de etapificación, ubicándose en 2 casos a nivel paratraqueal y en los otros dos casos en cadena yugular (grupo IV). La técnica de inyección preoperatoria agregó 7-10 minutos al tiempo quirúrgico. En ningún caso hubo morbilidad u mortalidad asociada a la cirugía. Se consiguió resecar la lesión inicial en el 100% de los casos, corroborándose esto con el informe de anatomía patológica y ecografía postoperatoria.

CONCLUSIÓN: La marcación ecográfica con azul patente, realizada por el equipo quirúrgico, constituye un método de gran utilidad y bajo costo en la identificación intraoperatoria de recurrencias linfonodales de CDT.

PÉRDIDA VISUAL PROGRESIVA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE TUMOR PARDO INTRACRANEAL EN HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO

V. Fernández, L. Elgueta, F. Barría, C. García, F. Quintana

Hospital Regional de Rancagua

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN El hiperparatiroidismo terciario (HPT3) se presenta como una forma progresiva de hiperparatiroidismo secundario (HPT2) caracterizado por hipercalcemia debido a la secreción autónoma excesiva de paratohormona (PTH), causando hiperplasia de las glándulas paratiroides o adenomas y la posible formación de tumores óseos benignos llamados tumores pardos. Éstos pueden afectar diversas áreas del esqueleto, especialmente axial. Su incidencia es bastante baja, alrededor de 1.5 a 1.7%. Su principal diagnóstico diferencial son los tumores esqueléticos de células gigantes, además pueden ser confundidos con lesiones malignas, como enfermedad metastásica difusa.

OBJETIVOS: OBJETIVOS: Reportar un caso clínico excepcional en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico sucedido en Hospital Regional de Rancagua y revisión bibliográfica.

RESULTADO: RESULTADOS: Hombre de 43 años con ERC en hemodiálisis e HTA consulta en urgencia por pérdida de visión aguda en el ojo izquierdo. RNM de cerebro muestra lesión expansiva en seno etmoidal que comprime el nervio óptico, sin alteraciones en laboratorio de ingreso. Se hospitaliza para continuar estudio por neurocirugía donde se realiza biopsia incisional con resultados que podrían corresponder a lesión de células gigantes o lesión por HPT2 en contexto de ERC. En nuevo laboratorio: PTH de 1581 pg/mL, calcio 9.8 mg/dL y fósforo 4.6 mg/dL. En base a lo anterior, se realiza evaluación por equipo de cirugía de cabeza y cuello, solicitando estudio de gammagrafía de paratiroides con 99mTc-sestamibi (MIBI) que reporta dos glándulas paratiroides hiperfuncionantes, una superior izquierda y otra ectópica a nivel del surco traqueoesofágico derecho. Se realiza paratiroidectomía de las cuatro glándulas con autotrasplante de paratiroides de aspecto más sano en deltoide izquierdo, con resultados de descenso de la PTH intraoperatoria > 75% con cura bioquímica. DISCUSIÓN: En nuestra extensa revisión bibliográfica encontramos un solo caso descrito de alteración visual asociada a tumor pardo intracraneal. La progresión natural del HPT2 con la secreción autónoma de PTH da origen a los tumores pardos. El MIBI es crucial para descartar un sitio de implantación ectópico o una quinta glándula paratiroides. La cirugía asociada al protocolo de PTH intraoperatoria logra eliminar la hipersecreción de PTH logrando cura bioquímica, disminuyendo o desapareciendo los tumores pardos.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: Este reporte corresponde a una presentación de un caso excepcional de tumor pardo intracraneal con compromiso visual, una adecuada sospecha clínica es necesaria para un diagnóstico y terapia oportuna. En Chile no existen casos similares reportados en contexto de HPT3, por lo que se pretende contribuir al estudio y sospecha de esta complicación.

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES RECURRENTE: REFRACTARIO A TRATAMIENTO CON I 131 CON EXTENSIÓN GANGLIONAR EXTRACERVICAL A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Barbara Silva P, David Coronel F, Jose Moro B, Juan P Sastre, Macarena Torres G

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Existe un 5-15% de pacientes con carcinoma papilar diferenciado de tiroides (CPT) que pueden mostrar una perdida gradual de la capacidad de captar yodo debido a disminución de la expresión del simpotador de yoduro de sodio (NIS) ubicado en la membrana basal de las células, generando un estado de desdiferenciación celular, aumentando las probabilidades de recurrencia cervical y extra cervicales (axilar derecha) empeorando el pronóstico. Este cambio se presenta por mutaciones en los oncogenes RAS Y BRAF que activan de manera desproporcionada la línea MAPK produciendo inhibición de la expresión de NIS con respuesta refractaria al RAI.

OBJETIVOS: Exponer caso clínico de paciente con cáncer papilar de tiroides diferenciado con recurrencia regional y distal inusual y su relación con la refractariedad al tratamiento con Radioyodo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de paciente masculino de 65 años operado en el año 2014 (Santiago) por ca papilar de tiroides, se realiza tiroidectomía total + resección ganglionar cervical radical modificada bilateral obteniendo lesión de 9.5cm en LTI y 0.5 cm en LTD, borde quirúrgico positivo peritraqueal y 25 LN metastásicos. A pesar de recibir tratamiento óptimo paciente presenta recurrencia de enfermedad en 2019, 2022 y 2023 con compromiso linfanodal xtracervical inusual como lo son los linfonodos axilares. Datos obtenidos de la ficha clínica en sistema Siclope.

RESULTADO: Se establece relación entre la recurrencia de la enfermedad (regional y a linfondos inusuales a distancia) con la mutación de genes RAS y BRAF los cuales se asocian a refractariedad del tratamiento con RAI y a tipos de cánceres más agresivos

CONCLUSIÓN: Es importante realizar un estudio anatomopatológico completo, no solo histológico sino inmunohistoquímico y molecular para detectar sin demora las mutaciones de los oncogenes que pueden interferir en el tratamiento óptimo de nuestros pacientes. Así como también evitar enfermedad ganglionar cervical y a distancia, lo cual es inusual en este tipo de cáncer empeorando si pronóstico.

EXPERIENCIA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

ARTURO MADRID, MONTSERRAT CHÁVEZ, PALOMA POZO, FELIPE CAPDEVILLE, INGRID PLASS, DANIEL RAPPOPORT, HUGO ROJAS, FABIO VALDÉS, LUIS ZANOLLI.

Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN: La cirugía robótica transoral (TORS) ha modernizado el abordaje en patologías de cabeza y cuello. Ésta permite un acceso menos mórbido con una recuperación más rápida. Además, mejora la visualización y el rango de movilidad articular para el cirujano. TORS reporta excelentes resultados oncológicos, estéticos y funcionales en pacientes con cáncer de orofaringe. La cirugía tiroidea por acceso remoto (vía transoral o retroauricular) tiene resultados postoperatorios comparables a la tiroidectomía estándar.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de pacientes operados con apoyo robótico en patología de cabeza y cuello, oncológica y no oncológica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, serie de casos. Se incluyeron todos los pacientes operados con apoyo robótico por el equipo de cabeza y cuello entre diciembre 2013 y abril 2023.

RESULTADO: Se incluyeron 27 pacientes. Edad promedio 59 años (15-87), 15 mujeres y 12 hombres. Dentro de los diagnósticos 52% corresponden a cáncer orofaríngeo, 15% adenomas pleomorfos y schwannoma abordados por vía transoral con apoyo robótico (TORS), 15% tumores benignos y 18% tumores tiroideos o ubicados en el compartimento cervical lateral. Todos fueron resecados utilizando apoyo robótico. El tiempo operatorio promedio fue de 111 minutos (25-270), con un promedio de días de hospitalización de 4 (1-21). Dentro del grupo de casos abordados por TORS el promedio del tamaño tumoral fue de 29.9 mm. 2 pacientes tuvieron complicaciones: sangrado y hematoma, requiriendo aseo quirúrgico, con buena evolución posterior.

CONCLUSIÓN: La cirugía robótica permite un abordaje seguro y eficaz en zonas de difícil acceso en cirugía de cabeza y cuello. TORS representa una alternativa para el tratamiento del cáncer y de tumores benignos. Con respecto a la cirugía tiroidea, el apoyo robótico se presenta como una nueva herramienta que probablemente permitirá el desarrollo de accesos remotos para estos pacientes.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL SINDROME DE COMPRESIÓN DEL NERVIO LARINGEO RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Honold, M. Yussem, G. Rossel, V. Gutiérrez

Clínica Dávila Vespucio

INTRODUCCIÓN: El síndrome de atrapamiento del nervio laríngeo recurrente (NLR) puede ocurrir como una complicación de la cirugía de tiroidectomía. Los pacientes pueden presentar síntomas como disfonía, disnea y tos crónica. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, estudios de imagen y pruebas funcionales. El tratamiento puede implicar cirugía para liberar la compresión del nervio y restaurar la función laríngea.

OBJETIVOS: A partir del caso clínico revisar el manejo quirúrgico de este síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso y revisión de la literatura clínica.

RESULTADO: Paciente femenina de 45 años, profesora, con antecedente de tiroidectomía en 2020 y radioyodo. Evoluciona con disfonía que se manejó como neuropraxia. Sin embargo, ésta progresó sin respuesta al tratamiento. Se objetivó con nasofibrolaringocopía parálisis de la cuerda vocal izquierda. En 2022 aparición de nódulo paratraqueal izquierdo metastásicos. Se decide reoperar con neuromonitorización, que al inicio del acto quirúrgico evidencia ausencia total de actividad del nervio izquierdo. Durante disección se identifica el nervio y se destecha. Se observa proceso cicatricial en la entrada del nervio a la laringe, que se reseca, luego de lo cual inicia actividad de la cuerda vocal izquierda, se corrobora con neuromonitorización. Paciente nota mejoría en su voz paulatinamente.

CONCLUSIÓN: La evidencia sugiere que la descompresión quirúrgica del nervio laríngeo recurrente puede ser una opción efectiva en casos de parálisis de las cuerdas vocales después de una tiroidectomía.

MELANOMA SPITZOIDE CON LINFONODO CENTINELA POSITIVO, A PARTIR DE UN CASO.

Xabier Andonegui M.1, Patricia Echeñique Z.2, Felipe Capdeville F.3, Ingrid Plass C3, Fabio Valdés G.3, Daniel Rappoport W.3, Hugo Rojas P.3, Arturo Madrid M.3 1: Residente Cirugía General - Clínica Alemana - Hospital Padre Hurtado. 2: Residente de Cirugía Cabeza y Cuello – Universidad Del Desarrollo 3: Cirujano Cabeza y Cuello – Clínica Alemana.

Clínica Alemana de Santiago - UDD

INTRODUCCIÓN: El melanoma spitzoide es una variedad poco frecuente de melanoma, con características histopatológicas similares a las del nevo de Spitz atípico, pero con conducta biológica similar a la del resto de los melanomas, con capacidad de metastizar de hasta un 54.8% y sobrevida de 90,7% a 5 años.

OBJETIVOS: Existe controversia sobre el manejo de melanoma spitzoide con linfonodo centinela positivo (LNC) y se discute la posibilidad de observar vs inmunoterapia.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico de melanoma spitzoide tratado por el equipo de cirugía de cabeza y cuello de Clínica Alemana de Santiago el año 2023.

RESULTADO: Se presenta el caso de una paciente femenina de 12 años, sin antecedentes mórbidos, fototipo 3, que debuta con lesión pigmentada en ubicación pretibial, con biopsia excisional que informa melanoma spitzoide, en fase de crecimiento vertical, de al menos 5.0 mm de espesor de Breslow, nivel IV de Clark, con 3 mitosis/mm2, ulcerado, sin linfocitos intramurales, PT4B, con márgenes positivos. Se realiza tratamiento con resección oncológica de cicatriz de tumor primario y reconstrucción con colgajo microquirúrgico ALT, más biopsia de LNC inguinal izquierdo, sin incidentes. Evoluciona favorablemente. La biopsia definitiva informa piel con proceso cicatrizal, sin signos de tumor residual, y linfonodo centinela con depósitos microscópicos de células melanocíticas spitzoides. Se discute caso en comité oncológico, donde se decide conducta expectante y se mantiene con seguimiento estricto dermatológico desde entonces y cada 6 meses, además de PET CT anual.

CONCLUSIÓN: El riesgo de LNC positivo en melanoma spitzoide es de hasta un 56%, sin embargo, se discute la relevancia clínica de estas metástasis en LNC, dado su mejor pronóstico comparado con otros melanomas, y no existe información certera sobre su posible correlación con metástasis a distancia y sobrevida global o libre de enfermedad. En el caso de esta paciente, se decide optar por la observación estricta, intentando evitar el riego de toxicidad a largo plazo que podría causar la inmunoterapia, sobre todo tratándose de una paciente pediátrica. Se recalca la importancia discutir cada caso en comité multidisciplinario dada la baja frecuencia de esta entidad y la falta de evidencia de mayor calidad al respecto.

EXPLORACIÓN CERVICAL BILATERAL EN HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CON MEDICIÓN DE PTH CONTEMPORANEA. TÉCNICA CLÁSICA CON ENFRENTAMIENTO MODERNO.

R. Miranda, L. Fuenzalida, C. Correa, C. Castro, V. Rodriguez, F. Rodriguez, P. Cabané

Clínica INDISA

INTRODUCCIÓN: El hiperparatiroidismo primario (HPP) es el tercer trastorno endocrino más frecuente, con una prevalencia que va entre el 0,1% al 2% de la población, siendo la cirugía el único tratamiento curativo. Los resultados postoperatorios dependen del estudio prequirúrgico y de la técnica quirúrgica a utilizar.

OBJETIVOS: Comparación de la exploración cervical bilateral (EB) y exploración focalizada (EF), ambas con PTH intraoperatoria (PTHio) en dos centros clínicos universitarios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. Se analizó la base de datos de pacientes operados por un cirujano de cabeza y cuello (PC) en dos periodos, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (2014 al 2020) y en Clínica INDISA (2017-2022).

RESULTADO: 189 pacientes fueron operados en ambos centros por HPP. La edad promedio fue de 58,4 ± 17,1 años. En 91 pacientes se realizó EB y en 41 pacientes EF. En el primer periodo se realizó principalmente EF por disponibilidad y rapidez de PTHio, el segundo periodo la mayoría fue EB con PTHio. Ambos grupos son comparables. Se logró la normalización de la PTHio en más del 50% de los pacientes, con PTHio normal a los 30 minutos en 71 pacientes en EB (78%) versus 29 pacientes en EF (70,3%), todos con normalización de calcemias en el post operatorio inmediato. Existió mayor tendencia a la hipocalcemia transitoria en la EB versus la EF ($p>0,05$). Al seguimiento, en ambos grupos se logra normalizar calcemia y PTH, sin diferencia significativa ($p>0,05$). La enfermedad multiglandular se logró diagnosticar en 3 de 11 casos que no tenían diagnóstico preoperatorio de sospecha en imágenes en el grupo de EB y ninguno en EF.

CONCLUSIÓN: La cirugía de EB y EF tienen resultados similares presenta resultados similares. La EB clásica reglada puede ser considerada como una alternativa de primera línea.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE NEOPLASIA FOLICULAR NO INVASIVA DE TIROIDES (NIFTP), REPORTE DE CASOS

Tomás González, Benjamín Fernández, Juan Oyarzún, Jorge Aliaga, Loreto Vásquez, Francisco Rodríguez, Daniel Rappoport, Patricio Gac, Vivian Parada

Hospital Clínico Universidad de Chile

NTRODUCCIÓN: Dentro del cáncer diferenciado de tiroides (CDT), el subtipo folicular (CFT) representa el 10-20% del total de casos. El CFT a su vez, se divide en 2 variantes; encapsulado (con o sin invasión capsular), e infiltrativo. Actualmente se conoce que la variante encapsulada no invasiva presenta un muy bajo riesgo de recurrencia y casi nulo de mortalidad, con un curso clínico indolente, motivo por el cual, en el año 2017 la OMS optó por reclasificar esta entidad como: “Neoplasia folicular de tiroides no invasiva con características nucleares de tipo papilar” (NIFTP).

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar una serie de pacientes con diagnóstico postoperatorio de NIFTP y analizar sus variables clínico-demográficas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes operados entre 2017 a 2022 de cirugía tiroidea en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con diagnóstico postoperatorio de NIFTP.

RESULTADO: De los 14 pacientes evaluados, 83% eran de género femenino, siendo la edad media de 54 años. En la ecografía preoperatoria destaca un diámetro promedio del nódulo de 26 mm, la consistencia sólida fue la más frecuente en un 89% de los casos. En el 74% de los casos se obtuvo PAAF compatible con Bethesda IV, V o VI. En la biopsia diferida, el promedio del diámetro mayor fue de 19 mm, ninguno con invasión vascular ni perineural. Dos casos con linfonodos del grupo central positivos, cabe destacar que en ambos casos había presencia de un cáncer papilar de tiroides sincrónico informado en la biopsia diferida.

CONCLUSIÓN: Con respecto a la evaluación citológica, Strickland y cols. proponen ciertas características que orientan al diagnóstico de NIFTP, tales como hipercelularidad, disposición en láminas y patrón folicular entre otras. No obstante, el diagnóstico de certeza de NIFTP no puede efectuarse por PAAF dado que se requiere evaluar la indemnidad de la cápsula en su totalidad. Los estudios preoperatorios como ecografía, PAAF, análisis moleculares, no permiten actualmente confirmar el diagnóstico prequirúrgico NIFTP. Si bien el grupo de pacientes analizados, comparten características preoperatorias como la consistencia sólida, tamaño mayor a 2 cms, ausencia de linfonodos y PAAF Bethesda IV o superior, no es posible establecer que dicha asociación tenga significancia estadística y clínica. De momento, se continúa requiriendo de la biopsia diferida para establecer el diagnóstico.

METÁSTASIS RENAL EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES, REPORTE DE CASO.

Jorge Aliaga, Daniela Chureo, Valentina Burgess, Tomás González, Benjamín Fernández, Vivian Parada, Daniel Rappoport, Francisco Rodríguez, Patricio Gac, Loreto Vásquez

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) es la neoplasia endocrina maligna más común con un excelente pronóstico. El 50% de los pacientes pueden presentar diseminación a linfonodos cervicales y aproximadamente 7-23% pueden presentar metástasis (MTT) a distancia. Siendo pulmones y huesos los lugares más frecuentes. Específicamente la MTT renal representa menos del 5% del total de diseminaciones a distancia.

OBJETIVOS: Evidenciar la importancia del seguimiento estricto en CDT por la posibilidad de MTT a distancia.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 66 años con antecedente de cáncer papilar bien diferenciado de tiroides operado el 2009 de tiroidectomía total más disección de grupos II, III, IV, V VI bilateral con posterior radioyodo (RAI) 150 mCi. Evoluciona con recidiva a nivel grupo III derecho y III-IV izquierdo en 2018 manejado con nueva disección cervical sin RAI post quirúrgico. En 2021, presenta otra recidiva linfonodal bilateral en grupos III y IV que requirió reexploración RI de 100 mCi post quirúrgico. En ecografía del 2022 se pesquisa adenopatía cervical izquierda del grupo IV con Punción Aspirativa de Aguja Fina (PAAF) positiva para células neoplásicas y lavado de tiroglobulina (TG) mayor a 500. Debido a tercera recidiva local se realiza metastasectomía cervical del grupo IV izquierdo con biopsia diferida informando tejido fibroadiposo infiltrado por carcinoma papilar tiroideo, se decide realizar otra dosis de RAI 150 mCi. En Tomografía de emisión de positrones (PET-CT) de seguimiento informa incontables nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis, pequeña adenopatía pretraqueal derecha hipermetabólica de aspecto secundario y nódulo sólido quístico renal izquierdo de 33 mm en tercio medio y superior (Figura 1). Frente a hallazgo y Tg de 70 se decide realizar nefrectomía parcial izquierda (mayo 2023). En biopsia diferida de tumor renal se informa tejido renal infiltrado por carcinoma papilar de tiroides. Factor de Transcripción Tiroidea (TTF1) positivo. En postoperatorio con caída de Tg hasta 32. Se mantiene en seguimiento con futuro control con PET-CT para evaluar progresión pulmonar y definir indicación de Inhibidores de Tirosina Kinasa

RESULTADO: La metástasis renal es infrecuente, llegando a ser un reto para llegar al diagnóstico. Existen en la literatura aproximadamente 30 casos registrados similares. En una serie de autopsias de cáncer diferenciado de tiroides, se encontró solamente 6 % de metástasis renal. El periodo de aparición de metástasis renal desde el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides es largo, que abarca una aparición temprana como muy tardía (3-37 años). El tratamiento es discutido, aunque algunos autores mencionan una mejora en el pronóstico realizando una cirugía para la resección de la metástasis como también el uso de inhibidores de tirosin-quinasas, los cuales actúan como moduladores del crecimiento tumoral, como lo son el Sorafenib y el Lenvatinib con resultados favorables sobre la sobrevida global.

CONCLUSIÓN: El cáncer papilar de tiroides tratado tiene un excelente pronóstico, sin embargo, es importante mantener un seguimiento activo a largo plazo por la posibilidad recidiva local y a distancia.

PERSPECTIVA QUIRÚRGICA DEL CUELLO EN NEM 1, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M. Lemus, P. Gac

Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: El síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (NEM 1) es una enfermedad hereditaria rara. El hiperparatiroidismo suele ser su primera manifestación clínica. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la resección de las glándulas paratiroides hiperplásicas.

OBJETIVOS: Se presenta la experiencia de un centro utilizando la titulación intraoperatoria de parathormona (PTH) en la cirugía primaria, en tres casos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso 1: Paciente sexo femenino de 24 años, sin antecedentes. Se diagnostica hiperparatiroidismo primario. Estudio genético (+) para NEM 1. Imágenes compatibles con al menos un adenoma paratiroideo hiperfuncionante. Se realiza exploración cervical bilateral con titulación de PTH intraoperatoria. Todas las glándulas se observan aumentadas de tamaño. Se realiza paratiroidectomía subtotal de 3,5 glándulas, PTH a los 30 minutos 9 ng/dl. Se decide no realizar autotrasplante. Actualmente en buenas condiciones, a dos meses suplementando calcio por vía oral. Caso 2: Paciente sexo masculino de 48 años, portador NEM 1 conocida. En seguimiento se pesquisa hiperparatiroidismo. Imágenes compatibles con adenomas paratiroideos. Se realiza exploración cervical con paratiroidectomía subtotal titulada por PTH intraoperatoria. Dado PTH a los 15 minutos 77 ng/dl (de 240 ng/dl) se decide resecar otro fragmento de tejido. PTH a los 30 minutos 58 ng/dl y finaliza la cirugía. A 28 meses de seguimiento no tiene evidencia de recidiva y no requiere suplementación de calcio oral. Caso 3: Paciente sexo femenino de 19 años, antecedente familiar directo de NEM 1. Se pesquisa hiperparatiroidismo primario. Imágenes negativas. Se realiza exploración cervical bilateral, observándose todas las glándulas aumentadas de tamaño. Se realiza paratiroidectomía subtotal menor a 3,5, titulada por PTH intraoperatoria. Al seguimiento a 18 meses no tiene evidencia de recidiva ni requiere suplementación de calcio oral.

RESULTADO: El tratamiento del hiperparatiroidismo en NEM 1 es quirúrgico. Los objetivos de la cirugía son lograr la eucalcemia por el mayor tiempo posible, evitar el hipoparatiroidismo y facilitar las potenciales reexploraciones. Sobre todo, en pacientes jóvenes, esto debe balancearse con el riesgo de recurrencia (cercano a 50% a 15 años), reoperación y complicaciones quirúrgicas (12 a 33% en la reoperación). De las opciones quirúrgicas, la que tiene mejores resultados es la paratiroidectomía subtotal de 3,5 glándulas. La medición de PTH intraoperatoria está establecida en la cirugía por recidiva pero no está claro su rol en la cirugía primaria.

CONCLUSIÓN: Este trabajo aporta evidencia para su uso en cirugía primaria.

SÍNDROME HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO TUMOR PARDO MANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO.

William Acero, Sebastian Bravo.

Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastian.

INTRODUCCIÓN: El síndrome hiperparatiroidismo primario tumor pardo mandibular (HPT-JT, por sus siglas en inglés) es un raro síndrome de neoplasia endocrina hereditaria autosómica dominante, que predispone a desarrollar una tríada de fibromas osificantes múltiples del maxilar y la mandíbula, adenomas y carcinomas paratiroideos, así como tumores renales y uterinos. Los tumores mandibulares se encuentran en un tercio de los casos y a veces la única característica del HPT-JT, es el hiperparatiroidismo.

OBJETIVOS: presentar el caso de un paciente con HPT-JT.

MATERIAL Y MÉTODO: revisión de ficha electrónica y la literatura.

RESULTADO: paciente femenina de 37 años, sin antecedentes, presenta cuadro de 1 año de dolores óseos intensos, asociado a baja de peso de 20kg, disfagia lógica, disfonía esporádica. Ingresa a servicio de urgencias del Hospital de Puerto Montt por omalgia derecha que no cede a analgesia. En TAC toraco-abdomino-pélvico se evidencia extenso compromiso de la estructura ósea con lesiones osteolíticas, sugerentes de lesiones secundarias, masa cervical de aproximadamente 7cm que desplaza el esófago. Ecografía cervical describe masa solida de 5.3x2.9cm en región caudal de glándula tiroides. Endoscopia sin infiltración tumoral esofágica. Asimismo, hipercalcemia de 17mg/dL y paratohormona 2774pg/mL. Al examen físico se encuentra enflaquecida, con aumento de volumen mandibular derecho. Comité de tiroides define tratamiento quirúrgico y biopsia ósea. Se realiza resección tumoral en bloque, más rafia esofágica con parche de músculos pretiroideos y biopsia de esternón. Evoluciona con fistula esofágica cervical por dehiscencia de la rafia, asociado a absceso cervical y empiema pleural bilateral, requiriendo drenaje de absceso, rafia esofágica con colgajo muscular, gastrostomía quirúrgica y aseo de cavidad pleural. Además, cursa con hipocalcemia refractaria, recibiendo infusión continua de calcio endovenoso. Dada la mejoría clínica y paraclínica, egresa a su domicilio. Biopsia quirúrgica e inmunohistoquímica confirman carcinoma paratiroideo derecho de 6cms, tejido óseo sin malignidad. Control ambulatorio, asintomática, con resonancia de cuello sin evidencia de remanente tumoral macroscópico ni signos de diseminación cervical, tumor pardo mandibular (3.1x2.3cm) sin modificaciones. PET-CT libre de enfermedad neoplásica. Pendiente consejería genética.

CONCLUSIÓN: el HPT-JT es un síndrome poco frecuente, que requiere un alto índice de sospecha para detectarlo. Este caso es interesante ya que presenta 2 condiciones clínicas relevantes y poco usuales del síndrome, las cuales son el carcinoma paratiroideo (<1% de los tumores paratiroideos) y el tumor pardo mandibular (presente en el 30% de los casos).

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER ORAL TRATADOS EN INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER

M.Francisca Correa V, Javiera Araya S, Cristobal Araya S, Felipe Bustos M, Katherin Lozano R, Ropdrigo Montes F, Luis Pizarro G, Fabio Valdés G, Marcelo Veloso O, Ingrid Plass C.

Instituto nacional del cáncer. Escuela de Postgrado Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cavidad oral, si bien es infrecuente, en etapas avanzadas muestra una baja sobrevida y un alto índice de recidiva, haciendo necesario aumentar el índice de sospecha, para lograr un diagnóstico y derivación precoz.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es caracterizar a los pacientes tratados por cáncer oral en los últimos años en instituto nacional del cáncer, centro de derivación terciaria de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos retrospectiva de los pacientes tratados en Instituto Nacional del Cáncer entre los años 2015 y 2020. Análisis descriptivo de variables demográficas y oncológicas según su naturaleza, mediante indicadores de tendencia central y porcentajes.

RESULTADO: Se analizaron 130 pacientes, con una mediana de edad de 62 años (rango 29-91años), 55% de ellos, hombres. Sobre los factores de riesgo conocidos para esta enfermedad: 56% eran tabáquicos y 44% registran consumo de tabaco y alcohol de forma regular. Del total de pacientes tratados en nuestro centro, la mayoría se encuentra en etapas avanzadas, con una mediana de tamaño tumoral de 4cm y, alcanzando un 43% los pacientes en estado IVa y sólo 35% aquellos en etapas iniciales (I y II). Un 95% fueron cánceres escamosos y el subsitio afectado con mayor frecuencia fue la lengua móvil (46%), seguido de paladar duro(12%), piso de boca(12%) y reborde alveolar(10%), entre otros. En más del 75% se indicó tratamiento con intención curativa, realizándose cirugía primaria en el 91% de los casos estudiados. Un 30% de los pacientes fue candidato a cierre primario o por segunda intención y un 70% requirió algún tipo de colgajo, en su mayoría colgajos libres, en 61% del total. La mayoría de los pacientes recibió adyuvancia: 48% radioterapia y 27% radioquimioterapia. La SV global registrada fue de 50,6% a 24meses. Sin embargo, se registró una tasa de recidiva del 23%, con una mediana de 18meses a su progresión. El 100% de los pacientes recidivados correspondían a Ca. Escamoso, mal o moderadamente diferenciados en el 51,85%, y un 71,4% fue previamente diagnosticado en estadio IV.

CONCLUSIÓN: Si bien el cáncer oral es una enfermedad poco frecuente, los pacientes diagnosticados a etapas más avanzadas muestran una pobre sobrevida y con un alto índice de recidiva. Si bien es necesario trabajar prevención, también es importante identificar los factores que pueden conducir a la falla del tratamiento multimodal entregado con intención curativa a fin de ajustar su indicación.

CIRUGÍA GENERAL

QUISTE GIGANTE DE PARED ABDOMINAL POST ABDOMINOPLASTÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Daniela Colina, Jorge Arche, Sergio Aranda

Servicio de Cirugía Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Un quiste gigante es una masa anormalmente grande llena de líquido cuya pared no está tapizada por epitelio, sino por tejido conjuntivo fibroso denso. Se describe mayor a 10cm, y puede encontrase en cualquier parte del cuerpo, son más comunes en los ovarios, riñones, hígado, páncreas y tejido celular subcutáneo. Pueden contener líquido seroso, linfa, líquido hemático y grasa, su predominio es seroso. Suelen ser asintomáticos y se diagnostican con la exploración física, hallazgo incidental en imágenes o en estudio de masas. Aunque los quistes gigantes son generalmente benignos, pueden causar complicaciones si son lo suficientemente grandes y se localizan en áreas críticas del cuerpo.

OBJETIVOS: Reportar los hallazgos clínicos, quirúrgicos, imagenológicos e histopatológicos de un paciente con Quiste Gigante.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recopilaron variables clínico, demográficas, imagenológicas, quirúrgicas y post operatorias, analizándolas de forma descriptiva.

RESULTADO: Paciente masculino de 52 años con postoperatorio tardío de Abdominoplastia consulta por presentar a nivel de herida operatoria lesión redondeada gigante de consistencia dura, sin cambios con la maniobra de Valsalva, sin otro síntoma asociado. Al examen físico se constata masa redondeada, delimitada de 35 cm de diámetro aproximadamente, no dolorosa. Se solicita Tomografía de abdomen y pelvis para caracterizar la lesión, que constata colección quística de 40x20 cm en hipogastrio a nivel de tejido celular subcutáneo. Se programó cirugía realizándose abordaje quirúrgico en cicatriz previa hasta identificar el quiste, se diseccionó toda la pared y se realizó exéresis total del quiste gigante pesando 3010grs, se instala malla de polipropileno y se dejan dos drenajes tipo Jackson Pratt en el lecho de la quistectomía, se envía pieza completa a anatomía patológica. Histopatología compatible con pared quística fibrohianilizada con inflamación crónica, abundantes histiocitos y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, compatible con seroma. Se da de alta a las 48 horas y los drenajes se retiran al quinto día. Se realiza seguimiento de paciente con control en seis meses siendo dado de alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Los quistes gigantes son poco comunes y se originan en cualquier parte del cuerpo. El diagnostico se realiza con el examen físico, sin embargo, el estudio de imagen tomográfico identifica bien la lesión. La cirugía con la resección completa del quiste se considera el tratamiento de elección. El caso presentado corresponde a un quiste gigante ubicado en el tejido celular subcutáneo, siendo el primer caso mayor a 40 centímetros publicado en la literatura en chile.

APENDICITIS AGUDA INDUCIDA POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE UN CASO POR INGESTA DE AGUJA DE COSER

Christophe Riquoir, Pablo Kirmayr, Mauricio Gabrielli

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La ingesta de cuerpos extraños ocurre en 100.000 pacientes al año en Estados Unidos. El 98% ocurre de manera accidental y el 80% en población pediátrica. Otros grupos de riesgo son reclusos y trastornos psiquiátricos. La gran mayoría son expulsados sin complicaciones y solo el 1% requiere cirugía. Objetos alargados y afilados tienen mayor riesgo de perforación y los romos anchos de obstrucción. La apendicitis aguda por esta causa es muy rara, representando solo el 0,0005% de los casos.

OBJETIVOS: Presentar un caso de perforación apendicular por cuerpo extraño y caracterizar su presentación y manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Tal como Claudius Amyand describió en 1736 la primera apendicectomía por una fístula crónica de hernia inguinal por una aguja de coser que había perforado el apéndice, presentamos el caso de un varón de 23 años con antecedente de trastorno del espectro autista que ingiere accidentalmente una aguja de coser. Inicialmente una radiografía identifica el cuerpo extraño en la cámara gástrica, pero por no disponibilidad de endoscopía se traslada a otro centro. Una tomografía muestra el objetivo ya se ubicado en íleon, por lo que se decide control radiográfico seriado bajo observación. Tras cuatro días, presenta dolor abdominal en fosa iliaca derecha con parámetros inflamatorios normales. Se realiza una tomografía que muestra signos de perforación apendicular en relación con cuerpo extraño asociado a neumoperitoneo y ascitis, por lo que se realiza una apendicectomía abierta. La biopsia de la pieza describe el apéndice con leves cambios inflamatorios.

RESULTADO: En los pacientes con cuerpo extraño apendicular como hallazgo, menos del 1% desarrollará una apendicitis. Al pasar la válvula ileocecal, el cuerpo extraño tiende a quedar frenado en el ciego, y si se abre paso al lumen apendicular, el peristaltismo tiende insuficiente para rechazar el objeto. Pueden permanecer años asintomáticamente y solo algunos generan complicaciones por obstrucción luminal, perforación o la generación de un fecalito alrededor del objeto. Si este aún está en el estómago o antes, se puede intentar extracción por endoscopía. En caso contrario, está indicado el seguimiento radiográfico dado que la mayoría pasará sin complicaciones. En caso de sospecharlas, se deben confirmar con tomografía. En este paciente, si bien el apéndice aún no presentaba cambios inflamatorios mayores, la perforación libre a la cavidad abdominal obligó a resolver quirúrgicamente.

CONCLUSIÓN: La perforación apendicular por ingesta de cuerpo extraño es un evento altamente infrecuente. El seguimiento clínico y radiográfico es fundamental en los casos fuera del alcance endoscópico.

HERNIA OBTURATRIZ ESTRANGULADA

Catalina Piñones, Felipe Sandoval, Fernando Rey, Miguel Romero

Hospital Provincial de Ovalle

INTRODUCCIÓN: La hernia obturatriz (HO) es una entidad poco frecuente. Corresponde a menos del 1% de las hernias intraabdominales. Descrita por primera vez en 1724 por Arnaud de Ronsil, la primera cirugía exitosa fue realizada en 1851 por Obre.

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de un paciente femenino de 68 años que consulta en el servicio de urgencia del Hospital Provincial de Ovalle por un cuadro compatible obstrucción intestinal alta por una hernia obturatriz atascada

MATERIAL Y MÉTODO: Anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio e imágenes con lo que se logra el diagnostico.

RESULTADO: Descripción de los hallazgos quirúrgicos, técnica quirúrgica, los resultados y evolución de la paciente.

CONCLUSIÓN: La hernia obturatriz es una patología poco frecuente con presentación inespecífica, por lo que requiere un alto índice de sospecha para su enfrentamiento. El conocimiento de esta entidad permitiría plantear un diagnóstico oportuno y así resolver de manera precoz previniendo el desarrollo de complicaciones en estos pacientes.

MICROPERFORACIÓN INTESTINAL POR HUESO DE POLLO EN HERNIA INCISIONAL EN SITIO DE TRÓCAR ATASCADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Alejandro Iglesias M, Daniela Arauco R, Luymar Petit G, Antonio Hernández Ll, Douglas Caraballo G, Sergio Carrasco A

Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La perforación intestinal por cuerpo extraño en hernia atascada es una entidad rara, más aún si el cuerpo extraño es un hueso de pollo, con solo 8 casos descritos en la literatura.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con microperforación intestinal por hueso de pollo en hernia incisional en sitio de trócar atascada y revisar los casos reportados en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica, imágenes y protocolo operatorio del caso.

RESULTADO: Paciente masculino de 35 años, con antecedente de cirugía manga gástrica laparoscópica 10 años previos. Consulta por dolor abdominal periumbilical, distensión abdominal, eritema y edema cutáneo en relación con hernia incisional supraumbilical. Ingresa estable, sin signos de peritonitis. Exámenes con parámetros inflamatorios elevados. TC de abdomen muestra hernia supraumbilical complicada que contiene intestino delgado con un cuerpo extraño óseo intraluminal, con signos de perforación contenida. Se realizó laparotomía de urgencia encontrando un anillo herniario de 2 cm conteniendo asa de intestino delgado atascada y edematizada con liquido bilioso extraluminal sin signos de macro perforación. Se resecó el segmento intestinal afectado y se realizó entero-enteroanastomosis y hernioplastia del defecto con malla de prolipropileno. Se evidenció hueso de pollo de 5 cms en el lumen del asa intestinal resecada con micro perforación. El paciente evoluciona favorablemente y se egresa al quinto día.

CONCLUSIÓN: La perforación intestinal por hueso de pollo en hernia atascada es una entidad muy rara. En nuestra revisión encontramos 8 casos descritos de perforación intestinal por hueso de pollo en hernia atascada, con variedad de localizaciones de hernias e intestino afectado, siendo sólo un caso chileno. No hay reportes en hernia incisional en sitio de trócar. Nuestro caso es el primero en presentarse en una hernia incisional en sitio de trócar y aporta un nuevo antecedente a la escasa literatura sobre esta presentación clínica.

TASAS DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN CHILE: ANÁLISIS DE DISPARIDADES GEOGRÁFICAS, DIFERENCIAS ENTRE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS, Y NÚMERO DE PROFESIONALES DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS

Pablo Pérez, Delia Muñoz, José Ortega, Manfred Zink, Hernán Cabello, Miguel Antúnez, Raimundo Santolaya

Facultad de Medicina, Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: Chile cuenta con una de las tasas de donación de órganos más bajas del mundo y de América Latina. Existen además conocidas diferencias en el número de donantes entre el sector público y privado, y entre regiones y Santiago. Se hace necesario contar con datos locales que guíen la generación de políticas públicas.

OBJETIVOS: Compartir datos locales sobre tasas de donación de órganos describiendo diferencias geográficas y según tipo de sistema de salud.

MATERIAL Y MÉTODO: Utilizando Censo Nacional de Chile de 2017 y estadísticas de donantes de órganos divididas por región disponibles públicamente desde 2010 hasta 2021, calculamos la tasa de donación de órganos por millón de habitantes (dpm) en cada región geográfica y dividida entre sector público y privado. Se calcula además el número de enfermeros y médicos de contratados para cumplir funciones de coordinación de trasplantes de órganos a tiempo completo por millón de habitantes.

RESULTADO: La tasa promedio de donación de órganos durante diez años en Santiago fue de 8,24 dpm en instituciones públicas y 10,37 dpm en instituciones privadas. En regiones, las instituciones públicas tuvieron una tasa de 6 dpm, y las instituciones privadas una tasa de 0,91 dpm. Utilizando regresión lineal, la tasa de donación de órganos disminuyó significativamente en un promedio de 0,43 dpm por cada región geográfica al norte o al sur de Santiago. Utilizando una métrica de "enfermeros de trasplantes por millón de habitantes", observamos un aumento significativo de 0,46 dpm por cada profesional de enfermería de trasplantes a tiempo completo.

CONCLUSIÓN: Se observan diferencias significativas en las tasas de donación de órganos en Chile, particularmente en cuanto a diferencias geográficas y sistema de atención público o privado. Se observa además un impacto significativo en cuanto al número de profesionales de trasplantes en el área de enfermería. En regiones, las instituciones privadas tienen una tasa de donantes de órganos más baja que en Santiago. Si bien Chile cuenta con una geografía desafiante, se deben diseñar políticas integrales para abordar disparidades.

SINDROME DE HAMMAN, UNA ENTIDAD INFRECUENTE. REVISIÓN DE LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sebastián Bernard R (1), Pablo Araneda L (1), Matías Retamales R, (1) Jose Ignacio Morales A (1), Javiera Silva T (1), Guillermo Reyes (2)

(1) Interno de Medicina, Hospital Del Salvador, Universidad de Chile. (2) Cirujano Coloproctólogo, Hospital Del Salvador, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Hamman descrito por Louis Hamman en 1938 como “enfisema mediastínico espontáneo” es la presencia de aire libre en mediastino de forma espontánea, no asociado a trauma, iatrogenia ni enfermedad pulmonar subyacente previa. Es una enfermedad poco frecuente y suele ocurrir en pacientes jóvenes sin comorbilidad. Sus principales manifestaciones clínicas son disnea, dolor torácico y enfisema subcutáneo.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Del Salvador y se realiza una revisión de la literatura al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 21 años sin antecedentes mórbidos, hábito tabáquico ni consumo de alcohol. Ingresa a urgencias por un cuadro de 3 días de evolución de odinofagia, congestión nasal que se agrega tos con expectoración purulenta, fiebre hasta 38° y disnea progresiva hasta pequeños esfuerzos. Al examen físico paciente en buenas condiciones generales, hemo dinámicamente estable, afebril, sin apremio respiratorio ni uso de musculatura accesoria, destaca en región cervical enfisema subcutáneo cervical bilateral. Se ausculta murmullo pulmonar disminuido en ambas bases y crépitos en región anterior del tórax. Se solicitan exámenes destacando parámetros inflamatorios elevados y una Rx de Tórax concordante con neumomediastino, por lo que se hospitaliza en sala básica en contexto de neumomediastino de etiología desconocida.

RESULTADO: Paciente ingresa a sala básica en buenas condiciones generales, estable hemodinamicamente, sin apremio respiratorio. TC Tórax evidencia enfisema subcutáneo sin otros hallazgos patológicos. Tras buena evolución clínica, sin otros antecedentes clínicos ni etiologías, se considera neumomediastino espontáneo como diagnóstico principal.

CONCLUSIÓN: El Síndrome de Hamman es una entidad clínica de baja frecuencia que se define como aire en el mediastino, sin una causa lesional. Es difícil atribuir causalidad a los factores de riesgo, y además diferenciar síntomas espontáneos con las patologías previas. Por esta razón es importante buscar y excluir causas etiológicas para definir un neumomediastino idiopático. El síntoma principal del Síndrome de Hamman es el dolor torácico, seguido de disnea, vómitos, fiebre y disfagia, sin embargo, pueden estar ausentes. En el examen físico el enfisema subcutáneo se detectará en el 70% de los casos, pudiendo coexistir con rinolalia, ronquera, aumento de volumen del cuello. Esto asociado a alteración de signos vitales con taquicardia, taquipnea. Para su diagnóstico una Radiografía de Tórax puede confirmar la sospecha. En conclusión, el Síndrome de Hamman es una entidad infrecuente, donde hay que tener alto índice de sospecha ante un enfisema subcutáneo y dolor torácico, y es importante descartar causas secundarias de mayor gravedad.

CIRUGÍA DE URGENCIA EN EL PACIENTE MAYOR DE 95 AÑOS: LO OBSERVADO EN LA ÚLTIMA DÉCADA.

Dominique Schatte V., Francisca Oyarce L. y Javier Salgado V. Co-autores: Felipe Muñoz B., Jenils Coacuto C., Valentina Becerra H.

Hospital Gustavo Fricke

INTRODUCCIÓN: La población está envejeciendo y sus consultas en servicios de urgencia van en aumento, por lo que se genera la interrogativa ¿Estamos en el campo de lo razonable o en el límite del encarnizamiento terapéutico?

OBJETIVOS: Estudiar pacientes mayores de 95 años, potencialmente quirúrgicos, que consultaron en el Hospital Dr. Gustavo Fricke.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó el registro electrónico de la unidad de emergencia, protocolos operatorios y fichas desde el 01-01- 2011 hasta 31-12-2022 con un total de 505 pacientes mayores de 95 años.

RESULTADO: Del total estudiado, 41 pacientes consultaron por patología quirúrgica (30 mujeres y 11 hombres), 2/3 del total lo hicieron en segunda mitad del periodo estudiado, con una edad promedio 98,6 años (95-103). Las comorbilidades observadas fueron: Hipertensión (30), postración -gravemente frágil- (11), Diabetes Mellitus (10), Fibrilación auricular (6), accidente cerebrovascular (5), demencia (4), hipotiroidismo (3), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3) y tabaquismo (2). Se clasificaron los diagnósticos de ingreso en patología vía biliar (8 colangitis, 3 colecistitis agudas y 1 coledocolitiasis), isquemia crítica de extremidades inferiores (9), hernia complicada (6), obstrucción intestinal (5), cáncer digestivo (3), complicaciones de marcapasos (2) y otras (5). Se realizó cirugía abierta en 16 pacientes, procedimientos invasivos en 11 (6 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)) y tratamiento médico en 14 (5 obstrucciones intestinales, 2 rechazos de cirugía, 1 fuera de alcance quirúrgico y otros). Las complicaciones observadas fueron: Pancreatitis post CPRE (2), insuficiencia respiratoria aguda (1), insuficiencia renal aguda (1), infección del tracto urinario (2) y shock séptico (1). No hubo mortalidad intraoperatoria/procedimiento. La mortalidad a los 30 días post diagnóstico fue de un 17% (7 pacientes): 6 pacientes sometidos a tratamientos médicos (3 obstrucciones intestinales, 2 isquemia y 1 úlcera esofágica) y 1 paciente sometido a tratamiento quirúrgico, a los 6 meses fue de un 27% y a los 2 años 51%.

CONCLUSIÓN: Aumentó la concentración de pacientes en la última parte del periodo estudiado posiblemente asociado a la baja incidencia de diabetes, efecto de la selección natural, avances tecnológicos y aportes de equipos de subespecialidades. Para comparar resultados se encontró una publicación australiana que estudió pacientes mayores de 95 años, en donde se objetiva mortalidad cercana al 20%. Estos resultados justifican adoptar una conducta cada vez más activa en la resolución temprana de la patología quirúrgica de los nonagenarios extremos.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA: ¿SINDROME DE LEMMEL O COLEDO-COLITIASIS?

Marco Andrade Valdivieso, Gely Muñoz Banura, Eduardo Castro Alvarado, David Cambiazo Fuentes

Hospital el Pino, Universidad Andres Bello

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Lemmel o ictericia obstructiva intermitente es una afección infrecuente que fue descrita por primera vez en 1934. Lemmel observó que la presencia de divertículos duodenales próximos a la papila de Vater podría favorecer al desarrollo de enfermedades pancreatobiliares, y se define como ictericia obstructiva por divertículo duodenal periampular que comprime el conducto biliar común causando dilatación retrógrada de la vía biliar intrahepática y extrahepática (5) La mayor parte de su presentación se encuentra en pacientes asintomáticos, y pueden identificarse incidentalmente hasta en el 22% de la población, de los cuales <10% presentarán síntomas (2). Clínicamente, el Síndrome de Lemmel consiste en dolor en el cuadrante superior derecho y niveles elevados de bilirrubina, transaminasas y/o enzimas pancreáticas, como consecuencia de la afectación de la ampolla de Vater (2). Hoy en día, se recomienda el uso de tratamiento endoscópico mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el diagnóstico y manejo terapéutico (2).

OBJETIVOS: El síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente como causa de ictericia obstructiva secundaria a la presencia de un divertículo duodenal; sin embargo, se debe tener presente al momento de enfrentar un cuadro obstructivo de vía biliar, como un factor causal posible.

MATERIAL Y MÉTODO: REPORTE DE CASO: Paciente masculino de 65 años; con antecedente de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus No Insulino Requirente, además refiere consumo pesado de OH suspendido hace 8 años. Es derivado de Consultorio a servicio de Urgencia, por presentar ictericia, coluria de 2 semanas de evolución. Paciente con malestar general, afebril, eucárdico, normotenso, sin dolor abdominal. Al examen Físico se evidencia escleras con tinte ictérico, abdomen blando depresible, leve dolor difuso a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita Exámenes de laboratorio: evidenciándose alteración de perfil hepático que sugiere patrón colestásico. Realizamos TAC de Abdomen y Pelvis Contrastada: donde impresiona Colelitiasis, Divertículo duodenal. Diverticulosis no complicada. Se calcula Factor R para Daño hepático, obteniendo un resultado compatible con Daño hepatocelular, pero por resultado de Tomografía se decide complementar estudio con Ecografía abdominal: Signos de Daño hepático crónico. Obs Colecistitis aguda litiásica. Se decide complementar con Colangioresonancia por riesgo intermedio para Coledocolitiasis, misma que se informa con cambios morfológicos de daño hepático crónico con ascitis y esplenomegalia como marcadores de hipertensión portal, Imagen compatible con divertículo duodenal adyacente a la vía biliar extrahepática en un contexto clínico este hallazgo pudiese formar parte de un síndrome de Lemmel. Paciente evoluciona con descenso de parámetros de perfil hepático; parámetros inflamatorios dentro de rango, se descarta Colangitis, y se planifica para realizar ERCP. Se realiza ERCP: Gran divertículo Duodenal den D2, leve dilatación de vía biliar intra y extrahepática hasta 7-8mm, imágenes en colédoco distal sugerentes de Barro Biliar, Leve disminución del calibre coledociano a distal (hasta 5mm) a expensas de compresión extrínseca extraluminal. Se realiza Esfinterotomía amplia y con balón se remueve barro biliar. Se planifica Colecistectomía Laparoscópica, misma que se realiza sin incidentes y dentro de sus hallazgos intraoperatorios se evidenció una vesícula biliar de paredes edematosas, con dos cálculos de 5mm en su interior, vía biliar dilatada de 1cm, conducto cístico fino. Paciente en su post operatorio evoluciona favorablemente, perfil hepático y perfil hematológico dentro de rangos normales. Paciente es dado de alta

RESULTADO: DISCUSION: Los divertículos duodenales fueron descritos por primera vez en 1710 por el patólogo francés Chomel, pero no fue hasta 1934 cuando Lemmel los describió como causa de ictericia obstructiva intermitente. El duodeno es el primer lugar del intestino delgado en cuanto a incidencia de divertículos, y el segundo lugar de todo el tracto digestivo después del colon. El 6% de los divertículos duodenales aparecen en la primera porción, el 53-75% en la segunda porción, el 12% en la tercera porción y el 24% en la cuarta porción Las manifestaciones clínicas de este síndrome incluyen ictericia a expensas de la bilirrubina directa, dolor abdominal, colangitis o mimetizando tumores periampulares, siendo la colangitis la manifestación más grave y se deben priorizar su diagnóstico y tratamiento según las guías de Tokyo de 2018. La fisiopatología de este síndrome se puede explicar con tres procesos fundamentales, los cuales pueden ser sucesivos o simultáneos: – La irritación mecánica directa del divertículo periampular puede causar inflamación crónica del ámpula, lo que conduce a fibrosis. – Los divertículos periampulares causan disfunción del esfínter de Oddi, lo que produce estasis y reflujo biliar desde el duodeno hacia el colédoco. – La parte distal del conducto biliar común o el ámpula pueden ser comprimidos por el divertículo periampular. Existen dos clasificaciones endoscópicas para los divertículos duodenales: la clasificación de Noda (Tabla 1) y la de Boix (Tabla 2). Ambas sirven de apoyo para planear el procedimiento de CPRE y predecir falla y dificultad de la canulación de la papila, así como complicaciones como perforación, hemorragia y pancreatitis. Tabla 1. Clasificación de Noda (divertículo duodenal) (129 pacientes) Divertículo Relación papila-divertículo Frecuencia Tipo A Papila mayor s

encuentra localizada lejos del divertículo duodenal 19% Tipo B Papila se localiza adyacente al divertículo 26% Tipo C Papila se localiza en el margen del divertículo 47% Tipo D Papila localizada dentro del divertículo 8% Tabla 2. Clasificación de Boix (divertículo duodenal) (400 pacientes sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) Divertículo Relación papila/divertículo Frecuencia Tipo I Papila localizada dentro del divertículo Ia: arriba Ib: izquierda Ic: abajo Id: derecha 16.3% Tipo II Papila localizada en el margen del divertículo IIa: margen apical izquierdo IIb: margen apical derecho IIc: centro del margen izquierdo o derecho IId: entre dos divertículos 10.2% Tipo III Papila localizada cerca del divertículo 6.5% Las imágenes son esenciales para el diagnóstico de LS. La tomografía computarizada es el estudio más realizado en pacientes en un escenario de urgencias, con síntomas agudos. Están indicadas la Colangiografía por Resonancia Magnética o la CPRE, esta última tiene la ventaja de representar una efectiva modalidad mixta (diagnóstica/terapéutica), que permite realizar una esf

CONCLUSIÓN: RESUMEN: El síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente como causa de ictericia obstructiva secundaria a la presencia de un divertículo duodenal; sin embargo, se debe tener presente al momento de enfrentar un cuadro obstructivo de vía biliar, como un factor causal posible. Reportamos un caso, paciente masculino de 65 años, con patrón colestásico, divertículo duodenal y colelitiasis, al cual se le realizó CPRE, encontrándose compresión extrínseca por gran divertículo duodenal, dilatación de vía biliar y barro biliar en colédoco. Se procede con Esfinterotomía amplia y remoción con balón de barro biliar; además en segundo procedimiento de resolución de Colelitiasis con Colecistectomía Laparoscópica.

VÓLVULO DE LA VESÍCULA BILIAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE CASOS

C. Arrué.1, N Pinto1, Ma Higueras2, E Decinti3

1Residente de Cirugía, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile 2Cirujana de Equipo Cirugía Digestivo Alto, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile 3Cirujano de Equipo Cirugía Digestivo Bajo, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El vólvulo o torsión de la vesícula biliar corresponde a una entidad infrecuente, de difícil diagnostico preoperatorio por clínica atípica que suele asociarse a otras enfermedades. Es más frecuente en pacientes entre los 70 y 80 años. Cuando debuta como abdomen agudo, tiene indicación de colecistectomía urgente, cobrando importancia el diagnóstico oportuno para mejorar el pronóstico de los pacientes, motivo por el cual se realiza esta revisión.

OBJETIVOS: Revisión de casos clínicos para optimizar el diagnóstico y manejo en servicio de urgencias ante la sospecha de vólvulo de vesícula biliar como diagnostico diferencial de abdomen agudo en población mayor a 70 años

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de 2 casos de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo por vólvulo de vesícula biliar que ingresan a través de servicio de urgencia y operada en servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios, durante el año 2023.

RESULTADO: Femenina de 91 años quien consulta por dolor abdominal, se realiza Tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste cuyo informe sospecha diagnóstico de vólvulo vesicular, dada de alta para evaluar alcance quirúrgico en forma ambulatoria. Reingresa por abdomen agudo. Se realizó exploración quirúrgica laparoscópica encontrando como hallazgos doble torsión vesicular; se realizó colecistectomía laparoscópica, cursando con una evolución satisfactoria Femenina de 82 años con antecedente de cáncer de colon operado, usuaria de colostomía, derivada por sospecha de pielonefritis aguda, se realiza Tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste cuyo informe sospecha diagnóstico de vólvulo vesicular. Se realizó laparotomía exploradora encontrando como hallazgos doble torsión vesicular; se realizó colecistectomía de urgencia, cursando con una evolución satisfactoria.

CONCLUSIÓN: Se trata de una entidad infrecuente que puede debutar como abdomen agudo. Por lo general tiene buen pronóstico siempre y cuando el diagnóstico sea oportuno. La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección. El diagnóstico es intraoperatorio generalmente, aunque el estudio por imágenes llega a ser de gran utilidad para orientar el diagnóstico y para planificar la intervención quirúrgica. A pesar de encontrar en la literatura pocas publicaciones, es una patología que por el envejecimiento de la población aumenta su frecuencia, por lo cual es importante conocerla para emplearla como diagnostico diferencial y así ofrecer una favorable oportunidad terapéutica a nuestros pacientes.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL: REPORTE DE CASO

Montserrat Chávez, Javier Palominos, Arturo Madrid, Daniel Rappoport.

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: Los ganglioneuromas son tumores benignos, de lento crecimiento e infrecuentes, representando 1-2% de los tumores retroperitoneales. Se originan de los ganglios simpáticos y pueden alcanzar grandes tamaños con invasión de estructuras nobles. Su presentación clínica suele estar dada por síntomas compresivos; siendo una causa inusual de obstrucción intestinal (OI).

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente que debutó con OI por un ganglioneuroma retroperitoneal con invasión a vena cava inferior (VCI) y vértebras lumbares.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.

RESULTADO: Paciente de género masculino, de 26 años, cursa con cuadro de obstrucción intestinal. Se realiza tomografía computada (TC), evidenciándose tumor retroperitoneal. Se decide manejo médico, con buena respuesta, mientras se completa estudio con objetivo de realizar una adecuada planificación quirúrgica. Se realiza resonancia magnética, observándose proceso expansivo retroperitoneal, de 12x6cm, de distribución prevertebral anterolateral derecha desde L2 a L5, heterogénea, sin evidencia de extensión intrarraquídea, dependiente de la cadena simpática. Se realiza biopsia trucut, obteniéndose hallazgos compatibles con ganglioneuroma. Se programa cirugía. Inicialmente abordado por urología, se instala catéter ureteral. Luego se realiza laparotomía media, maniobra de Cattel-Braasch para exposición de retroperitoneo. Se observa tumor de 12cm, adherido a planos profundos, psoas y columna vertebral por posterior y a VCI por anterior. Se mantiene neuromonitorización durante la intervención. Se logra plano de clivaje con vértebras lumbares y VCI, con control vascular exitoso de ramas colaterales. Se logra exéresis exitosa de tumor, observándose mejoría de potencial safeno en el monitoreo electrofisiológico. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones en el postoperatorio. Biopsia definitiva confirma ganglioneuroma.

CONCLUSIÓN: La OI es un cuadro extremadamente frecuente en los servicios de urgencia. Sin embargo, éste disminuye en población joven, siendo importante el plantearse diagnósticos menos frecuentes. Los ganglioneuromas son tumores bien diferenciados cuyo tratamiento es la escisión quirúrgica. Dado su gran tamaño, pueden causar síntomas compresivos como en el presente caso. Además, se debe poner gran cuidado al abordaje quirúrgico, como en esta oportunidad, en que se encontraba firmemente adherido a la VCI y columna, requiriendo la intervención de múltiples especialistas.

NEUROFIBROMA SOLITARIO MESENTÉRICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Enrique Biel W, Oscar Gamarra Ch, Michelle Engelshoven J.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: El término neurofibroma solitario (NFS) se refiere a un neurofibroma localizado que ocurre en pacientes sin otros estigmas de neurofibromatosis tipo 1. El NFS suele ser una lesión cutánea dérmica o nodular que rara vez se encuentra en otros sitios; los neurofibromas gastrointestinales raramente pueden presentarse como lesiones esporádicas en estómago y yeyuno, y solo excepcionalmente en el mesenterio.

OBJETIVOS: Presentar un caso intervenido por un tumor mesentérico, asistido por laparoscopía y con histología positiva para neurofibroma.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente intervenido en el Hospital las Higueras de Talcahuano en 2023. Revisión en base de datos Pubmed con término de búsqueda: “solitary neurofibroma” y “mesentery”.

RESULTADO: Se presenta el caso de un hombre de 68 años, sin antecedentes mórbidos conocidos y que se presenta en la consulta por cuadro de dolor abdominal difuso y una masa en flanco izquierdo pesquisada al examen físico. La tomografía computada evidencia un tumor sólido mesentérico de 10 cm de eje mayor, localizado en flanco izquierdo, en íntima relación con asas del intestino delgado, uréter izquierdo y vasos mesentéricos inferiores; incidentalmente se pesquisa colelitiasis múltiple. Se decide tratamiento quirúrgico; se realiza abordaje mínimamente invasivo, vía laparoscópica, se completa la colecistectomía y se procede a la disección del tumor vía transmesocólica. Se aíslan y respetan dirigidamente los vasos mesentéricos inferiores y el uréter izquierdo, así como la pared del colon descendente. Una vez completa la movilización tumoral, la cual es dificultosa por la consistencia pétrea y adherida a planos contiguos, se realiza una laparotomía transversa y abordaje pararrectal izquierdo para su extracción protegida en bolsa. Se completa la cirugía sin incidentes, con un tiempo operatorio total de 165 minutos. Evolución favorable en el postoperatorio y alta al primer día. En cuanto al estudio histológico, la inmunohistoquímica resultó positiva intensa nuclear y citoplasmática para S100 y negativa para cromogranina A, GATA3, CD117, CD34, CD56 y calretinina; lo anterior compatible con neurofibroma.

CONCLUSIÓN: El neurofibroma mesentérico tiene pocos reportes en la literatura nacional e internacional y raramente se presentan en pacientes sin neurofibromatosis tipo I, por lo que representan un desafío diagnóstico y terapéutico oportuno, para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes al eliminar los síntomas compresivos que derivan de estos tumores. El abordaje mínimamente invasivo es una alternativa segura en estos casos.

ÚLCERA DE MARJOLIN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jairo Bascetta R., Mario Navarro P., Tamara González A., Sofia Carvajal R., Julio Godoy M.

Servicio de Cirugía Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen - Facultad de Medicina Universidad de Atacama

INTRODUCCIÓN: La úlcera de Marjolin es una neoplasia poco frecuente que se desarrolla en el seno de una lesión crónica, p.ej. quemaduras, ulcera venosa. El carcinoma escamoso es el más frecuente representando entre un 70-96% y pudiéndose observar también carcinomas basocelulares, melanomas y sarcomas en menor frecuencia. Es tres veces más frecuente en hombres en la quinta década de vida. La patogenia depende de múltiples factores relacionados a la inflamación crónica. Reportamos un caso de un paciente con úlcera crónica con degeneración maligna.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas de un paciente con ulcera crónica malignizada.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión bibliográfica.

RESULTADO: Se presenta el caso de un paciente masculino de 66 años, el cual presenta una úlcera crónica de 6 años de evolución en el pie izquierdo que consulta por dolor y alzas térmicas. El paciente es ingresado para aseo y manejo antibiótico. Por extenso compromiso óseo del calcáneo se decide amputación infracondílea y toma de muestra del tejido para biopsia debido a las características de la lesión, reportando un carcinoma escamoso bien diferenciado.

CONCLUSIÓN: La úlcera de Majorlin es una neoplasia que requiere un alto índice de sospecha debido a su mal pronóstico en comparación a otras neoplasias epiteliales. Triada clásica: formación de nódulos, induración y ulceración en un sitio de cicatriz; otros signos clínicos: ulceración mayor a 3 meses, márgenes de la herida evertidos, tejido de granulación excesivo, purulencia maloliente, aumento de tamaño, sangrado al contacto, formación de costras y dolor. Como regla general, ante la sospecha siempre se debe tomar una biopsia.

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

Jairo Bascetta R.,1 Mario Navarro P.,1 Julio Godoy M.,2 Tamara González A.,2 Sofia Carvajal R.22

1 Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen. 2 Facultad de Medicina, Universidad de Atacama.

INTRODUCCIÓN: El *situs inversus totalis*, es una condición congénita rara caracterizada por una transposición especular de órganos torácicos y abdominales, con una prevalencia 1:10.000 personas, siendo más frecuente en hombres: 1,5:1. Aunque se conoce desde la antigüedad, se tiene poca experiencia en el manejo quirúrgico de estos pacientes. Reportamos un caso clínico de colecistectomía laparoscópica en paciente con *situs inversus*.

OBJETIVOS: Describir una alternativa quirúrgica para afrontar un paciente para colecistectomía laparoscópica y *situs inversus*.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico de paciente con colelitiasis y *situs inversus*.

RESULTADO: Paciente de sexo femenino de 44 años, sin antecedentes médicos, consulta por historia de dolor abdominal recurrente en hipocondrio izquierdo. Tras estudio de pielotac negativo para urolitiasis y con hallazgo de *situs inversus* se realiza ecotomografía abdominal con hallazgos compatibles con colelitiasis simple. Se procede a colecistectomía laparoscópica en posición francesa modificada con el primer ayudante a la derecha del paciente y resto del procedimiento en forma habitual. Paciente evoluciona favorablemente con alta médica al siguiente día. En el seguimiento postoperatorio tardío, paciente continúa con buena evolución, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La localización del dolor en *situs inversus* puede imitar el diagnostico de varios cuadros de dolor abdominal, si bien la historia puede ser de utilidad, el diagnostico debe realizarse con cautela en conjunto con estudios de imágenes. La colecistectomía laparoscópica en estos pacientes presenta desafíos técnicos únicos. Sin embargo, con una planificación adecuada, adaptación de la técnica quirúrgica y uso de imágenes, este procedimiento puede realizarse de manera segura y efectiva.

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE COLELITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS EN PRESENCIA DE VESÍCULA INTRAHEPÁTICA.

Cynthia Fonseca D.1, Nicole Hernandez B.1, Paulina Contreras A.3, Matias Martinez S.2 Gabriela Lagos F..2 Domingo Todorovic G2, Ricardo Amaya C.3

Servicio de Cirugía, Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN: Las variantes anatómicas de la vesícula biliar se presentan en 40% de los casos1, 2; entre ellas, las vesículas biliares ectópicas son un hallazgo muy raro.3 Las intrahepáticas se presentan en el 5-10% de los casos2, considerándose la segunda ubicación más común para las vesículas biliares ectópicas 4. Se presenta un caso de colelitiasis y coledocolitiasis en presencia de vesícula intrahepática.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico en la literatura médica.

MATERIAL Y MÉTODO: “Análisis de un caso clínico y de la literatura”

RESULTADO: Paciente de sexo femenino de 56 años, con antecedentes mórbidos de HTA y bocio nodular en estudio. Consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor abdominal tipo “cólico biliar”, recurrente, autolimitado, sin síntomas colestásicos asociados ni consultas previas al Servicio de Urgencia. Trae estudio del extrasistema: perfil hepático de diciembre 2022 alterado (GGT 531, FA 157) y en enero 2023 en rango normal. Ecotomografía abdominal (19/12/2022) informa colelitiasis múltiple. Colangioresonancia (16/01/2023) informa coledocolitiasis asociada a leve dilatación de vía biliar y colelitiasis. Se programa para rendezvous el 31/01/2023. A la laparoscopía exploradora inicial, se evidencia vía biliar dilatada y ausencia de vesícula biliar. Por imposibilidad de disección del bacinete y canulación de guía para endoscopía se decide realizar ERCP sin apoyo de laparoscopía. Canulación difícil por existencia de divertículo duodenal. Fluoroscopía opacifica el colédoco, pero no cístico ni vesícula biliar. Se evidencian cálculos coledocianos a distal. Se realiza papilotomía, extracción de cálculos y se continúa laparoscopía. Se explora segmento hepático 4 y 5, palpándose una masa dura. Se realiza apertura de parénquima hepático, exponiendo tejido vesicular, con vesícula intrahepática multilitiásica. Se decide realizar Colecistectomía Parcial, resecando los ⅔ distales y retirando múltiples cálculos. Se posiciona sonda T en bacinete. El procedimiento concluye sin incidentes. Paciente en control se retira drenaje a los 11 días y evoluciona favorablemente.

CONCLUSIÓN: Las variantes congénitas ectópicas de la vesícula biliar, son una patología infrecuente pero existente, que suelen predisponer a la formación de litiasis y agregan complejidad a la técnica quirúrgica, aumentando la morbilidad. Es por esto que el cirujano, sobre todo en un país de alta prevalencia de colelitiasis como es Chile, debe estar preparado para reconocer las alteraciones anatómicas y poder así prever riesgos dentro de la cirugía. En la revisión bibliográfica destaca falta de datos epidemiológicos actualizados y ausencia de publicaciones chilenas, abriendo un espacio para realizar futuras investigaciones que permitan definir la frecuencia de variantes congénitas ectópicas de la vesícula biliar, además de la frecuencia de las vesículas intrahepáticas totales y parciales. Lo que permite facilitar la labor del cirujano al momento de enfrentarse a este escenario, aumentando la posibilidad de éxito del acto quirúrgico.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BALÓN GASTRICO: CASO CLÍNICO

Erik Suárez, Iván Núñez, Nicolás Drolett, Nicolás Rauld, Pablo Souza

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: A pesar de que su instalación es un procedimiento sencillo no está exento de complicaciones, reportando obstrucción intestinal por migración del balón en un 0,8%

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de una complicación infrecuente del balón gástrico

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso observación al, descriptivo y transversal de paciente con balón gástrico complicado por obstrucción intestinal, se revisa ficha clínica.

RESULTADO: Paciente femenina de 36 años con antecedentes de hipotiroidismo. Consulta en urgencias del Hospital regional de Antofagasta por cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal, asociado a vómitos y diarrea, fiebre cuantificada en 38,5°C. En el examen físico destaca dolor hemiabdomen derecho y distensión abdominal. Se decide realizar TAC: dilatación patológica de asas de yeyuno de hasta 31 mm asociado a la presencia de un cuerpo extraño de morfología ovoidea con material radiodenso de aproximadamente 24 x 83 mm, ubicado en asa de ileon en la región hipogástrica. Se decide realizar una laparoscopia exploradora, se realiza una enterotomía extracorporeal retirando el cuerpo extraño endoluminal a 30 cm de válvula ileocecal, siendo un balón gástrico marca “Orbera®, Apollo”. Posteriormente el paciente informa el antecedente de balón gástrico el año 2021 en Santiago, debido a un episodio depresivo, no asistió a los controles. Evoluciona de manera favorable y es dada de alta al 4to dia.

CONCLUSIÓN: Es importante una detallada primera evaluación preoperatoria y postoperatoria médico y psicológico, puesto que patologías de salud mental pueden ser la causa de complicaciones poco frecuentes como la obstrucción posterior a perforación y migración de un balón gástrico.

TUMOR LIPOMATOSO PÉLVICO COMO HALLAZGO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DIARREA CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO

Paulina Pérez V, Felipe Barnert S, Thomas Wagner C, Roberto Olguin R,

Hospital Base Puerto Montt, Universidad San Sebastián.

INTRODUCCIÓN: El lipoma es un tumor benigno compuesto por células grasas maduras que generalmente se encuentra en el tejido subdérmico del tronco y las extremidades. Sin embargo, su presencia intratorácica, intraperitoneal o retroperitoneal es poco común y existen pocos casos reportados en la literatura médica. Estos lipomas pueden desarrollarse en la región pélvica, ya sea dentro o fuera del peritoneo, y pueden alcanzar un tamaño considerable, causando diversos síntomas y complicaciones. Este artículo presenta el caso de una paciente con un lipoma intraperitoneal pélvico asociado al mesocolon sigmoides, de 12 cm de diámetro mayor.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico infrecuente, la importancia de sospecharlo para evitar complicaciones y revisar la literatura existente.

MATERIAL Y MÉTODO: Se discute caso previa revisión de base de datos y análisis de este en relación con evidencia publicada.

RESULTADO: Paciente femenina de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y fibrilación auricular, presentó cuadro de dolor abdominal y diarrea crónica. Los estudios parasitológicos y endoscópicos fueron negativos, pero la tomografía y resonancia magnética revelaron una masa lipomatosa localizada en la pelvis. Debido a un accidente cerebrovascular isquémico, la cirugía se pospuso durante 9 meses. Durante la cirugía, se evidenció lipoma adherido al mesocolon sigmoides y se realizó una resección sin complicaciones. El análisis macroscópico confirmó el diagnóstico de lipoma benigno.

CONCLUSIÓN: Los lipomas son tumores benignos de crecimiento lento compuestos por tejido graso. Aunque suelen ser asintomáticos, pueden causar síntomas al comprimir estructuras adyacentes. Los estudios de imágenes, como la tomografía computarizada, son útiles para el diagnóstico, mostrando características típicas de densidad grasa. La resección quirúrgica se recomienda en casos sintomáticos o con sospecha de malignidad. En nuestro reporte de caso, destaca la importancia de considerar los lipomas en pacientes con síntomas abdominales vagos y diarrea crónica, como diagnóstico diferencial. Las herramientas de imagen desempeñan un papel crucial en el diagnóstico, y la resección quirúrgica puede aliviar los síntomas y confirmar el diagnóstico de lipoma mediante estudio histológico.

DIVERTICULITIS AGUDA DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO, REPORTE DE UN CASO.

Robin Osorio, Valentina Gurani, Hernán Zúñiga, José López

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: Los divertículos intestinales y sus complicaciones son una causa rara de abdomen agudo. Principalmente se localizan en colon sigmoides, mientras que en intestino delgado es una entidad poco mencionada y asintomática. La diverticulitis aguda (DA) es una condición clínica subdiagnosticada ya que corresponde a una patología atípica que frecuentemente es oligosintomática. Se presenta en 15- 20% de los casos, de los cuales 23% presentan perforación, 30% hemorragia y 17% obstrucción.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de DA perforada de intestino delgado y presentar una revisión bibliográfica de la patología.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo de un caso clínico, tratado en el Complejo Hospitalario San José y discusión en base a la literatura disponible. Hombre de 62 años, diabético en tratamiento, con cuadro de dolor abdominal difuso de 72 horas de evolución con respuesta parcial a analgésicos. TC de abdomen y pelvis contrastado informó segmento de intestino delgado con engrosamiento parietal en flanco izquierdo asociado a signos de perforación contenida. Se hospitaliza e interviene quirúrgicamente. Se evidencia perforación de intestino delgado contenida hacia mesenterio a 150 cm del ángulo de Treitz y presencia de abundantes divertículos no complicados, se realiza resección de segmento afectado y anastomosis. Paciente presenta evolución postoperatoria favorable y egresa al quinto día, sin complicaciones. Biopsia informa peritonitis aguda fibrinoleucocitaria abscedada en organización. Paciente actualmente de alta quirúrgica.

RESULTADO: Los divertículos corresponden a protrusiones saculares de la mucosa a través de la pared muscular en áreas débiles, principalmente asociada a los sitios de ingreso de los vasos sanguíneos. Se postula que las fuerzas de presión intraluminal generadas por el contenido intestinal y las contracciones musculares peristálticas de la pared distienden los sitios de debilidad, produciendo así la herniación de la mucosa y submucosa. Hasta 79% de los divertículos de intestino delgado se localiza en duodeno, siendo informados hasta un 20% en series de autopsias. Son fácilmente reconocibles en estudios baritados, no así en tomografías, donde son anecdóticos. Crónicamente se puede relacionar con síntomas de malabsorción. Las complicaciones agudas, como hemorragias, obstrucción intestinal, perforación y DA requieren manejo quirúrgico de urgencia para su resolución, siendo necesario realizar una resección del segmento afectado con anastomosis primaria presentando resultados favorables.

CONCLUSIÓN: La DA del intestino delgado es una entidad clínica importante que requiere una mayor atención y comprensión. Su reconocimiento temprano, diagnóstico preciso y manejo adecuado son fundamentales para evitar complicaciones graves y mejorar los resultados clínicos de los pacientes.

COLECISTITIS AGUDA EN CONTEXTO DE SITUS INVERSUS, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Francisco Parada A., Lorena Gárate G., Kristian Parra C., Catalina Ortiz V. Fernanda Hornung H.,

Servicio de Cirugía, Hospital las Higueras, Talcahuano.

INTRODUCCIÓN: El *situs inversus* es una anormalidad genética infrecuente caracterizada por la imagen en espejo de las vísceras abdominales y/o torácicas respecto a la línea media y se asocia a alteraciones congénitas. En el ámbito quirúrgico es fundamental tener el diagnóstico previo a realizar cualquier procedimiento ya que en muchos casos requerirá la adaptación de la técnica quirúrgica. A continuación, presentamos el caso clínico de una paciente de 35 años, con antecedente de *situs inversus*, que presenta una colecistitis aguda que se maneja por colecistectomía vía laparoscópica, adaptando la técnica americana en posición espejo respecto a la línea media sin mayor dificultad y logrando realizar el procedimiento sin complicaciones. La evolución clínica y el tiempo de estadía hospitalaria no tuvo diferencia respecto a los pacientes sin *situs inversus*.

OBJETIVOS: El *situs inversus* es una anormalidad genética infrecuente caracterizada por la imagen en espejo de las vísceras abdominales y/o torácicas respecto a la línea media. La etiología aún no está completamente clara, pero se asocia a un patrón genético de tipo autosómico recesivo por anomalías en los cromosomas 7 y 8. Se estima que su incidencia es de 1/10.000 habitantes y se asocia a alteraciones congénitas de otros órganos y vasos hasta en un 80%, siendo las más frecuentes las cardiacas. En el ámbito quirúrgico es fundamental tener el antecedente de esta variante anatómica previo a cualquier procedimiento ya que en estos pacientes se debe adaptar la técnica quirúrgica, por ejemplo, en la cirugía laparoscópica se debe modificar la colocación de los puertos de trabajo, la ubicación de la torre, de los integrantes del equipo quirúrgico, etc.

MATERIAL Y MÉTODO: A continuación, presentamos el caso clínico de una paciente con antecedente de *situs inversus*, que presenta una colecistitis aguda que se maneja quirúrgicamente por vía laparoscópica.

RESULTADO: Paciente de sexo femenino de 35 años con antecedentes de cardiopatía congénita operada en la infancia, consultó en servicio de urgencia por cuadro de 1 semana de evolución de dolor abdominal epigástrico, irradiado a hipocondrio derecho, asociado a nauseas. Al examen físico destaca signo de Murphy positivo. Se realizaron exámenes de laboratorio que resultaron dentro de rango normal y se complementó estudio con TC de abdomen y pelvis con contraste que evidenció *situs inversus*, con hígado y vesícula biliar a izquierda, la cual se describió distendida, con paredes edematosas y con litiasis de 2,5 cm en infundíbulo, con vía biliar intra y extrahepática no dilatada. Se diagnostica colecistitis aguda y se hospitaliza para resolución quirúrgica por colecistectomía vía laparoscópica. Tras confirmar la presencia del *situs inversus* en el TC se decide adaptar técnica quirúrgica americana, instalando los trocares en posición espejo respecto a la línea media y posicionando al primer cirujano al lado derecho del paciente. De este modo el primer trocar de 10mm (T1) se instala supraumbilical. Se realiza laparoscopía diagnóstica, con vesícula a izquierda, sobredistendida, con múltiples adherencias laxas a duodeno y colon. Luego bajo visión directa se instalan los otros tres trocares quedando el segundo trocar de 10mm (T2) subxifoideo dirigido levemente a la izquierda del ligamento redondo, el tercer trocar (T3) de 5mm tres dedos bajo reborde costal en línea medio-clavicular izquierda y el cuatro trocar de 5mm (T4) en flanco izquierdo a nivel de la línea axilar anterior. Se continúa realizando disección del pedículo cístico, hasta obtener visión crítica de seguridad con triángulo hepatocístico invertido. Se identifica conducto cístico y arteria cística que se clipan con tres clips cada uno y se seccionan. Se completa colecistectomía retrógrada y se extrae la vesícula en bolsa estéril por T1. Se completa la cirugía sin complicaciones. La paciente evoluciona favorablemente, con dolor leve en cuadrante superior izquierdo con buena respuesta a analgesia, alimentándose vía oral con buena tolerancia, caminado, sin complicaciones postoperatorias por lo cual se decide alta a las 24 horas de la cirugía y se continua con control ambulatorio precoz.

CONCLUSIÓN: En el ámbito quirúrgico es fundamental tener el antecedente de esta variante anatómica previo a cualquier procedimiento ya que en estos pacientes se debe adaptar la técnica quirúrgica, para llevar a cabo el procedimiento de manera segura y eficaz.

ENTEROLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CONTEXTO DE ÍLEO BILIAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Parada A., Kristian Parra C., Lorena Gárate G., Fernanda Hornung H., Catalina Ortiz V.

Servicio de Cirugía, Hospital las Higueras, Talcahuano.

INTRODUCCIÓN: El íleo biliar es una complicación infrecuente de la colelitiasis que se manifiesta como obstrucción intestinal de causa mecánica. El cálculo biliar pasa al intestino generalmente a través de una fístula bilioentérica, siendo la más frecuente la colecistoduodenal y se impacta produciendo la obstrucción, generalmente a nivel del íleon. Es más frecuente en el sexo femenino y su incidencia aumenta con la edad. Su clínica es inespecífica y con frecuencia recurrente, siendo el síntoma principal el dolor abdominal tipo cólico generalizado, asociado o no a náuseas y vómitos. El mejor examen para confirmar el diagnóstico es el TC de abdomen con contraste y su tratamiento es quirúrgico, siendo la enterotomía con extracción del cálculo el tratamiento de elección. A continuación, presentamos el caso clínico de una paciente de 71 años, que consultó en el servicio de urgencia, con clínica sugerente de obstrucción intestinal que se confirma por TC y evidencia el íleo biliar que se maneja por enterolitotomía vía laparoscópica.

OBJETIVOS: El íleo biliar es una complicación infrecuente de la colelitiasis, que se manifiesta como obstrucción intestinal de causa mecánica. Se produce a consecuencia del paso de un cálculo biliar al lumen intestinal donde se impacta produciendo la obstrucción. Lo más frecuente es que la entrada del cálculo biliar al intestino sea a través de una fístula bilioentérica, siendo la colecistoduodenal la más frecuente 60%. Procesos inflamatorios recurrentes o crónicos favorecen la formación de dicha fístula. El 90% de los cálculos obstructivos tienen más de 2 cm de diámetro y la mayoría mide más de 2,5 cm. Hasta un 70% de las obstrucciones son a nivel del íleon ya que corresponde al segmento más estrecho del intestino. Es más frecuente en el sexo femenino y su incidencia aumenta con la edad. Su presentación clínica es inespecífica y recurrente. Generalmente se manifiesta como dolor abdominal tipo cólico generalizado y distensión abdominal, asociado o no a otros síntomas. Debido a que la mayoría de los pacientes son adultos mayores con múltiples patologías asociadas y a que su clínica es inespecífica lo que muchas veces retrasa el diagnóstico, es que la tasa de mortalidad por íleo biliar es alta, estimándose entre un 5,5-6,7 %, siendo entre 5 a 10 veces mayor que la de otras causas de obstrucción mecánica del intestino delgado. La TC de abdomen con contraste es el mejor método para confirmar el diagnóstico. Y su tratamiento es quirúrgico, siendo la enterotomía con extracción del cálculo el tratamiento de elección. En pacientes identificados como de alto riesgo anestésico (ASA III o IV) se recomienda diferir la colecistectomía, ya que las fístulas bilioentéricas pueden cerrarse o reducirse espontáneamente, especialmente si el conducto cístico está permeable o no hay cálculos residuales. La enterolitotomía guiada por laparoscopia se ha realizado en casos seleccionados. Es un enfoque técnicamente desafiante debido a la dificultad de examinar un intestino delgado dilatado e identificar el cálculo a través del laparoscopio

MATERIAL Y MÉTODO: A continuación, presentamos el caso clínico de una paciente de 71 años, que consultó en el servicio de urgencia, con cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal y que tras complementar estudio con TC de abdomen con contraste se evidencia ileo biliar. Se hospitaliza para manejo quirúrgico por laparoscopía que se realiza sin complicaciones.

RESULTADO: Paciente de sexo femenino de 71 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos previos, consulta en servicio de urgencia de extrasistema por cuadro clínico de un día de evolución de dolor abdominal tipo cólico, generalizado, intenso, asociado a náuseas y vómitos alimentarios. No se realizan exámenes de laboratorio ni imágenes y se decide alta con manejo sintomático. La paciente evoluciona con persistencia de los síntomas y aumento del dolor por lo cual reconsulta en servicio de urgencia de nuestro hospital. Al examen físico impresiona en regulares condiciones generales, taquicárdica, deshidratada, con intolerancia oral, al tacto rectal se palpan abundantes heces en ampolla. Se solicitan exámenes de laboratorio destacando parámetros inflamatorios altos y lesión renal aguda. Se diagnostica sepsis de foco abdominal y se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste que evidencia signos de obstrucción intestinal alta por íleo biliar. Se hospitaliza y se decide resolución quirúrgica por vía laparoscópica. Se realiza laparoscopía exploradora, observándose claramente la zona de impactación del cálculo a nivel de intestino medio con cambio de calibre y dilatación de asas hacia proximal, asociado a un importante síndrome adherencial hacia la pelvis. Sin signos de perforación intestinal. Se continúa realizando la enterotomía con hook y la extracción de cálculo de lumen intestinal con pinza Grasper. Se cierra enterotomía con sutura PDS 3.0 con punto continuo y se revisa hemostasia. Se realiza aseo de cavidad con abundante solución fisiológica y se extrae cálculo en bolsa estéril por trocar umbilical. Paciente sale a UTI quirúrgica para continuar manejo postoperatorio. Evoluciona favorablemente, con signos vitales estables, dolor leve con buena respuesta a analgesia por lo cual se traslada a sala básica de cirugía donde completa su postoperatorio hasta ser dada de alta para continuar control ambulatorio y colecistectomía diferida.

CONCLUSIÓN: La presencia de íleo biliar es una rara causa de obstrucción intestinal que requiere de tratamiento quirúrgico para su resolución y la enterolitotomía vía laparoscópica es una técnica segura y eficaz.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y PERITONITIS SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFORADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Javiera Toledo Gómez, Francisco Villalobos Miranda, Fernando Ávalos Valenzuela, Daniel Valdés Farias

Hospital Dr. Juan Noe Crevani. Arica, Chile. Facultad de Medicina Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Meckel (MD) es el defecto congénito más común del intestino, resultado de la persistencia del conducto onfalomesentérico. Es considerado un divertículo verdadero, ya que contiene todas las capas intestinales. Tiene una prevalencia que varía entre 0,3 – 2,9%. Generalmente, es asintomático y un hallazgo incidental intraoperatorio o en estudios por otras patologías. Cuando se vuelve sintomático se presenta con complicaciones como obstrucción intestinal, hemorragia digestiva, diverticulitis y perforación. El manejo del MD sintomático es la resección, que se puede llevar a cabo por laparotomía o laparoscopía.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico sobre hallazgo intraoperatorio de diverticulitis de Meckel perforada con peritonitis fecaloidea secundaria y vólvulo del intestino delgado en un paciente con clínica de obstrucción intestinal.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información de la paciente por medio de su historia clínica, exámenes de laboratorio e imagen, con previa autorización y firma de consentimiento informado.

RESULTADO: Paciente masculino de 16 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de un día de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso EVA 7/10, vómitos fecaloideos y ausencia de eliminación de gases por ano. Se realizan exámenes de laboratorio donde destaca leucocitosis 19.250, PCR 7.2 mg/L y lactato de 2.6 mmol/L. Se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste que informa dilatación en rango patológico de asas de intestino delgado, con dilatación en asa cerrada en pelvis, asociado a líquido libre leve. Por consiguiente, se procede a realizar laparoscopía exploradora, donde se evidencia líquido libre intestinal en cavidad abdominal, junto a asas de intestino delgado edematosas y violáceas. En este contexto se decide convertir a laparotomía exploradora, donde se identifica vólvulo de intestino delgado con cuatro giros en relación a eje mesentérico por banda mesodiverticular. Divertículo de Meckel inflamado y engrosado, con tercio medio distal necrótico y perforado. Se decide realizar resección de este con stapler lineal. Finalmente se realiza aseo de cavidad y cierre temporal con laparostomía contenida.

CONCLUSIÓN: El MD a pesar de su baja prevalencia, es la anomalía más frecuente del intestino. Frecuentemente se presenta de manera asintomática y la presencia de complicaciones como obstrucción, hemorragia digestiva o diverticulitis es rara. Generalmente su diagnóstico es incidental durante la exploración quirúrgica o estudio por otra enfermedad. Es importante considerar MD como diagnóstico diferencial en pacientes con obstrucción intestinal sin etiología aparente.

REPORTE DE CASO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR, UN DESAFÍO ETIOLÓGICO.

María Trinidad González, Paul Brenner, Consuelo Santibañez

Universidad del Desarrollo-Hospital Padre Hurtado-Clínica Alemana Santiago

INTRODUCCIÓN: El íleo biliar (IB) es una rara complicación de la colelitiasis, representa el 1-3% de las causas de obstrucción intestinal (OI), aumentando hasta un 25% en pacientes sobre 65 años. Ha aumentado su incidencia últimamente debido al envejecimiento de la población y una mayor pesquisa imagenológica. Producida por la migración de un cálculo biliar hacia el lumen intestinal a través de una fístula bilioentérica. El diagnóstico es complejo y tardío debido a clínica inespecífica, aumentando su morbimortalidad. Debido a esto último, toman gran relevancia las imágenes en el diagnóstico de esta patología, siendo la tomografía computarizada (TAC) de abdomen el examen de elección. La patognomónica triada imagenológica de Rigler: neumobilia, litiasis biliar ectópica y dilatación de asas intestinales, permite el diagnóstico de esta patología, presente en 30% de los casos.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico que refleja la dificultad del diagnóstico etiológico de una OI por IB. Realizado por laparotomía exploradora.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Paciente sexo femenino de 77 años, con antecedentes de DM2IR e HTA. Ingresa al hospital Padre Hurtado por dolor y distensión abdominal asociado a ausencia de deposiciones de siete días de evolución y vómitos biliosos. Ingresa en buenas condiciones, destaca abdomen distendido, doloroso a la palpación difusa, ruidos hidroaéreos disminuidos, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio con parámetros inflamatorios elevados y falla renal prerrenal. Se realiza TAC AP evidenciándose engrosamiento parietal de vesícula biliar de posible origen neoproliferativo y signos de OI con zona de transición en íleon distal secundario a bridas, por lo que se decide cirugía. Se realiza una laparotomía exploradora, encontrándose dilatación de asas de intestino delgado en relación con IB, con litiasis de 3.2 cm a 20 cm de la válvula ileocecal, vesícula escleroatrófica aplastronada al duodeno, y ausencia de bridas y neoplasia vesicular. Se realiza enterotomía y extracción de litiasis con rafia invaginante. Sin complicaciones postoperatorias, paciente de alta.

CONCLUSIÓN: El apoyo imagenológico en contexto de una OI constituye un desafío en cuanto a la identificación etiológica. El presente caso muestra la dificultad del diagnóstico etiológico de un IB y la discordancia que puede existir con respecto a la clínica al ser inespecífica y el estudio imagenológico al tener presente en solo un 30% de los casos la triada clásica. Debido a la gran prevalencia de patología litiásica en Chile, se hace necesario considerar el IB como una causa de OI independiente de no evidenciar signos claros de esta, teniendo alto grado de sospecha.

PERFORACIÓN DUODENAL ASOCIADO A PANCREATITIS AGUDA POST ERCP. MANEJO CONSERVADOR.

Dr. Julián Cristi, Dr. Daniel Jardel, Dr. José Rodriguez, Int. Benjamín Duble, Int. Josefina Zegers, Dra. Belén Pedraza

Universidad diego Portales

INTRODUCCIÓN: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) es un procedimiento habitual para el tratamiento de patologías litiásicas de vía biliar. Sus complicaciones generales oscilan entre el 7 al 12%. La más frecuente es pancreatitis aguda en el 3.5% de los casos y la menos frecuente, pero gran morbimortalidad, la perforación duodenal con el 0.6% y 8-23% respectivamente.

OBJETIVOS: A continuación, se presenta el caso de una paciente en que, posterior a cirugía de rendezvous, presenta pancreatitis asociado a perforación duodenal, con manejo conservador.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 18 años sin antecedentes. Consulta por cuatro días de dolor abdominal en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos. Exámenes de laboratorio e imágenes muestran perfil hepático alterado, asociado a colecistolitiasis, sin coledocolitiasis. Se realiza colecistectomía laparoscópica más colangiografía intraoperatoria, mostrando coledocolitiasis distal. ERCP laboriosa con papilotomía ampliada, logrando extraer los cálculos. Intraoperatorio se observó difusión del neumoperitoneo por el ligamento redondo y epiplón mayor. Se realiza endoscopia revisional, sin nuevos hallazgos. Al 2° día post operatorio presenta alza de lipasa, al 3° día PO presenta dolor abdominal, fiebre, elevación de parámetros inflamatorios. Las tomografías computarizadas revelaron engrosamiento parietal y burbujas de gas en pared duodenal, asociado a neumoretroperitoneo. Se confirmó pancreatitis aguda no complicada y perforación duodenal stapfer 2, realizando manejo conservador, tratamiento antibiótico y alimentación parenteral.

RESULTADO: La paciente mostró mejoría clínica y sintomática, siendo dada de alta al día 16° post operatorio.

CONCLUSIÓN: La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente post ERCP siendo severa en un 5% de los casos con complicaciones potencialmente mortales. La perforación duodenal es una entidad infrecuente, pero también potencialmente mortal (8-23%). Se debe sospechar en pacientes con dolor abdominal, aumento de PI o imagen con neumo o neumoretroperitoneo post procedimiento. La clasificación de Stapfer se usa en perforaciones secundarias a ERCP para determinar la necesidad de manejo quirúrgico. Presentamos un caso con pancreatitis aguda y perforación duodenal Stapfer II post ERCP sin indicación quirúrgica, manejada de forma conservadora con buena evolución. Las complicaciones post ERCP no son infrecuentes, es importante mantener un alto índice de sospecha en pacientes con factores de riesgo de desarrollarlas para disminuir así su morbimortalidad.

OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO POR DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

Ivonne Zárate G., Constanza Narváez J., Javiera Maurer C., Natalia Velásquez M., David Inostroza C., David Núñez A.

Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal (OI) es una condición médica que puede ser consecuencia de diversas patologías, que conllevan la incapacidad de evacuar el contenido intestinal y la eliminación de gases. El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo eficaz y seguro en la mayoría de las usuarias, una de sus complicaciones es la migración a la cavidad abdominal por perforación de las paredes del útero pudiendo causar cuadro de abdomen agudo.

OBJETIVOS: Se presenta caso de obstrucción intestinal secundario a DIU.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 24 años consulta en servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de inicio súbito asociado vómitos. Al examen físico abdomen doloroso y timpánico en hemiabdomen superior. Se realiza TC abdomen y pelvis con contraste evidenciando obstrucción intestinal secundario a cuerpo extraño. Se realiza laparoscopia exploradora, encontrando DIU en relación a intestino delgado. Evoluciona en forma favorable en postoperatorio, por lo que se decide alta al 2° día.

RESULTADO: Dentro de las complicaciones del DIU se encuentra la perforación uterina y migración a la cavidad abdominal, pudiendo causar cuadros abdominales. Ante su sospecha, se recomienda su extracción lo antes posible por las posibles complicaciones, entre las que se encuentran la obstrucción intestinal secundario ha adherencias, perforación, entre otros.

CONCLUSIÓN: A pesar de que el DIU es un método seguro, existen casos en los que se presentan complicaciones asociadas la migración del dispositivo durante la implantación, la presentación clínica del paciente en urgencias puede variar. Se llama a reforzar la sospecha clínica ante cuadros de dolor abdominal en usuarias de DIU.

HERNIA INGUINAL POR DESLIZAMIENTO VESICAL: REPORTE DE UN CASO

Felipe García F., Daniela Parra E., Emily Osse M., Francisca Palacios D.

Hospital Félix Bulnes Cerda

INTRODUCCIÓN: La presencia de vejiga urinaria en hernias inguinoescrotales indirectas constituye una infrecuente presentación de hernias por deslizamiento, reportándose en un 0,5 a 4% de los casos, pudiendo ocasionar serias complicaciones debido a hidroureteronefrosis bilateral e insuficiencia renal aguda postrenal.

OBJETIVOS: Presentar un caso de paciente con diagnóstico de hernia inguinal por deslizamiento vesical como causa de insuficiencia renal postrenal KDIGO III.

MATERIAL Y MÉTODO: se presenta el caso de un paciente que presenta hernia inguinal indirecta derecha incarcerada con contenido vesical e insuficiencia renal que se resolvió quirúrgicamente.

RESULTADO: Paciente masculino de 69 años con historia de dolor abdominal y aumento de volumen en región inguinoescrotal de 3 meses de evolución, consulta en urgencias por oligoanuria de un día. Al examen físico destaca aumento de volumen inguinoescrotal de 40 cms, duro e irreductible, con salida espontánea de orina de aspecto piúrico. Al estudio de laboratorio destaca creatinina 6.73 mg/dL, BUN 82 mg/dL sin aumento de parámetros inflamatorios; TAC de abdomen y pelvis evidencia hernia inguinal indirecta derecha incarcerada con contenido vesical e hidroureteronefrosis bilateral. Se realiza hernioplastia inguinal. Evoluciona favorablemente durante el postoperatorio, con disminución progresiva de creatinina plasmática en controles de laboratorio, por lo que es dado de alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: la hernia por deslizamiento vesical es una entidad de baja frecuencia, sin embargo, frente a su hallazgo debe resolverse expeditamente para evitar complicaciones en la función renal potencialmente irreversibles.

NEOPLASIA SOLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ivonne Zarate, Constanza Narvaez, Natalia Velásquez, Javiera Maurer, David Nuñez, David Inostroza

Universidad de Magallanes

INTRODUCCIÓN: El tumor solido pseudopapilar de páncreas (TPSP) o tumor de Franz, es un tumor epitelial muy poco común, que tiene bajo potencial de malignidad. Su frecuencia es menor al 1-2% de todos los tumores pancreáticos exocrinos. Es el más frecuente en mujeres jóvenes o asiáticas de raza negra, entre 20 y 40 años.

OBJETIVOS: Presentar un caso de tumor pseudopapilar de páncreas.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino de 31 años, sin antecedentes mórbidos, inicia con episodios de dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, intermitentes, sin asociación a baja de peso, ictericia, coluria o acolia. En controles de salud en APS, se realiza una Radiografía de Columna Lumbar, la cual revela una lesión calcificada de 76 mm en el cuadrante superior derecho, sugerente de quiste hidatídico. Se realiza TAC de Abdomen y Pelvis con Contraste, la cual evidencia una lesión masiforme pseudo lobulada centrada en la cabeza del páncreas que alcanza 5,5 x 4,6 x 4,6 cm., de densidad heterogénea de aspecto sólido-quística con aparentes septos internos calcificados, así como también extensas calcificaciones periféricas. Se solicita una RNM de Abdomen con Contraste la cual impresiona lesión en cabeza del páncreas, de periferia calcificada, que mide 48 x 32 mm, con septos hipointensos en su interior, con probables secuelas de hemorragia. 20 días después, asiste a control con Cirugía Digestiva Alta, en la cual se solicita CA 19-9, cuyos resultados se encuentran pendientes. Se propone como plan de tratamiento Biopsia por endosonografia vs Cirugía.

RESULTADO: El Tumor de Franz es una neoplasia poco frecuente, la mayoría presentan sintomatología inespecífica relacionada a una masa intrabdominal y más de un tercio suelen ser descubiertas incidentalmente. Éste puede localizarse en cualquier parte del páncreas, pero son un poco más frecuentes en la cola. Los pseudoquistes pancreáticos son la lesión quística pancreática más frecuente, por lo que es muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial con este tipo de tumores, y con los tumores endocrinos, los cuales presentan una reacción negativa a marcadores neoplásicos como el CEA y el CA 19- 9. El tratamiento de elección es la cirugía, ya que la mayoría de los TPSP son potencialmente curables por resección quirúrgica, que deberá ser lo más amplia y completa.

CONCLUSIÓN: El Tumor de Frantz, es una de las neoplasias más infrecuentes dentro de los tumores exocrinos. Se presenta este caso, con el fin de reportar un caso de esta patología poco frecuente, y los posibles pasos a seguir después de su diagnóstico imagenológico, para posteriormente idear un buen Plan de Tratamiento acorde a la circunstancia y resultados de los exámenes pendientes (CA 19-9), en conjunto con el Comité Oncológico del establecimiento hospitalario.

PERITONITIS AGUDA SECUNDARIA A DIVERTÍCULO YEYUNAL PERFORADO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Álvaro Gallardo Villalobos, Francisco Parada Díaz, Nastassja Mutarello López, Andrés Araneda Torres,

Hospital Las Higueras

INTRODUCCIÓN: La diverticulosis del intestino delgado corresponde a una condición poco común, la incidencia citada oscila entre el 0,2 y el 4,5% en los estudios de autopsia. Esta condición es más frecuente en adultos mayores de 50 años, llegando a su máxima incidencia a los 70 años. La diverticulosis es más común en el duodeno (79%) en comparación con el yeyuno o el íleon. Una serie de casos observó que, entre los divertículos distales al duodeno, aproximadamente el 80% estaban en el yeyuno. Se cree que la mayor prevalencia en el yeyuno en comparación con el íleon se debe a la presencia de vasos sanguíneos penetrantes de mayor diámetro en el yeyuno proximal. La falta de especificidad de los síntomas y la falta de cualquier característica clínica patognomónica hacen que el diagnóstico sea un desafío.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de una paciente femenina de 82 años, antecedentes de DM2 e HTA, quien consulta por dolor abdominal de 4 días de evolución, inicialmente epigástrico, tipo cólico y luego persistente en flanco y fosa iliaca izquierda. El examen físico abdomen sensible a la palpación tanto superficial como profunda de forma difusa y sin resistencia muscular. Resultados de laboratorio indicaron elevación de recuento de leucocitos (21.760/mm3) asociado a una PCR de 5.8 (VN <0.5).

MATERIAL Y MÉTODO: Tomografía computada del abdomen reveló un segmento de asas de yeyuno dilatadas con aumento de la densidad del mesenterio sugerente de una masa mal caracterizada interpretándose como una obstrucción intestinal en asa cerrada. Se decidió realizar una laparotomía exploradora.

RESULTADO: Se identificó líquido libre turbio y pus en relación con un divertículo de 3x3cm perforado a 30 cm del ángulo de Treitz. Además, se observaron otros 5 divertículos del mismo tamaño, no complicados, localizando el más proximal a 15 cm del Treitz. Se reseca segmento, sin dejar divertículos en intestino remanente, realizando una anastomosis manual. El examen patológico de la lesión identificó múltiples divertículos de yeyuno sin evidencia de patología tumoral.

CONCLUSIÓN: La diverticulosis del intestino delgado y específicamente de su porción yeyunal corresponde a una entidad clínica poco frecuente, puede causar síntomas gastrointestinales tanto agudos como crónicos y se estima complicación en un 10-30% de las veces, por lo que es necesario un alto grado de sospecha clínica tanto para llegar al diagnóstico, como para el tratamiento oportuno.

SINISTRAPOSICIÓN DE VESÍCULA BILIAR - A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sandoval, A. Mesías, G. Muñoz, F. San Miguel.

Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN: La sinistraposición de la vesícula biliar es una rara anomalía anatómica que sitúa la vesícula a la izquierda del ligamento falciforme en ausencia de *situs inversus*, convirtiéndose en un hallazgo relevante para cualquier cirujano, dada su potencialidad para transformar una intervención quirúrgica en un desafío técnico considerable

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico infrecuente y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso, observacional, descriptivo y transversal de paciente con sinistraposición de vesícula biliar como hallazgo incidental intraoperatorio de colecistectomía laparoscópica convencional en Hospital El Pino (HEP), en junio 2023.

RESULTADO: Reporte de Caso: Paciente femenina de 24 años con obesidad grado 1, ingresa al servicio de urgencias del HEP en contexto de dolor abdominal, exámenes de laboratorio con patrón colestásico e imágenes (TAC de abdomen y pelvis con contraste y ecotomografía hepatobiliar) donde se evidencia pancreatitis aguda leve, colelitiasis, sin compromiso de vía biliar intra ni extra hepática. Se complementa estudio con colangioresonancia que descarta coledocolitiasis, describe vesícula con de repleción normal y paredes finas con innumerables cálculos en su interior. Se plantea colecistectomía laparoscópica; durante la exploración videolaparoscópica posterior a inserción de T1, se encuentra vesícula biliar a nivel del segmento III hepático, sin otras variantes anatómicas de la vía biliar extrahepática asociadas. Se realiza colecistectomía laparoscópica, logrando identificar el triángulo hepatocístico y obteniendo la visión crítica de seguridad de Stransberg. Se concluye el procedimiento sin incidentes intraoperatorios, paciente sin complicaciones postoperatorias hasta la actualidad.

CONCLUSIÓN: La sinistraposición de la vesícula biliar es un hallazgo raro en la práctica clínica, esta condición tiene una prevalencia del 0.3%, y la mayoría de los reportes y series de casos son de autoría japonesa, donde se han descubierto incidentalmente durante colecistectomías laparoscópicas convencionales. No obstante, es importante considerar que este hallazgo tiene una significativa asociación con alteraciones del árbol biliar, lo que podría generar una lesión de la vía biliar. Sin embargo, se ha demostrado que la colecistectomía laparoscópica se puede realizar de manera segura, por esto es de suma importancia que el cirujano general se familiarice con estos escenarios.

SARCOIDOSIS PERITONEAL, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE PRIMARIO DESCONOCIDO

Sebastian Hurtado C, Nicolas Besser P, Fellipe Bellolio R

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Los tumores de origen primario desconocido (TOPD) representan el 2-9% de las neoplasias. El estudio de los TODP define el primario en un 50% de los casos. Los diagnósticos diferenciales incluyen patologías benignas y malignas. El estudio comprende un amplio abanico de exámenes, siendo la biopsia el pilar fundamental. Presentamos el caso de un paciente con sospecha de carcinomatosis peritoneal sin primario conocido, en el cual se descarta patología tumoral, diagnosticando sarcoidosis peritoneal luego del estudio.

OBJETIVOS: El objetivo es presentar un caso y realizar una revisión de un diagnóstico diferencial poco común de carcinomatosis peritoneal con primario desconocido.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una recolección de los datos demográficos, presentación clínica, resultados de exámenes y procedimientos, biopsias y detalles de la cirugía desde la ficha clínica. Se realizó una búsqueda en PubMed, se incluyeron trabajos sobre estudio de carcinomatosis peritoneal con primario desconocido y sarcoidosis abdominal. Se realizó un análisis del caso y de la literatura asociada al tema.

RESULTADO: Paciente de 51 años, con antecedentes de insuficiencia e hiperplasia suprarrenal bilateral, usuario de Hidrocortisona y Fludrocortisona. En estudio por 2 meses de baja de peso, astenia, sudoración nocturna, dolor lumbar, tos seca y dolor abdominal crónico. Destaca Quantiferon (+) y tomografía de tórax-abdomen-pelvis que describe hiperplasia bilateral suprarrenal, nódulo pulmonar en LM de 4 mm y peritoneo nodular sugerente de carcinomatosis peritoneal. Se realiza estudio con laparoscopia exploradora que demuestra incontables nódulos blanquecinos en las superficies peritoneales. Biopsia demuestra enfermedad granulomatosa no caseificante, estudio negativo para TBC, concordante con sarcoidosis peritoneal. El estudio de los TODP frecuentemente incluye al cirujano general. La obtención de biopsia es el pilar central del estudio de esta patología. Dentro de los diagnósticos diferenciales encontramos neoplasias (siendo los más frecuentes pulmón, páncreas y colorrectal), patologías inflamatorias (sarcoidosis), infecciosas (TBC), entre otras. Enfermedades como la sarcoidosis son diagnósticos diferenciales poco frecuentes, pero que tienen pronóstico y tratamiento específico. La vía de obtención de biopsia debe favorecer vías menos invasivas, sin sacrificar calidad de la muestra, dejando procedimientos como la laparoscopia exploradora para casos sin otras alternativas. Este caso ilustra la importancia de la biopsia dentro del estudio de los TODP y del rol del cirujano en ella.

CONCLUSIÓN: El estudio de los TODP cubre múltiples diagnósticos diferenciales. La biopsia es el pilar central del estudio, tanto para definir diagnóstico, como manejo. La vía de obtención de la biopsia debe favorecer procedimientos menos invasivos, sin sacrificar la calidad de esta.

TUMOR NEUROENDOCRINO DE CABEZA DE PÁNCREAS, INSULINOMA: REPORTE DE UN CASO.

Jairo Bascetta R.,1 Luis Tapia J.,1 Mario Navarro P.,1 Sofia Carvajal R.2 Julio Godoy M.,2 Tamara González A.,2

1 Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen. 2 Facultad de Medicina, Universidad de Atacama.

INTRODUCCIÓN: El insulinoma corresponde al TNE pancreático más frecuente, siendo el 1-2% de los tumores pancreáticos. Generalmente son benignos y bien diferenciados. Su clínica se caracteriza por síntomas de hipoglicemia, adrenérgicos y neuroglucopénicos. El manejo incluye tratamiento conservador e intervención quirúrgica. Sin embargo, en tumores de cabeza de páncreas hay poca experiencia en abordajes quirúrgicos diferentes a la duodenopancreatectomía. Reportamos un caso de pancreatectomía parcial.

OBJETIVOS: Describir un caso de resección de un Insulinoma pancreático

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión bibliográfica

RESULTADO: Paciente femenino 58años, HTA, hipotiroidismo por CA Tiroides operado. Consulta por hipoglicemias matutinas, con hiperinsulinemia en ausencia de ayuno prolongado. Se realiza TAC y RMN demuestra lesión focal sólida de 15mm cabeza de páncreas, sugerente de TNE:insulinoma. Octreoscan confirma aumento focal de captación en unión de la cabeza y cuello del páncreas. Llevada a laparoscopia para eventual enucleación sin identificación de la lesión. Se plantea pancreatectomía parcial vs Whipple. Se programa cirugía contando con ecografía intraoperatoria e identifica masa nodular de 10 x 13 mm que se reseca y confirma biopsia intraoperatoria concordante con TNE G1. Esto produjo una sección casi total del páncreas a nivel del cuello y lesión del colédoco retropancreático. Se decide completar esplenopancreatectomía corporocaudal con reparación del colédoco mediante rafia y tutor. Post operatorio tórpido con corrección de complicaciones con mejoría y recuperación.

CONCLUSIÓN: En general el insulinoma presenta buen pronóstico, sin embargo, la localización, presencia de malignidad, proximidad a estructuras vitales le confieren mayor complejidad al abordaje quirúrgico. Contar con recursos de apoyo y la toma de decisiones oportuna son fundamentales para estos casos.

RENDEZVOUS TRANSGÁSTRICO PARA MANEJO DE COLEDOCOLITIASIS POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO: ABORDAJE COMBINADO LAPAROSCÓPICO Y ENDOSCÓPICO. SERIE DE CASOS.

Drs Bárbara Ortiz J.1, Patricio Olivares P.1,2, Nicolás Campaña W.1, Jorge Zúñiga C.1, Luis Aguilera G.1,2.

1. Unidad de Cirugía Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile 2. Unidad de Endoscopía Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: El 37% de los pacientes que tienen una perdida rápida de peso desarrollan colecistolitiasis. Hasta el 50% de los pacientes desarrollan colelitiasis en el primer año post bypass gástrico, y alrededor de 0,2% desarrollarán coledocolitiasis, por lo que realizar una colecistectomia profilactica es discutido. El duodeno al estar excluido hace muy difícil el acceso a la ampolla. Existen distintos métodos para la resolución de la coledocolitiasis: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) transgástrica asistida por laparoscopía, ERCP asistida por enteroscopia con balón, drenaje biliar percutáneo con posterior transfístula o exploración laparoscópica de la vía biliar. La ERCP asistida por Laparoscopía consiste en avanzar el duodenoscopio a través de una gastrotomia, tiene buena tasa de éxito y desconocida tasa de complicaciones. Un metaanálisis del 2018 comparó la ERCP asistida por enteroscopia y por laparoscopía, mostrando que esta última tiene una mayor tasa de éxito, pero, con una mayor tasa de eventos adversos.

OBJETIVOS: Presentar una serie de casos de Rendezvous transgástrico asistido por laparoscopía en pacientes con baipás gástrico en contexto de colelitiasis asociada a coledocolitiasis tratado en nuestra institución, y, realizar una revisión narrativa de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan 3 casos clínicos a los cuales se les realizó un Rendezvous transgástrico asistido por laparoscopía en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública en los últimos 4 años.

RESULTADO: Caso 1: Paciente de 43 años, baipás gastrico realizado hace 3 años, hospitalizada por cólico coledociano. Scanner con vía biliar extrahepática dilatada e imagen sugerente de coledocolitiasis. Caso 2: Paciente femenina de 38 años, by-pass gástrico hace 2 años, ingresa con diagnóstico de colecistitis aguda e ictericia obstructiva. Caso 3: Paciente femenina de 51 años con antecedentes de HTA, DM2NIR, colecistectomia subtotal abierta hace 5 años, baipás gástrico laparoscopico hace 1 año, ingresa con diagnóstico de cólico coledociano demostrado por colangioresonancia, donde se evidencia vesícula biliar, dilatación de VBEH con defectos de llene en coledoco distal. En los tres casos se realizó colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria confirmando la coledocolitiasis. Concretando el rendezvous transgástrico laparoscópico. Evolucionando favorablemente, siendo dadas de alta al 2do, 3er y 2do día postoperatorio respectivamente.

CONCLUSIÓN: La elevada incidencia de colelitiasis post by-pass gástrico puede acompañarse de coledocolitiasis, lo que se transforma en un dilema en cuanto a la vía de abordaje para resolverla. El Rendezvous transgástrico es una alternativa segura y eficaz en estos casos, permitiendo además realizar la colecistectomía por vía laparoscópica, con todos los beneficios ya demostrados.

PANCREATITIS AGUDA BILIAR EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS: DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.

Moyano, Lía. Bonomo, Carolina. Muñoz, Eduardo. León, Jorge.

Hospital Luis Tisné

INTRODUCCIÓN: El *situs inversus* consiste en la transposición de estructuras anatómicas en plano sagital, siendo total cuando involucra la cavidad abdominal y torácica. Es infrecuente, asociado a herencia autosómica recesiva. Suele ser asintomático, pero cuando se presenta un cuadro agudo es un reto que requiere imágenes para la detección de este como para la patología concurrente. En la colecistitis aguda (CA), patología quirúrgica de alta frecuencia en nuestro país, el manejo laparoscópico es desafiante.

OBJETIVOS: Presentamos un paciente con *situs inversus totalis (SIT)* que consulta en nuestro centro por pancreatitis aguda biliar.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente sin antecedentes mórbidos, consulta por dos días de dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y sensación febril. Ingresa estable, afebril, con abdomen distendido, doloroso en hipocondrio izquierdo y epigastrio. Destacan Gb 16.24, PCR 25.5, FA 99, GGT 101, BT 0.99, lipasa 21. TAC: *colecistolitiasis* y signos sugerentes de pancreatitis aguda edematosa intersticial además de SIT. Ecografía abdominal con hallazgos compatibles, sin dilatación de vía biliar. Se hospitaliza para manejo. Evoluciona favorablemente a fluidoterapia y régimen cero, seguido de alimentación progresiva. Se realiza resonancia magnética para caracterización anatómica y planificación quirúrgica, evidenciándose pancreatitis aguda con presencia de necrosis peripancreática y trombosis parcial de vena porta. Manejo conservador con nuevo TAC, sin progresión ni repercusión clínica. Se decide alta con control clínico y colecistectomía laparoscópica diferida a 21 días, sin incidentes.

RESULTADO: El SIT es infrecuente y afecta aproximadamente a 1/10.000 individuos. Portadores tienen igual riesgo de colelitiasis que la población general y por tanto, de sus complicaciones. La sintomatología referida será inversa, dificultando el diagnóstico precoz. Existen reportes de procedimientos quirúrgicos, incluyendo la colecistectomía laparoscópica. Portadores de SIT con patología quirúrgica, se mantiene la indicación, sin embargo, se considera más laboriosa, debiendo tener consideración con variantes anatómicas y sus lesiones. Dado la dificultad técnica, el tiempo operatorio suele ser mayor. Se recomienda un cirujano laparoscopista experto y, la posición francesa, podría hacer más sencillo el procedimiento en cirujanos dado el cambio en la ubicación de trócares.

CONCLUSIÓN: El SIT es poco frecuente, usualmente no diagnosticado hasta que se presenta una intercurrencia. En Chile, existe alta prevalencia de patología biliar, donde en estos pacientes, el diagnóstico usualmente será imagenológico en conjunto con el hallazgo del SIT. La indicación de realizar una colecistectomía laparoscópica se mantiene. Es importante mantener los principios de una colecistectomía habitual para prevenir las complicaciones asociadas a su realización.

VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL.

Pia González Rojas, Marisol Noriel Valdés, Catalina Lagos Avalos, Nicolás Carrasco Saavedra, Jorge Barraza Ossandón, Daniel Montaño Socarras, Álvaro Mendoza Fernández

Hospital Félix Bulnes

INTRODUCCIÓN: El vólvulo de intestino delgado en el adulto es extremadamente infrecuente, representa el 0.5-2.5% de los casos de obstrucción intestinal. Consiste en la torsión anormal del intestino delgado alrededor del eje de su propio mesenterio, produciendo una obstrucción mecánica del intestino. Por otro lado, el síndrome compartimental abdominal (SCA), comprendido como una disfunción orgánica causada por el aumento de la presión intraabdominal sobre 12 mmHg, suele ser una complicación con bajo índice de sospecha, pero con una alta mortalidad asociada. Se ha reportado en 4-12% de los pacientes críticamente enfermos y requiere manejo activo y precoz para mejorar la sobrevida de cada caso.

OBJETIVOS: Describir la presentación infrecuente del vólvulo de intestino delgado como causa de síndrome compartimental abdominal. Además, hay que destacar la importancia de su diagnóstico y manejo quirúrgico precoz para prevenir su alta mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico y de literatura nacional e internacional, además de bases de datos y revistas indexadas científicas junto con una descripción retrospectiva del manejo quirúrgico realizado.

RESULTADO: Se describe caso de paciente de 22 años con antecedentes de artrogriposis bilateral, deterioro cognitivo severo y laparotomía exploradora previa por obstrucción intestinal, que consulta en Servicio de Urgencias por distensión abdominal franca de 9 horas de evolución, asociado a dolor abdominal intenso y ausencia de deposiciones hace 1 semana. Ingresa hemodinámicamente inestable, con signos inequívocos de shock asociado a acidosis mixta e insuficiencia respiratoria global. Al examen físico destaca abdomen a tensión, doloroso a la palpación difusa, con percusión timpánica, signos de irritación peritoneal y silencio abdominal. En radiografía de tórax y abdomen portátil se evidencia dilatación severa de asas de colon sin neumoperitoneo asociado. En vista de obstrucción intestinal asociado a síndrome compartimental abdominal, se decide laparotomía exploradora de urgencias. Se evidencia gran dilatación de intestino delgado y colon debido a malrotación de asas intestinales sobre meso, asociado a trombosis de vasos mesentéricos, con perforación espontánea y abrupta de tercio medio de íleon, que se reseca dejando cabos abandonados y laparotomía contenida con bolsa de Bogotá. En contexto de shock refractario a volumen y drogas vasoactivas, paciente fallece posterior a acto quirúrgico.

CONCLUSIÓN: El vólvulo de intestino delgado es una patología infrecuente en el adulto que debe ser reconocida y manejada precozmente para disminuir la morbimortalidad asociada. Adicionalmente, el SCA debe tener alto índice de sospecha para un diagnóstico y manejo oportuno para mejorar la sobrevida del paciente.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL: REPORTE DE CASO

Montserrat Chávez, Javier Palominos, Arturo Madrid, Daniel Rappoport.

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: Los ganglioneuromas son tumores benignos, de lento crecimiento e infrecuentes, representando 1-2% de los tumores retroperitoneales. Se originan de los ganglios simpáticos y pueden alcanzar grandes tamaños con invasión de estructuras nobles. Su presentación clínica suele estar dada por síntomas compresivos; siendo una causa inusual de obstrucción intestinal (OI).

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente que debutó con OI por un ganglioneuroma retroperitoneal con invasión a vena cava inferior (VCI) y vértebras lumbares.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.

RESULTADO: Paciente de género masculino, de 26 años, cursa con cuadro de obstrucción intestinal. Se realiza tomografía computada (TC), evidenciándose tumor retroperitoneal. Se decide manejo médico, con buena respuesta, mientras se completa estudio con objetivo de realizar una adecuada planificación quirúrgica. Se realiza resonancia magnética, observándose proceso expansivo retroperitoneal, de 12x6cm, de distribución prevertebral anterolateral derecha desde L2 a L5, heterogénea, sin evidencia de extensión intrarraquídea, dependiente de la cadena simpática. Se realiza biopsia trucut, obteniéndose hallazgos compatibles con ganglioneuroma. Se programa cirugía. Inicialmente abordado por urología, se instala catéter ureteral. Luego se realiza laparotomía media, maniobra de Cattel-Braasch para exposición de retroperitoneo. Se observa tumor de 12cm, adherido a planos profundos, psoas y columna vertebral por posterior y a VCI por anterior. Se mantiene neuromonitorización durante la intervención. Se logra plano de clivaje con vértebras lumbares y VCI, con control vascular exitoso de ramas colaterales. Se logra exéresis exitosa de tumor, observándose mejoría de potencial safeno en el monitoreo electrofisiológico. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones en el postoperatorio. Biopsia definitiva confirma ganglioneuroma.

CONCLUSIÓN: La OI es un cuadro extremadamente frecuente en los servicios de urgencia. Sin embargo, éste disminuye en población joven, siendo importante el plantearse diagnósticos menos frecuentes. Los ganglioneuromas son tumores bien diferenciados cuyo tratamiento es la escisión quirúrgica. Dado su gran tamaño, pueden causar síntomas compresivos como en el presente caso. Además, se debe poner gran cuidado al abordaje quirúrgico, como en esta oportunidad, en que se encontraba firmemente adherido a la VCI y columna, requiriendo la intervención de múltiples especialistas.

LINFOMA DE CÉLULAS B DE ALTO GRADO ASOCIADA A PERITONITIS POR PERFORACIÓN DE ASA DELGADA.

Martinez Andrea, Scholz Lourdes, Ferreira Jesus, Martinez Marcelo

Hospital de Clinicas, Paraguay

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los Linfoma no Hodgkin (LNH) son de células B (90%) de grado intermedio o alto. Constituyen entre el 15 y 20% del total de tumores malignos de intestino delgado.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con el diagnóstico de Linfoma de células B complicada con peritonitis aguda por perforación de asa delgada

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADO: Mujer de 35 años acude por dificultad respiratoria, 2 meses de sensación febril, pérdida de peso, adenopatías y tumoración cervical, presenta dolor abdominal acompañado de náuseas y vómitos. TAC c/c: Tumoración mediastinal anterior, asociada a adenopatías mediastinales y cervical. Secundarismo suprarrenal; derrame pleural bilateral y pericárdico. Acto quirúrgico: Resección y anastomosis termino terminal yeyuno yeyunal. Anat. Pat.: Neoplásica linfoide de tipo difuso. Ihq: LCA, CD79a y PAX-5 +. Linfoma tipo B de alto índice de proliferación. Ki-67 Evolución: Durante internación taponamiento cardiaco en 2 oportunidades, se realizó 1ª pericardioscentesis percutánea y 2ª Ventana pericárdica y toma de biopsia Ingresa a UCI, presenta peritonitis por perforación de víscera hueca espontanea en 2 oportunidades. Presenta shock mixto, asistolia y se declara óbito.

CONCLUSIÓN: La cirugía es el pilar central del tratamiento, y consiste en la resección quirúrgica del segmento de intestino delgado, posteriormente radioterapia y/o quimioterapia.

CARACTERIZACIÓN DE LAS RE-OPERACIONES POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE ENTRE 2018-2021

Tania Avayú, Deycies Gaete, Tomás González, Valentina Nuñez, Paula León, Manuel Figueroa, Antonella Sanguineti

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoscópica como abordaje mínimamente invasivo es ampliamente conocida por sus ventajas. Sin embargo, existe escasa literatura acerca de su rol en reintervenciones quirúrgicas.

OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es describir las características generales de las reoperaciones por vía laparoscópica realizadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes reoperados vía laparoscópica entre el 01 enero del 2018 y el 31 diciembre del 2021 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se excluyen pacientes operados con técnica abierta inicialmente. La base de datos se obtiene de la Ficha Clínica Electrónica. El análisis estadístico descriptivo se realiza con STATA-16.

RESULTADO: Entre enero del 2018 y diciembre del 2021 se reoperaron 36 pacientes por vía laparoscópica de un total de 1305 reoperaciones, correspondiendo a 2,76%. Dentro de las características de la cohorte destacan; predominio del sexo femenino, 66,7% (24), mediana de edad 58 años [rango 21-80], mayoría de los pacientes con antecedente de cirugía abdominal previa, 66,7% (24), siendo obesos el 27,8% (10). Las cirugías índices corresponden a 44,4% de digestivo alto y un 55,6% de digestivo bajo. Las principales cirugías índices son: Colectomía segmentaria (38,9%), Apendicectomía (13,9%), Colecistectomía (13,9%), Cirugía Antirreflujo y/o Hernioplastia Hiatal (13,9%), Bypass gástrico Y-Roux (8,3%), Gastrectomía vertical (2,8%), Adherenciolisis (2,8%), Hepatectomía segmentaria (2,8%) y Gastrectomía total (2,8%). El 5,6% (2) de las cirugías fueron realizadas durante la madrugada y sólo 1 en fin de semana. Las principales complicaciones fueron: perforación intestinal (27,8%), filtración de anastomosis (25%), obstrucción intestinal (19,4%), hemoperitoneo (13,9%), colección intraabdominal (8,3%), lesión de vía biliar (2,8%). La mediana del día del diagnóstico de la complicación fue al cuarto día postoperatorio [rango 0-18], con medianas de; glóbulos blancos/ml 10680 [1790-24690] y Proteína C Reactiva(mg/dl) de 200 [5-539]. Se convirtieron a cirugía abierta el 8,8% (3), y presentaron complicación quirúrgica de la reoperación el 33%(12), de las cuales la mitad necesitó una tercera reintervención. La mediana de estadía hospitalaria fue de 13 días [4-42]. Las complicaciones mayores a 30 días (Clavien-Dindo>III) corresponden a 27,7% (10 pacientes) con una mortalidad a los 30 días de 11,1% (4 pacientes).

CONCLUSIÓN: Las publicaciones relacionadas suelen concentrarse en cirugías y/o patologías específicas, siendo aún más escasa la evidencia que englobe los resultados de reintervenciones laparoscópicas a nivel global. La evidencia tiende a avalar la efectividad y consiguientes beneficios del abordaje laparoscópico aún en reintervenciones quirúrgicas.

HERNIA DE GARENGEOT CON APENDICITIS AGUDA: REPORTE DE UN CASO

Ibáñez Diaz Matías, Suarez Javiera, Alcazar Carett Ruben

Hospital Felix Bulnes

INTRODUCCIÓN: La Hernia de Garengeot fue descrita por primera vez en 1731 y corresponde a una hernia crural que contiene el apéndice cecal en su saco. El hallazgo del apéndice dentro del canal femoral es un hallazgo infrecuente y se presenta en el 0.9 % de las hernias femorales. La presencia de apendicitis dentro del canal femoral es una rareza, representando del 0.13 a 0.8% de todos los casos de apendicitis aguda. Se presenta un caso clínico con la descripción del cuadro clínico y el tratamiento quirúrgico realizado.

OBJETIVOS: Describir caso clínico de paciente masculino con hernia de Garengeot, cuadro clínico de presentación, tratamiento y seguimiento post operatorio.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de un hombre de 81 años, admitido en urgencias con diagnóstico de hernia inguinal derecha complicada. Se solicita de forma ambulatoria ecotomografía inguinal la que informa lesión sólido-líquida que aumenta levemente con la maniobra de Valsalva, que no se reduce con la compresión, se describe como directa y que tiene un anillo herniario de 12 mm. Dado hallazgo se realizó una laparotomía exploradora encontrando una hernia femoral derecha que contenía el apéndice cecal en su saco. Se realizó apendicectomía, reducción de la hernia y cierre del canal femoral con malla de propileno. El paciente evolucionó de forma satisfactoria dado de alta al segundo día post operatorio.

RESULTADO: Paciente de sexo masculino de 81 años de edad con antecedentes de HTA, DM2NIR y ACV secuelado con hemiparesia derecha. Consulta en el Servicio de Urgencia por presentar aumento de volumen de más de dos semanas de evolución en región inguinal derecha asociado a dolor hace 48 hrs. y fiebre. Niega vómitos o ausencia de deposiciones. Al examen físico se constata abdomen ligeramente distendido con aumento de volumen en región inguinal derecha irreductible con dolor a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal ni cambios de coloración. Se solicitan exámenes de laboratorio los cuales se encuentran dentro de rangos normales y una ecotomografía inguinal la cual informa masa compleja en región inguinal derecha, sólido líquida que aumenta levemente con la maniobra de Valsalva, que no se reduce con la compresión, impresiona hernia inguinal directa y que tiene un anillo herniario de 12 mm. En este contexto se decide resolución quirúrgica. Se realiza abordaje mediante incisión oblicua derecha entre espina iliaca anterosuperior y pubis de 8 cm aproximadamente, identificación e individualización de hernia crural, apertura de saco herniario y disección de contenido. Se evidencia hernia crural con anillo de 3 cm en su diámetro mayor, saco herniario de 8 x 4 cm con contenido de apéndice cecal isquémico de base sana con salida de líquido inflamatorio. Se realiza apendicectomía, resección parcial de saco herniario y ligadura tipo jareta de este Instalación de malla Prolene tipo cono a anillo crural. Paciente evoluciona satisfactoriamente egresando a las 48 hrs. post operatorias.

CONCLUSIÓN: La hernia de Garengeot es una patología de baja frecuencia de presentación y habitualmente se manifiesta por dolor y aumento de volumen inguinal. El diagnóstico no siempre se logra establecer con el estudio de imagen preoperatorio a pesar de contar con varias herramientas en la actualidad siendo la sospecha clínica un elemento importante. El tratamiento es quirúrgico y el principal factor determinante para el uso de material protésico en el cierre del defecto es el grado de contaminación además del tiempo de evolución relacionado con el proceso inflamatorio lo que determina el abordaje quirúrgico y tipo de plastia a realizar.

FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE UNA COLECISTECTOMÍA ELECTIVA: REPORTE DE UN CASO

Isidora Burgos G. (1), Guillermo Pérez P. (2), Francisca Palacios D.(3), Emily Osse M. (3), Felipe García F. (2), Daniela Parra E. (2)

Hospital Felix Bulnes Cerda

INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica tiene una tasa de complicación global cercana al 2,6-3% y tasas de conversión cercanas al 5-10%, cuya principal indicación es la dificultad para aislar estructuras. Las complicaciones más temidas son relacionadas al sangrado y lesión de vía biliar, aunque el riesgo de lesión intestinal inadvertida es inherente a cualquier cirugía mayor abdominal, mayoritariamente en pacientes con síndrome adherencial. Por otro lado, la fascitis necrotizante de pared abdominal corresponde a una entidad poco frecuente, pero de extrema gravedad, secundaria a una infección rápidamente progresiva de la fascia, con la consecuente necrosis del tejido subcutáneo. Se presenta el caso de un paciente de 79 años que evolucionó con una fascitis necrotizante de pared abdominal secundario a una perforación intestinal inadvertida, como complicación de una colecistectomía laparoscópica convertida en un paciente con síndrome adherencial severo.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con Fascitis Necrotizante abdominal como complicación de colecistectomía laparoscópica convertida.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente con síndrome adherencial severo sometido a colecistectomía laparoscópica electiva, complicada en postoperatorio con fascitis necrotizante de pared abdominal.

RESULTADO: Paciente masculino de 79 años, antecedentes de daño hepático crónico Child A, enfermedad de Parkinson, peritonitis apendicular operada y colelitiasis, se somete a colecistectomía laparoscópica electiva + colangiografía intraoperatoria. Al acceder a cavidad con neumoperitoneo abierto se evidencia síndrome adherencial severo por lo que se decide conversión a laparotomía Kocher. Se realiza adherenciolisis laboriosa y colangiografía que evidencia coledocolitiasis. En el intraoperatorio se describe deserosamiento aislado de asa de delgado, manejado con rafia. Se realiza ERCP guiada sin incidentes. Revisión reglada no evidencia lesiones intestinales. Paciente evoluciona al tercer día post operatorio con salida de líquido intestinal por herida operatoria, por lo que se decide reintervenir. Se realiza laparotomía exploradora donde se evidencia peritonitis localizada asociada a enterotomía puntiforme en yeyuno, manejado con rafia y parche de epiplón, además de salida de contenido intestinal por heridas disecando espacio supraaponeurótico con contaminación de tejido celular subcutáneo. Se realiza desbridamiento amplio de tejido subcutáneo contaminado peri-incisiones. Evoluciona a la mejoría. Al tercer día post operatorio presenta compromiso neurológico, taquicardia y extensa celulitis de pared abdominal, evolucionando con shock séptico. Se decide reintervenir, evidenciando extensa fascitis necrotizante de pared abdominal. Se realiza escarectomía amplia hasta tejido vital, con gran defecto de cobertura secundario. Evoluciona con mejoría clínica, con disminución progresiva de parámetros inflamatorios y estabilidad hemodinámica. Posteriormente, se realiza cierre parcial con colgajos de avance y cobertura de defecto residual con injerto. Presenta evolución clínica favorable con la consecuente alta a domicilio.

CONCLUSIÓN: Los pacientes añosos y con comorbilidades son un grupo de riesgo para presentar complicaciones post operatorias poco frecuentes y de mayor gravedad, con evoluciones tórpidas poco predecibles. La colecistectomía laparoscópica es una cirugía segura, aunque no carece de complicaciones, La tasa de conversión es cercana al 10% siendo la dificultad para identificar estructuras y las adherencias las causas más frecuentes. En pacientes con síndrome adherencial, las perforaciones intestinales inadvertidas son una complicación conocida, aunque las consecuencias de éstas pueden ser inusuales. La fascitis necrotizante es una complicación quirúrgica inusual pero potencialmente letal, siendo una emergencia quirúrgica. La presentación puede ser inespecífica, siendo fundamental un diagnóstico precoz, manejo inicial agresivo, soporte vital, antibioticoterapia de amplio espectro y por, sobre todo, debridamiento quirúrgico precoz.

GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL, REPORTE DE CASO

Andrea Barreda Aranda, Nicole Díaz Acuña, Ignacio Miranda Castillo, Carlos Esperguel Galaz, Roberto Rodríguez Poblete, Joaquin Bravo Casanova

Hospital clínico San borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: Los tumores retroperitoneales tienen una amplia variedad de diagnósticos diferenciales, incluyendo tumores del sistema nervioso como los ganglioneuromas. Estos últimos son extremadamente raros, con una incidencia de aproximadamente uno en un millón de casos, y se caracterizan por su naturaleza benigna y crecimiento gradual. Son tumores derivados de las células embriológicas de la cresta neural que dan origen al tronco simpático. Histológicamente, estos tumores están compuestos por células de Schwann maduras, células ganglionares y fibras nerviosas. Durante años, la actitud terapéutica consistía en realizar un seguimiento radiológico debido a su naturaleza benigna y su bajo riesgo de metástasis. Sin embargo, se han encontrado hasta en 25% células poco diferenciadas, lo que ha llevado a recomendar el abordaje quirúrgico y un seguimiento radiológico estricto.

OBJETIVOS: Presentar el caso de paciente con un Ganglioneuroma retroperitoneal manejado de manera quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de la ficha clínica de un caso intervenido en Hospital Clínico San Borja Arriarán y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente femenina de 24 años con cuadro de 3 años de lumbago recurrente. Hace 1 año se asoció a astenia, adinamia, mayor somnolencia y dolor hipogástrico ocasional. Niega baja de peso u otra sintomatología. Dentro de este contexto se solicitó estudio, donde destacó tomografía computada, que evidenció, adenopatías retroperitoneales de hasta 14 x 15mm pariaórtica izquierda. Tejido hipodenso peri aórtico 3.9 x 3.5 cm. Se realizó biopsia rápida laparoscópica que informó hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con ganglioneuroma. Se decide resección quirúrgica, destacando como hallazgos intraoperatorios un doble sistema venoso y arterial renal izquierdo con tumor en íntimo contacto con dichas estructuras. Se logró resecar lesión respetando estructuras vasculares. Biopsia informó fragmentos de ganglioneuroma, con conglomerado ganglionar linfático con focos de entre 0.6 y 2.3 cm de ganglioneuroma (estroma Schwaniano dominante), con extensión extraganglionar extensa. Inmunohistoquímica destacó positivo para S100, sinaptofisina y cromogranina en células ganglionares y en estroma positivo para S100 y vimentina. Pancitoqueratina con marcación en citoplasma células ganglionares. Borde quirúrgico en contacto. Sin evidencias de angioinvasión ni invasión perineural.

CONCLUSIÓN: El ganglioneuroma se debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de tumores retroperitoneales. Es un tumor benigno, de crecimiento lento, generalmente diagnosticado incidentalmente por imágenes o debido a síntomas asociados a compresión. Su tratamiento es quirúrgico y se debe seguir con imágenes.

LINFOMA DE BURKITT DE LOCALIZACIÓN ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO.

Alejandro Tallar Navarro, Javiera Campos Moran, Camila Sotomayor Ledezma, Ricardo Bahamondes Asencio
Hospital San José de Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN: El linfoma de Burkitt es un tipo de Linfoma no Hodking, de frecuente localización abdominal. Aunque el tratamiento de elección es la quimioterapia, existe controversia sobre el papel que debe jugar la cirugía, especialmente en aquellos casos en los cuales el diagnóstico se establece durante una laparotomía exploradora.

OBJETIVOS: Reporte de un caso clínico de Linfoma de Burkitt de localización abdominal como hallazgo de una laparotomía exploradora por sospecha de apendicitis aguda y realizar revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica de un paciente masculino de 32 años y revisión de la literatura utilizando Pubmed.

RESULTADO: Paciente masculino, 32 años, nacionalidad colombiana, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos. Consulta en servicio de urgencias de Hospital San José de Santiago de Chile por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, asociado a náuseas, vómitos y sensación febril. Al examen físico destaca taquicardia, sensibilidad en fosa iliaca derecha y Blumberg (+). Exámenes de laboratorio destacan PCR 150 mg/dl y GB 14.820 /mm3. Estudio imagenológico con TC de abdomen y pelvis con contraste informa apéndice cecal de 12 mm de diámetro con apendicolito en su interior, asociado a colección en fosa iliaca derecha de 61 x 30 mm. Además, se visualiza imagen hipodensa con realce parietal en la raíz del mesenterio de 74 x 52 mm, sin otros hallazgos patológicos. Se decide realizar laparotomía exploradora, evidenciando un conglomerado de asas de íleon en fosa iliaca derecha firmemente adheridas entre sí, a 10 cm de la válvula ileocecal, asociado a múltiples adenopatías del mesenterio intestinal y un tumor de la raíz del mesenterio de 7 x 5 cm. Apéndice vermiforme catarral con base sana. Se decide realizar resección de conglomerado de asas de íleon con anastomosis íleo-ileal termino terminal manual, apendicectomía y biopsia de tumor de raíz de mesenterio. El paciente evoluciona favorablemente del punto de vista quirúrgico. Resultado de biopsia de íleon y raíz de mesenterio compatibles con Linfoma de Burkitt. Paciente es derivado a la unidad de Oncología para continuar con su tratamiento.

CONCLUSIÓN: En el Linfoma de Burkitt de localización abdominal es razonable terminar la cirugía sólo con una toma de tejido para biopsia, cuando no existen complicaciones quirúrgicas como sangrado, perforación intestinal o procesos inflamatorios, pero cuando existen es imprescindible realizar un adecuado manejo quirúrgico.

INVAGINACION COLO-COLONICA SECUNDARIO A MUCOCELE EN ADULTO, REPORTE DE CASO CLÍNICO.

P. Cárdenas, P. Leyton, V. Fernandez, I.Urzua, C. Saavedra, R. Rojas, V.Madrid, G.Vitali, V. Saavedra

Hospital Libertador Bernardo O´Higgins

INTRODUCCIÓN: La invaginación ocurre cuando un segmento, principalmente distal del intestino, se desliza sobre un segmento adyacente que puede generar síntomas de obstrucción intestinal. Este suceso, a su vez, puede presentarse en intestino delgado como colón, siendo un evento poco frecuente en adultos observándose más en lactantes. En adultos genera el 1% de las obstrucciones intestinales la mayoría teniendo una causa subyacente principalmente benigna.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico en la literatura medica

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó el caso de una paciente en conjunto a búsqueda bibliográfica

RESULTADO: Paciente de 35 años de sexo femenino consulta por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho con mala respuesta a tratamiento médico, asociado signos de irritación peritoneal y elevación de parámetros inflamatorios. Se solicitó tomografía axial computarizada cuyo informe describe invaginación colo-colónica que compromete colon derecho y transverso con imagen tubular a nivel del ángulo esplénico del colon. Se realizó laparotomía exploradora evidenciando invaginación que se reduce visualizando en su interior apéndice cecal y colon derecho. Apéndice cecal dilatado de hasta 4 cm con gran masa en su interior. Se realizó hemicolectomía derecha extremidad con transverso anastomosis. Biopsia diferida informó mucocele apendicular.

CONCLUSIÓN: La invaginación intestinal es una patología poco frecuente que suele ser más prevalente durante la infancia. La invaginación apendicular suele ser una de las causas benignas de la invaginación intestinal. Debido a su clínica inespecífica su diagnóstico es difícil de realizar, por lo que requiere una amplia sospecha diagnóstica. Su tratamiento no está del todo descrito sin embargo la correcta sospecha y solicitud de imágenes y estudios complementarios para realizar un diagnóstico precoz permite una intervención quirúrgica rápida y adecuada, disminuyendo las complicaciones e impacto en la calidad de vida de la persona.

HERNIA DE AMYAND COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN INTRAOPERATORIO DURANTE REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE CASO.

Pablo González B., Antonio Mercandino S., Rodrigo Godoy B., Ivania Carrera P., Javiera Bravo T., Patricia Varas B., Patricio Toro E., Ivan Vergara H.

Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama

INTRODUCCIÓN: La hernia de Amyand (HA) es una patología infrecuente que comprende hasta un 1% de los casos de hernias inguinales, en la que el contenido del saco herniario resulta ser el apéndice cecal. Es de difícil diagnóstico, ya que, generalmente no cursa con manifestaciones clínicas, por lo que diagnosticarla en el preoperatorio es excepcional. Para evidenciar el contenido del saco herniario, la Tomografía Axial Computarizada es el examen ideal, sin embargo, el diagnóstico suele ser por ecografía o intraoperatorio ante la sospecha de complicaciones. Es por esto que la HA suele ser un hallazgo incidental en el intraoperatorio de hernioplastia inguinal. Dentro de las complicaciones de esta patología se encuentra la apendicitis, la cual es un hallazgo aún más extraño, con una incidencia de 0,07 - 0,13%. Como toda hernia, su resolución es quirúrgica y el estudio por imágenes puede ser un apoyo fundamental para detectarla ante la sospecha, pero no es el escenario habitual.

OBJETIVOS: Presentar un video de HA como hallazgo intraoperatorio durante hernioplastia inguinal transabdominal preperitoneal (TAPP) electiva por hernia inguinal derecha.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente masculino de 47 años, sin antecedentes mórbidos ni cirugías previas, derivado por hernia inguinal derecha por hallazgo clínico, sin ecografía preoperatoria. Candidato a resolución por vía laparoscópica, se realiza TAPP inguinal en el cual se aprecia hernia inguinal derecha directa, llamando la atención una disección laboriosa del espacio preperitoneal en relación con orificio inguinal profundo (OIP) secundario a fibrosis local. Luego de laboriosa disección de OIP y elementos de cordón se identifica hernia inguinal indirecta con contenido que corresponde al apéndice cecal el cual se libera hasta su base, se aísla e individualiza el apéndice y se realiza apendicectomía, luego se instala malla ProGrip cubriendo todo el orificio miopectíneo, sin incidentes. Paciente dado de alta a las 24 horas postcirugía, en buenas condiciones. Control postoperatorio en policlínico sin signos de complicación ni evidencia de recidiva herniaria. Biopsia diferida compatible con apéndice cecal con signos sugerentes de apendicitis crónica.

NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO, REPORTE DE UN CASO

Rocío Bermúdez D., Cristian Gallegos C., José Rodríguez R.

Clinica Davila, Universidad Diego Portales

INTRODUCCIÓN: El neumoperitoneo se define como la presencia anómala de aire dentro de la cavidad peritoneal o abdominal. En la mayoría de los casos (90%), esto suele requerir una intervención quirúrgica urgente debido a la perforación gastrointestinal aguda. Sin embargo, aproximadamente el 10% de los casos de neumoperitoneo tienen una causa diferente y no requieren cirugía. Algunas de las causas no quirúrgicas pueden estar relacionadas con ejercicios de posición de rodillas en el pecho, enfermedad inflamatoria pélvica, procedimientos de examen ginecológico, lavado e insuflación vaginal o actividades sexuales, debido a una mayor apertura y experimentación en ésta última. Es importante tener en cuenta la historia médica al abordar casos de neumoperitoneo atípico especialmente en mujeres sexualmente activas.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico poco frecuente y poco reportado en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 18 años de edad, sin antecedentes mórbidos, destacando como dato la práctica de relaciones sexuales en días previos. Que ingresa al servicio de urgencias por presentar un cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado por dolor de moderada intensidad en hemitórax inferior derecho, con tope inspiratorio, que se irradia hacia hombros y flanco izquierdo. Exs de laboratorio destaca leve anemia, TC tórax y abdomen evidencia leve neumoperitoneo supra e inframesocolico, perihepático, periesplénico y en ligamento gastrohepático y hepatoduodenal, sin evidencia de una disrupción parietal del tracto digestivo. Dolor cede completamente posterior a la administración de analgésicos, siendo hospitalizada para observación. TC de control 48h después, con disminución del neumoperitoneo en forma significativa.

RESULTADO: Paciente con evolución favorable durante su hospitalización, con cese del cuadro clínico, por lo que es dada de alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El neumoperitoneo espontáneo, debe ser un diagnóstico diferencial dentro del estudio del dolor abdominal sin causas patognomónicas claras, especialmente en pacientes de sexo femenino. Disminuyendo así procedimientos invasivos innecesarios.

APENDICITIS AGUDA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javiera Campos M, Alejandro Tallar N, Ricardo Bahamondes A., Camila Sotomayor L

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda como causa de obstrucción intestinal suele presentarse como resultado de adherencias por inflamación periapendicular. Es infrecuente y la mayoría de sus referencias están en los s.XIX y principios del s.XX, estando escasamente publicada en la literatura actual, debido a que el abordaje tecnológico del dolor abdominal ha disminuido el diagnóstico erróneo y tardío de apendicitis, y la mayoría de los pacientes son operados precozmente. Quizás en parte por aquello, esta forma de presentación de apendicitis no suele ser ampliamente identificada, lo que podría generar retrasos en el diagnóstico correcto e inicio del tratamiento.

OBJETIVOS: Reportar caso de paciente con obstrucción intestinal consecuencia de apendicitis aguda y realizar revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica del paciente y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente de 74 años, consulta en urgencias por 6 días sin deposiciones, dolor abdominal difuso y vómitos fecaloideos. Al examen físico: dolor en fosa iliaca derecha (FID), sin irritación peritoneal. Exámenes ingreso: GB 22.000, PCR 204. TC AP c/contraste: proceso inflamatorio FID, con colección, probablemente de origen apendicular, acompañada de dilatación patológica de intestino delgado. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando plastrón apendicular abscedado, apéndice parcialmente digerido y base comprometida. Además, inflamación en íleon terminal por contigüidad y adherencias, lo que determina dilatación patológica intestino delgado a proximal. Aseo con solución fisiológica y liberación de adherencias comprobando desobstrucción, cierre de ciego con Endo GIA y resección de restos de apéndice parcialmente digerido. 2 drenajes. El paciente evoluciona inicialmente con shock séptico requiriendo drogas vasoactivas y oxígeno. Posteriormente, hemodinamia autosostenida y parámetros inflamatorios a la baja y destete de oxígeno, por lo que es dado de alta.

CONCLUSIÓN: Publicaciones del s.XIX reportan que la obstrucción intestinal asociada a apendicitis tenía incidencia de 2,6-4%. En el s.XX la incidencia disminuyó a <1%. La apendicitis puede asociarse a diversos grados de distensión intestinal, resultado de íleo adinámico o de obstrucción mecánica; y con frecuencia, la clínica de la obstrucción oscurece la de apendicitis, llevando a errores diagnósticos. Se presenta característicamente en pacientes masculinos ancianos con apendicitis perforada >48 h desde el inicio de síntomas y con parámetros inflamatorios elevados comparados con pacientes con apendicitis no perforada y perforada sin obstrucción. Si bien la incidencia de este cuadro ha disminuido, aun así, tiene frecuencia suficiente para que muchos cirujanos enfrenten este problema durante su vida quirúrgica.

CIRUGÍA DE MAMA

MASA MAMARIA POR CARCINOMA DE PIEL: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO.

Luymar Petit G, Jeanette Coronado M. Norma Villalón C, María Sánchez S, Francisca Lopez B, Sergio Ahumada F, Matias Campos V, Alejandro Iglesias M.

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: El cáncer escamoso de piel como presentación única en mama es una entidad poco común, representa menos del 0,1% de todos los cánceres de mama. El diagnóstico se establece por estudios histológicos y cuando se excluyen metástasis de primario.

OBJETIVOS: Presentar caso de paciente que debuta con clínica de cáncer de mama, pero al realizar estudio anatomopatológico, resulta ser un cáncer primario de piel.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión ficha clínica, imágenes y protocolo operatorio del caso. Revisión bibliográfica.

RESULTADO: Mujer de 67años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 no insulinorequiriente. Consulta en unidad patología mamaria, por cuadro de 2 meses de evolución, caracterizado por autopalpación de tumor en mama izquierda (MI), de crecimiento progresivo. Al examen físico: masa MI de 8 x 7 cm, asociada a edema, eritema, aumento de temperatura local y ulcera cutánea, conglomerado axilar ipsilateral, fijo. Mamografía bilateral: nódulo en unión de cuadrantes externos (UCE) de MI, 4 cm, BIRADS 5. Ecografía mamaria: nódulo en cuadrante inferior externo (CIE) de MI, 4 cm, engrosamiento cutáneo asociado, sugerente de linfangitis carcinomatosa. Tres adenopatías axilares izquierdas sospechosas, BIRADS 5. Biopsia core: carcinoma escamoso, moderadamente diferenciado, queratinizante infiltrante, triple negativo, con Ki67 40%. Etapificación negativa para metástasis. Evaluada en comité oncológico, se decide Radioterapia y quimioterapia neoadyuvantes. Completa ambas, con respuesta parcial. Posteriormente se realiza mastectomía radical modificada izquierda + colgajo fascio - cutáneo toracoabdominal. Biopsia de pieza quirúrgica: carcinoma escamoso queratinizante ulcerado, moderadamente diferenciado, 7 x 6 cm, bordes quirúrgicos negativos. Axila izquierda con foco de carcinoma poco diferenciado en tejido fibroadiposo, de 2mm y 9 linfonodos libres de neoplasia. Se representa en comité oncológico, se decide seguimiento. Paciente actualmente se mantiene en controles por equipo de unidad patología mamaria.

CONCLUSIÓN: El cáncer de piel es una patología con alta incidencia a nivel mundial, sin embargo, su presentación inicial como tumor en mama es infrecuente. En este caso clínico, su debut fue como un cáncer de mama, localmente avanzado, y con características de un subtipo inflamatorio. Luego de realizado el manejo, con la biopsia operatoria, se pudo establecer el diagnóstico definitivo. Actualmente no existe un manejo estándar para estos casos, debido a escasos estudios.

LOXOSCELISMO CUTÁNEO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA MAMARIA; REPORTE DE UN CASO

Daniela Heim D, Dominique Krauss S, Nissell Quiroz S, Maria Mañana De T, Juan Pablo Sorolla Parker

Universidad de los Andes, Hospital Militar de Santiago

INTRODUCCIÓN: Un cuadro inflamatorio mamario se manifiesta como eritema, dolor y calor local, lo cual abarca una amplia variedad de patologías tales como tumores, infecciones, reacciones alérgicas y picadura de insectos. Para el diagnóstico es imprescindible realizar una exhaustiva historia clínica y examen físico. La mordedura de la *Loxosceles laeta* produce una amplia variedad de manifestaciones que van desde cutáneos a sistémicos. El loxoscelismo cutáneo se caracteriza por lesión con halo eritematoso, hiperálgica asociado o no a absceso subcutáneo, que evoluciona con placa necrótica. La localización más frecuente es en extremidades, siendo escasos los casos reportados en mamas. En este reporte se evidencia cuadro de Loxoscelismo mamario cutáneo con diagnóstico retrospectivo, con la finalidad de considerarla dentro los diagnósticos diferenciales de patología inflamatoria mamaria.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Paciente femenina 53 años con antecedentes de hipertensión, hipotiroidismo y reducción mamaria. Consulta por aumento de volumen periareolar izquierdo asociado a eritema y alteraciones en piel. Se solicita ecografía partes blandas que informa celulitis de mama derecha en relación con imagen quística retroareolar. Se indica tratamiento antibiótico ambulatorio, pero evoluciona tórpidamente, por lo que reconsulta, donde evidencia placa necrótica periareolar, bajo la cual se palpa masa fluctuante compatible con absceso. Se hospitaliza para iniciar antibióticos endovenosos, con sospecha de mastitis granulomatosa abscedada. Se evalúa en reunión clínica donde se diagnostica retrospectivamente loxoscelismo cutáneo, por lo que se inicia manejo con prednisona por 2 semanas, con resolución del cuadro en casi su totalidad, siendo afectada únicamente por pequeña cicatriz residual.

RESULTADO: DISCUSIÓN El diagnóstico diferencial de la patología inflamatoria mamaria encontramos la mastitis puerperal y no puerperal, tumores, infecciones, necrosis grasa y picaduras de insectos. La mastitis granulomatosa presenta clínica compatible con la expuesta en el caso, por lo cual fue la primera sospecha diagnóstica. Pero lo atípico en el cuadro fue la hiperalgesia asociada, generando la sospecha de loxoscelismo mamario cutáneo, lo cual se confirmó con la progresión de la lesión a placa necrótica abscedada según lo descrito en la literatura. Es muy importante sospechar este cuadro en una zona endémica como es Chile, ya que su manejo será muy dispar a las otras patologías inflamatorias de mama.

CONCLUSIÓN:.

“PEMBROLIZUMAB ASOCIADO A QUIMIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO TEMPRANO: EXPERIENCIA CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO”

Pablo Repullo S., Jamile Camacho N., Carolina Barriga Sch., Pía Pincheira T., Juan Cristóbal Celis C., Marcela Gallegos A., Fernando Cadiz V., Eugenio Roman L., María Eugenia Bravo M.

Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama triple negativo (CMTN) está altamente asociado a recurrencia temprana y alta mortalidad. El tratamiento con pembrolizumab comenzó como terapia paliativa para CMTN metastásico, sin embargo, en los últimos años se ha estudiado su rol como terapia neoadyuvante para CMTN en etapas tempranas. En el año 2022, ASCO presentó los resultados del estudio Keynote-522 que evidenció la eficacia de la terapia neoadyuvante con quimioterapia asociada a pembrolizumab en CMTN temprano siendo significativamente superior al tratamiento convencional.

OBJETIVOS: Presentamos la experiencia de la primera serie de casos de la Clínica Alemana de Santiago basado en el estudio Keynote-522.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan 14 pacientes con CMTN diagnosticado entre Junio/2022 y Junio/2023 que recibieron terapia neoadyuvante con pembrolizumab y quimioterapia según el protocolo Keynote-522. Además, 8 de ellas ya recibieron tratamiento quirúrgico. Se definió como outcome primario la respuesta patológica y/o imagenológica completa.

RESULTADO: De las 14 pacientes, 1 se etapificó como IA, 5 estadio IIA, 6 estadio IIB, 1 estadio IIIA y 1 estadio IIIB. De las 8 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, el 100% tuvo respuesta imagenológica y patológica completa. De las 6 pacientes en seguimiento, 5 han tenido respuesta imagenológica completa o parcialmente significativa. No se observaron efectos adversos.

CONCLUSIÓN: Esta serie preliminar logra reproducir los resultados observados en el estudio Keynote-522, corroborando el rol del Pembrolizumab en la terapia neoadyuvante del CMTN temprano y su futuro como parte del tratamiento estandarizado.

ENFERMEDAD DE MONDOR Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Karla Zambrano, Camila Concha, Roselyn Noguera, Gladys Ibáñez.

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Mondor es una condición rara y benigna que se caracteriza por tromboflebitis superficial de las venas de la pared del tórax. Aunque su causa exacta es desconocida, afecta principalmente a mujeres, y puede estar relacionada con traumatismos locales, esfuerzo muscular, cirugías, cáncer y otros factores.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico y revisar los factores de riesgo descritos en la literatura presentes en el caso.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un caso clínico del Hospital San José y se revisan los factores de riesgo asociados a la enfermedad.

RESULTADO: Se presenta el caso de una mujer de 51 años, con antecedente de cáncer de mama derecha (carcinoma ductal infiltrante/ luminal A) pT1N0M0, operada el 2021 Mastectomía parcial derecha + biopsia de linfonodo centinela (biopsia negativa), que recibió posteriormente radioterapia y quimioterapia con 4AC, y tratamiento con anastrazol que se suspende por reacción adversa, y actualmente se mantiene con Tamoxifeno. El 2022 consulta por presentar dolor en la región costal derecha, asociado a la aparición de un cordón en la región inferior de la mama ipsilateral. Al examen físico se palpa un cordón doloroso de aproximadamente 0,5 a 1 cm de diámetro, situado en la región submamaria derecha, hasta hipocondrio derecho, siguiendo la línea axilar anterior. Aproximadamente de 6 cm de longitud, no se detectaron nódulos ni adenopatías asociadas. Se realiza estudio ecográfico, donde se describen vasos subcutáneos distendidos, con disminución de flujo de vena toracoepigástrica al dopper. Bajo estos hallazgos, se diagnostica Síndrome de Mondor, y se indica tratamiento analgésico. A los 3 meses acude a control con disminución del tamaño del cordón, y se mantiene controles seriados.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Mondor es una patología de baja frecuencia, que generalmente sigue un curso autolimitado y resuelve espontáneamente sin requerir un tratamiento específico, sin embargo, es esencial estar atentos a los síntomas y factores de riesgo asociados para realizar un diagnóstico adecuado y descartar otras afecciones potencialmente más graves.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

MANO QUEMADA: ALGORITMO RECONSTRUCTIVO DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Roberto Macchiavello, María José Hurtado, Diana Michieli, Nicolas Flores, Adriana Alzate, María Elsa Calderón, Carolina Soto

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: La reconstrucción adecuada de la mano quemada constituye una prioridad debido a la discapacidad funcional que conlleva, habiendo descritos diversos tipos de cobertura.

OBJETIVOS: Presentar la experiencia en reconstrucción de extremidad superior quemada del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, y proponer un algoritmo de manejo propio

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con quemaduras graves de extremidad superior, entre enero 2020 y junio del 2023. Se describen datos demográficos, antecedentes médico-quirúrgicos, tipo de cobertura y complicaciones postoperatorias, y se propone un algoritmo terapéutico

RESULTADO: En total se operaron 22 pacientes con 30 colgajos diferentes. La edad promedio fue 47.14 años (rango 20 - 94 años), 77,2 % masculino, el mecanismo principal fue quemadura eléctrica (54.5 %), el promedio de días desde quemadura hasta cobertura fue 39.5 días (rango 8 d - 70 d). Realizamos cobertura según presencia o no de Exposición Tendínea-osteo-articular (ETAO), localización del defecto y disponibilidad de tejidos locales. En total, 1 colgajo random local, 12 colgajos axiales regionales, 5 colgajos random a distancia y 12 colgajos microquirúrgicos. El colgajo más utilizado Colgajo Libre Anterolateral de Muslo (n = 10), luego Colgajo Radial Reverso (n = 5) y Colgajo en Guante Ultrafino (n = 5). El éxito global fue 96,6%. 13 colgajos presentaron complicaciones que se resolvieron adecuadamente.

CONCLUSIÓN: Para decidir el mejor tipo de cobertura en mano quemada, presentamos un algoritmo reconstructivo en base a la experiencia local y que considera el concepto de ETAO (Exposición Tendínea-osteo-articular) como eje, además la localización del defecto y disponibilidad de tejidos locales

USO DE BISTURÍ DE PLASMA VERSUS ELECTROCAUTERIO CONVENCIONAL EN LIFTING CERVICOFACIAL DE PLANO PROFUNDO

Alejandro Conejero, Roberto Macchiavello, María José Hurtado, Nicolás Flores, Cristián Arriagada

Clinica Made - Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN: El bisturí de plasma es un instrumento de disección quirúrgica que combina propiedades de corte y hemostasia similares a las de un electrocauterio pero funciona a temperaturas más bajas (40–170 °C versus 200–350 °C), habiéndose descrito menor inflamación, mejor cicatrización de heridas y menor tasa de seromas asociados.

OBJETIVOS: Evaluar resultados del uso de bisturí de plasma en lifting cervicofacial de plano profundo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a lifting de plano profundo con uso de bisturí de plasma (Oneyonis®) para pasos críticos en combinación con electrocauterio versus pacientes con uso de electrocauterio solo. Se describe la técnica quirúrgica, datos demográficos, antecedentes médico-quirúrgicos y complicaciones post-operatorias.

RESULTADO: Entre enero de 2021 y Julio de 2023 se operaron 29 pacientes de sexo femenino, 12 con uso de bisturí de plasma y 17 con electrocauterio solo, ambos grupos con características demográficas similares. La única complicación en ambos grupos fue hematomas pequeños, 2 casos en el grupo de bisturí de plasma y 1 caso en el grupo de electrocauterio (p= 0.36, no significativo). Ningún paciente presentó lesión del nervio facial transitoria o permanente. Ningún paciente necesitó re-operación.

CONCLUSIÓN: Según este estudio, el uso de bisturí de plasma en lifting cervicofacial de plano profundo presentaría similares resultados al uso de electrocauterio convencional.

USO DE COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO RECTO ABDOMINAL VERTICAL (VRAM) PARA COBERTURA PERINEAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE RECTO

Ignacio Zamora, Alvaro Cámbara, Sebastián López, Julio Rojas, Katya Carrillo, Carlos Barril

Hospital Clínico La Florida Dra. Eloísa Díaz I.

INTRODUCCIÓN: La reconstrucción perineal en cirugía oncológica de recto inferior representa un desafío debido a la complejidad anatómica y amplitud del defecto de cobertura secundario. Habitualmente los pacientes han sido sometidos a quimioradioterapia previo a la cirugía radical por lo que se requiere una adecuada planificación quirúrgica.

OBJETIVOS: El propósito de este estudio es describir el uso y resultados al utilizar el colgajo musculocutáneo recto abdominal vertical (VRAM) para reconstrucción perineal en cirugía de cáncer de recto en Hospital La Florida.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo de siete casos de pacientes sometidos a resección por cáncer de recto inferior entre 2019 y 2023 utilizando el colgajo VRAM para reconstrucción perineal. Se registraron datos demográficos, características de la cirugía y complicaciones relacionadas.

RESULTADO: Del total dos pacientes fueron sometidos a resección abdominoperineal, mientras el resto requirió una resección extra elevadora (ELAPE). La decisión de utilizar este colgajo se fundamenta en la amplitud y volumen del defecto post operatorio inmediato. Los tres casos de pacientes de sexo femenino requirieron reconstrucción de pared vaginal posterior con colgajo VRAM extendido. En la mayoría de los casos se utilizó malla de polipropileno en el cierre de pared abdominal. La media y mediana calculada para el tiempo quirúrgico fue 146 y 165 minutos respectivamente. Las complicaciones locales incluyeron un caso de dermatitis autolimitada, un seroma y una dehiscencia cutánea con resolución tras curaciones ambulatorias. No hubo reoperaciones. El seguimiento clínico se complementó con tomografías computarizada. No se observaron abultamientos ni hernias. Un caso tuvo recidiva local.

CONCLUSIÓN: La reconstrucción perineal con colgajo VRAM en pacientes con defectos amplios en cáncer de recto inferior es una técnica efectiva con bajo tiempo operatorio, bajas complicaciones y resultados funcionales satisfactorios.

MASTECTOMÍA TOTAL CON PRESERVACIÓN DE CAP Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON COLGAJO DIEP UTILIZANDO INMUNOFLUORESCENCIA SPY®: REPORTE DE CASO

Montserrat Chávez, Pedro Cuevas, Fernando Cadiz, Cristián Taladriz, Victor Salazar.

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: Actualmente la reconstrucción mamaria es un pilar fundamental en el tratamiento del cáncer de mama, teniendo un impacto significativo en calidad de vida de las pacientes. La reconstrucción autóloga tendría un mejor resultado estético; en dicho ámbito el colgajo microquirúrgico de arterias perforantes de epigástrica inferior (DIEP) es considerado el gold standard, con excelentes resultados a largo plazo.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar un caso de reconstrucción mamaria inmediata con colgajo DIEP, con conservación del complejo areola-pezón (CAP) utilizando evaluación perfusión intraoperatoria mediante Spy®.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.

RESULTADO: Se presenta el caso de una paciente de 42 años, con antecedente de cáncer de mama ductal situ, diagnosticado hace 6 años, tratado con mastectomía parcial derecha, radioterapia y Tamoxifeno. Durante seguimiento, se pesquisó nuevo carcinoma ductal in situ en la misma mama. Se decidió cirugía. Inicialmente se realizó mastectomía total derecha y biopsia de linfonodo centinela. Biopsia retroareolar intraoperatoria informó ausencia de células tumorales. Se realizó evaluación del CAP y de los colgajos cutáneos previamente irradiados mediante Spy®, evidenciándose adecuada perfusión. En un segundo tiempo dentro del mismo acto quirúrgico, se elevó el colgajo DIEP en base a 2 perforantes laterales periumbilicales izquierdas, previamente identificadas por Doppler y angiografía por tomografía computada. Se disecaron hasta el origen de los vasos epigástricos inferiores y a su vez se realizó disección de los vasos torácicos internos a nivel del tercer cartílago costal medial. Se realizó anastomosis venosa con coupler de 2,5 y arterial con puntos discontinuos de Ethilon. La evaluación vascular intraoperatoria con inmunofluorescencia confirmó adecuado flujo en la anastomosis del colgajo y se identificaron áreas de hipoperfusión en zona 3, las que se resecaron. Posteriormente se elevó colgajo abdominal y se cerró zona dadora con malla Ultrapro. Paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. Biopsia postoperatoria informó bordes quirúrgicos negativos y linfonodo centinela negativo.

CONCLUSIÓN: La Inmunofluorescencia SPY® con verde indocianina es una técnica de evaluación de la perfusión intraoperatoria. Permite identificar áreas de hipoperfusión y así predecir zonas de necrosis en los colgajos de mastectomía, pezón y del colgajo DIEP. Su incorporación disminuiría las complicaciones isquémicas, permitiendo realizar mastectomías con preservación de CAP y reconstrucción inmediata con colgajo DIEP, disminuyendo las reoperaciones y logrando altos niveles de satisfacción. Se presentó un caso exitoso de resección oncológica y reconstrucción autóloga; esperamos que en un futuro este tipo de intervenciones sean más frecuentes en nuestro país.

COLGAJO SUBMENTAL COMO RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD ORAL TRAS EXPOSICIÓN REPETIDA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M.F.Rozas, J.Bernales, J.P.Droguett

Hospital Dr.Hernán Henríquez Aravena - Universidad de La Frontera - Clínica Alemana Temuco

INTRODUCCIÓN: Los defectos de la cavidad oral, son usualmente resueltos con cierre primario de mucosa o colgajos locales con resultados óptimos en la mayoría de los casos y sin secuelas funcionales. Sin embargo, cuando éstos fallan, se presenta un importante desafío desde el punto de vista reconstructivo. Es sabido que el colgajo libre microquirúrgico es el gold standard en esta situación, pero no es factible en todos los pacientes ni en todos los centros de salud. Es entonces cuando los colgajos regionales como el colgajo submental, se presentan como una alternativa factible, rápida, con mínimas secuelas y buenos resultados a largo plazo.

OBJETIVOS: Describir la versatilidad del colgajo submental en la reconstrucción de la cavidad oral previamente intervenida.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso de exposición repetida de material de osteosíntesis donde se logró reconstrucción con un colgajo submental.

RESULTADO: Paciente de 63 años, fumador, masculino, sufre accidente de tránsito con eyección del vehículo resultando con TEC y fractura mandibular parasinfisiaria conminuta expuesta en mandíbula edéntula con gran compromiso mucoso. Se realizó reducción y osteosíntesis con doble placa de mandíbula 2.0 unilock con cierre primario de mucosa. Durante el cuarto mes postoperatorio, sufre exposición de osteosíntesis la que se resuelve con colgajo local de mucosa. Al sexto mes postoperatorio, se produce pérdida del colgajo resultando con nueva exposición de placas y segmento mandibular de aproximadamente 3x3 cms., sin evidencia de osteomielitis en imágenes. Considerando un lecho operatorio fibrótico e intervenido previamente, se decide reconstrucción con colgajo submental. Se planificó paleta cutánea de 4cms con marcación ecográfica de perforantes (2). Se realizó mandibulectomía marginal con piezoeléctrico. El colgajo se talló incluyendo el vientre anterior del músculo digástrico izquierdo. Tunelización a través del piso de la boca, buen asentamiento y cobertura mandibular. Evolución favorable. Alimentación postoperatoria con SNY hasta el día 10 y luego régimen oral progresivo hasta el alta. Durante el seguimiento, colgajo vital, fonación y deglución adecuada, con zona dadora sin morbilidad. Sin recidiva de exposición a los 18 meses de seguimiento.

CONCLUSIÓN: La reconstrucción de defectos de la cavidad oral es una situación desafiante, en especial cuando existen múltiples intervenciones previas. El uso del colgajo submental es una alternativa regional que posee un tiempo operatorio aceptable con una menor necesidad de recursos y baja morbilidad de la zona dadora, otorgando una cobertura adecuada y permitiendo mantener la funcionalidad.

EXPANDIENDO LAS ALTERNATIVAS DE RECONSTRUCCIÓN EN DEFECTOS PERINEALES COMPLEJOS Y EXANTERACIONES PÉLVICAS: USO DE COLGAJOS PERFORANTES, COLGAJOS COMBINADOS Y COLGAJO IGAM.

Macarena Vallejos, Alfonso Navia, Megan Neumann, Aldo López, Álvaro Cuadra, José Ramón Rodríguez.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La reconstrucción de la región perineal representa un desafío debido a la extensión de los defectos, la necesidad de aportar tejido resistente a compresión y cizalla, además de brindar soporte a estructuras de la cavidad abdominal, con gran morbilidad asociada. Destacan como etiologías la gangrena de Fournier y resecciones oncológicas, incluyendo exanteraciones pélvicas. Tradicionalmente se ha utilizado el colgajo miocutáneo de recto abdominal vertical (VRAM), lo cual puede asociarse a una importante morbilidad de la zona dadora.

OBJETIVOS: Presentar la experiencia de un centro hospitalario terciario en el uso de colgajos perforantes, colgajos combinados y colgajo musculocutáneo de arteria glútea inferior (IGAM), como parte de una estrategia de reconstrucción de defectos perineales complejos.

MATERIAL Y MÉTODO: Pacientes sometidos a reconstrucción perineal y pelviana por causas oncológicas o infecciosas, utilizando colgajos perforantes, colgajos múltiples o colgajos IGAM, entre 2021 y 2023. Se analizaron distintos parámetros de interés incluyendo características demográficas, etiología, características del defecto, antecedente de radioterapia, tipo de reconstrucción, complicaciones postoperatorias y morbilidad de la zona dadora.

RESULTADO: se incluyeron 13 pacientes, con una mediana de edad de 61 años (RIQ=14). Respecto a la etiología, 10 (76,9%) fueron secundarios a causa oncológica y 3 (23,1%) a gangrena de Fournier. 5 (38,5%) fueron sometidos a exanteraciones pélvicas y 9 (69,2%) recibieron radioterapia preoperatoria. En 9 (69,2%) casos se utilizaron colgajos perforantes, 4 (30,8%) colgajos combinados y 3 (23,1%) colgajos IGAM. Los colgajos perforantes más utilizados fueron el colgajo perforante de la arteria femoral profunda (PAP) (7/53,8%) y el colgajo perforante de la arteria circunfleja ilíaca superficial (SCIP) (2/15,4%). 6 (46,2%) pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, entre ellas dehiscencia (5/38,5%), colección (1/7,7%) y hematoma (1/7,7%). 5 (38,5%) pacientes requirieron una o más reintervenciones, con un total de 8 (61,5%) reintervenciones. Existió 1 (7,7%) falla total de colgajo y no se registraron pérdidas parciales de colgajos.

CONCLUSIÓN: en esta serie fue factible realizar una reconstrucción adecuada de distintos tipos de defectos perineales de alta complejidad, mediante el uso de colgajos perforantes, colgajos múltiples y colgajos IGAM, minimizando la morbilidad secundaria al uso de musculatura funcional funcional relevante. La morbilidad de esta serie fue alta, probablemente influenciada por la extensión de los defectos tratados y el alto porcentaje de radioterapia neoadyuvante.

ABDOMINOSPLASTÍA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN HOSPITAL EL PINO

A. Sandoval, I. Belletti, J. Roman

Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN: El creciente problema de la obesidad ha llevado a un aumento de cirugías bariátricas. Como resultado de la pérdida de peso significativa, se produce un exceso de tejido cutáneo que requiere cirugía plástica reconstructiva para su resolución. La abdominoplastía es altamente demandada en estos casos, ya que busca restaurar la apariencia anatómica del paciente.

OBJETIVOS: Describir la experiencia local de abdominoplastía en pacientes post cirugía bariátrica (CB), mediante un análisis descriptivo de la población y sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 110 pacientes post CB sometidos a abdominoplastía, con un mínimo de 2 años transcurridos entre cirugías, en Hospital El Pino durante el periodo comprendido entre noviembre de 2017 y abril de 2023. Se revisó las fichas clínicas y se evaluaron las variables: sexo, edad, IMC, técnica quirúrgica, complicaciones postoperatorias, tiempo de hospitalización y reinserción laboral, satisfacción personal.

RESULTADO: Se analizaron los datos de 110 abdominoplastias en pacientes post CB. La edad media de los pacientes fue de 40 años (rango:18-69 años). El sexo femenino predominó por sobre el masculino (96,36% versus 3,64%) y el IMC promedio fue de 27,39. La técnica quirúrgica más empleada fue la de Ancla (77,27%), en comparación con la técnica clásica (22,73%). En relación con las complicaciones postoperarias, el 97,27% presentó dolor, el 3,64% náuseas y el 1,82% vómitos. Se instaló drenaje en el 100%, cuyo retiro fue a los 5 o 7 días (21,82% versus 78,18%). Sólo un paciente presentó hematoma de pared abdominal (0,91% de los casos). Con respecto a la herida operatoria, un 1,82% presentó dehiscencia de sutura y un 2,73% cicatrización defectuosa con formación de queloide. No hubo casos de necrosis de herida, fístula abdominal, discrepancia de entre colgajo cutáneo, ni infección del sitio quirúrgico. A su vez, ningún paciente presentó un tromboembolismo pulmonar. La estadía hospitalaria fluctuó entre 1 y 9 días, con un promedio de 2 días. El 100% se reincorporó a sus actividades laborales a los 30 días postoperatorios. Hubo mejoría de antecedentes psiquiátricos y comorbilidades en el 100% de los casos. El 100% de la población estudiada manifestó satisfacción personal posterior a la cirugía.

CONCLUSIÓN: De acuerdo a nuestra experiencia, la abdominoplastia es un procedimiento de bajo riesgo y eficaz, con muy pocas complicaciones y rápida recuperación, que tiene un impacto significativo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que han experimentado una pérdida de peso considerable post cirugía bariátrica.

IMPLANTE DE PIEL TOTAL EN CELULITIS PERIORBITARIA BILATERAL: CASO CLÍNICO

Macarena Saavedra T, Javiera Barahona O, Diego Rosello B, Sebastian Reyes

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: Los defectos de cobertura a nivel de parpados constituyen un desafío para la cirugía reconstructiva ya que por un lado se debe mantener la funcionalidad del parpado y por otro se debe optimizar un resultado estético, por lo que generalmente requieren de múltiples cirugías para aproximarse, en una primera instancia, a la perdida de tejido y funcionalidad del párpado, y posteriormente a la apariencia de este, la cual tiene un impacto importante en la calidad de vida del paciente. Dentro de la literatura se evidencian múltiples técnicas de colgajo, sin embargo, el reporte de casos de uso de injertos es escasa. Presentamos el caso de un injerto de piel total con zona dadora proveniente de región supraclavicular para defecto de cobertura en región periorbitaria.

OBJETIVOS: El objetivo es demostrar los resultados favorables del uso de injerto de piel total de origen supraclavicular para cubrir defecto en región prioritaria bilateral y puente nasal

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión no sistemática en Pubmed, MEDLINE, Cochrane y Embase de casos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis de injerto de piel total en párpados y puente nasal. Se encontraron resultados de 5 publicaciones, entre ellas casos clínicos y estudios retrospectivos de pacientes con defecto de cobertura en región facial.

RESULTADO: Se presenta el caso de una paciente de 30 años con trauma maxilofacial que evoluciona con edema periorbitario bilateral asociado a secreción purulenta y posteriormente necrosis de tejido. Evaluada en conjunto con equipo de oftalmología y cirugía plástica se realizó manejo con múltiples aseos quirúrgicos e inserción de injerto de piel total en parpados inferiores y puente nasal en primera instancia, con zona dadora correspondiente a región supraclavicular izquierda, logrando cubrir un 60% de la zona afectada. Luego se realizó cobertura de parpados superiores, con zona dadora de región supraclavicular derecha. La paciente evolucionó de forma favorable y satisfecha con los resultados estéticos.

CONCLUSIÓN: Si bien se ha descrito como zona dadora la región supraclavicular para defectos de cobertura de parpados, estos han sido reportados como procedimientos de colgajos libres. El propósito de esta publicación es evidenciar la evolución clínica favorable de paciente con defecto de cobertura, la cual fue manejada con injerto de piel total proveniente de zona dadora en región supraclavicular.

TRANSFERENCIA DE NERVIO MASETÉRICO PARA REANIMACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL COMPLETA; SERIE DE CASOS

Ramírez Andrea, Marré Diego, Salinas Javier

Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El manejo de la parálisis facial mediante reanimación quirúrgica dinámica es poco difundido a nivel nacional.

OBJETIVOS: Exponer una serie de casos de pacientes chilenos manejados mediante transferencia de nervio masetérico en parálisis facial completa.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos realizado en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, de pacientes con diagnóstico de parálisis facial completa que fueron operados mediante esta técnica. Se estudiaron variables demográficas y el resultado clínico al año postoperatorio.

RESULTADO: Trece pacientes fueron manejados quirúrgicamente con diversas técnicas de reanimación facial. Siete de ellos correspondieron a parálisis facial completa y fueron operados con transferencia V-VII. Cuatro fueron mujeres y 3 hombres. La edad fue de 30-58 años, con una mediana de 47 años. La mayoría de los pacientes no presentaban antecedentes. La principal causa de parálisis facial completa principal fue post quirúrgica. Se realizaron cinco reanimaciones dinámicas y dos estáticas. El tiempo desde la parálisis facial hasta la cirugía fue de 8 meses. Se realizó seguimiento de todos los pacientes a los 12 meses postoperatorios, presentando un 100% de respuesta clínica positiva. No se registraron casos de complicaciones.

CONCLUSIÓN: La transferencia de nervio masetérico para el manejo de parálisis facial es segura y tiene buenos resultados. La temporalidad desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía de reanimación es determinante en la obtención de buenos resultados clínicos. Los factores demográficos son variados y no tendrían gran influencia al momento de objetivar resultados.

CALCINOSIS CUTIS

Gonzalez Lorena, Scholz Lourdes, Cantero Amira, Samaniego Victor

Hospital de Clínicas, Paraguay

INTRODUCCIÓN: La calcinosis cutis es una complicación rara del lupus eritematoso sistémico, de fisiopatología incierta, a menudo discapacitante. Pertenece al grupo de calcinosis distróficas, en las cuales hay daño de los tejidos.

OBJETIVOS: Valorar la conducta quirúrgica como tratamiento en la calcinosis cutis en una paciente con lupus eritematoso sistémico

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo los datos se recabarán a partir de una ficha clínica, además revisión bibliográfica

RESULTADO: Mujer de 56 años acude por cuadro de 14 años de evolución de aparición de múltiples tumoraciones de consistencia solida pétrea en región glútea que se agrupan formando conglomerados nodulares de crecimiento progresivo, el mayor de 5cm de diámetro, muy dolorosas, de carácter urente que dificultan la posición sedente Ecografía: Extensas placas de calcificación en el plano subcutáneo de ambas regiones glúteas, coincidente con áreas induradas palpables. No hay cambios inflamatorios ni colecciones. Las placas miden entre 16 y 50mm agrupadas en región interglútea y cara posterior del muslo izquierdo. Plano muscular sin aparentes focos de calcificación. Acto quirúrgico: Exceresis de los nódulos de región glútea izquierda y confección de colgajo cutáneo en V-Y.

CONCLUSIÓN: El tratamiento sigue siendo un desafío, con resultados controvertidos. La extirpación quirúrgica de las lesiones se considera como último recurso, ya que el traumatismo puede estimular más aún la calcificación.

SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO A SINDROME DE ASIA

Gonzalez Lorena, Scholz Lourdes, Samaniego Victor

Hospital de Clínicas, Paraguay

INTRODUCCIÓN: El síndrome autoinmune / inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) es una enfermedad heterogénea que resulta de la exposición a sustancias alógenas en un sujeto con susceptibilidad genética. El pronóstico a largo plazo de pacientes es incierto. El sarcoma de Kaposi es una enfermedad sistémica que puede presentarse con lesiones cutáneas con o sin involucro interno.

OBJETIVOS: Valorar el tratamiento quirúrgico como adyuvante del tatamiento médico en el sarcoma de kaposi asociado a síndrome de ASIA

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADO: Paciente de 57 años con antecedente de quemadura con aceite caliente en el rostro a los 35 años, por lo que es sometida a 25 cirugías plásticas. Hace aproximadamente 8 años se coloca material de relleno en procedimiento estético (Ac. hialurónico). Alega reacción anafiláctica tras la administración de la vacuna anti SARS COV2 en tres oportunidades. En la última posterior a 8 días, presenta tumefacción facial, dolor, eritema, secreción purulenta en gran cantidad acompañado de sensación febril. Se realiza ecografía de piel y partes blandas en la que se constata patrón en Nevada, abscesos y fistulas. Se realiza cuatro toilettes quirúrgicos, con desbridamiento del tejido afecto y curaciones posteriores. Informe de Anat. Pat.: Histiocitos, células gigantes multinucleadas. Sarcoma de Kaposi en fase placa, márgenes comprometidos, margen profundo libre. Posteriormente completa 5 dosis de Ig. con mejoría del cuadro y actualmente en seguimiento con oncología, se realizó 9 ciclos de doxorrubicina liposomal.

CONCLUSIÓN: Los tratamientos inmunosupresores prolongados (corticoides sistémicos) se asocian con un mayor riesgo de desarrollar Sarcoma de Kaposi. El tratamiento es eliminar la sustancia causante, en casos de lesiones visibles, se recomienda desbridamiento con márgenes de seguridad y posterior seguimiento inmunomoduladores.

RECONSTRUCCIÓN DE AXILA CON HIDRADENITIS SUPURATIVA SEVERA MEDIANTE COLGAJO FASCIOCUTÁNEO PARAESCAPULAR

Andrés Órdenes, Farrah Bejarano, Jaime Jerez

Hospital Dr. Eduardo Pereira, Valparaíso

INTRODUCCIÓN: La hidradenitis supurativa corresponde a una enfermedad cutánea inflamatoria crónica que se origina en el folículo piloso, con predilección de áreas con predominio de glándulas apocrinas (axila, ingle, periné). Su tratamiento no quirúrgico es llevado principalmente por dermatología, consistiendo en la modificación de factores de riesgo y medidas generales, además del uso de fármacos: antibióticos tópicos, retinoides, antibióticos orales, corticoides e inmunomoduladores o biológicos. Dentro del amplio espectro de tratamientos que existen para la hidradenitis supurativa, hay consenso de que los casos moderados y severos deben ser resueltos mediante cirugía. Se han descrito técnicas que van desde la resección y cierre por segunda intención, pasando por los injertos y una variedad de colgajos. Son de elección los colgajos, por sus mejores resultados funcionales y estéticos.

OBJETIVOS: Discusión: En el caso particular de la axila, la técnica reconstructiva ideal, debe tomar en cuenta la necesidad de una cobertura amplia, fina y flexible, sin requerir un aporte de volumen importante. El colgajo fasciocutáneo paraescapular depende de la arteria circunfleja de la escápula, que es una arteria perforante septocutánea (tipo B de Mathes y Nahai). Se puede utilizar para cubrir defectos en el hombro, la pared torácica y la axila, y puede alcanzar para cubrir un área de unos 20 x 7 cm con facilidad. Existen otras alternativas de cobertura, las cuales tienen defectos importantes, lo que provoca que su resultado final sea subóptimo. Por ejemplo: Cierre por segunda intención, es dolorosa y genera importante retracción, además puede tardar varios meses en cerrar el defecto; injertos dermoepidérmicos, generan cicatriz antiestética y de mala calidad (retracción); colgajo perforante de la arteria toracodorsal TDAP, requiere mayor tiempo quirúrgico e implica una mayor dificultad por la disección vascular; colgajo musculocutáneo del dorsal ancho, presenta morbilidad en sitio donador mayor a las otras técnicas y entrega un volumen no necesario en la axila.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Paciente masculino de 42 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. Antecedente quirúrgico de cirugía previa por hidradenitis supurativa glútea que requirió resección y reconstrucción con colgajos. Consulta por cuadro de hidradenitis supurativa axilar bilateral grave. Se decide efectuar resección más reconstrucción axilar con colgajo fasciocutáneo paraescapular en cirugías separadas por cada axila. Técnica quirúrgica: Luego de marcar el colgajo paraescapular izquierdo se procede a resecar todo el tejido cutáneo axilar enfermo y se realiza un prolijo aseo quirúrgico del lecho cruento. Se efectúa la incisión del colgajo y su elevación en el plano subfascial hasta el triángulo tricipital, observando arteria circunfleja y sus tributarias. Se eleva el colgajo quedando suspendido de su pedículo. Comprobada su vitalidad se rota y transpone en zona axilar. Se logra una adecuada cobertura y se logra un cierre con poca tensión. Se instalan dos drenajes aspirativos Hemosuc y se cierran las incisiones por planos.

RESULTADO: Evolución postoperatoria satisfactoria. Colgajo vital al día siguiente, con buen rango de movimientos. Seguimiento alejado con buen resultado estético y limitación leve-moderada en rango de movimientos del hombro.

CONCLUSIÓN: Dentro de la variedad de técnicas reconstructivas posterior a la resección de un área de hidradenitis supurativa sobresalen los colgajos. Son varios los tipos de colgajos disponibles según el área a tratar, sin embargo, el fasciocutáneo paraescapular destaca sobre otros por su menor morbilidad, fácil ejecución y tiempo de pabellón no prolongado, por lo que lo consideramos una alternativa útil y reproducible en cualquier centro para cubrir los defectos posteriores a la exéresis de hidradenitis supurativa axilar.

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE CUERO CABELLUDO CON COLGAJOS LIBRES

M. Toloza Aguayo, M. Villarreal Varela, F. Belmar Riveros, W. Calderón Ortega, J.P. Camacho Martino, D. Marré Medina, R. Vega Tapia

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: Con el desarrollo de la microcirugía se ha ampliado la posibilidad reconstructiva de grandes defectos de cobertura del cuero cabelludo. Estos defectos pueden deberse a múltiples causas como malformaciones, neoplasias, osteorradionecrosis o traumatismos. Defectos pequeños pueden repararse de forma primaria y los de mediano tamaño con injertos o colgajos locales. En el caso de grandes defectos, la reconstrucción microquirúrgica se considera el gold standard, aunque la reconstrucción del cuero cabelludo con colgajo libre sigue siendo un desafío por su complejidad técnica. Los colgajos más comunes para la cobertura de tejidos blandos después de una craneopatía son el dorsal ancho y anterolateral de muslo (ALT). La tasa general de complicaciones reportada oscila entre 17.9-22.3% con pérdida total entre 2-12%.

OBJETIVOS: Presentar la experiencia reconstructiva de pacientes con grandes defectos de cobertura de cuero cabelludo en contexto de craneoplastías que fueron reparados con colgajos libres en nuestro centro. Se busca describir la técnica quirúrgica y exponer resultados ante la reparación con colgajos libres. Se plantea que tendremos similares tasas de complicaciones a las publicadas internacionalmente.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a reparación de defectos de cuero cabelludo con colgajos libres entre el 2020 y 2023 en el Hospital de Neurocirugía por parte del equipo de Cirugía Plástica del Hospital del Salvador. Se analizaron causas, técnica quirúrgica realizada, complicaciones y evolución de los pacientes, correlacionándolas con la bibliografía internacional.

RESULTADO: Se llevaron a cabo 11 colgajos microquirúrgicos: 6 colgajos ALT, 3 colgajos radiales y 2 colgajos de dorsal ancho. Dentro de las causas de defectos de cobertura en estos pacientes hubo 4 TEC, 4 causas tumorales y 3 hemorragias subaracnoideas. Entre las complicaciones hubo pérdida de 1 colgajo (9%) dorsal ancho producto de un hematoma tardío que generó isquemia del colgajo, pese a al drenaje en pabellón. En un caso hubo congestión por trombosis de vena de colgajo ALT que fue re permeabilizado en pabellón. En 2 casos hubo infecciones de herida operatoria en las que sólo requirió de aseo quirúrgico con buena viabilidad de los colgajos.

CONCLUSIÓN: Los defectos de cobertura de cuero cabelludo son un gran desafío para los cirujanos plásticos. En casos de grandes defectos el colgajo microquirúrgico representa una buena opción de reparación con un bajo porcentaje de complicaciones. Reportamos tasas de pérdida y revisión en pabellón similares a la publicadas en la bibliografía internacional, por lo que podemos recomendarlo en caso de que exista la disponibilidad del equipo técnico adecuado.

ALTERACIÓN DE CONTORNO CORPORAL SEVERA POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA, DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE DERMOLIPECTOMÍA DE ASEO

Iñaki Castro, Diego Valenzuela, Nicolás Vasquez, Claudia Albornoz

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía bariátrica/metabólica destaca como tratamiento seguro y eficaz de la obesidad, logrando pérdidas de peso significativas y mejoría en comorbilidades asociadas. A pesar de los múltiples beneficios de la pérdida masiva de peso, los pacientes suelen cursar con excedentes dermograsos significativos, generando consecuencias anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas, con el consecuente impacto negativo en la calidad de vida. La resolución de estas deformaciones de contorno corporal pueden ser un desafío quirúrgico tanto por el manejo intraoperatorio, como por el riesgo de complicaciones que suponen resecciones de grandes segmentos corporales.

OBJETIVOS: En este trabajo se describe mediante un registro fotográfico específico, la técnica quirúrgica aplicada en una paciente postbariátrica de 46 años con múltiples patologías crónicas derivadas de su obesidad, con IMC inicial 80, con baja de peso masiva y excedente dermograso abdominal severo, que causa dependencia de las actividades de la vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de técnica quirúrgica y registro fotográfico.

RESULTADO: La técnica utilizada en la dermolipectomía de aseo, donde se extirpa un colgajo dermograso de 11,67 kg y 3987.5 cm2 de superficie, procedimiento en el cual fue necesario suspender el colgajo abdominal en un arco cubierto con venda estéril a través de unas pinzas Pozzi, logrando una buena exposición facilitando la disección y realizar isquemia con un vendaje compresivo para favorecer su vaciamiento y evitar mayores pérdidas sanguíneas. Además, se evidencia la importancia de mantener un seguimiento con un equipo multidisciplinario pre y postoperatorio para una buena evolución, debido a que procedimientos de esta envergadura no están exentos de complicaciones como lo son el hematoma y seroma de la pared abdominal, donde se debe mantener una búsqueda activa para su oportuna identificación y manejo. Finalmente, se destaca la importancia de la donación de piel al Banco Regional de Tejidos de Tarapacá, donde se le podrá entregar un nuevo uso al excedente cutáneo extirpado.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con excedentes cutáneos postcirugías bariátricas son cada vez más frecuentes y pueden presentar desafíos para el cirujano plástico. Se describe la técnica de manejo un gran colgajo dermograso de 11,6 kg para lograr una buena exposición y de este modo conseguir la correcta disección y disminuir al máximo las pérdidas hemáticas asociadas con vaciamiento e isquemia del colgajo.

LIPOINYECCIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA ASIMETRÍA FACIAL EN SÍNDROME DE PARRY-ROMBERG, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dominique Godoy Dagach, Farrah Gabriella Bejarano

Hospital Dr Eduardo Pereira de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Parry-Romberg, también conocido como hemiatrofia facial progresiva, es una enfermedad neurocutánea, que se caracteriza por la atrofia unilateral, lenta y progresiva que puede afectar la piel, tejido subcutáneo, músculos y/o huesos de la cara y el cuello de forma unilateral. Fue descrito por primera vez por Caleb Parry en 1825 y por Moritz Romberg en 1846. Es una enfermedad rara de etiología desconocida, con una incidencia de tres casos por cada 100.000 personas al año, siendo más frecuente en mujeres. El tratamiento quirúrgico tiene por objetivo la corrección de la simetría y la restauración del contorno facial y puede consistir en lipoinyección de tejido graso autólogo, cirugía ortognática o colgajo libre, según la severidad de cada caso.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO:.

RESULTADO: Mujer de 40 años, sin antecedentes mórbidos que consultó por cuadro de 10 años de evolución de dolor paroxístico tipo puntada en la región del trago del pabellón auricular izquierdo, irradiado a la mejilla, mentón y región temporal de la hemicara ipsilateral, con disminución progresiva de los tejidos blandos en la misma zona. Al examen físico se evidenció atrofia de tejidos blandos de la hemicara izquierda, asociado a zonas de hiperpigmentación de la piel, con estructura ósea conservada. Tomografía axial computarizada de cerebro sin hallazgos patológicos. Se diagnostica síndrome de Parry-Romberg y probable neuralgia del trigémino. Evaluada por cirugía plástica, se decidió lipoinyección de grasa autóloga para la corrección de la asimetría facial. Previo a infiltración de solución tumescente, se extrajeron 300 cc de tejido graso de la región abdominal suprapúbica, y posterior decantación por 15 minutos, se realizó lipoinyección de 150 cc de tejido para la hipercorrección de la simetría de la mejilla, surco nasogeniano y región temporal izquierda. En control a los 8 meses del procedimiento, se observó una reabsorción de aproximadamente 25% del tejido.

CONCLUSIÓN: El tratamiento quirúrgico reconstructivo de los pacientes con síndrome de Parry-Romberg depende del tipo de tejido que compromete y su severidad. En casos leves, la lipoinyección con tejido graso autólogo puede ser una opción segura, fácilmente disponible y de bajo costo. El tejido graso injertado puede sufrir reabsorción de hasta un 30% en el postoperatorio. Inicialmente, se recomienda la sobrecorrección de la asimetría para compensar la pérdida de volumen esperada, y así restringir el número de inyecciones sucesivas. La adición de factor de crecimiento o plasma rico en plaquetas al injerto, podrían mejorar los resultados a largo plazo, reduciendo su reabsorción.

USO DE COLGAJO PECTORAL MAYOR CONTRALATERAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE AMPLIO DEFECTO SECUNDARIO A ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR

Carolina Bonomo, Ignacio Zamora, Fernando Olguin, Alvaro Cambara

Hospital La Florida Dra Eloísa Díaz Insunza

INTRODUCCIÓN: La artritis séptica esternoclavicular (ASEC) es infrecuente, correspondiendo a menos del 1% de las artritis sépticas. No existen algoritmos diagnósticos ni terapéuticos dado su baja frecuencia. Se recomienda el manejo quirúrgico precoz para mejorar el pronóstico del paciente lo cual se debe asociar a una correcta planificación del proceso reconstructivo dado el amplio compromiso local.

OBJETIVOS: Se presenta el caso de un paciente con artritis séptica esternoclavicular con gran compromiso local que cursa con un amplio defecto de cobertura tras su manejo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtiene información desde ficha electrónica de Hospital Clínico La Florida Dra. Eloísa Díaz y registro fotográfico previo consentimiento del paciente.

RESULTADO: Paciente de género masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con irregular adherencia a tratamiento consulta por compromiso inflamatorio cutáneo toracocervical izquierdo. El estudio con tomografía computarizada evidencia una colección con extensión hacia músculos pectorales izquierdos, región mediastínica superior y artritis esternoclavicular izquierda. Se realizó resección de tejido desvitalizado incluyendo cabeza clavicular y primera costilla ipsilateral más pleurostomía. Se aísla en cultivo óseo y de tejido infección por *streptococcus agalactiae*. Tras cuatro aseos quirúrgicos y manteniendo terapia asistida por vacío se planificó cobertura definitiva realizándose un colgajo miocutáneo de músculo pectoral mayor del lado contralateral dado el amplio compromiso local de la lesión inicial. Siete días después se indica el alta. Completó manejo con kinesiología para rehabilitación y en controles postoperatorios alejados se evalúa con adecuada funcionalidad.

CONCLUSIÓN: La ASEC es una infección poco habitual pero grave cuyo manejo recomendado es el desbridamiento extenso y temprano para prevenir complicaciones potencialmente mortales. El manejo precoz es fundamental para limitar la lesión que posteriormente requerirá reconstrucción, pero dada su agresividad la mayoría de las veces culmina en la exposición de múltiples estructuras de la pared torácica. Aunque no existe un manejo estandarizado para reconstrucción, en casos circunscritos una vez controlada la infección el cierre directo diferido puede ser exitoso, pero en condiciones con extensa exposición y con compromiso pectoral ipsilateral proponemos el colgajo miocutáneo pectoral mayor contralateral como una opción para obtener resultados satisfactorios estéticos y funcionales.

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFECTO DE PARED ABDOMINAL, SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bastián Grass B., Tamara González S., Lucas Fuenzalida M., Diego Valenzuela S., Victor Salazar P., Jaime Carrasco T., Cristian Erazo C., Patricio Sepúlveda V., Sergio Sepúlveda P.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La fascitis necrotizante (FN) corresponde a una patología infecciosa de origen bacteriano poco común, pero extremadamente grave, capaz de destruir el espesor completo de la piel, el tejido subcutáneo, la fascia y el músculo, determinando rápidamente una situación de riesgo vital para los pacientes. Clásicamente se ha clasificado como aquellas de origen polimicrobiano o tipo I, en las que se distingue una variedad de patógenos aeróbicos y anaeróbicos, y se da principalmente en pacientes mayores y con patologías de base. Por otro lado, la FN tipo II son aquellas donde se aísla sólo un agente etiológico donde el estreptococo grupo A corresponde al patógeno más común y se asocia a traumas penetrantes menores y a ruptura de la barrera cutánea. Se ha reportado que la incidencia anual de la FN varía entre 0.3-5/100.000 habitantes, predominando la FN tipo II dando cuenta entre un 55 a 87% de los casos. Por otro lado, destacan distintos factores de riesgo para las infecciones necrotizantes, tales como traumatismo penetrante mayor, laceración menor o traumatismo cerrado, cirugía reciente, invasión de mucosa (hemorroides, fisuras rectales, episiotomía), inmunosupresión, obesidad, alcoholismo, diabetes mellitus, entre otros. La infección necrosante puede presentarse de forma aguda (en el transcurso de horas), y rara vez, de forma subaguda (durante días). Dada su historia natural, puede ocurrir una progresión rápida hacia una destrucción extensa del tejido, llevando a toxicidad sistémica, pérdida de extremidades y/o muerte. Por ende, su reconocimiento temprano es un factor crítico. Dentro de sus manifestaciones clínicas se puede encontrar: eritema sin margen nítido, edema, fiebre, crépitos en relación con el eritema, bullas cutáneas, necrosis o equimosis, siendo uno de los más clásicos descritos el dolor intenso no proporcional al hallazgo del examen físico. Los hallazgos de laboratorio generalmente son inespecíficos. Las anomalías pueden incluir leucocitosis con desviación a izquierda, trastornos de la coagulación, elevación de parámetros inflamatorios, creatincinasa, aspartato aminotransferasa y lactato. El enfoque general debe ser la pronta sospecha en pacientes con infección de tejidos blandos (eritema, calor, dolor, aumento de volumen) y signos de enfermedad sistémica, asociado a crépitos, una progresión rápida de las manifestaciones clínicas y/o dolor intenso no proporcional a los hallazgos cutáneos. La exploración quirúrgica es la única forma de establecer el diagnóstico, ya que de esta forma se logra examinar de forma directa los tejidos por planos. Los estudios de imagen pueden ser útiles para ayudar a determinar la presencia de infección necrosante, pero no deben retrasar la intervención quirúrgica. Como imagen a elección, la tomografía computarizada de la zona comprometida, siendo el hallazgo más útil la presencia de gas en tejidos blandos, hallazgo altamente específico para este tipo de infecciones.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO:.

RESULTADO: Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 72 años, sin antecedentes médicos de relevancia, con cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por deposiciones líquidas, sin elementos patológicos y vómitos de contenido alimenticio, que posteriormente agrega dolor de tipo punzante en la región lumbar derecha asociado a eritema mal delimitado, el cual es progresivo en tamaño, tendiente a coloración violácea. Paciente niega fiebre, síntomas urinarios, síntomas respiratorios, dolor abdominal, u otros síntomas. Destaca antecedente de manejo antibiótico empírico de forma ambulatoria, sin respuesta. Dado el cuadro descrito, ingresa al servicio de urgencias en malas condiciones generales, hipotensa, taquicárdica, afebril, eupneica, al examen físico pálida, mal perfundida. Se inicia manejo con fluidoterapia, antibioticoterapia endovenosa y drogas vasoactivas. Se solicita estudio de laboratorio de ingreso donde destaca leucocitosis, PCR elevada y con lactato elevado. Se complementa estudio con TC de abdomen y pelvis que informa signos sugerentes de fascitis necrotizante y colección de colon derecho compatible con tumor inespecífico. Evoluciona con mayor deterioro hemodinámico, se decide ingresar a pabellón de urgencias para laparotomía exploratoria, en protocolo operatorio se describe extensa necrosis y contenido purulento de la pared abdominal anterior derecha que se proyecta hacia el flanco y región lumbar ipsilateral con compromiso hacia la fascia muscular. Se observa ciego enfadado con perforación en su polo inferior penetrante hacia retroperitoneo. Se decide realizar resección ileocecal enviando la pieza a biopsia diferida junto con ileostomía terminal y fístula mucosa en cañón de escopeta más desbridamiento y resección de pared abdominal lumbar derecha la que determina un defecto de pared de aproximadamente 40 x 25 cm. Concomitantemente la comunicación retroperitoneal generó una hernia de pared abdominal superior a la cresta ilíaca. Posterior a esto, la paciente requirió manejo en Unidad de Paciente Crítico, inicialmente se manejó en defecto de pared con curación de heridas complejas y antibioterapia EV, así como múltiples aseos quirúrgicos y cobertura con VAC. Por otro lado, resolución de la hernia de pared abdominal anterior mediante malla. Posterior a esto, con resolución de problemática de otros sistemas y evolución clínica favorable, se realiza traslado a sala básica para cobertura definitiva de defect

de pared abdominal. Resultados Se planificó cobertura cutánea definitiva con colgajos complejos en dos tiempos quirúrgicos. En una primera instancia, se realizó un colgajo glúteo retardado durante aseo quirúrgico previo y un colgajo musculocutáneo de tensor de fascia lata con injerto dermoepidérmico del pedículo vascular para cubrir la cresta ilíaca expuesta. En un segundo tiempo, se planificó un colgajo Keystone doble cerrando completamente el defecto de pared.

CONCLUSIÓN: La paciente evolucionó de manera favorable, con colgajos adecuadamente perfundidos, sin dehiscencia ni signos de complicación en heridas operatorias.

CALIDAD DE LA INFORMACION EN LAS RESPUESTAS DE UN SISTEMA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (CHATGPT) SOBRE CIRUGÍA DE AUMENTO MAMARIO.

Juan Gavilanes, Diego Valenzuela, Claudia Albornoz, Victor Salazar, Susana Benitez, Cristian Erazo, Sergio Sepulveda

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se han realizado múltiples avances en el desarrollo de la inteligencia artificial. ChatGPT es un ejemplo de este tipo de tecnología que es capaz de generar respuestas altamente precisas a las preguntas de los usuarios.

OBJETIVOS: Debido a que es una herramienta de inteligencia artificial ampliamente difundida entre el público general nuestro objetivo fue establecer las características de las respuestas ofrecidas con respecto a cirugía estética mamaria.

MATERIAL Y MÉTODO: Se seleccionaron ocho preguntas que fueron seleccionadas por un comité de expertos desde un pool del sitio web de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica y adaptadas a la realidad chilena. Las respuestas generadas por ChatGPT fueron sometidas al escrutinio de cirujanos plásticos acreditados por la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica usando la escala EQIP (Ensuring Quality Information for Patients) para determinar la calidad de información. El resultado de las evaluaciones con EQIP fueron expresadas como porcentajes siendo 100% el máximo puntaje a obtener, adicionalmente se evaluaron cualitativamente como inadecuada, algo inadecuada, adecuada o muy adecuada.

RESULTADO: Cuatro cirujanos plásticos evaluaron 29 respuestas a preguntas realizadas a ChatGPT. Veinte respuestas fueron evaluadas usando EQIP, el score máximo encontrado por los profesionales fue de 65% y el mínimo fue de 36%. De las nueve respuestas evaluadas con escala nominal se determinó que 58% de las respuestas eran adecuadas, mientras que un 38% eran algo inadecuadas y solo un 27% fueron consideradas muy adecuadas.

CONCLUSIÓN: Las herramientas de inteligencia artificial como ChatGPT pueden significar una ayuda valiosa como información para pacientes disponible en internet, no obstante, hasta la actualización de Mayo de 2023 no es posible recomendarla como fuente confiable de información para pacientes. Mas estudios son necesarios para determinar si en el futuro inmediato esto podría cambiar.

DERMOLIPECTOMIA INVERSA COMO COBERTURA DE DEFECTO PARED TORÁCICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Denisse Vera, Valentina Vergara, Camila Cárdenas, Felipe González, Juan García

Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN: Los grandes defectos cutáneos han sido un tema difícil de abordar, requiriendo múltiples intervenciones y tratamientos multidisciplinarios. La abdominoplastia reversa es una de las opciones para crear un colgajo que cubra heridas complejas, si bien esta técnica se creó originalmente con un fin estético abdominal, lo describiremos como una opción para el manejo de defectos de la pared torácica (1,2,3).

OBJETIVOS: Reporte de un caso de defecto en la pared torácica y discusión de su difícil manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico: Mujer de 42 años, con antecedentes de una lesión penetrante por arma blanca resuelta quirúrgicamente previamente (2021), consulta por cuadro compatible con shock séptico de origen cutáneo por lesión abscedada en pared torácica derecha de 11x17x4 cm, se hospitaliza para manejo. Se exploró con equipo de cirugía de tórax y plástica observando herida penetrante previa fibrosada, sin cuerpos extraños y abundante pus. Se realizan múltiples aseos quirúrgicos, escarectomías y debridación, por lo que finalmente resulta una gran lesión ulcerada en pared torácica. Se maneja con terapia de presión negativa y antibióticos (ajustados según cultivos), para posteriormente lograr cobertura a través de una dermolipectomía invertida. El estudio etiológico de la lesión de la pared torácica aún se encuentra en curso, con marcadores reumatológicos negativos.

RESULTADO: Discusión: En primera instancia es necesario un manejo agresivo multidisciplinario para lograr desfocar y estabilizar a la paciente, posteriormente se aborda el problema de cierre que queda. Existen numerosas opciones de reconstrucción disponibles para defectos de tejidos blandos de la pared torácica. La abdominoplastia inversa, es un procedimiento creado con fin estético de contorno de abdomen anterosuperior, pero se ha propuesto como una buena opción reconstructiva ya que proporciona tejido altamente vascularizado y seguro para fines reconstructivos. Los defectos de pared torácica pueden ser un problema para el tratante, en especial cuando este se creó en un contexto inflamatorio-infeccioso, requiriendo múltiples debridaciones, aseos quirúrgicos, apoyo de terapia a presión negativa y prolongados tratamientos antibióticos, logrando finalmente la estabilización para el cierre (5).

CONCLUSIÓN: Si bien la paciente hubiera sido candidata para cobertura con injertos, la solución de continuidad tenía una profundidad considerable, por lo que la abdominoplastia inversa, que finalmente es un tipo de colgajo de avance, es una opción para remodelar y reparar el área afectada, teniendo como objetivo tanto la mejoría estética, como la funcionalidad de la pared torácica (1,2,3,6).

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE TRAUMA GRAVE DE EXTREMIDAD INFERIOR. REPORTE DE UN CASO

Denisse Vera, Valentina Vergara, Camila Cárdenas, Felipe González, Juan García

Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN: Desde tiempos inmemorables ha sido un tema recurrente los defectos de cobertura tisular compleja secundarios a diversos mecanismos. El manejo multidisciplinario para un óptimo resultado es el camino más usado en el último tiempo, desde el principio médico de optimización del paciente, para luego continuar usando técnicas quirúrgicas desde un cierre primario hasta colgajos, y no quirúrgicas como la terapia a presión negativa. (1,2)

OBJETIVOS: Reporte de un caso de desforramiento de extremidad inferior y abordaje multidisciplinario.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico: Paciente de 42 años, masculino, sin antecedentes médicos, sufre traumatismo grave de extremidad inferior derecha causado por aplastamiento de tractor causándole luxofractura de tobillo, luxación de rodilla acompañado de una lesión avulsiva de tejido celular subcutáneo y piel, compatible con mecanismo de desforramiento cerrado de la pierna derecha. Atendido en el Hospital Provincial de Ovalle, recibe dos intervenciones enfocadas en manejo traumatológico y aseo quirúrgico. Es trasladado a Clínica las Condes para manejo definitivo de fractura y cobertura de la lesión. Paciente visto por medicina interna para optimización basal, cirugía vascular descarta compromiso significativo, indicando tromboprofilaxis para mantener permeabilidad vascular, siendo suspendido previo a pabellones. Infectología mantiene seguimiento terapéutico, por cultivo positivo para *S. maltophilia*, sin signos de infección activa, deescalando en terapia antibiótica. Traumatología estabiliza tobillo con tutores externos y nueva osteosíntesis con tornillo transindesmal, permitiendo el trabajo para que cirugía plástica prosiga con cierre de defecto. Paralelamente cursando con múltiples aseos, apoyándose de terapia a presión negativa. Finalmente se logra realizar colgajo gemelar medio para cobertura de exposición tibial, e injertar en su totalidad el defecto, ya granulado, en buenas condiciones es derivado a Hospital de base.

RESULTADO: Discusión: El manejo multidisciplinario (medicina interna, cirugía vascular, infectología, equipo de enfermería, traumatología y cirugía plástica), permitió una favorable evolución del paciente, a pesar de que aún no se encuentra resuelto el caso. Los múltiples aseos junto con la terapia con presión negativa, primero con espuma asociada a plata, posteriormente white foam (espuma de alcohol polivinílico), permitieron disminuir la colonización bacteriana, previniendo así una infección activa, además de favorecer la granulación (3,4). Esto permitió tener un lecho óptimo para injertar, y continuar con la cobertura (5).

CONCLUSIÓN: Discutible fue la decisión de realizar el colgajo gemelar, ya que quita futura movilidad y potencia de la extremidad, sin embargo, es necesaria la cobertura ósea para así prevenir posibles infecciones y disminuir el tiempo de recuperación para así iniciar la rehabilitación (6,7).

COLOPROCTOLOGÍA

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DEL CANAL ANAL: UN CASO RARO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carol Escalona B, Jorge Arche P, Gonzalo Campaña V, Mónica Martínez M

Universidad Andres Bello

INTRODUCCIÓN: El tumor de células granulares (TCG) es una neoplasia poco común que surge de células de Schwann. Aunque es principalmente un tumor benigno, un pequeño porcentaje de los casos son malignos. El TCG puede aparecer en cualquier parte del cuerpo y es más común en mujeres y en el grupo de edad de 10 a 50 años.1 El tracto gastrointestinal es uno de los lugares donde se puede encontrar el TCG, siendo el esófago el sitio más común y el recto el más raro. Es asintomático en la mayoría de los casos y se diagnostica incidentalmente durante los procedimientos endoscópicos de rutina. 2 el TCG debe ser considerado en el diagnóstico de lesiones submucosas en el tracto gastrointestinal debido a su baja frecuencia y malignidad. 3 en este artículo presentamos un caso raro de tumor de células granulares en canal anal en una paciente femenina de 39 años, el cual se diagnosticó durante un examen anorrectal. Además, discutimos la literatura relacionada con el diagnóstico y manejo de TCG en el tracto gastrointestinal

OBJETIVOS: Reportar caso clínico de un paciente con Tumor de células granulares del recto donde se describirán los hallazgos clínicos, quirúrgicos, imagenológicos e histopatológicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño: reporte de caso clínico, observacional. Intervención: Resección de tumor de células granulares en canal anal. Tiempo: noviembre 2022 a diciembre 2023.

RESULTADO: Mujer de 39 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico y condilomas anales tratados, consulta por cuadro de prurito anal asociado a protrusión de masa perianal, sin sangrado. Al examen físico se observa nódulo de 8 mm entre 4-5 horario, sólido, sensible al tacto rectal, que tiene continuidad en relación con enfermedad hemorroidal, 2 cm dentro del canal anal, de consistencia sólida y dolorosa. Dado hallazgos se solicita RMN de recto para caracterizar la lesión, donde se evidencia un posible trayecto fistuloso inter-esfinteriano izquierdo de aspecto crónico, pero que no visualiza orificios fistulosos, asociado a imagen nodular en su aspecto caudal con compromiso del esfínter interno (Figura 1a). Dado hallazgos de examen físico e imagenológicos se planifica intervención quirúrgica. En el intra-operatorio impresiona que lesión no corresponde a una fístula anorrectal, sino, a tumor perineal compatible con el nódulo, de aproximadamente 3 cm de diámetro. Tumor compromete en forma infiltrativa el esfínter interno entre las 12-5 horario. El esfínter externo esta adherido, pero no infiltrado por lo que se divulsiona en la cirugía para poder resecar el tumor. (Figura 2a) Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, decidiéndose alta a las 24 horas sin incidentes. Macroscópicamente se observa fragmento irregular, pardo grisáceo, firme, de 4 x 2,3 x 1,5 cm. Al corte, irregular, grisáceo amarillento, sólido, no encapsulado (Figura 2b). Los hallazgos histopatológicos son compatibles con un Tumor de Células Granulares; mostrando proliferación de células poligonales, en el espesor de tejido fibroso y muscular liso, que contactan el borde quirúrgico de manera multifocal. La lesión se compone de células de citoplasma amplio, finamente granular, eosinófilo, de núcleo pequeño, redondos a ovales, homogéneos, membranas citoplasmáticas nítidas, con bajo índice mitótico (0 a 1 por campo de aumento mayor), con leve reacción inflamatoria linfoplasmocitaria. (Figura 2c y 2d) Se solicita dirigidamente al recibir la biopsia un estudio inmunohistoquímico que muestra S-100 positivo, Inhibina positivo, Ki-67 positivo, en aproximadamente 1-2% de las células tumorales, en focos de crecimiento más activo. La paciente a los 2 meses de haber sido operada tiene la herida post operatoria sin complicaciones, sin signos de infección ni complicación local, salvo por perdida leve de gases por el ano, razón por la cual se inicia kinesioterapia de piso pélvico. Control a los 8 meses muestra herida completamente cicatrizada sin signos de complicación, control de esfínteres sin conflicto.

CONCLUSIÓN: Los tumores de células granules, son tumores infrecuentes y se requiere un diagnóstico preciso y manejo multidisciplinario diferenciado acorde a cada paciente.

INVAGINACÍON DEL COLON - RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA

Andrés San Martin, Cristobal Suazo

Clínica Red Salud Vitacura

INTRODUCCIÓN: La invaginación intestinal constituye una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto. La etiología en intestino delgado es preponderantemente un tumor benigno, por el contrario, en colon suele ser un tumor maligno. Lo que justifica un tratamiento invasivo y poco conservador desde el momento del diagnóstico.

OBJETIVOS: Presentación de tratamiento quirúrgico en urgencias con criterios oncológicos en paciente con invaginación en colon ascendente. Evaluación de riesgo/beneficio y presentar detalles de la técnica.

CONTENIDO DE VIDEO: Breve introducción del caso clínico con las imágenes tomográficas. Edición de puntos clave en la cirugía de hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis primaria intracorpórea, realizada en urgencias. Resultado final con evolución y anatomía patológica.

CIRUGÍA DE DUHAMEL MODIFICADO POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Diego García Prado, Jorge Arche Prats, Gonzalo Campaña Villegas, Alejandro Readi Vallejos

Clínica INDISA

INTRODUCCIÓN: patologías poco frecuentes en la población adulta. Se pueden presentar como constipación crónica, fecaloma o vólvulos. Las etiologías subyacentes se dividen en dos grupos, las congénitas y adquiridas. Siendo de las adquiridas la Enfermedad de Chagas la principal en el medio nacional y de las congénitas la enfermedad de Hirschprung1. Su prevalencia es baja. Históricamente la causa más frecuente en Chile ha sido la de origen chagásico la que ha ido en descenso en las últimas décadas. El cuadro de Vólvulo del Sigmoides (VS) es una complicación del MC y es una patología de urgencia con riesgo de necrosis y perforación del colon. Requiere de una pronta resolución, idealmente endoscópica para en un segundo tiempo llevar a cabo el tratamiento quirúrgico correspondiente. En los casos de MC congénito está indicado su resolución quirúrgica mediante la Cirugía de Duhamel (CD). Inicialmente se describió esta técnica en 1960 como un procedimiento de abordaje por vía abierta abdominal y perineal realizando una anastomosis termino lateral colorrectal conservando el aparato esfinteriano. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva ha permitido llevar a cabo esta cirugía por vía laparoscópica. Presentaremos el caso de una paciente joven con historia de constipación crónica que se presenta con un VS resuelto endoscópicamente y luego su resolución quirúrgica laparoscópica de una técnica poco frecuente.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica quirúrgica por vía laparoscópica de una cirugía desafiante y poco común, que inicialmente fue descrita por vía abierta.

CONTENIDO DE VIDEO: Se describe el caso clínico de un cuadro de obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides en una paciente joven portadora de megacolon y megarecto que se resuelve inicialmente por vía endoscópica y de forma definitiva por vía laparoscópica.

DIVERTÍCULO GIGANTE, MANEJO Y REVISIÓN DE LITERATURA A PARTIR DE UN CASO DE DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA RESUELTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA CON ANASTOMOSIS PRIMARIA

Christophe Riquoir, Ismael Vial, Sebastián López

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Dra. Eloísa Díaz, La Florida

INTRODUCCIÓN: El divertículo gigante (DG) es una presentación rara en enfermedad diverticular con solo 6 casos reportados en Chile y alrededor de 200 en el mundo. Se define como aquel que mide 4 o más centímetros de diámetro, tienden a ser únicos y se ubican preferentemente en el colon sigmoides (81%).

OBJETIVOS: Actualizar el conocimiento sobre este tema infrecuente y discutir su manejo a partir de un caso complicado abordando las principales controversias.

MATERIAL Y MÉTODO: Hombre de 34 años con obesidad e historia previa de un episodio de diverticulitis aguda Hinchey 0 con hallazgo de un divertículo gigante de 11,1 x 5,9 cm. Cinco años después presenta un nuevo episodio complicado con neumoperitoneo, neumoretroperitoneo, ascitis y pelviperitonitis. En contexto de diverticulitis Hinchey IV se decide una sigmoidectomía laparoscópica, destacando un gran plastrón diverticular que dificulta la disección. Se logra completar la resección y se realiza una anastomosis descendo-rectal mecánica con prueba neumática negativa. Se decide no realizar ileostomía de protección por bajo riesgo de filtración. Evoluciona favorablemente, egresa a 5 días de la cirugía y a 60 días no presenta complicaciones. Biopsia compatible con pseudodivertículo en la clasificación de McNutt para DG.

RESULTADO: La fisiopatología del DG es la entrada de gas mediante un mecanismo de válvula. Solo un 10% se diagnostica de manera asintomática y un 28% se presenta complicado. En los últimos 12 años no se ha reportado mortalidad asociada. El tratamiento para los casos asintomáticos y no complicados es la resección en bloc del divertículo y el segmento de colon enfermo con anastomosis primaria con o sin ileostomía de protección, con nula mortalidad y mínima morbilidad descrita. En casos complicados, la evidencia es insuficiente para recomendaciones particulares en DG. Sugerimos seguir las recomendaciones generales actuales de diverticulitis aguda complicada. La cirugía debe ser con criterios oncológicos por el riesgo de carcinoma subyacente (2%). En DG, solo un 5% se describe resuelto por laparoscopía, si bien se ha reportado como segura. El riesgo de perforación y contaminación peritoneal parecían ser los temores. De momento se recomienda en la medida que el cirujano cuente con las habilidades y el equipo disponible.

CONCLUSIÓN: El DG es una presentación rara de la enfermedad diverticular que debe tratarse frente al diagnóstico para evitar complicaciones. La cirugía laparoscópica con anastomosis primaria y sin ileostomía de protección es una alternativa válida en pacientes seleccionados.

EXCISIÓN TOTAL DE MESOCOLON DERECHO ROBÓTICO: TÉCNICA QUIRÚRGICA

Augusto Barrera, Felipe Quezada, Alejandro Barrera, Cristián Gallardo, Felipe Illanes, Macarena Fernández, Carlos Melo

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La escisión total de mesocolon o colectomía con linfadenectomía D3, es una técnica quirúrgica que ha aumentado su realización en los últimos años. La evidencia es heterogénea en cuanto a su indicación, sin embargo, se ha visto un beneficio oncológico en casos seleccionados. Es importante que los cirujanos colorrectales conozcan la técnica quirúrgica para contar con esta alternativa terapéutica cuando sea la mejor opción para sus pacientes. En el presente video mostramos la técnica quirúrgica con la plataforma Da Vinci X en nuestro hospital.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica quirúrgica de la Escisión Completa de Mesocolon Derecho (D3) Robótica con la plataforma Da Vinci X.

CONTENIDO DE VIDEO: Escisión Completa de Mesocolon Derecho (D3) Robótica. Técnica paso a paso.

DESCENSO DE ANGULO ESPLÉNICO ROBÓTICO: TÉCNICA QUIRÚRGICA

Augusto Barrera, Alejandro Barrera, Cristian Gallardo, Felipe Illanes, Macarena Fernández, Carlos Melo

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La movilización del ángulo esplénico es un paso necesario en diversas cirugías colorrectales. Existe el abordaje abierto, laparoscópico y robótico. Es importante que todos los cirujanos dedicados a la patología colorrectal conozcan una o más técnicas para esta cirugía. Este video muestra la técnica quirúrgica utilizando la plataforma Da Vinci X en nuestro hospital.

OBJETIVOS: Mostrar la técnica quirúrgica del Descenso de Ángulo Esplénico Robótico con la plataforma Da Vinci X.

CONTENIDO DE VIDEO: Descenso de Ángulo Esplénico Robótico con Da Vinci X. Técnica paso a paso.

ALIMENTACIÓN PRECOZ DESPUÉS DE CIRUGÍA COLORRECTAL, ¿PODEMOS REDUCIR LOS RESIDUOS? UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA.

Andrés Iglesias, Paula Medina, Catalina San Martín, María Jesús Irarrázaval, María Elena Molina, Rodrigo Miguieles, Felipe Bellolio, José Tomás Larach, Nicolás Besser, Gonzalo Urrejola

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La alimentación precoz tras cirugía colorrectal es beneficiosa, reduciendo la morbilidad y la estancia hospitalaria. En general a los pacientes se les ofrecen cuatro comidas diarias, a pesar de evidencia favorable de otros patrones como ayuno intermitente o alimentación restringida en el tiempo. Por otro lado, globalmente se pierde aproximadamente 1/3 de los alimentos. Se han propuesto estrategias para disminuir el desperdicio, pero aún existe un vacío para dimensionar la magnitud del problema.

OBJETIVOS: Objetivo primario es cuantificar el desperdicio total de alimentos en pacientes que se someten a cirugía colorrectal electiva. Objetivos secundarios, evaluar si variables como el día post operatorio, la comida del día y el tipo de macronutrientes influyen en ello.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional de cohorte prospectiva. Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años, sometidos a cirugías colorrectales electivas. Se excluyeron resecciones multiviscerales, cirugía por prolapso, colostomías como procedimiento único, intervenciones de urgencia, deterioro cognitivo, condición terminal y condición médica que contraindique la alimentación oral. El régimen el día 0 incluye líquidos y desde el día 1 se inicia un régimen liviano. Se pesan los alimentos y residuos desde el día uno hasta el cuatro o el alta. Se calculó una muestra de 33 pacientes para diferencia de medias de 15% en residuos. Se utilizan test de Chi-cuadrado de Pearson, pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Simirnov, T de Student para muestras independientes, ANOVA de una vía, U de Mann-Whitney, Test de Kruskal, de Friedman y de Dunn según correspondan el tipo de variables.

RESULTADO: 50 pacientes consecutivos fueron evaluados, media de 61,6 años (±15,8), 31% son mujeres, IMC medio de 26,2 (±4,3). Se sirvió un total de 182.095g de alimentos (media de 3.642g por paciente). Se desecharon 68.991g (media de 1.380g por paciente) correspondientes al 37,9% de los alimentos entregados. Destaca una diferencia significativa de residuos por tipo de comida del día (medianas de 173g al desayuno, 477g al almuerzo, 92g en la merienda y 421g en la cena ($p<0,001$)) y tipo de macronutriente (0g de residuo de pan, 110g de sopa, 34g de ensalada, 472g del plato principal y 102g de residuo de postre ($p<0,001$)). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas por grupo etario, sexo, IMC, segmento colorrectal resecado, abordaje quirúrgico, presencia de complicaciones ni por días de hospitalización. Las medianas de residuos por comida del día fueron 38,4% para desayuno, 35,8% al almuerzo, 31% en la merienda y 34,5% en la cena, ($p=0,72$). El día postoperatorio tampoco se asoció al porcentaje de residuos: 36,9%, 41%, 38,4% y 32% los días 1, 2, 3 y 4 respectivamente ($p=0,15$).

CONCLUSIÓN: En conclusión, la cantidad de desechos de alimentos generados en el postoperatorio de cirugía colorrectal electiva es alta, explicada principalmente por el plato principal servidos al almuerzo y cena. Ajustes de pautas de alimentación deberían considerar una disminución de al menos un 30% de estos alimentos, sin hacer diferencias en el día post operatorio ni en otras variables clínicas.

HIDRADENOMA PAPILÍFERO, UN TUMOR BENIGNO INFRECUENTE DE LA ZONA PERIANAL: REPORTE DE UN CASO.

M. Casassas (1), M Retamales (1), J. Morales (1), D. Berrocal (2), G Reyes (3)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago. (2) Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago. (3) Coloproctólogo, Hospital del Salvador, Universidad de Chile, Santiago.

INTRODUCCIÓN: El hidradenoma papilífero (HP) es tumor benigno, quístico y papilar infrecuente que crece principalmente en la zona anogenital y vulvar de mujeres adultas. Representa hasta un 60% de los tumores vulvares en algunas series. Se origina de las glándulas apocrinas presentes en la zona anogenital femenina. La presentación clínica más frecuente es asintomática, de crecimiento lento, forma nodular o pólipo exofítico, bien delimitado, que puede sangrar y ulcerarse pudiendo simular un carcinoma. Se presenta a continuación el caso de una paciente con una lesión perianal, la cual se decide resecar por sospecha de malignidad.

OBJETIVOS: - Presentar a la comunidad científica un reporte de caso clínico de una lesión tumoral benigna infrecuente. - Realizar una breve revisión de la literatura existente respecto al hidradenoma papilífero.

MATERIAL Y MÉTODO: Previo consentimiento de la paciente, exposición de caso clínico previa revisión de ficha clínica y biopsia de paciente.

RESULTADO: Mujer de 75 años, con antecedente de cáncer de colon rectosigmoides operado. En control de seguimiento se encuentra al examen físico lesión en zona perianal nodular hiperpigmentada, móvil de 5 mm, no doloroso, Al interrogatorio dirigido refiere aparición de 10 meses de evolución. Se realiza resección de lesión con biopsia excisional con márgenes de 5 mm, el resultado informa nódulo dermohipodérmico bien delimitado, no encapsulado, compuesto por estructuras tubulares irregulares y papilas simples y complejas, sin evidencia de malignidad. Conclusión hidradenoma papilífero. La localización más frecuente del HP es en la vulva, pero se ha reportado en labios mayores y menores, clítoris, monte de venus, periné y ano. Se han reportado casos de localizaciones “ectópicas” en pabellón auricular, cara, tórax y abdomen. Su diagnóstico clínico es de dificultad, ya que se puede confundir con lesiones malignas como el carcinoma escamoso y melanoma de la región perianal, por lo que se debe realizar estudio mediante biopsia de la lesión para su diagnóstico de certeza.

CONCLUSIÓN: El HP es una neoplasia benigna infrecuente, de difícil diagnóstico clínico por su similitud con otras lesiones, algunas de ellas malignas, por lo que resulta de gran importancia realizar una biopsia ante una lesión sospechosa en la región perianal para obtener el diagnóstico de certeza mediante la histología.

PRESENTACION DE PACIENTES CON ABSCESO PERIANAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Ximena Concha S., Víctor Ortiz R., Paúl Prieto C., Liumariel Vegas S.

Equipo Cirugía General. Complejo Asistencial Padre Las Casas. Servicio de Salud Araucanía Sur

INTRODUCCIÓN: El absceso perianal es una urgencia proctológica frecuente que requiere resolución de forma óptima para disminuir la morbilidad asociada.

OBJETIVOS: Describir el perfil de pacientes del Complejo Asistencial Padre las Casas (CAPLC) que requirió cirugía por absceso perianal.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Serie de casos. Revisión de cirugías de enero 2022 a mayo 2023, seleccionando los casos que requirieron cirugía por absceso perianal, analizando sus comorbilidades, estadía hospitalaria, complicaciones postoperatorias y mortalidad. Datos analizados en Microsoft Excel 2016, a través de tabla con datos y análisis estadístico de tipo descriptivo.

RESULTADO: Se realizaron 31 cirugías en el CAPLC por absceso perianal, de enero 2022 - mayo 2023. Un 64,5% de los pacientes son hombres, edad promedio 44,7 años, desviación estándar (DS) 17,7; 32,3% diabéticos y 22,6% con episodio previo de absceso perianal. En exámenes de laboratorio destaca el promedio de glóbulos blancos en 15600, DS 5702, proteína C reactiva 108,6 mg/dl, DS 91,2, glicemia 154 mg/dl, DS 107,5. Promedio de hemoglobina glicosilada de 9,5%, DS 2,65, solicitada en 5 pacientes (16%). Se realizó tomografía computarizada en 67,7% con promedio de tamaño de absceso de 55 mm, DS 29,7. Se efectuó drenaje quirúrgico en todos los pacientes, promedio de tiempo quirúrgico 28,7 minutos, DS 17,3; ubicación de absceso en cuadrante inferior izquierdo 19,4%, cuadrante superior derecho 16,1%, línea media posterior 16,1%, cuadrante inferior derecho 12,9% y unión de cuadrantes izquierdo 12,9%. Celulitis asociada en 16%. Manejo del defecto postquirúrgico en 38,7% con drenaje penrose, 22,6% gasa yodada y 22,6% cobertura con apósito. Promedio días de hospitalización 6,9 días, DS 6,7. En 19,4% (6 pacientes) presentaron complicaciones postoperatorias, 5 pacientes (16%) clasificado según Clavien Dindo en 3A, 1 paciente (3,2%) clasificado en 1. El promedio de aseos necesarios fue de 1,3 DS 0,75. Sin mortalidad a 30 días. Un 35,5% asistió al control postoperatorio. Un paciente (3%) requirió rehospitalización para nuevo aseo.

CONCLUSIÓN: Los abscesos perianales intervenidos en el CAPLC fueron realizados principalmente en hombres de mediana edad, 1/3 de los pacientes con diabetes de mal control y 1/5 de ellos con segundo episodio. Destaca el alto porcentaje de tomografía computarizada ante un diagnóstico principalmente clínico. Los cuadrantes inferior izquierdo y superior derecho fueron los más frecuentemente afectados. 16% necesitaron nueva intervención quirúrgica y no existió mortalidad asociada a 30 días. Se debe optimizar el diagnóstico clínico, además del aseo quirúrgico y drenaje prolijo para evitar reintervenciones.

INTUSUSCEPCIÓN SIGMOIDEO-RECTAL. REPORTE DE CASO

Denisse Vera H. Jorge Zúñiga C. Bárbara Ortiz J.

Hospital de urgencia asistencia pública. Universidad Finis terrae

INTRODUCCIÓN: La intususcepción es la invaginación de un segmento proximal del intestino hacia el lumen intestinal distal. El sitio que se invagina con mayor frecuencia es el íleon hacia el colon, a través de la válvula ileocecal. Este proceso conduce a la obstrucción intestinal, congestión venosa e isquemia de la pared intestinal. Puede complicarse con perforación, y posteriormente provocar peritonitis y shock. (1) La intususcepción es una patología rara en la población adulta, en comparación con la pediátrica. Se estima que el 5% de todas las intususcepciones ocurren en adultos y causan aproximadamente el 5% de las obstrucciones intestinales. (2) Debido a su infrecuencia, su diagnóstico es un desafío, en su mayoría de veces no pudiendo realizar el diagnóstico meramente con la historia clínica y el examen físico, recurriendo a exámenes imagenológicos como el escáner o la resonancia, y previamente al advenimiento de estas herramientas, la mayoría de los diagnósticos se realizaban de forma intraoperatoria.

OBJETIVOS: El objetivo del reporte de caso es mostrar una presentación distinta de intususcepción en adultos, para así ayudar en el diagnóstico precoz.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 35 años, sin antecedentes mórbidos, privado de libertad, consulta en el servicio de urgencia de HUAP en noviembre 2022 por dolor abdominal de 1 día de evolución en hipogastrio tipo cólico, asociado a deposiciones con sangre fresca. No refiere fiebre, vómitos, ni otra sintomatología asociada. Ingresa en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, sin embargo, al examen físico se describe pálido, mal perfundido, deshidratado, con abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. No se realiza tacto rectal por solicitud del paciente. Se compensa al paciente y se realiza escáner de abdomen y pelvis, que describe invaginación colorrectal con imagen nodular de 3.5 cm en polo inferior del segmento invaginado. Se realiza colonoscopia que informa pólipo de aspecto avanzado que ocluye el lumen, con protrusión hacia distal de gran tamaño (15 - 18 cm). Se solicita un AngioTC de abdomen y pelvis que muestra signos de obstrucción intestinal debido a invaginación colorrectal. En pabellón se aprecia intususcepción a nivel de colon sigmoides, secundaria a tumor endoluminal de aproximadamente de 5 x 4 cm, sin compromiso transmural, el cual se desliza hacia distal a 3 cm bajo reflexión peritoneal con obstrucción intestinal secundaria. Gran edema, sin compromiso vascular, con vitalidad conservada, sin perforación. Se aprecia líquido libre citrino. Abundante contenido intestinal de retención. No se observan adenopatías en mesocolon o retroperitoneo, sin carcinomatosis peritoneal, superficie hepática sin lesiones evidentes. Se procede a cirugía tipo Hartmann, sin complicaciones. Paciente evoluciona favorablemente, en condiciones para su traslado al Hospital Penitenciario. Posteriormente la biopsia demostró un adenocarcinoma bien diferenciado de 3 x 3 cm con márgenes negativos, T2N1.

RESULTADO: Existe una triada clásica de la intususcepción: dolor abdominal, masa palpable y hematoquecia, la cual en este caso incompleta, al no describirse una masa palpable abdominal. (3) Existen reportes de casos y algunas series de casos, en los cuales se objetivan algunos signos y síntomas que son frecuentes (Tabla 1). Sin embargo, también puede ser asintomático. (4) Una serie clínica constató distintas etiologías, la mayoría de causa idiopática, menos de un tercio es neoplásica, el resto varía.

CONCLUSIÓN: Al presentarse un paciente con dolor abdominal y posteriormente llegar al diagnóstico de una intususcepción intestinal, es necesario su estudio y descartar la causa neoplásica maligna, a pesar de que el paciente no refiera los síntomas clásicos de un cáncer.

METÁSTASIS RENAL EN COLON DERECHO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Constanza Cornejo, Amanda Collingwood-Selby, Antonio Hernández, Dr. Diego Gianetti, Dr. Manuel Lizana, Dr. Fabio Paoletto, Dr. Andrés Rodríguez

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Los tumores de colon y recto constituyen aproximadamente el 13% de las muertes relacionadas con tumores malignos en Chile. Es poco común que un tumor colónico sea de origen secundario, se estima que representa aproximadamente el 1%. La detección de un tumor colónico como metástasis renal es extremadamente infrecuente, con solo 11 casos documentados en la literatura.

OBJETIVOS: El propósito de este estudio es presentar un caso clínico sobre la identificación de metástasis renal en colon en un hospital de alta complejidad en Santiago, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADO: El paciente es un hombre de 70 años con antecedentes de cáncer renal derecho tipo papilar en estadio III, el cual fue resecado en el año 2020. Cursó con una primera recidiva local en mayo de 2022, manejado con quimioterapia sistémica paliativa. En noviembre de 2022, el paciente relata episodios de melena con anemia grave asociada. Se solicita estudio de reetapificación, con tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que evidencia una masa hipodensa de 7,2 x 7,0 cm en el polo cecal, acompañada de adenopatías mesentéricas y retroperitoneales de hasta 34 mm. Además, se observó una lesión protruyente en el colon derecho durante la colonoscopía, y la biopsia sugirió un origen metastásico. En febrero de 2023, el paciente fue presentado al comité oncológico, el cual decidió realizar una cirugía paliativa debido a una expectativa de vida superior a 1 año. Se llevó a cabo una colectomía derecha por vía laparotómica. Durante el procedimiento se confirmó la presencia de una masa indurada de 7 cm en el colon derecho. La biopsia reveló un carcinoma pobremente diferenciado con un patrón sólido y papilar, compatible con metástasis de origen renal. Actualmente, el paciente se encuentra bajo seguimiento por el equipo de coloproctología, y se planea realizar una reconstrucción del tránsito intestinal durante este año.

CONCLUSIÓN: Este caso ilustra la importancia de realizar una búsqueda exhaustiva de metástasis en pacientes con tumores primarios. Aunque la incidencia de un tumor colónico secundario es baja, en este caso tuvo como consecuencia múltiples hospitalizaciones y una morbilidad significativa. Tras el diagnóstico y la posterior cirugía, el paciente experimentó una mejoría en su calidad de vida al superar los síntomas de anemia severa y hemorragia digestiva baja. Además, este caso destaca la importancia de contar con comités oncológicos en centros de alta complejidad, ya que permiten tomar decisiones de manera integrada y multidisciplinaria en casos oncológicos.

CÁNCER SINCRÓNICO COLORRECTAL EN UN PACIENTE CON OLIGOPOLIPOSIS Y NEUROFIBROMATOSIS: REPORTE DE UN CASO

Carolina Bonomo M, Benjamin Duble M, Dominique Krauss S, Karin Alvarez V, Francisco Lopez K.

Universidad de los Andes, Clinica Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La neurofibromatosis, síndrome hereditario autosómico dominante, con predisposición demostrada a generación de ciertas neoplasias. La neurofibromatosis tipo 1 (NF1), más prevalente, ocurre por mutaciones en el cromosoma 17q11.2. Genera un defecto en la neurofibromina, afectando su rol como supresor tumoral y llevando al desarrollo de neoplasias benignas y malignas siendo lo más común el desarrollo de neurofibromas cutáneos benignos. En la literatura reciente se ha reportado un aumento global del riesgo de tumores malignos incluido el adenocarcinoma colónico, sin suficiente evidencia para relacionarlo con síndromes polipoides hereditarios. Se presenta un caso de paciente con neurofibromatosis y oligopoliposis adenomatosa que debutó con adenocarcinomas sincrónicos con tres estudios genéticos negativos.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Paciente de 55 años con antecedente de neurofibromatosis diagnosticada clínicamente, sarcoidosis pulmonar y dolor neuropático incapacitante refractario hace 2 años. Consultó por cuadro de 1 año de evolución de cambio en hábito defecatorio, rectorragia intermitente, sensación de pujo y baja de peso. Colonoscopia informó oligopoliposis con dos lesiones sugerentes de cáncer primario en sigmoides. Dentro de sus exámenes de laboratorio destacaba anemia leve e hipoalbuminemia junto a CEA elevado. Se realizaron múltiples estudios genéticos para confirmar el diagnóstico de NF1 y PAF, todos no concluyentes, sin identificar mutaciones genéticas pese al fenotipo evidente. Se realizó etapificación, identificando tres lesiones hepáticas focales en segmentos IV-V y una opacidad pleuropulmonar apical derecha. Dado su elevado riesgo quirúrgico se decide solo colectomía e ileostomía terminal. La biopsia de pieza quirúrgica informa 3 adenocarcinomas sincrónicos a nivel del sigmoides con bordes negativos. En un segundo tiempo se realizó la resección de las metástasis hepáticas de los segmentos IV-V. Posteriormente se somete a 12 sesiones QMT adyuvante protocolo FOLFOX. Después de terminar su QMT se sometió a la reconstrucción del tránsito a través de una ileorecto anastomosis.

RESULTADO:.

CONCLUSIÓN: Clásicamente la NF1 se asoció a un aumento del desarrollo de ciertos tumores, pero últimamente se ha observado un aumento global en el riesgo de neoplasias malignas. Existen pocas publicaciones que relacionan NF1 y cáncer colorrectal. En el caso expuesto se presenta un hombre joven con NF1 y oligopoliposis que debutó con tres adenocarcinomas de colon sincrónicos con metástasis hepáticas. Dada la condición y compromiso general del paciente se decide comenzar con extirpación del tumor colónico sin realizar anastomosis y en segunda etapa, dos meses posteriores, extirpar las metástasis asociado a quimioterapia adyuvante, mejorando así la sobrevida del paciente.

PROCTITIS QUÍSTICA PROFUNDA: REPORTE DE UN CASO.

Dominique Krauss S, Carolina Bonomo M, Benjamin Duble M, Karin Alvarez V, Francisco Lopez K.

Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: Proctitis quística profunda, patología con baja incidencia a nivel mundial, subdiagnosticada y confundida con neoplasias malignas del recto. Histológicamente se caracteriza por quistes mucinosos, ubicados en la submucosa del recto (70%). Fisiopatológicamente se asocia a inflamación crónica, secundaria a iatrogenia, tal como radioterapia o enfermedades inflamatorias intestinales. En Chile no se reportan casos en la literatura sin estos factores involucrados. En este reporte de caso se presenta una paciente con proctitis quística profunda, la cual no presenta inflamación crónica a nivel colorrectal que explique la enfermedad.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico: Paciente sexo femenino 42 años con antecedentes de síndrome de Sjögren, fibromialgia y cirugía bariátrica, consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de anemia y rectorragia intermitente. Se realiza estudio endoscópico, donde se observa masa tumoral a 6 cm del margen anal, la biopsia no confirma adenocarcinoma. Se complementa estudio con resonancia magnética (RM) de pelvis que sugiere lesión tumoral con compromiso transmural del recto. Se plantea realizar resección anterior ultra baja. Esta paciente solicita una segunda opinión, frente a la ausencia de biopsia confirmatoria de adenocarcinoma, se realiza endosonografía donde se descarta compromiso transmural. Por este motivo se realiza biopsia excisional a través de una resección transanal (TAMIS). Biopsia informa histología compatible con proctitis quística profunda. Paciente se mantiene en controles clínicos.

RESULTADO: Discusión: Proctitis quística profunda, entidad poco frecuente, benigna y subdiagnosticada. Su sintomatología varía desde pacientes asintomáticos a aquellos que se presentan con hemorragia digestiva, deposiciones mucosas, diarrea, dolor abdominal o perineal y/o tenesmo. El estudio diagnóstico es similar al cáncer de recto, ya que la clínica nos podría hacer sospechar que el paciente padece esta patología. Este debe incluir colonoscopia, tomografía y resonancia de pelvis para poder caracterizar la lesión, aunque estos presenten ciertas limitantes. A su vez la endosonografía es un examen muy importante dado que permite caracterizar la invasión transmural, lo que es difícil de precisar a través una de RM pelvis. Frente a una biopsia no concluyente y una endosonografía que no muestra compromiso transmural el paso siguiente es realizar una biopsia excisional, que es imperativo para el diagnóstico, debido a que es el único estudio que nos descarta patologías de peor pronóstico.

CONCLUSIÓN: Conclusión: La relevancia de este reporte de caso se enfoca en profundizar en una entidad poco frecuente donde es fundamental realizar un diagnóstico certero para evitar someter a nuestros pacientes a tratamientos deletéreos.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESECCIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE COLON DERECHO Y TRANSVERSO

Javier Vela, Christophe Riquoir, Daniel Moreno, Nicolás Besser, Gonzalo Urrejola, María Elena Molina, Rodrigo Miguieles, Felipe Bellolio, José Tomás Larach

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La resección completa del mesocolon (RCM) consiste en la resección de un envoltorio mesocólico completo y una ligadura vascular central y disección ganglionar D3. Esta técnica es especialmente relevante en colectomías derechas donde rutinariamente solo se realiza una disección D2 a diferencia de la colectomía izquierda. Los metaanálisis recientes tienden favorecer la sobrevida de los pacientes sometidos a CME en comparación con técnica convencional. Sin embargo, no hay series nacionales publicadas al respecto.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir los resultados perioperatorios de los primeros casos de CME de nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron todas las hemicolectomías derechas laparoscópicas por cáncer de colon derecho con resección completa del mesocolon realizadas en nuestro centro desde enero 2022 hasta junio 2023. Todos los casos fueron realizados por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica colorrectal avanzada. Se recopilaron y analizaron los datos demográficos y clínicos preoperatorios, operatorios, histopatológicos y postoperatorios hasta 30 días desde la cirugía. Los resultados se expresan como mediana y rango Inter cuartil para variables numéricas; frecuencia y porcentaje para variables categóricas

RESULTADO: Durante el periodo se realizaron 34 CME y 29 fueron laparoscópicos. Se analizaron estos 29 pacientes. Caracterización demográfica: de los pacientes analizados la mediana de edad fue: 66 años (57-76), el índice de masa corporal fue de 27 kg/m2(23.3-31.6), el índice de Charlson fue de 5(3-5) y 52% tenía alguna cirugía abdominal previa. Resultados operatorios: la mediana de tiempo quirúrgico fue 202.9 min (179-232), en 28 casos la anastomosis fue intracorpórea y sólo en 1 ocasión fue extracorpórea. No hubo casos de conversión a cirugía abierta. Resultados histopatológicos: el estadio oncológico de los pacientes fue: Etapa I 11%, Etapa II 44%, Etapa III 30%, Etapa IV 15%; la mediana de tamaño tumoral fue de 5.6 cm (3.6-7.3), localización tumoral: ciego 11 casos (38%), ángulo hepático 6(21%), colon ascendente 5(17%), y colon transverso 5(17%). Linfonodos cosechados 23(18-28). Hubo 1 caso de resección multi visceral (esplenectomía). Resultados post operatorios: Estadía intrahospitalaria 3 días (2-4); Morbilidad 9 casos (33.3%), Comprehensive Complication Index 0(0-20.9). Clavien-Dindo I: 2 casos, II: 6 casos, y IIIb: 1 caso. Hubo 1 reoperado por hematoma en sitio de extracción y una readmisión por ileo adinámico. No hubo filtraciones anastomóticas, ni mortalidad.

CONCLUSIÓN: Los resultados evidencian que la implementación de la resección completa del mesocolon por vía laparoscópica en hemicolectomía derecha por cáncer de colon es factible y segura en centros con experiencia en cirugía laparoscópica colorrectal.

TUBERCULOSIS INTESTINAL PRESENTADA COMO LESIÓN INFLAMATORIA DE VÁLVULA ILEOCECAL: REPORTE DE UN CASO.

D. Marin ; B. Dublé ; A. Zulueta

Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada por el Mycobacterium Tuberculosis (MT). La mayoría de las veces compromete los pulmones, pero puede comprometer cualquier sitio anatómico, denominándose TBC extrapulmonar. La tuberculosis intestinal es una entidad poco frecuente, siendo la válvula ileocecal el sitio más afectado. Puede estar asociada a la diseminación de TBC pulmonar o menos frecuentemente, a la infección por Mycobacterium Bovis. Presentamos un caso de una paciente con una masa ileocecal y cuadro suboclusivo por TBC intestinal causada por Mycobacterium Bovis.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso: Paciente femenina, 66 años con antecedente de hipertensión arterial. Presenta 6 meses de cambio en hábito intestinal, baja de peso, dolor abdominal postprandial y vómitos aislados asociado a masa palpable en fosa iliaca derecha. Con anemia leve y CEA normal. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis describe un engrosamiento transmural del íleon distal y válvula ileocecal que afecta el polo cecal y colon ascendente adyacente con múltiples adenopatías en fosa iliaca derecha y mesentéricas sospechosas. Se realiza colonoscopia que informa masa ulcerada en válvula ileocecal que impide ileoscopia, y biopsia con colitis inespecífica y úlcera activa con reacción granulomatosa epiteloidea y células gigantes multinucleadas.

RESULTADO: Dada la sintomatología se realiza hemicolectomía derecha sin incidentes. La biopsia de la pieza informa implantes granulomatosos peritoneales y adenopatías regionales, con enterocolitis granulomatosa transmural de válvula ileocecal. Se complementa el estudio con PCR (GeneExpert) positivo a niveles bajos. Finalmente se realiza estudio por técnica molecular (Instituto Salud Publica) donde se aisla *Mycobacterium Bovis*.

CONCLUSIÓN: La tuberculosis intestinal corresponde a una de las formas de presentación de las tuberculosis abdominales. Suele representar un desafío diagnóstico por lo inespecífico de su sintomatología. La colonoscopia es clave para su diagnóstico permitiendo identificación de la lesión y toma de biopsias para cultivos especializados de MT, PCR de MT y análisis histológico (buscando granulomas con necrosis caseificante). Aunque no hay hallazgos patognomónicos, la presencia de úlceras transversas y una válvula ileocecal deformada nos deben hacer sospecharla. Exponemos un caso donde paciente presentó sintomatología suboclusiva asociada a baja de peso y masa abdominal palpable sin diagnóstico concluyente luego estudios iniciales. Se planteó origen inflamatorio versus neoplásico, y por persistencia de sintomatología se decidió resección de la lesión para estudio de pieza quirúrgica. Gracias a los hallazgos macroscópicos intraoperatorios se sospechó TBC intestinal, realizándose estudio microbiológico y biología molecular, siendo esta última positiva en tejido intestinal para *Mycobacterium bovis*.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FATIGA RELACIONADA AL CÁNCER Y SU ASOCIACIÓN CON ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Lorca Luz Alejandra, Leao Ivana, Pizarro Marta, Rebolledo Gonzalo, Martínez Monica, Vivallos Jessica.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: La fatiga relacionada al cáncer (CRF) corresponde a un síndrome relevante en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) y puede estar presente durante toda la trayectoria de la enfermedad. Se ha asociado con tratamientos, mayor comorbilidad, dolor y baja condición funcional. Adicionalmente, los pacientes afectados pueden ser menos adherentes a los tratamientos, impactando en la tasa de mortalidad.

OBJETIVOS: Describir la prevalencia de fatiga en pacientes adultos con CCR e identificar asociaciones y correlaciones entre la fatiga con antecedentes sociodemográficos y clínicos

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio prospectivo transversal, aprobado por comité de ética científico. Se estudió una muestra consecutiva de 241 pacientes con CCR que se encontraban en diferentes etapas de la enfermedad usuarios de un hospital terciario. Se evaluó fatiga con el cuestionario breve de fatiga, (BFI), independencia en actividades de la vida diaria con índice de Barthel, dolor con la escala visual análoga (EVA) y performance status con ECOG.Se utilizaron análisis descriptivos considerando promedio, desviación estándar, mediana, distribución por frecuencia y porcentaje para describir las variables del estudio. Para evaluar asociaciones entre nivel de fatiga y antecedentes sociodemográficos y clínicos se utilizó el test de Chi cuadrado. Para evaluar correlaciones entre fatiga y antecedentes sociodemográficos y clínicas se utilizó la prueba de Spearman. En todos los análisis se consideró significante un $p<0,05$.

RESULTADO: La media de edad fue de 68,9 años. La fatiga estuvo presente durante todas las etapas de la enfermedad. Las mujeres presentaron mayor proporción de fatiga “moderada”, mientras que los hombres presentaron mayor proporción de fatiga “leve” ($p<0,01$). Los pacientes laboralmente “activos” presentaron mayor proporción de fatiga “moderada” ($p<0,05$). Pacientes con ≥3 de comorbilidades tuvieron mayor proporción de fatiga “severa “($p<0,05$). Los pacientes con trastornos del ánimo y patología musculoesqueléticos tuvieron mayor proporción de fatiga “severa” ($p<0,05$) y pacientes con patologías respiratorias tuvieron más proporción de fatiga “moderada” y “severa” ($p<0,05$). Los pacientes no operados tuvieron mayor proporción de fatiga “severa” ($p<0,05$). Finalmente, fueron encontradas correlaciones pequeñas y positivas entre fatiga y dolor (Rho spearman = 0,23, $p<0,01$) y correlaciones pequeñas y positivas entre fatiga y edad (Rho spearman = 0,15, $p=0,01$).

CONCLUSIÓN: El síndrome de fatiga relacionada al cáncer es prevalente en pacientes con CCR y puede estar presente durante diferentes etapas de la enfermedad, siendo más predominante en mujeres, antes del tratamiento quirúrgico, personas laboralmente activas, y con mayor número de comorbilidades. Se recomienda la pesquisa y manejo precoz, antes del tratamiento quirúrgico orientado a la optimización de la condición funcional.

DIVERTICULITIS DEL APÉNDICE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Salinas S, Sebastián King V, Gonzalo Urrejola S.

Departamento Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La diverticulitis apendicular es una entidad rara del apéndice, representando el 0.004 – 2.1% de todas las apendicitis. Su incidencia tiende a subestimarse por el desconocimiento y por la superposición clínico-radiológica con la apendicitis aguda. El diagnóstico radiológico se basa en la identificación de un divertículo que surge del apéndice, pero que puede ser difícil de identificar en el contexto inflamatorio. La importancia del diagnóstico es que la diverticulitis apendicular conlleva un mayor riesgo de perforación y de neoplasias sincrónicas.

OBJETIVOS: Describir la importancia de la diverticulitis apendicular como diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico de paciente masculino de 45 años, sano sin antecedentes, quien consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico UC por un cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha (FID) de 3 días de evolución; niega fiebre, náuseas, vómitos o diarrea. Al examen físico, con signos vitales normales y un abdomen blando, depresible, doloroso en FID; sin signos de irritación peritoneal. En el laboratorio de ingreso, destacan parámetros inflamatorios en rango normal. TC AP con contraste informa signos de apendicitis aguda perforada. Se hospitaliza para resolución quirúrgica.

RESULTADO: El paciente es evaluado y se decide realizar apendicectomía laparoscópica. Dentro de los hallazgos intraoperatorios se describe apéndice cecal en FID, de superficie irregular, con presencia de adenopatías periapendiculares y base sana. Sin presencia de mucina ni de otras lesiones/implantes en resto de la cavidad abdominal. Muy escasa ascitis en fondo de saco pélvico. Paciente completa post operatorio favorable con alta a las 24 horas. En control ambulatorio, se recibe biopsia que informa diverticulosis apendicular con diverticulitis aguda leucocitaria y apendicitis aguda leucocitaria simple.

CONCLUSIÓN: La diverticulitis apendicular es una enfermedad poco frecuente del apéndice, muchas veces subdiagnosticada por cuadros de apendicitis aguda. Su importancia en el diagnóstico oportuno radica en la mayor probabilidad de perforación y asociación con neoplasias, como tumores carcinoides y adenomas mucinosos; por lo que se debe tener presente dentro del diagnóstico diferencial de apendicitis aguda.

IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLOPROCTOLÓGICA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE

Roberto Olguin, Felipe Barnert, Camila Figueroa, Yoselin Burgos, Paulina Perez, Felipe Imigo, Tomás Contreras, Julio Figueroa, Enrique Morales

Hospital de Puerto Montt

INTRODUCCIÓN: Introducción: En Chile, las primeras series de cirugía laparoscópica colorrectal se reportan en Santiago en el año 2004 y a partir de entonces, se ha extendido su uso hacia el resto del país como una alternativa segura al abordaje abierto.

OBJETIVOS: Analizar los resultados locales y compararlos con los publicados en la literatura además de evaluar factores relacionados con la curva de aprendizaje de cirugía colorrectal laparoscópica como resultados quirúrgicos, complicaciones y resultados oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron los 100 primeros pacientes que fueron sometidos a resección de colon, con técnica laparoscópica como abordaje inicial, en el Hospital de Puerto Montt, sin criterios de exclusión. Los datos a corto plazo se recopilaron de forma prospectiva. Se compararon los primeros 50 casos con los 50 siguientes.

RESULTADO: La media de edad fue de 63 años (rango 17-87) y 53% fueron varones. Las indicaciones incluyeron cáncer, enfermedad polipoidea, enfermedad diverticular, entre otras. Tres pacientes (3%) fallecieron dentro de los primeros 30 días postoperatorios. Treinta (30%) pacientes presentaron morbilidad requiriendo de un cambio en el manejo postoperatorio habitual. 8 (8%) requirieron de reintervención. Hubo 7 casos (7%) de infección de herida operatoria durante el periodo intrahospitalario. El tiempo operatorio promedio global fue de 191 minutos. El tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 8.0 días. La comparación de los primeros 50 procedimientos con los siguientes 50 reveló una disminución significativa en el tiempo quirúrgico de la sigmoidectomía (P=0.04881) y tasa conversión (P=0.08569). No hubo diferencia estadística en las complicaciones postoperatorias, reintervención, cosecha ganglionar ni estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN: Los resultados de nuestro centro son comparables con los resultados internacionales. Hubo una disminución significativa de tiempo quirúrgico y tasa de conversión después de los 50 procedimientos laparoscópicos colorrectales. Las resecciones oncológicas adecuadas pueden lograrse al principio de la curva de aprendizaje. El desarrollo de la cirugía colorrectal en centros sin experiencia previa es seguro.

PROTEÍNA C REACTIVA COMO FACTOR PREDICTOR DE FUGA ANASTOMÓTICA EN PACIENTES OPERADOS DE CÁNCER COLORRECTAL EN HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O´HIGGINS

Paz Cardenas C. Paulina Leyton C. Camila Jiménez B. Joaquín Vega A. Gustavo Montesinos A. Jorge Escarate L. Unidad de Investigación HRLBO

Hospital Libertador Bernardo O´Higgins

INTRODUCCIÓN: La fuga anastomótica corresponde a una complicación grave en cirugía colorrectal, generando un aumento de la mortalidad, morbilidad y estadía hospitalaria. Se ha descrito que la proteína C reactiva es un buen marcador de fuga anastomótica para apoyo de altas precoces, siendo esto poco no validado a nivel local.

OBJETIVOS: Determinar si la proteína C reactiva se correlaciona y es útil como factor predictor de fuga anastomótica en pacientes post operados de cáncer colorrectal del HRLBO.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo observacional con una revisión de base de datos de 345 pacientes del HRLBO operados de cáncer colorrectal entre los años 2017 y 2022. Para los análisis estadísticos se utilizó el software GraphPad-Prism 8, realizando pruebas de curvas ROC y chi-cuadrado.

RESULTADO: De la población analizada 22 (9.2 %) presentaron fuga anastomótica. Se determinó que un valor de PCR < 19.68 mg/dL permite descartar una fuga anastomótica (ROC: 0.91, p < 0,0001). Adicionalmente se estableció que la diferencia entre la PCR del cuarto y segundo día fue de -1.675 mg/dL (ROC: 0.76, p = 0,0004). El 45 % de los casos que presentaron fuga anastomótica correspondieron a cirugías de anastomosis colorrectal baja.

CONCLUSIÓN: En nuestra población estudiada la PCR de cuarto día tiene mayor valor predictivo que la diferencia entre la PCR de segundo y cuarto día. La medición de la PCR es útil como factor predictor de fuga anastomótica, lo que se condice con la evidencia conocida, presentándose con mayor frecuencia en cáncer colorrectal bajo.

APENDICITIS AGUDA PERFORADA EN HERNIA DE AMYAND. REPORTE DE UN CASO.

Nicolle Pinto, Antonio Hernández, Ariki Merino, Amanda Coollingwood-Selby, Constanza Cornejo, Macarena Mandiola, Juan Fuentes, Emilio Deccinti, Ignacio Cortes, Grecia Araya

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La Hernia de Amyand es una patología poco diagnosticada y con una elevada tasa de mortalidad que varía entre el 14% y el 30%. A nivel mundial, su incidencia se sitúa entre el 0.19% y el 1.17%. Es aún más infrecuente el diagnóstico simultáneo de apendicitis dentro de la hernia inguinal, siendo este tipo de presentación el 0.1% de los casos de apendicitis.

OBJETIVOS: Presentación de caso clínico de paciente con apendicitis necrótica en Hernia de Amyand.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica en forma retrospectiva y literatura.

RESULTADO: Paciente con antecedentes de hipertensión, diabetes Mellitus y policonsumo. Consulta por cuadro de 6 días de evolución de dolor en región inguinal derecha progresivo, con irradiación al abdomen, asociado a aumento de volumen escrotal, náuseas y vómitos. Al examen físico se describe abdomen sensible, con signos de irritación peritoneal. Se solicitan exámenes de laboratorio donde presenta aumento de parámetros inflamatorios. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis (TC AP) que describe signos de obstrucción mecánica de asas de intestino delgado y gran hernia inguino escrotal derecha complicada asociado a abundante líquido libre con gas extraluminal. Ingresa a pabellón, evidenciando hernia inguino escrotal derecha estrangulada, que contiene íleon distal, apéndice cecal y parte de ciego, con signos de sufrimiento de asa, necrosis de pared íleon y apendicitis necrótica perforada. Se realiza resección de 60 cm de íleon, apendicectomía y aseo de cavidad abdominal, abandonando saco escrotal y queda laparostomizado con cabos intestinales ligados. Tres días después, se realiza nuevo aseo, ileostomía y laparorrafia. Dos semanas después presenta fiebre, elevación de parámetros inflamatorios, hemocultivos (-). Se realiza TC AP que muestra colección escrotal derecha. Se realiza re-exploración, evidenciando absceso escrotal y necrosis de de saco herniario, por lo que se realiza resección de saco y aseo. Se mantiene hospitalizado, requiriendo ventilación mecánica durante 6 semanas, se toman hemocultivos (+) a *Morganella morganii*, cuyo germen fue aislado de vía aérea en STI. Evolución favorable en lo quirúrgico, se mantiene en rehabilitación. Permanece 10 semanas en hospitalización. Sin embargo, el paciente decide solicitar el alta voluntaria.

CONCLUSIÓN: La hernia de Amyand es una patología infrecuente, con una baja incidencia y una elevada mortalidad El diagnóstico preoperatorio no es sencillo de realizar, siendo en su mayoría un hallazgo incidental durante la cirugía. Nuestro reporte contribuye con un nuevo elemento a la limitada información existente acerca de esta patología.

DESARROLLO DE UN MÓDULO DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES EN RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA BASADO EN SIMULACIÓN

R. Salas, H. Zúñiga, C. Jarry, J. Vela, M. Molina, J. Varas

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La rectopexia ventral con malla laparoscópica (RVL) ha ganado aceptación en el tratamiento del prolapso rectal. Esta técnica implica la disección completa del tabique rectovaginal, seguida de la fijación de una malla en la cara anterior del recto inferior y la cara anterior del promontorio sacro. El gold-standard en el entrenamiento de alta fidelidad hoy se basa en modelos cadavéricos lo que presenta desafíos logísticos y de costos. La opción de tejidos sintéticos ha sido previamente descrita, sin embargo, no existe en nuestro medio un modelo simulado que permita el entrenamiento de RVL.

OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es el desarrollo de un modelo que permita el entrenamiento en habilidades para realizar una RVL.

MATERIAL Y MÉTODO: Se plantea un estudio de desarrollo de un insumo educacional. Un equipo quirúrgico en conjunto a un experto en modelaje 3D participó de la estrategia de diseño. Se obtuvieron medidas a partir de estimaciones de pacientes reales y se definió el uso de modelaje e impresión 3D para la obtención de estructura ósea. Basados en experiencia previa con modelos sintéticos se definió usar tejido sintético basado en silicona. Se propuso una metodología Lean de desarrollo basado en reuniones y pruebas sucesivas del modelo en un simulador laparoscópico hasta obtener un modelo que permita completar el procedimiento.

RESULTADO: Una cirujana coloproctóloga experta en RVL y 3 cirujanos generales participaron del desarrollo del modelo en conjunto a un experto en diseño y modelaje 3D. Mediante el software Autodesk Fusion 360 Versión 2.0.16490 se diseñó un modelo de pelvis con base para soporte y se realiza impresión 3D con Filamento PLA blanco. Se instaló en un simulador laparoscópico validado con una inclinación de 45° para generar la sensación de Trendelenburg. Se confeccionó un recto sintético con silicona de platino (FX-Pro™) que se cubrió por peritoneo sintético del mismo material. Se diseñó un sistema de intercambio del recto y del peritoneo para el uso repetido de la estructura. El material demostró permitir: la apertura del flap peritoneal, la fijación de una malla de polipropileno con sutura trenzada y el cierre del flap, todo ello al interior del simulador laparoscópico.

CONCLUSIÓN: Se demostró la factibilidad de usar modelaje e impresión 3D para el desarrollo de un modelo de pelvis que permita entrenar habilidades en RVL. En una próxima etapa se deberá validar el módulo de aprendizaje basado en el modelo mediante el ejercicio de profesionales

SEMINOMA CLÁSICO PURO COMO CAUSA INFRECUENTE DE TUMOR DE COLON, REPORTE DE UN CASO

J. Fuentes; M. Mandiola; E. A. Hernández; A. Raicich; C. Cornejo; A. Collingwood-Selby; E. Decinti

Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células germinales representan el 95% de las neoplasias testiculares. El pronóstico de sobrevida empeora con el desarrollo de metástasis, lo cual ocurre en un 5% hacia el tracto gastrointestinal en tumores no seminomatosos y en menos del 1% en seminomas puros. Las metástasis gastrointestinales generalmente afectan el esófago, estómago y colon. El 95% de los cánceres de colon corresponden a adenocarcinomas tubulares o glandulares, siendo otras histologías muy infrecuentes.

OBJETIVOS: Presentación de caso clínico de un paciente con tumor de colon descendente, cuya biopsia demostró una neoplasia maligna de células germinales compatible con seminoma clásico puro.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica y literatura. Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 49 años, con antecedente de síndrome de Peters Plus, con amaurosis y riñón en herradura secundarias. Refiere historia de 2 años de dolor abdominal inespecífico. En TC de abdomen y pelvis se evidencia una masa de aspecto neoplásico del colon descendente, con infiltración peritoneal y adenopatías regionales. Se estudia con colonoscopía que describe una masa neoplásica en colon descendente que se biopsia, con histología que resultó no concluyente. Se realizó hemicolectomía izquierda, apendicectomía y transverso-sigmoideo-anastomosis término-terminal. Además del tumor colónico en ángulo esplénico con infiltración de retroperitoneo, como hallazgo intraoperatorio destacó hipospadia con uretra en periné, feminización genital y criptorquidia bilateral, con testículo no descendido izquierdo en contacto con tumor de colon y derecho en relación con el ciego, que se resecó. La biopsia del tumor de colon informó una neoplasia de células germinales compatible con seminoma clásico puro con características atípicas, linfonodos con metástasis de seminoma (3/9) y testículo no descendido derecho con epidídimo y testículo atróficos, con tumor de células de Leydig sin elementos de malignidad.

RESULTADO: Se evaluó con TC de tórax, abdomen y pelvis, sin otros sitios de metástasis. En comité oncológico se decide quimioterapia adyuvante con 4 ciclos de PEB que ya completó. En TC de control posterior a tercer ciclo no presenta nuevas lesiones.

CONCLUSIÓN: La histología descrita es infrecuente en tumores de colon. También son inusuales las alteraciones del desarrollo de órganos sexuales en el síndrome de Peters Plus. Sin embargo, la criptorquidia es un factor de riesgo conocido para cáncer testicular, que debería diagnosticarse y manejarse antes del desarrollo de la neoplasia testicular. El cáncer testicular metastásico debiera sospecharse en pacientes varones jóvenes con síntomas constitucionales y dolor o anomalías testiculares.

COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE IQUIQUE.

Daniel Hernández Clarck, Francisco Villalobos Miranda, Fernando Avalos Valenzuela, Juan Pablo Rocha Vargas, Carlos González Torres, Gabriel Sandoval Silva.

Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile. Facultad de Medicina Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon es una de las enfermedades más comunes a nivel mundial y en Chile, siendo en gran medida producto de estilos de vida occidentales. Para el tratamiento de los cánceres de colon derecho, la técnica estándar es la colectomía derecha asistida de forma laparoscópica con anastomosis extracorpórea (AE), pero conlleva una alta morbilidad que puede prolongar la estadía hospitalaria. Una alternativa emergente es la anastomosis mecánica intracorpórea (AI) que, aunque tiene una curva de aprendizaje más larga y riesgos asociados, ha mostrado en estudios recientes la capacidad de reducir la morbilidad a corto plazo y el tiempo de hospitalización, favoreciendo una recuperación más rápida.

OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es describir los resultados de nuestra experiencia inicial en colectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea en el Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio longitudinal, descriptivo, retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon sometidos a colectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea en el Hospital Ernesto Torres Galdames realizadas por el mismo equipo quirúrgico. La muestra incluyó 8 colectomías derechas laparoscópicas consecutivas entre los años 2020 y 2022. Se excluyó un caso que no se pudo obtener las variables a estudiar por resultado de la biopsia pendiente.

RESULTADO: Se analizaron 8 casos (hombres 75%, mujeres 25%), con rango de edad entre 49 - 78 años y media 65,75 ± 11,23 años. La ubicación más frecuente del tumor primario fue el colon ascendente (50%), seguido del ciego (37,5%). La mayoría fueron estadio II (50%) y estadio III (37,5%). La anastomosis fue latero-lateral isoperistáltica mecánica en el 100%. Se resecaron entre 23 - 46 linfonodos, con media de 29,87 ± 8,14. El tiempo operatorio varió entre 135 - 230 minutos con un promedio de 185 ± 34,64 minutos. No se registró conversión a cirugía abierta. No hubo mortalidad ni complicaciones perioperatorias. Los días de hospitalización variaron entre 3 - 9 días con una media de 5,87 ± 1,64 días. Falleció un paciente que rechazó quimioterapia.

CONCLUSIÓN: La Colectomía Derecha Laparoscópica se presenta como una excelente alternativa en el tratamiento del cáncer de colon derecho, proporcionando resultados oncológicos de alta calidad y adecuados resultados perioperatorios. Respecto a la anastomosis latero-lateral isoperistáltica mecánica, se manifiesta como una opción segura que, en nuestra serie, no registró filtraciones. Por lo tanto, es una técnica reproducible que ofrece excelentes resultados cuando es realizada por cirujanos y cirujanas altamente entrenados y capacitados en cirugía laparoscópica avanzada.

MUCOCELE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA. REPORTE DE CASO.

Raimundo Izquierdo, Carolina Rivas, María Ignacia Valle, Alice Rogel

Servicio de Coloproctología, Hospital DIPRECA

INTRODUCCIÓN: El mucocele apendicular (MA) es una entidad patológica infrecuente que suele descubrirse de forma incidental durante la cirugía, presenta incidencia de 0,3% en el total de apendicectomías y 8% en el total de tumores apendiculares. Histológicamente puede clasificarse en: hiperplasia focal o difusa de la mucosa, cistoadenoma o cistoadenocarcinoma mucinoso, que definirá la aproximación terapéutica. Se estima que el 10-15% de los pacientes pueden evolucionar a pseudomixoma peritoneal (PMP), complicación más temida.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO:.

RESULTADO: Presentación del caso: Paciente femenino de 60 años, con antecedentes de hipotiroidismo, obesidad y artritis psoriásica, que consulta por dolor abdominal crónico localizado en fosa iliaca derecha (FID). Al examen físico se palpa masa abdominal en FID. Ecografía abdominal informa tumor pélvico derecho. Tomografía computada de abdomen reporta imagen compatible con MA de 13 x 4 x 4 cm. Se decide laparotomía exploradora, evidenciando MA contenido que compromete el espesor de apéndice cecal, sin compromiso de meso apendicular. Se realiza apendicectomía y resección de MA sin incidentes. Paciente con evolución favorable y alta clínica al tercer día. Biopsia de pieza quirúrgica reporta: Neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado completamente resecado.

CONCLUSIÓN: Discusión: El diagnóstico de un mucocele apendicular es desafiante debido a la alta cantidad de casos asintomáticos y las clínicas atípicas que afectan principalmente a mujeres. El dolor crónico o agudo localizado en FID es la presentación más común y por lo tanto convierte a la apendicitis aguda en el principal diagnóstico diferencial. En las mujeres, el MA puede simular patología anexial y plantea un diagnóstico certero aún más tardío. La resección completa e íntegra del MA es el pilar del tratamiento, para evitar siembra de células mucinosas en cavidad peritoneal, por lo tanto, la aproximación abierta es el enfoque predilecto, sin embargo, se han descrito nuevas técnicas utilizando la aproximación laparoscópica. Es importante concientizar a los clínicos de la existencia de esta entidad para realizar un diagnóstico temprano. La biopsia de la pieza quirúrgica es indispensable para descartar malignidad y confirmar el diagnóstico. Palabras clave: Mucocele apendicular, Tumores apendiculares. Dolor fosa iliaca derecha.

RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE PACIENTES SOMETIDOS A EXENTERACIÓN PÉLVICA

Juan Alvarado, Andrea Quinchavil, Martín Quintana, Sebastián Hurtado, José Tomás Larach, Gonzalo Urrejola

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La exenteración pélvica está indicada frecuentemente en pacientes con cáncer de recto localmente avanzado o recurrente. Es una técnica compleja, asociada a estadías postoperatorias largas y complicaciones en hasta un 80% de los casos. Esta intervención busca obtener márgenes libres de tumor, pudiendo incluir resecciones neuromusculares, vasculares y óseas.

OBJETIVOS: Describir variables perioperatorias, morbilidad y mortalidad a 90 días de pacientes sometidos a exenteración pélvica.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de pacientes consecutivos, con indicación quirúrgica de exenteración pélvica entre junio del 2014 y mayo del 2023. La exenteración pélvica se definió según los compartimientos pélvicos descritos por la clasificación del Royal Marsden: anterior, central, posterior, lateral. Se consideraron variables demográficas, intraoperatorias (tiempo quirúrgico y pérdida sanguínea) y postoperatorias (días de estadía hospitalaria, biopsia, morbilidad y mortalidad a 90 días). Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

RESULTADO: Se obtuvieron 20 pacientes (55% masculino), mediana de edad 59 p25-p75[47-65] años, con diagnósticos de cáncer colorrectal (CCR) recidivado (n=9), CCR primario (n=6), cáncer de ano recidivado (n=2), angiosarcoma (n=1), sarcoma (n=1) y melanoma rectal (n=1). La combinatoria de compartimientos resecados fueron: central/anterior en 9 pacientes (45%), anterior/central/posterior en 7 pacientes (35%), anterior/central/lateral en 1 paciente, central/lateral en 1 paciente y central/posterior en 2 pacientes. Nueve pacientes (45%) requirieron sacrectomía, 14 pacientes (70%) reconstrucción urinaria y 7 pacientes (35%) reconstrucción por cirugía plástica. Se obtuvo una mediana de tiempo operatorio de 600min p25-p75[415min-660min], con una hemorragia intraoperatoria con mediana de 2000cc p25-p75[1300cc-3000cc] y una estadía hospitalaria con mediana de 30 días p25-p75[17-51]. Respecto al resultado de la biopsia, el 90% de los pacientes tuvo resección R0. Hubo una morbilidad a 90 días Clavien-Dindo ≥ III en 12 pacientes (60%) y no hubo mortalidad postoperatoria a 90 días.

CONCLUSIÓN: En esta serie de pacientes sometidos a exenteración pélvica se observa que la combinatoria de exenteración más frecuente fue la resección de los compartimentos central/anterior y anterior/central/posterior con una mediana de tiempo operatorio de 10 horas, una alta tasa de resección R0 y sin evidenciar mortalidad a 90 días. Esta intervención es segura de realizar por equipos quirúrgicos entrenados.

TUMOR DE COLISIÓN APENDICULAR: ADENOCARCINOMA EN NEOPLASIA MUCINOSA DE ALTO GRADO Y TUMOR NEUROENDOCRINO EN APENDICECTOMÍA DE URGENCIA. REPORTE DE UN CASO.

G. Reyes, P. Baeza, C. Ayala, E. Melkonian.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias apendiculares incidentales son aproximadamente el 1% de las apendicectomías, siendo los tumores más frecuentes las neoplasias mucinosas y los tumores neuroendocrinos con incidencias aproximadas de 0,6 y 0,3-0,9% respectivamente. Los tumores apendiculares de colisión son extremadamente raros y se definen como la proliferación neoplásica de 2 líneas celulares diferentes. Presentamos el caso de un paciente que ingresa con clínica de apendicitis aguda y tomografía computada de abdomen y pelvis (TAC AP) concordante, se realiza apendicectomía laparoscópica, biopsia muestra Neoplasia mucinosa con desarrollo de adenocarcinoma moderadamente diferenciado y un Tumor Neuroendocrino bien diferenciado, borde quirúrgico proximal comprometido por neoplasia mucinosa de bajo grado.

OBJETIVOS: Presentar a la comunidad científica un caso clínico de neoplasia apendicular de 2 líneas germinales que se presenta clínicamente como un cuadro de apendicitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente masculino de 70 años, hipertenso y sin antecedentes familiares de cáncer. Consulta en urgencias del Hospital del Salvador por dolor abdominal de 48 horas de evolución localizado en FID. Se realiza TAC AP con contraste que muestra signos sugerentes de apendicitis aguda inicial, sin signos de perforación, resto de abdomen sin lesiones. Laparoscopía con hallazgo de apéndice con aspecto de mucocele, sin mucina ni lesiones en cavidad abdominal, se procede a apendicectomía laparoscópica. En biopsia se describe una Neoplasia mucinosa de alto y bajo grado del apéndice cecal con desarrollo de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante presente en 0,8cm. de eje mayor, ubicado en tercio medio que infiltra hasta submucosa. Tumor Neuroendocrino bien diferenciado G2, de 0,2cm. de eje mayor en tercio medio y compromete submucosa. Sin compromiso de mesoapéndice. Borde quirúrgico proximal del apéndice comprometido por neoplasia mucinosa de bajo grado. Inmunohistoquímica: Sinaptofisina(+); Cromogranina(+); Ki67(+) aproximadamente un 20% de las células tumorales. Se complementa estudio con PET DOTATATE que muestra cambios post quirúrgicos de apendicectomía sin lesiones de aspecto neoplásico ni adenopatías patológicas. Ileocolonoscopia Boston 9 sin lesiones. Se discute caso en comité oncológico donde se define colectomía derecha. Paciente rechaza cirugía y se mantiene en seguimiento sin recidiva actual.

CONCLUSIÓN: Los tumores de colisión apendiculares son una entidad poco frecuente, y clínicamente desafiante para los cirujanos, considerando su diagnóstico principalmente anatomopatológico de la resección quirúrgica inicial, debido principalmente al pequeño tamaño de la neoplasia neuroendocrina. Ante la ausencia de grandes series que definan el manejo y guías clínicas el tratamiento se debe definir en reuniones multidisciplinarias para el apropiado manejo.

CASO CLÍNICO: ANILLO CONSTRICTOR APENDICULAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Ana Frausto C., Ana Muñoz C., Arley Guelmes D.

Hospital Felix Bulnes

INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal representa una causa frecuente de consulta en el servicio de urgencias, sin embargo, la asociación con un cuadro de apendicitis parece ser un punto clave en la sospecha etiológica cuando no existen otras causas que la justifiquen. La inflamación apendicular como causa de obstrucción intestinal es una de las etiologías más raras reportadas, comportándose como una hernia interna y simulando un cuadro de abdomen agudo de difícil diagnóstico. Se reporta caso clínico de un paciente masculino de 49 años que consulta en el servicio de urgencias Hospital Felix Bulnes por cuadro de 4 días de dolor abdominal difuso asociado a náuseas, vómitos y sensación febril. Al examen impresiona hemodinámicamente estable, afebril con abdomen blando distendido, depresible doloroso de forma difusa con predominio epigástrico, Blumberg presente, Ruidos hidroaéreos presentes. En los exámenes de laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza TAC Abdomen y pelvis c/c. que impresiona dilatación en rango patológico de asas intestino delgado, con dos puntos de disminución de calibre en íleon terminal. Apéndice cecal aumentado de calibre (10 mm), evidenciando gas y deposiciones en su interior. Frente a clínica e imagen sugerente de obstrucción intestinal se decide Laparotomía exploradora con hallazgos intraoperatorios caracterizados por dilatación de intestino delgado y líquido libre en cavidad abdominal 1500 cc citrino. Hernia interna que contiene segmento de íleon distal atrapado por anillo constrictor apendicular produciendo estenosis del intestino sin compromiso vascular. Se realiza liberación de apéndice e íleon y posterior apendicectomía.

OBJETIVOS: Describir la resolución quirúrgica de obstrucción intestinal secundaria a un anillo constrictor apendicular.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico y descripción retrospectiva del manejo quirúrgico realizado.

RESULTADO: Evoluciona favorablemente con tolerancia a régimen oral y tránsito intestinal conservado. Al examen físico con abdomen blando depresible, sin dolor, sin signos de irritación peritoneal. Se indica alta en el tercer día postoperatorio. Buena evolución en controles ambulatorios dado de alta del Servicio.

CONCLUSIÓN: Actualmente existen aproximadamente 15 reportes similares. El caso presentado es característico de obstrucción intestinal de causa apendicular mecánica. Se describe dentro de la literatura mayor frecuencia en pacientes mayores de 40 años, hombres, con retraso en la consulta, donde atribuyen este perfil a una probable respuesta inmunológica disminuida a la inflamación, lo que resulta en diferentes percepciones del dolor y hallazgos físicos poco clásicos. Por lo anterior es indispensable conocer esta patología para plantear una intervención temprana y evitar la isquemia intestinal futura en pacientes con estas características.

EXPERIENCIA LOCAL EN EL USO DE LA TÉCNICA DE KARYDAKIS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA EN EL HOSPITAL EL PINO DE SANTIAGO DE CHILE

A. Sandoval, I. Belletti, H. Díaz, J. Contreras.

Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad pilonidal sacrococcígea (EPSC) es de resolución quirúrgica. Se han descrito numerosas técnicas abiertas y cerradas para tratarla, pero solo unas pocas han perdurado. En nuestro Hospital El Pino (HEP) hasta el año 2018 sólo se trataba a los pacientes con drenajes simples o marsupializaciones, lo que implicaba una larga cicatrización y ausencias prolongadas de las actividades diarias. Desde agosto de 2019 se implementó la técnica de Karydakis en pacientes sin infección y/o con trayectos menores a 30 mm de la línea media.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es compartir nuestra experiencia con un seguimiento mínimo de 6 meses.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyó a 23 pacientes con EPSC en quienes se utilizó la técnica de Karydakis en el periodo agosto 2019-abril 2023. Se revisaron la ficha clínica y seguimiento postoperatorio, evaluando las variables: edad, sexo, IMC, presencia de hirsutismo, ocupación, dolor postoperatorio, infección de herida, cicatrización, tiempo de reincorporación al trabajo y recurrencia del quiste.

RESULTADO: De los 23 pacientes intervenidos, 15 fueron mujeres y 8 hombres, de edades entre 14 y 29 años con una media de 22.4. El IMC fluctuó entre 23.2 y 53.7, con una media de 31,2. Hirsutismo se presentaba en 8.6% de los pacientes. Dolor postquirúrgico se presentó en 4.34%, manejable con analgesia oral. No hubo reportes de infección de herida operatoria. La cicatrización fue completa en el 95.6% y defectuosa en el 4.3% (esto en paciente con IMC entre 30 y 35). La reincorporación a las actividades laborales fue a las 3 a 4 semanas (promedio 16.9 días). La recidiva se evaluó a los 6, 12, 18, 24 y más de 24 meses después de la cirugía, presentándose sólo en 1 paciente quien se reintervino quirúrgicamente a los 2 meses.

CONCLUSIÓN: La técnica de Karydakis es una opción de tratamiento segura y efectiva para la EPSC. Tiene una alta tolerabilidad, baja incidencia de dolor postoperatorio, ausencia de infecciones de la herida, breve periodo de convalecencia y baja recidiva. El IMC fue una variable importante en nuestra población estudio, influyendo en una cicatrización defectuosa o incompleta en el 4.3% de los casos de pacientes con IMC entre 30 y 35 y una mayor recidiva de EPSC en pacientes con IMC menor de 30. Estos resultados son comparables con las publicaciones nacionales siendo reproducible en nuestro entorno local, donde la técnica de Karydakis es la primera opción de tratamiento.

SINDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA EN CÁNCER DE RECTO: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Drs Andrea Quinchavil, Macarena Fernández, Augusto Barrera, Cristián Gallardo, Felipe Illanes, Carlos Melo, Alejandro Barrera

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: el síndrome de resección anterior baja (LARS) es la disfunción defecatoria posterior a la cirugía rectal conservadora de esfínter. El LARS score evalúa su presencia y severidad.

OBJETIVOS: determinar la frecuencia de LARS y sus factores de riesgo en pacientes con cáncer de recto.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio transversal con aplicación del LARS score a pacientes >18 años con adenocarcinoma rectal sometidos a cirugía radical con preservación esfinteriana entre 1990 y 2022. Criterios de exclusión: ostomía, deterioro cognitivo, exenteración pélvica, resección anterior ultra baja interesfintérica, anastomosis coloanal y cirugía por recidiva local. Se utilizó estadística descriptiva y análisis con regresión logística considerando significancia estadística $p < 0.05$ con Stata 14.0.

RESULTADO: se operaron 756 pacientes con cáncer rectal, al realizar el estudio se encontraban vivos 270, cumplían los criterios de inclusión 129, logrando aplicar el LARS score a 106 pacientes. En este grupo el 55% eran < 65 años y el 51% eran mujeres. El 62% presentó LARS (45% mayor y 17% menor). Los factores de riesgo fueron tumor en recto medio e inferior (OR 3,93 IC95% 1,80 – 8,58), anastomosis a <5 cm del margen anal (OR 20,86 IC95% 2,69 – 161,80), radioterapia neoadyuvante (OR 3,37 IC95% 1,46 – 7,77) y ostomía de protección (OR 4,61 IC95% 1,93 – 11,01).

CONCLUSIÓN: el LARS afecta a dos tercios de nuestros pacientes operados de cáncer rectal durante las últimas tres décadas, lo que implica en muchos casos una altercación funcional permanente. Los factores de riesgo analizados concuerdan con lo descrito en la literatura.

CONCORDANCIA ENTRE EL LARS SCORE Y EL POLARS SCORE EN PACIENTES CON CANCER DE RECTO

Drs Andrea Quinchavil, Macarena Fernández, Augusto Barrera, Cristián Gallardo, Felipe Illanes, Carlos Melo, Alejandro Barrera

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: la cirugía radical en cáncer rectal se asocia a un deterioro de la función intestinal conocido como síndrome de resección anterior baja (LARS), condición evaluable con el LARS score. El POLARS score podría predecir la presencia y severidad del LARS.

OBJETIVOS: evaluar la concordancia entre el LARS score y el POLARS score en pacientes con cáncer de recto.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio transversal comparativo que incluyó pacientes >18 años con adenocarcinoma rectal sometidos a resección anterior baja y ultra baja entre 1990-2022 con LARS score calculado. Criterios de exclusión: ausencia de alguna variable para calcular el POLARS score (edad, genero, resección mesorrectal, altura tumoral, ostomía y radioterapia adyuvante). Se utilizó estadística inferencial, test de concordancia kappa y análisis de Spearman con Stata 14.0.

RESULTADO: se operaron 756 pacientes con cáncer rectal, al realizar el estudio se encontraban vivos 270, cumplían los criterios de inclusión 106 y se logró calcular el POLARS score en 95 pacientes. El 45.3% presentó LARS mayor, el 37.9% LARS menor y el 16.8% no tuvo LARS. Al comparar las categorías entre LARS score y POLARS score se obtiene una concordancia aceptable para LARS mayor (kappa 0.40, *p value* 0.00001), pobre para LARS menor (kappa -0.01, *p value* 0.5530) y aceptable para sin LARS (kappa 0.28, *p value* 0.0011). La correlación entre criterios fue moderada (Rho de 0,48, $p < 0,0001$).

CONCLUSIÓN: el POLARS score es una herramienta con utilidad aceptable para predecir que pacientes con un cáncer rectal candidatos a cirugía preservadora de esfínter presentarán un LARS mayor.

LINFOMA PLASMABLÁSTICO CON COMPROMISO RECTAL. REPORTE DE UN CASO

Drs Andrea Quinchavil, Macarean Fernández, Augusto Barrera, Cristián Gallardo, Felipe Illanes, Carlos Melo, Alejandro Barrera

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: el linfoma plasmablástico (LPB) es un linfoma no Hodgkin (LNH) de células B, asociado a inmunosupresión, muy agresivo y refractario a quimioterapia.

OBJETIVOS: presentar el caso de un paciente portador del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con diagnóstico de LPB con compromiso perianal.

MATERIAL Y MÉTODO: análisis del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: hombre de 31 años, VIH (+) en tratamiento. Posterior a drenaje de absceso perianal persiste con aumento de volumen perianal, asociado a dos lesiones perianales mamelonadas exudativas de carácter inflamatorio granulomatoso; al tacto rectal presenta masa posterolateral izquierda a 2 cm del margen anal con bordes definidos, sin compromiso mucoso. La RM de pelvis muestra un tumor de partes blandas en recto inferior de 58 mm que alcanza el canal anal, se proyecta al espacio isquioanal izquierdo y se comunica con la piel. La TAC AP evidencia adenopatías pélvicas e intercavoaórticas. Se resecan ambas lesiones perianales, cuyo estudio histológico e inmunohistoquímico es compatible con LPB Ki67>90%, CD138, MUM 1 y EMA positivos con infiltración de la médula ósea en mielograma. Se indica quimioterapia (CHOP-E) más radioterapia con respuesta parcial.

CONCLUSIÓN: el LPB es un tipo de LNH caracterizado por una fuerte expresión de marcadores de células plasmáticas, más frecuente en hombres inmunosuprimidos. La presentación extraganglionar es habitual, siendo más común en cavidad oral, tubo digestivo y piel. Su pronóstico es ominoso por carecer de un tratamiento estándar, rápida progresión y recaída.

SARCOMA PRIMARIO DE CIEGO. REPORTE DE UN CASO

Drs. Gonzalo Contreras, Constanza Díaz, Macarena Fernández, Augusto Barrera, Cristián Gallardo, Felipe Illanes, Calos Melo, Alejandro Barrera

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: los sarcomas representan el 0.1% de las neoplasias colorrectales. Dentro de este subgrupo los sarcomas indiferenciados de células pequeñas y redondas corresponden a tumores muy raros y altamente agresivos

OBJETIVOS: presentar el caso de una paciente con diagnóstico endoscópico inicial de linfoma del manto cecal, cuya biopsia quirúrgica posterior concluyó un sarcoma indiferenciado de células pequeñas y redondas BCOR (+).

MATERIAL Y MÉTODO: análisis del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: Se realiza TAC TAP que evidencia nódulo pulmonar izquierdo, derrame pleural y engrosamiento parietal del polo cecal. El estudio pulmonar y pleural descarta neoplasia. La colonoscopía muestra un tumor cecal, con biopsia sugerente de linfoma del manto. Se realiza colectomía derecha robótica sin incidentes. El estudio histológico e inmunohistoquímico de la pieza operatoria es compatible con sarcoma indiferenciado de células pequeñas y redondas BCOR (+).

CONCLUSIÓN: los sarcomas indiferenciados de células pequeñas y redondas corresponden a un grupo de tumores “ultra raros”, muy agresivos, con morfología similar al sarcoma de Ewing (SE). El subtipo BCOR (+) se caracteriza por tener alteraciones genéticas del correpresor Bcl6. La localización digestiva es excepcional. Su evolución natural es desconocida. Hasta la fecha no hay consenso en el tratamiento, siendo la mayoría tratados de manera similar a los SE en base a quimioterapia, resección quirúrgica y eventual radioterapia.

REPORTE DE UN CASO: CARCINOMA COLORRECTAL INTRAMUCOSO CON INVASIÓN LINFOVASCULAR

J.Palominos S., Diego Marin G., L. Espíndola S.

Hospital Militar de Santiago

INTRODUCCIÓN: Con la masificación de las colonoscopías como método de tamizaje para el cáncer colorrectal ha habido un incremento en la detección pólipos malignos. Una vez realizada la polipectomía, en lesiones que invaden la submucosa, el compromiso linfovascular es un hallazgo desfavorable que plantea la necesidad de una colectomía por el riesgo de linfonodos con metástasis tumoral. Clásicamente, se ha sostenido que los carcinomas intramucosos, o in situ, no tienen riesgo de diseminación linfática dada la ausencia de vasos linfáticos sobre la lámina propia del colon por lo que la escisión local que cumpla criterios oncológicos es tratamiento suficiente. Sin embargo, existen escasas publicaciones de pacientes con cáncer intramucoso que presentan compromiso linfovascular, sin existir un manejo claro para este tipo de pacientes ni seguimientos de sobrevida a largo plazo. En este trabajo presentamos el caso de un paciente con un adenocarcinoma intramucoso con compromiso linfovascular.

OBJETIVOS: Reportar el caso y hacer un análisis de la literatura actual sobre el manejo de los adenocarcinomas in situ con invasión linfovascular.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso, además del análisis de la literatura actual sobre el tema.

RESULTADO: Paciente de sexo masculino, ECOG 0 que en colonoscopía de rutina se decide realizar polipectomía en asa. En estudio anatomopatológico se evidencia adenocarcinoma intramucoso con invasión linfovascular. Se presenta caso a comité interdisciplinario oncológico, el cual decide realizar seguimiento clínico y con exámenes. Paciente a la fecha sin recidiva.

CONCLUSIÓN: Clásicamente se ha definido al adenocarcinoma in situ como no invasor al no existir vasos linfáticos sobre la lámina propia, y por tanto nulo riesgo de metástasis a linfonodos. Existen reportes y pequeñas cohortes de pacientes con lesiones que no sobrepasan a la submucosa, pero con compromiso linfovascular en el estudio histológico. Las mayores series reportan que aquellos pacientes con carcinoma intramucoso con invasión linfovascular que se decidió complementar con cirugía y linfadenectomía, no se evidenció tumor residual o diseminación ganglionar. Sin embargo, aún no hay suficientes estudios para determinar si este compromiso podría cambiar los outcomes de sobrevida de este subgrupo de pacientes. Creemos que es necesario reportar a este subgrupo de pacientes.

VALIDACIÓN POR EXPERTOS DE ENCUESTA FACT-C PARA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN CHILENA.

D. Moreno, M. Gaete, J. Morales-Verdejo, JT. Larach, G. Urrejola, ME. Molina, R. Miguieles, F. Bellolio

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: En Chile, existe escasa información respecto a los efectos sobre la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugías resectiva colorrectales, y si bien, la guía ministerial incluye una encuesta de calidad de vida, ésta no está traducida al español, tampoco validada en nuestra población, ni se hace referencia a su forma de aplicación3. Por otro lado, los controles postquirúrgicos y oncológicos están principalmente centrados en la evaluación de síntomas, signos y exámenes complementarios asociados a recidivas, dejando a criterio del tratante la evaluación no estandarizada de calidad de vida3.

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es efectuar la adaptación transcultural y validación de contenido de la encuesta FACT-C para su aplicación en pacientes chilenos con diagnóstico de cáncer colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO: La validación se realizó a través de una evaluación y cálculo del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) de cada ítem aplicando una encuesta tipo Likert que evaluó su coherencia, claridad y relevancia; además de la suficiencia de cada dimensión.

RESULTADO: Los resultados fueron favorables, con un promedio de CVC generales sobre 0.9, es decir, excelentes. Además, se realizaron modificaciones menores para permitir una mejor comprensión de 7 ítems.

CONCLUSIÓN: En este artículo podemos afirmar que la encuesta FACT-C tiene un excelente CVC. Lo que permitirá continuar con la siguiente etapa del proceso de validación en una muestra de pacientes chilenos para tener certeza de su aplicabilidad en nuestra población.

EL CANCER DE COLON UBICADO EN COLON TRANSVERSO, NO ES UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES OPERADOS CON INTENCIÓN CURATIVA EN ETAPA I-III.

D. Moreno, C. Riquoir, F. Silva, V., M. Gaete, V. Durán, C. Olivares, G. Urrejola, R. Miguieles, M. Molina, F. Bellolio, JT. Larach.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Investigaciones recientes sugieren que la localización del cáncer de colon en el colon transverso medio es un factor de riesgo independiente de mal pronóstico oncológico a largo plazo.

OBJETIVOS: Evaluar el pronóstico del cáncer de colon transverso en pacientes chilenos sometidos a cirugía con intención curative por cáncer de colon en etapa I-III.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectiva. Se revisaron los registros clínicos y quirúrgicos de pacientes con cáncer de colon en etapa I a III sometidos a cirugía con intención curativa durante el periodo 2010 a 2021. Se excluyeron pacientes con síndromes hereditarios, enfermedad inflamatoria intestinal, y pacientes con cáncer de colon en etapa IV. Los pacientes se agruparon según la localización tumoral. Se registraron características demográficas, clínico-patológicas, tratamiento y seguimiento. Se aplicó estadística descriptiva y analítica. Las variables categóricas se analizaron usando la prueba de Chi2 y Test exacto de Fisher según correspondiera. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y Análisis de Regresión de Cox para la evaluación de sobrevida global (OS) y sobrevida Libre de Enfermedad (DFS).

RESULTADO: De 556 pacientes, 79 (14.2%) fueron etapa I, 236 (42.5%) etapa II, y 240 (43.2%) etapa III CC. Los tumores se ubicaron en el colon derecho, transverso e izquierdo en un 42.7%, 8.3% y 49%, respectivamente. El Cáncer de Colon ubicado en el colon transverso tuvo un 80.6% y 79.9% de sobrevida global a 5 años y DFS a 5 años respectivamente. Tras ajustar por variables clínico-patológicas, la ubicación en colon transverso no se identificó como un factor de riesgo independiente de mal pronóstico a 5 años tanto respecto a OS (HR= 0.892, 95% CI= 0.42-1.88), como DFS a 5 años (HR=0.822, 95% CI= 0.18-3.7).

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, la ubicación del tumor en colon transverso no se demostró como un factor de mal pronóstico oncológico en pacientes con cáncer de colon en etapa I-III.

CÁNCER DE COLON DERECHO, IMPORTANCIA DE LOCALIZACIÓN ANATÓMICA EN PRONÓSTICO ONCOLÓGICO.

D. Moreno M., C. Riquoir A., F. Silva, V., M. Gaete D., J. Vela U., N. Besser P., G. Urrejola, R. Miguieles, M. Molina, F. Bellolio, JT. Larach.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: No existe claridad respecto al impacto oncológico que tiene la ubicación tumoral en pacientes con cáncer de colon derecho (CCD).

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de la ubicación tumoral en el pronóstico de pacientes con CCD en etapa I-III, sometidos a hemicolectomías derechas (HCD).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con CCD en etapa I-III sometidos a HCD durante el período de 2010 a 2021, excluyendo síndromes hereditarios y enfermedad inflamatoria intestinal. Se registraron datos demográficos, características clínico-patológicas, ubicación tumoral (Ciego/ascendente (C/A) y Ángulo hepático (AH), tratamiento y seguimiento. Se analizaron los datos con estadística descriptiva e inferencial. Se realizó un análisis de regresión de Cox para evaluar la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE).

RESULTADO: Se registraron 210 pacientes, 170 (80,9%) correspondieron a tumores de C/A y 40(19.1%) de AH. El 13.3% (28) correspondió a tumores en Etapa I; 93 (44.2%) y 83 (39.5%) a etapa II y III respectivamente. La SG en los tumores de AH fue de 82.2% y 75.2% en los tumores de C/A. La SLE fue de 81.5 y 69.3% respectivamente a 60 meses de seguimiento. Se identificó la Edad ≥ 65 años como el único factor de mal pronóstico tanto en SLE y SG (HR:5.371, IC95%: 1.196-24.12; y HR: 2.774, IC95%: 1,158-6,645 respectivamente). No se identificó la ubicación en ángulo hepático como un factor de riesgo de mal pronóstico respecto a SG (HR:0.852 IC95%:0.249-2.919); ni SLE (HR:0.687, IC95%:209-2.261).

CONCLUSIÓN: La ubicación tumoral en CCD no impresiona como un factor pronóstico oncológico.

LINFOMA COLORRECTAL, EXPERIENCIA EN 10 AÑOS

Constanza Díaz G, Alejandro Barrera E.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: El linfoma colorrectal es una enfermedad poco frecuente que corresponde al 0,2-0,6% de todos los tumores de colon. Es la tercera neoplasia maligna más frecuente del intestino grueso. Su incidencia es mayor en el sexo masculino en una proporción 2:1. Dentro de los factores de riesgo se encuentra la enfermedad inflamatoria intestinal, tratamiento inmunosupresor, trasplante de órganos, infecciones virales (virus hepatitis y virus de inmunodeficiencia humana). Generalmente se presenta con síntomas inespecíficos, pero con alta proporción de intususcepción intestinal (1/3 de los casos). Su localización más frecuente es en ciego y colon ascendente (2/3 de los casos), siendo el linfoma de células B gigantes el tipo histológico más prevalente.

OBJETIVOS: Reportar la experiencia del linfoma colorrectal primario en 10 años de experiencia institucional.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie retrospectiva consecutiva de todos los pacientes con linfoma colorrectal primario tratados desde enero 2014 a junio 2023 en Hospital Clínico San Borja Arriarán.

RESULTADO: Serie corresponde a 19 pacientes, mediana de edad fue de 52 años (32-88 años). La mayoría mujeres (58%), localización 58% en colon izquierdo (recto y sigmoides), 37% en ciego y colon ascendente. En la histología el tipo plasmablástico fue el más frecuente (42%) y un 32% el difuso de células B gigantes. No existen linfomas T en esta serie. El tratamiento primario en 15 casos fue quimioterapia, cirugía en 2 casos por invaginación intestinal iterativa y tratamiento paliativo en 2 pacientes. Los pacientes operados recibieron quimioterapia como segunda línea de tratamiento. Siete pacientes con linfoma de recto recibieron radioterapia. Sobrevida promedio fue de 42 meses (3-120 meses), siendo 3 meses en pacientes con tratamiento paliativo. Cinco pacientes fallecieron por la enfermedad, 3 pacientes vivos con recurrencia se encuentran con quimioterapia de rescate y 11 pacientes vivos sin evidencia de enfermedad.

CONCLUSIÓN: A diferencia de lo reportado en la literatura, nuestra serie muestra que el linfoma colorrectal tiene predominio en el sexo femenino, con una localización en colon izquierdo e histología plasmablástica y sobrevida promedio mayor. El tratamiento de elección es la quimioterapia y cirugía en casos de complicaciones con quimioterapia de segunda línea.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL GIGANTE. REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Barbara Silva P, José Santander C, Bayardo Cadenas J, Richard Rey C. Edgardo Mancilla S, Cristóbal Cartes B, Francisco Santander P, Pia Fuentes A, Macarena Torres G

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El Divertículo de Meckel es una patología poco común que afecta al 2% de la población; de éstos sólo un 2-4% van a presentar complicaciones asociadas. Se trata de un divertículo verdadero que mide aproximadamente 2-3 cm de longitud y es considerado gigante cuando alcanza tamaños superiores a los 5 cm. El riesgo de complicaciones aumenta proporcionalmente a su tamaño, siendo en adultos la causa más frecuente la obstrucción intestinal seguida de la hemorragia y la perforación. La inflamación crónica y el acúmulo de detritus en el interior de este generando bandas adherenciales hacia el íleon las cuales pueden generar distintos grados obstrucción, así como también por compresión externa. El diagnóstico es complejo debido a la sintomatología inespecífica presenta, la cual puede ser atribuible a muchas patologías abdominales. El TAC abdominal es un método diagnóstico importante, sin embargo, pudiese confundirse el divertículo con dilatación patológica de asas. Se trata de paciente masculino de 43 años, con antecedente de úlcera gástrica perforada operado en 2017, consultó el 8 de julio por cuadro de seis horas de dolor abdominal súbito, náuseas, distensión abdominal y sensación febril. Se realizó en extrasistema radiografía de abdomen que impresiona un vólvulo intestinal; es derivado al Hospital Regional de Antofagasta donde se realiza TAC de abdomen c/c que informa dilatación patológica de las asas de intestino delgado de hasta 6 centímetros con cambio de calibre abrupto que sugiere obstrucción intestinal. Se realiza laparotomía exploradora donde se evidencia divertículo de 10x9x45 cm en íleon distal con banda fibrótica proximal que condiciona dilatación proximal de asas. Se realiza resección y anastomosis L-L isoperistáltica. Paciente evoluciona satisfactoriamente en su postoperatorio y es dado de alta.

OBJETIVOS: Objetivar el divertículo de Meckel como probable causa de obstrucción intestinal alta en el adulto. Patología que debe ser tomada en cuenta como parte del diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio prospectivo posterior a la atención del paciente en el HRA. Los datos fueron recopilados de la ficha clínica en el sistema Siclope.

RESULTADO: Se identificó el divertículo de Meckel gigante como causa y diagnóstico diferencial de las distintas entidades que pueden generar obstrucción intestinal en paciente adulto con sintomatología inespecífica abdominal.

CONCLUSIÓN: El divertículo de Meckel es una entidad poco común, sin embargo, los divertículos gigantes se han asociado con un mayor riesgo de complicaciones como obstrucción intestinal en el adulto. Por su clínica inespecífica y su amplia variedad de diagnósticos diferenciales es importante tener un alto índice de sospecha, ya que en los métodos imagenológicos actuales muchas veces suelen confundirse con asas dilatadas.

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE FACTORES PRONÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR). EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE ALTO VOLUMEN.

M. Neumann, M.J. Irarrázaval, P. Alvarez, M.J. Alvarez, C. Riquoir, J.Vela, G. Urrejola

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Durante la pandemia de COVID 19 se produjo un cese en las atenciones ambulatorias electivas y las cirugías no urgentes. No hay claridad como esto afectó la etapa de presentación de la enfermedad, los resultados operatorios y los resultados oncológicos de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) a nivel nacional.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue comparar la etapa patológica de pacientes operados por cáncer colorrectal en tiempos de pandemia y prepandemia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente en un hospital terciario universitario. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía resectiva por cáncer CCR. El grupo de pacientes operados entre enero y diciembre de 2021 constituyó el grupo de pandemia, y los operados entre enero 2018 a diciembre de 2019 constituyeron el grupo control. Se analizaron características demográficas, histológicas y localización del tumor primario, clasificando la etapa de la enfermedad según TNM. Se analizó la presencia de factores de riesgo oncológicos en los pacientes etapa I-III y se definió un grupo de alto riesgo (definido por la presencia de al menos uno de los siguientes: T4, cirugía de urgencia, presencia permeaciones linfovasculares o infiltración perineural) contra aquellos de bajo riesgo (ausencia de factores de riesgo). Se realizó un análisis de subgrupo de los pacientes en etapa II.

RESULTADO: Se incluyeron 323 pacientes, 116 en grupo pandemia y 207 en grupo control. No se observaron diferencias en las características demográficas. En cuanto a la etapificación en pandemia versus control se observó: etapa I: 20 (17,2%) vs 43 (20,77%), etapa II: 30 (25%) vs 63 (30,4%), etapa III: 45 (38,8%) vs 70, (33,8%) etapa IV: 21 (18,1%) vs 31 (14,9%), sin diferencias estadísticamente significativas. La presencia de al menos un factor de riesgo oncológico en los pacientes etapa I-III fue mayor en el grupo pandemia en comparación con el grupo control 71,5% (68) vs 58.3% (102) (p= 0.04). En el análisis del subgrupo de pacientes en etapa II, esta tendencia se mantuvo sin alcanzar significancia estadística (63% vs 42.8% ; p=0,1).

CONCLUSIÓN: Los pacientes operados de CCR en etapa 2 durante la pandemia tendieron a presentar una mayor proporción de factores de riesgo oncológicos. La falta de significancia en este grupo podría ser explicada por el bajo número de pacientes incluidos. Un estudio a nivel nacional podría rectificar estos hallazgos, dado la importancia pronóstica de estos factores que habitualmente constituyen una indicación de quimioterapia adyuvante, que no se concretó en muchos casos por la contingencia epidemiológica durante la pandemia.

METÁSTASIS DE CÁNCER DE SIGMOIDES EN LEIOMIOMA ANEXIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián Bernard Ramírez, Javiera Silva Torres, Catalina San Martin Campos, Eugenio Grasset Escobar

Hospital Dr. Luis Tisne Brousse

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal es el tercero con mayor mortalidad en Chile. Aproximadamente el 25% presentan metástasis al diagnóstico pero rara vez hacia el tracto genital femenino, siendo el ovario el más afectado. Las metástasis de tumor a tumor (TTM) son infrecuentes, y en leiomiomas el principal sitio de origen es el cáncer de mama.

OBJETIVOS: A continuación se presenta el caso de una paciente con cáncer de sigmoides asociado a metástasis en un leiomioma anexial.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio tipo caso clínico, de una paciente cuya atención completa se realizó en el Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Santiago de Chile. Se realizó recopilación de datos mediante ficha clínica electrónica.

RESULTADO: CASO CLÍNICO: Mujer de 55 años sin antecedentes, consultó en urgencias por cuadro de obstrucción intestinal baja. Se realizó tomografía computarizada (TC) que informó engrosamiento estenosante de colon sigmoides con dilatación patológica proximal de asas. Se realizó cirugía de Hartmann por laparotomía, describiendo lesión en colon sigmoides sin compromiso de serosa y gran infiltrado adenopático paraaórtico izquierdo irresecable. Sin carcinomatosis peritoneal ni metástasis hepáticas. La paciente cursó con un postoperatorio sin incidentes. La biopsia informó adenocarcinoma tubular bien diferenciado infiltrante focalmente al mesocolon. Bordes quirúrgicos alejados, ganglios 0/16 positivos. Se clasificó como pT3N0M0 pMMR con factores de riesgo. Completó posteriormente 12 ciclos de quimioterapia con FOLFOX. Durante seguimiento inicial presentó CEA en rango normal, y nuevo TC evidenció lesión anexial izquierda, definiendo realizar reconstitución de tránsito y anexectomía izquierda con resección de mioma subseroso pediculado del cuerno uterino izquierdo para estudio. La biopsia informó ovario sano, leiomioma con focos microscópicos de metástasis de adenocarcinoma tubular en el 5% del volumen total con bordes quirúrgicos libres.

CONCLUSIÓN: Los TTM se definen como la diseminación a distancia (sin extensión por contigüidad) entre dos tumores histológicamente distintos. Como criterio diagnóstico, el tumor receptor debe contener dentro de sus tejidos a las metástasis del donante, distinguiéndose así además de las embolías metastásicas. En la literatura, la mayoría de los reportes de casos de metástasis a leiomiomas anexiales desde tumores extragenitales son provenientes de cáncer de mama, habiendo otros asociados a cáncer de pulmón, tiroides, glándulas salivales y tumores indiferenciados. Hay muy pocos casos registrados de infiltración desde tumores de colon, lo que hace desafiante plantear la sospecha preoperatoria al presentar además infiltración focal. El pronóstico de este tipo de tumores es desconocido, considerándose que los pacientes con TTM en general presentan un resultado desfavorable a largo plazo.

QUISTE HIDATÍDICO PÉLVICO SECUNDARIO, REPORTE DE UN CASO

Francisca Arcos, Víctor Cortés, Sebastian Olivares, José Luis Llanos

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis o equinococosis quística, es una enfermedad zoonótica, causada por la larva del gusano plano *Echinococcus granulosus*. Los canidos y los ungulados son los huéspedes definitivos e intermediarios respectivamente, siendo el humano un huésped incidental. La OMS incluye a la equinococosis en la lista de 20 enfermedades tropicales en descuido, para lo cual es necesario generar estrategias de esfuerzo en su control. En 2015, se estimó la mortalidad global en 19.300 muertes anuales. En Chile se reportan 587 muertes entre 1997 y 2020, correspondiendo al 24.33% de las defunciones causadas por parasitosis. Desde un punto de vista clínico los sitios más afectados son el hígado (66%) y el pulmón (25%), existiendo reportes de compromiso en otros sitios. La hidatidosis puede clasificarse en primaria o secundaria, la primaria se produce por la ingestión accidental de huevos de *E. Granulosus*, es muy rara, se presenta en el 2% de los pacientes con hidatidosis abdominal; la secundaria, corresponde a la diseminación por rotura quística, debido a cirugía, trauma u otros, se reporta en un 13% de los casos El diagnostico puede ser complejo en pacientes con enfermedad primaria extrahepática o extrapulmonar. En este estudio reportamos el caso de un paciente con diagnóstico de hidatidosis pélvica secundaria y su manejo quirúrgico.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de localización y diseminación poco frecuente de quiste hidatidico, comparándolo con la literatura al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de paciente masculino, 27 años, con antecedente de resección de quiste hidatídico hepático con rotura intraoperatoria y shock anafiláctico a los 15 años; destaca entre antecedentes domicilio en Santiago y sin historia de ruralidad. Ingresa en Junio /2014 por cuadro de dos semanas de evolución de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, tipo cólico, sin vómitos, nauseas o diarrea, exacerbado en los 4 días previos, que no responde a analgesia. Destaca al examen físico de ingreso, taquicárdico, normotenso y afebril, abdomen blando y depresible, sensible en fosa iliaca derecha con masa palpable de 6 x 6 cms, sin irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio destaca Proteína C reactiva 6 mg/dl y recuento de glóbulos blancos 6200 x mm3, sin eosinofilia. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste, que evidencia quiste hidatídico pararrectal izquierdo con lesión de fosa iliaca derecha, altamente sugerente de otro quiste hidatídico, ambos sin compromiso de estructuras circundantes, ni lesiones hepáticas Radiografía de tórax sin hallazgos Se decide resolución quirúrgica vía laparotomía media supraumbilical, en intraoperatorio se identifica lesión quística pélvica que se extiende hasta la fosa iliaca derecha, firmemente adherida a la pared posterior de la vejiga y la pared anterior del recto, que se logra enuclear. Se realiza una aproximación de lateral a medial identificando y respetando uréter derecho, conducto deferente debe ser resecado en bloque con lesión, logrando su liberación por medial. Se continua con disección de porción caudal del recto y vejiga en forma íntegra, hasta el plano del musculo elevador del ano por anterolateral y posterior, requiriendo pequeña rafia vesical. Finalmente se logra su resección por derecha, respetando uréter, con resección de vesícula seminal y conducto deferente izquierdos. Se logra resección completa *ad-integrum* de la lesión. Evoluciona en forma favorable, dado de alta al sexto día postoperatorio. Durante el seguimiento se administra albendazol por al menos 1 mes. Evoluciona sin dolor y en buena condición general. A dos años de seguimiento no presenta recidivas.

RESULTADO: *E. Granulosus* es común en ciertos países (Nueva Zelanda, Australia y Sudamérica), principalmente en zonas rurales, donde la crianza de ganado es común y favorece la cohabitación de ovejas, perros y humanos. La fuente de infección en humanos corresponde a la ingesta de ooquistes transmitidos por perros ya infectados por el ganado. La edad de presentación es cercana a 40 años, con mayor incidencia en sexo masculino (5:1). En el caso presentado el paciente no tiene antecedentes de ruralidad o trabajo en ganadería. Por lo general el diagnostico es incidental, el cuadro es oligosintomático, con dolor referido al sitio del quiste y síntomas secundarios al efecto de masa, alergia o rotura, en algunos casos puede palparse una masa. Dentro de los estudios diagnósticos, la serología posee una sensibilidad de 68.4% y una especificidad de 90-100%, por lo que las imágenes principalmente el TC podría ser diagnostico en caso de serología negativa. Los hallazgos en TC incluyen presencia evidente de un quistem asociado a calcificaciones o septos. El caso analizado, al igual que lo reportado en la literatura presenta síntomas inespecíficos relacionados con el efecto de masa y dolor de inicio larvado, que motivan estudio imagenológico con tomografía computada que mostro la lesión pararrectal izquierda y de fosa iliaca derecha compatible con quiste hidatídico. Si bien la localización más común es la hepática y pulmonar, puede ubicarse en cualquier sitio. Se describen dos patrones de diseminación el hematógeno, más común (13% de las hidatidosis intrabdominales), responsable de lesiones intra y extraabdominales y el intraperitoneal, migración del parásito luego de rotura del quiste, con aparición de lesiones intrabdominales diseminadas, fenómeno poco frecuente desarrollado en el caso analizado, en que luego de 12 años de la rotura del quiste hidatídico intraabdominal se pesquisa dos nuevas lesiones compatibles con la misma entidad. El tratamiento se basa en cirugía, antiparasitarios y vigilancia activa y los objetivos de este son: destrucción del parásito, tratamiento de la cavidad, prevención de derrame, complicaciones y recurrencia. La prevención del derrame intraoperatorio impacta en la morbilidad y recaída en forma significativa. En cua

al tratamiento médico se basa en la administración de antielmínticos, albendazol, que administrado como tratamiento único tiene un 30% de respuesta total y 30-50% de reducción; al administrarse como complemento pre o postoperatorio disminuye la morbilidad y recurrencia. En el caso expuesto cabe destacar que en la primera instancia quirúrgica el quiste se rompió, produciendo reacción anafiláctica, y posteriormente recidiva de la enfermedad, en la segunda ocasión se realizó exceresis total y adintegrum de la lesión, además se asoció a antihelmínticos, lo que favoreció la evolución sin complicaciones y libre de recurrencia a la fecha.

CONCLUSIÓN: Este caso permite exponer una localización poco habitual de presentación de quiste hidatídico, evidenciando lo oligosintomático del cuadro y la relevancia de las exploraciones complementarias en el diagnóstico. Además, permite evidenciar las consecuencias de rotura del quiste en el intraoperatorio como importante factor de riesgo de recidiva y complicaciones.

UNIÓN DE DELANTALES BLANCOS: EFICACIA DE UN MENÚ PROTOCOLIZADO DE CHEF DE ALTA COCINA EN LA MEJORÍA DEL ESTADO NUTRICIONAL APLICADO AL ALTA DE PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA COLORRECTAL BAJO PROTOCOLO ERAS

Gonzalo Rebolledo D, Jessica Vivallos G, Christian Andrade H, Oriana Miranda M, Felipe Quintana G, Roberto Salas O, Guillermo Reyes R, Mónica Martinez-Mardones

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: Los avances en el conocimiento del manejo perioperatorio del paciente demuestran la relevancia de cuidar el estado nutricional de los pacientes tanto antes como después del acto quirúrgico. Es así como el mantener una alimentación adecuada en el postoperatorio con un régimen liviano se vuelve un desafío. El apoyo culinario-nutricional estructurado (menú protocolizado) favorece su cumplimiento.

OBJETIVOS: Valorar efectividad de un menú protocolizado en el aumento de ángulo de fase por BioImpedancia Eléctrica (BIA) en sujetos sometidos a cirugía colorrectal bajo protocolo STAR (The STrategy for Advance Recovery). Como objetivo secundario evaluar satisfacción usuaria

MATERIAL Y MÉTODO: Entre mayo de 2022 y junio 2023, se realiza un estudio prospectivo, en que se reclutan a 48 sujetos, mayores de 18 años, alfabetos, con consentimiento informado y resección electiva por cáncer colorrectal en el Servicio Cirugía del Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Se excluyen sujetos con complicaciones posoperatorias. En cada sujeto se registra: edad, sexo masculino, cirugía rectal, indicación nutricional al alta hospitalaria (incluye menú protocolizado o pauta dietética) y medición a 30 a 45 días post alta de ángulo de fase por BIA. Se comparan los grupos menú protocolizado o pauta dietética para ángulo de fase por BIA ≥ 5 grados, utilizando el emparejamiento por P-SM (Propensity-Score Matching) controlando el efecto edad, sexo masculino y cirugía rectal. Además, se aplica encuesta satisfacción usuario.

RESULTADO: Completaron el seguimiento 44 sujetos; 12 del grupo menú protocolizado y 32 sujetos del grupo pauta dietética. La edad distribuyo asimétrica con mediana de 75 años y rango intercuartílico de 16 años. 21 de 42 (50%) eran de sexo masculino y 5 de 42 (11,9%) evidenciaron cirugía rectal. El P-SM mostro que el menú protocolizado respecto a pauta dietética incrementa un 43,4% la probabilidad de un ángulo de fase ≥ 5 grados (IC 95% 8 a 79%; p valor de 0,016). El 100% de los pacientes que reciben el recetario se encuentra muy satisfecho con la intervención y considera que genera una mejora en su alimentación. El 84% lo sigue utilizando un mes posterior al alta hospitalaria y un 75% considera que lo seguiría utilizando. El 100% de los pacientes lo recomienda como intervención.

CONCLUSIÓN: El menú protocolizado con chef de alta cocina es efectivo en el aumento de Angulo de Fase por BIA en pacientes operados de cirugía colorrectal bajo un protocolo STAR. Presenta además una buena recepción como intervención para lograr el outcome primario.

CÁNCER ANAL AVANZADO DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Diego García P.(2), Jorge Arche P.(2), Francisca Blanco C.(3), Sebastián López N.(1), Eduardo Mordojovic Z.(1), Gonzalo Campaña V.(1), Alejandro Readi V(1). Filiaciones: 1Unidad de Coloproctología de Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello, Campus Clínico INDISA, Facultad de Medicina.

Clínica INDISA

INTRODUCCIÓN: El cáncer en el embarazo es una neoplasia maligna diagnosticada durante la gestación y un año posparto. El cáncer anal es infrecuente en la población general, menos del 3% de los tumores malignos gastrointestinales. La sincronía entre embarazo y cáncer es un escenario muy infrecuente, 0,1% de los embarazos en Estados Unidos. Resulta de interés dar a conocerlo por ser un escenario extremadamente inhabitual. Además, no se cuentan con publicaciones a nivel nacional ni internacional.

OBJETIVOS: Exponer caso de una patología poco frecuente en un escenario infrecuente

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 34 años cursando embarazo de 24 semanas con antecedente Neoplasia Intraepitelial (NIE) III que requirió cono cervicouterino en 2022. Consultó por 8 meses de proctalgia, aumento de volumen, proctorragia y secreción anal.

RESULTADO: Presentaba un tumor anal de 4 cm asociado a dolor a la movilización del esfínter. La biopsia informó Carcinoma de Células Escamosas(CCE). Estadificado como un IIIB (cT4N0M0), recibió tratamiento con quimioterapia durante el embarazo (Paclitaxel+Carboplatino). A las 35 semanas nació por cesárea una recién nacida sana. Postparto recibió quimioterapia (Cisplatino-Capecitabina, 2ciclos) y radioterapia neoadyuvante (54 Gy al tumor y 45 Gy a linfonodos) con regresión clínica e imagenológica completa a los 3 meses. Luego evolucionó con recrecimiento tumoral y se planificó cirugía.

CONCLUSIÓN: La presentación del CCE anal en una mujer joven embarazada es infrecuente, establece un desafío extra desde el punto de vista ético que debe enfrentarse por un equipo multidisciplinario y la paciente. Los tratamientos habituales lograron control oncológico inicialmente, pero finalmente requirió cirugía. El tamizaje anal en portadoras de NIE III podría ser una buena herramienta de detección precoz. Palabras claves: Cáncer anal, embarazada, carcinoma de células escamosas, displasia cervicouterina, infección por papilomavirus

RESULTADOS A CORTO PLAZO DEL USO DE PRÓTESIS ENDOSCÓPICA COLORRECTAL. 15 AÑOS DE EXPERIENCIA

Diego García P.(2), Jorge Arche P.(2), Alejandro Readi V.(1), Eduardo Mordojovic Z.(1), Sebastián López N.1(), Gonzalo Campaña V.(1) 1 Unidad de Coloproctología de Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello, Facultad de Medicina, Campus Clínico INDISA. 2 Programa Fellowship de Investigación Clínica en Cirugía Digestiva, Universidad Andrés Bello, Facultad de Medicina, Campus Clínico INDISA.

Clínica INDISA, Av. Santa María 1810, Providencia, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo más frecuente en Chile, la obstrucción colónica es una de sus complicaciones graves y frecuentes. En este escenario las prótesis auto expandibles de colon (PC) tienen un rol como tratamiento paliativo o como puente a cirugía electiva. La experiencia publicada en Chile es breve.

OBJETIVOS: El objetivo es describir la experiencia local y los resultados a corto plazo con el uso de PC.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional basado en el registro clínico electrónico. Se seleccionaron todos los pacientes con PC durante los años 2007 a 2022 en Clínica INDISA.

RESULTADO: Se instalaron un total de 49 PC con un 100% de éxito de desobstrucción. El 87,8% (43) se instaló en colon izquierdo. La etiología principal fue la patología maligna 91,8% (45). De estos, el 85,7% fueron primarios colorrectales. Se instalaron 34 (69,4%) como tratamiento paliativo, 12 (24,5%) como puente a cirugía electiva y 3 (6,1%) por patología benigna. Hubo 13 (26,5%) pacientes con complicaciones. Tuvieron significativamente mayor riesgo de complicaciones los tumores colorrectales avanzados con ganglios peritumorales y los menores de 50 años (p 0,043 y 0,046). La mortalidad fue de 2 pacientes (4,1%).

CONCLUSIÓN: La PC es una herramienta útil y segura. La tasa de éxito es alta en manos experimentadas. Su principal indicación es en el CCR obstructivo como tratamiento paliativo. Los tumores colorrectales avanzados con ganglios peritumorales y en paciente jóvenes tienen mayor riesgo de complicaciones. Palabras claves: obstrucción colorrectal, prótesis auto expandible colorrectal, cáncer colorrectal, puente a cirugía. Palabras claves: obstrucción colorrectal, prótesis auto expandible colorrectal, cáncer colorrectal, tratamiento paliativo, puente a cirugía. Palabras claves: obstrucción colorrectal, prótesis auto expandible colorrectal, cáncer colorrectal, tratamiento paliativo, puente a cirugía.

DOLOR POSTOPERARORIO EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA CON NEUMOPERITONEO A 8 VS 15 MMHG. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

Diego García P.(2), Jorge Arche P.(2), Matías Pruzzo G.(2), Sebastián López N.(1), Eduardo Mordojovic Z.(1), Alejandro Readi V(1), Gonzalo Campaña V(1). Filiaciones: 1Unidad de Coloproctología de Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello, Campus Clínico INDISA, Facultad de Medicina. 2Fellowship de Investigación Clínica en Cirugía Digestiva y Coloproctología, Universidad Andrés Bello, Campus Clínico Clínica INDISA, Facultad de Medicina.

Clínica INDISA. Dirección: Av. Santa María 1810, Providencia. Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: La laparoscopía disminuye la morbilidad postoperatoria en cirugía colorrectal. El dolor postquirúrgico es crucial en la recuperación. Hay evidencia que muestra tendencia a disminuir el dolor tras cirugías con menos presión de neumoperitoneo. Falta evidencia sobre el dolor en cirugía colorrectal tras neumoperitoneo menor al convencional.

OBJETIVOS: El objetivo principal es comparar el dolor postoperatorio entre pacientes con colectomías laparoscópicas electivas y neumoperitoneo a 8mmHg (“Grupo8”) versus la presión estándar de 15mmHg (“Grupo15”).

MATERIAL Y MÉTODO: Ensayo clínico aleatorizado, 1:1, simple ciego, en Clínica INDISA. Tamaño muestral 110 (α=0,05, β=0,2), 15% de pérdidas. Incluyó ≥18 años sometidos a colectomía laparoscópica electiva por patología benigna/maligna. Excluidas urgencias, cirugía abierta, cirugía colorrectal previa, cirugía laparoscópica con intervenciones concomitantes excepto apendicetomía y/o colecistectomía, transversectomías, colectomías totales, ASA-IV, embarazadas, pacientes con discapacidad para manifestar dolor.

RESULTADO: Se reclutaron 64 pacientes. Excluidos 10 por conversión de neumoperitoneo o reoperación. El Grupo8 está conformado por 24(44,4%) pacientes y el Grupo15 por 30(55,6%). La cirugía más frecuente es la sigmoidectomía (66,7%). La etiología predominante es enfermedad diverticular (48,2%), seguido por cáncer de colon(31,5%). El dolor a las 12 horas es similar en ambos grupos (EVA 3,2vs4,3 p=0,082), a las 24 y 48 horas el Grupo8 tiene significativamente menos dolor (EVA 2,2vs3,3 y 0,9vs1,7 p=0,041). El Grupo8 requirió menos paracetamol endovenoso al segundo día postcirugía (50%vs77% p=0,041). Sin diferencias en días de hospitalización (3,5vs3,8p=0,189) ni inicio de deposiciones (2,1vs2,3p=0,310).

CONCLUSIÓN: El neumoperitoneo de 8 mm Hg es una técnica segura. Hay un beneficio en cuanto a menor dolor y menos requerimientos de analgesia durante el postoperatorio. Palabras claves: neumoperitoneo, colectomía, dolor postoperatorio, laparoscopía, escala visual análoga.

ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Cerdán, Daniel Muñoz

Hospital Hernán Henríquez Aravena

INTRODUCCIÓN: La enterocolitis neutropénica es una complicación de la neutropenia caracterizada por ulceración e inflamación con necrosis del íleon, ciego y/o colon ascendente. La patogénesis es multifactorial y está dada por la inmunosupresión inducida por neutropenia asociado a la toxicidad de la quimioterapia, infiltración tumoral y reacción inflamatoria de la mucosa. Esto lleva a daño de la mucosa y finalmente necrosis que conlleva a perforación intestinal y shock séptico. Esta entidad patológica es un desafío diagnóstico y terapéutico asociado a mortalidad elevada, con opiniones controversiales sobre el manejo. Muchas veces la cirugía no es elegida como primera opción de tratamiento debido a los riesgos asociados a la cirugía abdominal durante la neutropenia.

OBJETIVOS: El objetivo es describir el tratamiento realizado en un paciente con Enterocolitis neutropénica complicada.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó en forma retrospectiva el registro de la ficha clínica del paciente, previo consentimiento informado.

RESULTADO: Mujer, 68 años, antecedente de cáncer pulmonar etapa IV y diverticulosis. Recibió quimioterapia con Carboplatino y Etopósido, luego mantención con Atezolizumab. Consulta en Urgencias de sistema privado con dolor abdominal EVA 4/10, deposiciones diarreicas y debilidad. Al ingreso, se solicita TAC de abdomen y pelvis que concluye: adyacente a colon sigmoides colección laminar 24x13mm. En exámenes de laboratorio destaca GB 100, RAN 0, PCR 24. Evaluada por cirugía se decide manejo médico. Se hospitaliza en UTI para tratamiento antibiótico y Filgastrim. Durante hospitalización presenta 3 descargas sépticas. Se repite TAC: colitis colon sigmoides con aumento de colección y aparición de contenido hidroaéreo, sugerente de perforación contenida. Finalmente, se realiza operación de Hartmann. Posterior a cirugía parámetros inflamatorios a la baja y evolución clínica favorable. Paciente es dada de alta a los 24 días postoperatorios.

CONCLUSIÓN: Si bien la enterocolitis neutropénica es un cuadro clínico poco frecuente, casos como el descrito nos hacen preguntarnos, ¿se debe retrasar la cirugía hasta la resolución de la neutropenia? Estudios de los últimos 20 años han demostrado que la cirugía no es deletérea a pesar de la presencia de neutropenia. Sin embargo, debido a las mejoras en cuidados intensivos, el tratamiento conservador ha tenido mayor éxito en los últimos años. Además, esperar la resolución de la neutropenia podría exponer a los pacientes a evolucionar hacia el shock séptico. Lo ideal sería determinar las indicaciones quirúrgicas óptimas para la toma de decisiones.

NEOPLASIA MALIGNA PRIMARIA MÚLTIPLE COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina Rivas F2, Erwin Buckel G1, Ma Ignacia Valle B3, Alice Rogel H4, Stefanie Pantoja C2, Pablo Blake P5.

Hospital DIPRECA

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR), tercer tumor maligno más frecuente a nivel mundial y el segundo a nivel nacional, es causa de importante morbimortalidad en la población chilena. Puede debutar como neoplasias malignas primarias múltiples (NMPM) en cerca del 5% de los casos y hasta un 7% tiene riesgo de desarrollar un segundo cáncer primario (SCP). Además, el adenocarcinoma duodenal es una neoplasia infrecuente con escasos reportes acerca de su incidencia. Las NMPM se definen como dos o más tumores malignos, que no corresponden a metástasis entre sí. Las NMPM sincrónicas hacen referencia al hallazgo de un segundo tumor maligno simultáneamente o hasta seis meses después. Las NMPM metacrónicas corresponden al hallazgo de un tumor maligno desarrollado al menos seis meses después. Por otro lado, el SCP corresponde a todo cáncer que ocurre en pacientes sobrevivientes de cáncer, asociado o no a las terapias de estos o exposición de agentes carcinógenos.

OBJETIVOS:

MATERIAL Y MÉTODO:

RESULTADO: Masculino de 47 años, antecedente de 2 hermanos con CCR en la quinta década. En colonoscopía de screening hallazgo de tumor de ciego y ángulo hepático, biopsia informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado, TC tórax-abdomen-pelvis (TC TAP) informa engrosamiento parietal de colon transverso con compromiso ganglionar mesentérico adyacente, sin evidencia de metástasis, antígeno carcinoembrionario (CEA) 25. Con diagnóstico de CCR sincrónico se realiza hemicolectomía derecha ampliada y quimioterapia adyuvante (QTA) FOLFOX 9 ciclos. 11 meses después, durante seguimiento, hallazgo de CEA 208, TC AP lesión engrosada de ángulo esplénico, de aspecto infiltrante. Colonoscopía confirma tumor estenosante infiltrante en ángulo esplénico, biopsia compatible con adenocarcinoma de colon. Dado CCR metacrónico se realiza hemicolectomía izquierda y sigmoidectomía, más QTA FOLFOX 6 ciclos. 2 años después, TC TAP de control informa aumento de volumen pancreático, dilatación del conducto de Wirsung proximal, CEA 2.4. Endoscopía digestiva evidencia lesión Bormann III en segunda porción duodenal, biopsia confirma adenocarcinoma de mucosa duodenal. Ante la presencia de un SCP duodenal se realiza pancreatoduodenectomía abierta, biopsia informa adenocarcinoma indiferenciado con componente mucinoso, bordes quirúrgicos negativos, se define seguimiento.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de NMPM suele realizarse de forma tardía, por lo que requieren de un alto índice de sospecha. Ante pacientes con clínica sugestiva o historia familiar de riesgo se recomienda realizar estudios de screening precoz e incluso plantear estudios genéticos. Además, la vigilancia posterior al tratamiento de CCR tiene por objetivo no solo detectar recurrencias, sino que es relevante para detectar aparición de lesiones metacrónicas o un SCP.

REVERSIÓN DE LA CIRUGÍA DE HARTMANN: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICA DRA. ELOÍSA DÍAZ I. LA FLORIDA

Valentina Castillo, María Jesús Jugo, Valentina Maluenda, Julio Rojas, Florencia Pinto, Katya Carrillo, Sebastián López

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I. La Florida

INTRODUCCIÓN: La operación de Hartmann (OP) es un procedimiento quirúrgico ampliamente utilizado tanto en cirugía de urgencia como de forma electiva para el manejo de patologías del colon. Posee una morbimortalidad perioperatoria variable y se asocia con importantes alteraciones de la calidad de vida. Se estima que sólo el 32-70% de los pacientes logran la reconstitución de tránsito (RT) para enfermedad benigna y 5-30% para cirugía oncológica. Estos números traducen la complejidad técnica, la escasez de pabellones y de subespecialistas, entre otros factores.

OBJETIVOS: Describir una serie de pacientes sometidos a cirugía de RT e identificar las principales complicaciones con las diferentes vías de abordaje en el Servicio de Coloproctología del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I. La Florida entre los años 2017-2023.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se recopilaron los datos a través de la ficha electrónica de pacientes sometidos a RT entre los descritos.

RESULTADO: Se incluyeron 49 pacientes. En el 40.8% la indicación de Hartman fue por enfermedad diverticular y un 32,6% por cáncer. El tiempo promedio para la RT fue de 21 meses. En un 53% se realizó vía abierta y en un 44% vía laparoscópica evidenciándose un incremento de ésta en los últimos 3 años llegando a un 47.5%. La tasa de conversión global fue del 23%. La tasa de complicaciones fue del 42,8% y el 66,7% de ellas se presentaron con el abordaje abierto siendo los seromas e infecciones de la herida operatoria los más frecuentes. Dos pacientes presentaron filtración de la anastomosis. Siete pacientes fueron diagnosticados de hernia incisional y sólo un paciente falleció en contexto de recidiva tumoral. El promedio de estadía hospitalaria fue 9 días en cirugía abierta y de 5 días en laparoscópica.

CONCLUSIÓN: La RT es un procedimiento asociado a considerables tasas de morbimortalidad lo que influye en la baja tasa de RT. La vía laparoscópica aporta beneficios conocidos, sin embargo, la tasa de conversión elevada evidencia la alta complejidad de este procedimiento. Nuestra serie reporta tasas de morbilidad de acuerdo con lo reportado por la literatura. A pesar de que el número de pacientes no permite hacer un análisis estadístico, se observa una tendencia a una menor tasa de complicaciones y a una menor estadía hospitalaria en los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica.

PERFORACIÓN DE CÓLON DESCENDENTE HACIA RETROPERITONEO COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Barbara Silva P, José Santander C, Bayardo Cadenas J, Hugo Benítez C, Macarena Torres G, Macarena Jiménez C, Pablo Velásquez M, Valentina Rojo A

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones colónicas de la pancreatitis aguda (PA) son poco frecuentes, los análisis de subgrupos reportan una incidencia de 3.3% para PA y 15% para PA grave. Actualmente se desconoce la fisiopatología exacta, sin embargo, existen teorías que proponen la isquemia como factor principal de perforación colónica, siendo la irrigación del ángulo esplénico y colon descendente la más afectada por su cercanía al páncreas. La excreción de enzimas pancráticas hacia el retroperitoneo genera inflamación, trombosis y esteatonecrosis del meso y paredes del colon lo cual conlleva a la perforación. Se trata de paciente masculino de 70 años, con antecedente de OH crónico quien consulta al SU del HRA por presentar dolor abdominal generalizado, tipo cólico de 10 días de evolución asociado a disnea de leves a moderados esfuerzos y nauseas; no refiere alguna otra sintomatología. Paciente con signos vitales estables, sin necesidad de O2, febril a su ingreso, abdomen distendido, depresible, doloroso de manera difusa, defensa muscular, ruidos disminuidos. Se realizan exámenes de laboratorios que reportan leucocitosis 14.440, PCR 24,77, GOT 57, FA 360, BT 0.34, BD 0.19, GGT 149. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis con contraste que reporta engrosamiento parietal a nivel de colon descendente con realce y trabeculación de la grasa adyacente, abundante líquido libre pericolónico y subdiafragmático izquierdo con lesión focal hepática izquierda de 10 x 7 cm sugerente de absceso subcapsular, páncreas normal. En vista de hallazgos y clínica del paciente es llevado a quirófano para laparoscopía diagnóstica, se evidencia síndrome adherencial severo, se decide laparotomía. Como hallazgos operatorios: colección subhepática y subdiafragmática izquierdas, perforación de colon descendente hacia retroperitoneo y necrosis extensa de epiplón mayor, diafragma izquierdo y mesocolon, se realiza Hemicolectomía izquierda + colostomía terminal y colocación de drenajes. Biopsia reporta colon con mucosa edematosa, extensa área de necrosis pericolónica en relación con perforación de pared, áreas de esteatonecrosis del tejido adiposo. Epiplón con áreas de hemorragia.

OBJETIVOS: Describir la perforación colónica como complicación poco frecuente de un cuadro de pancreatitis aguda en el adulto

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico. Los datos fueron recopilados de la ficha clínica del sistema Siclope del Hospital Regional de Antofagasta.

RESULTADO: Mediante los diferentes estudios realizados durante la hospitalización del paciente se logró identificar la pancreatitis aguda como causa de perforación colónica.

CONCLUSIÓN: La pancreatitis aguda es una causa poco frecuente de perforación colónica, sumado a esto la clínica inespecífica y variable hace difícil el diagnóstico; como consecuencia retraso en el manejo aumentando así la morbimortalidad de los pacientes.

APENDICECTOMÍA EN COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA: REVISIÓN DE LITERATURA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO CON RESPUESTA FAVORABLE

Pablo Álvarez, Felipe Silva, Christophe Riquoir, Nicolás Besser, Felipe Bellolio

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal que se caracteriza por un compromiso casi exclusivamente mucoso que se extiende desde el recto hacia proximal involucrando únicamente el colon y preservando el resto del tracto gastrointestinal y el ano. Se ha observado que la apendicectomía podría tener un rol en la CU refractaria a otros tratamientos.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de CU refractaria con respuesta favorable a la apendicectomía y realizar una revisión de literatura de su utilidad en el tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino de 45 años con antecedente de CU en tratamiento con infliximab con mala respuesta, con persistencia de intenso dolor, leve rectorragia y afectación de calidad de vida. Se realiza una colonoscopía de control que evidencia cambios inflamatorios activos con compromiso rectal y de colon sigmoides distal junto con hallazgos inflamatorios en la fosita apendicular. Se decide realizar una apendicectomía laparoscópica, completada sin incidentes. El estudio anatomopatológico describe apéndice cecal de 6,5 x 1 cm dentro de límites histológicos normales. En el seguimiento a dos semanas postoperatorio, la paciente evoluciona sin complicaciones y leves molestias digestivas que mantiene a un año de seguimiento.

RESULTADO: Se ha descrito que el apéndice cecal tendría un rol en la patogénesis de la CU, esto debido al tejido linfoide asociado con rol en la preservación del sistema inmune mucoso y la observación de una relación inversa entre apendicectomía previa y la incidencia de CU. Se ha reportado hasta un 60% de compromiso inflamatorio periapendicular en pacientes con CU, el que sería diferente al observado en cuadros de apendicitis aguda. La presencia histológica de fibrosis de las piezas operatorias sugiere que incluso pudiese ser aún más elevado. Respecto al rol terapéutico de la apendicectomía en CU refractaria, una revisión sistemática y metaanálisis en 2023 demostró que esta podría evitar hasta el 71-100% de la colectomía en seguimiento a 3 años. Si bien no se ha demostrado una disminución significativa en el uso de terapia farmacológica, incluyendo el uso de terapia biológica, se ha observado una disminución significativa de los síntomas con una proporción de pacientes presentando además una remisión endoscópica.

CONCLUSIÓN: La apendicectomía no es una práctica de rutina para el tratamiento de la CU refractaria. Sin embargo, se han observado resultados terapéuticos prometedores, por lo que se requieren estudios de mayor calidad metodológica que evalúen los resultados de esta técnica en estos pacientes.

TERAPIA NEOADYUVANTE TOTAL EN CÁNCER DE RECTO ¿TIENE MAYOR RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA? EXPERIENCIA INICIAL

Paul Brenner, Matias Salazar, Aldo Cuneo, Daniella Espinola, Christian Jensen, Leonardo Espindola, Constanza Villalon, Ernesto Melkonian

Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: El cáncer colo-rectal es una enfermedad con alta mortalidad, responsable de alrededor de 55.200 muertes en EE.UU. lo cual va en aumento, teniendo mayor incidencia el cáncer de colon izquierdo y de recto en pacientes cada vez más jóvenes. La terapia estándar para cáncer de recto consiste en quimio-radioterapia neoadyuvante, seguida de cirugía y si corresponde, adyuvancia; con lo que ha mejorado la sobrevida y disminución de recidiva local. Si bien, disminuir la recidiva local es el principal objetivo de la neoadyuvancia, existen otros resultados importantes; como respuesta tumoral total según biopsia operatoria, alcanzando un 17,2% a 38,5% (media 29.9%) en neoadyuvancia total) versus 4,2% a 21,3% (14.9%) terapia estándar.

OBJETIVOS: En este estudio observacional, buscamos describir la expereciencia inicial con la terapia neoadyuvante de cáncer rectal con una serie histórica retrospectiva con terapia estándar con respecto a una prospectiva con neoadyuvancia total.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de la base de datos de pacientes operados por cáncer de recto que recibieron radioquimioterapia neoadyuvante entre 2008-2023. Se realizó tabulación de información sobre estadio previo y posterior a neoadyuvancia, posterior a cirugía. Se definió terapia estándar aquella que utilizó Radioterapia entre 45-52.5 Gy + Quimioterapia con Capecitabina o Fluorouracil entre 4-6 ciclos. Mientras que Neoadyuvancia total se realizó Radioterapia 25 Gy + Quimioterapia con FOLFOX (ácido folinico + Flourouracil + Oxaliplatin) 4-9 (mediana 9) ciclos.

RESULTADO: 64 pacientes fueron admitidos en dicho periodo con diagnóstico de cáncer de recto (Adenocarcinoma) con indicación de neoadyuvancia y cirugía con intención curativa; de estos 56 completaron el tratamiento neoadyuvante y cirugía. 38 (67%) recibieron terapia estándar y 18 (32%) neoadyuvancia total. La etapificación al inicio del tratamiento de los recibieron terapia estándar fue I 2.7% (n=1), IIa 37.8% (n=14), Iib 2.7% (n=1), IIIa 10.8% (n=4), IIIb 21.6% (n=8) y IIIc 24.3% (n=9). Mientras que los que recibieron Neoadyuvancia total fue: IIa 26% (n=5), IIb 5.2% (n=1), IIIa 15.8% (n=3), IIIb 21.1% (n=4) y IIIc 31.6% (n=6) 4 de 37 (10.1%) paciente tuvieron respuesta completa a terapia estándar (10.1%) y 9 de 19 (47.4%) con neoadyuvancia total.

CONCLUSIÓN: Según evidenciado en estas series la respuesta histológica a tratamiento neoadyuvante estándar fue del 10%, mientras que con neoadyuvancia total es del 47.4%. Dado nuestros resultados y comparando con lo descrito en la literatura internacional es esperanzador como esta última opción de tratamiento neoadyuvante tiene tres veces mayor respuesta patológica completa. A futuro sería interesante realizar una comparación a largo plazo de recidivas y sobrevida de estas series.

CIRUGÍA DE DELORME: UNA ALTERNATIVA PARA EL COLOPROCTÓLOGO

T. Contreras, F. Imigo

Hospital de Puerto Montt

INTRODUCCIÓN: La operación de Delorme es una técnica quirúrgica perineal para el prolapso rectal. Es una operación usualmente reservada para prolapsos cortos o para pacientes con un abdomen hostil con comorbilidades. La cirugía tiene una morbimortalidad baja y representa una alternativa que todo coloproctólogo debiese manejar.

OBJETIVOS: Presentar el tratamiento del prolapso rectal con abordaje perineal, explicando la técnica quirúrgica paso a paso

CONTENIDO DE VIDEO: Caso 1 Paciente de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial y. diabetes mellitus e historia de múltiples cirugías abdominales dentro de ellas, histerectomía, fijación vesical por cistocele, sigmoidectomía asociada a fijación posterior, rectopexia ventral con malla. Por recurrencia del prolapso se decide abordaje perineal. Se realiza cirugía de Delorme sin incidentes. Con buena evolución es dada de alta al día 2 post operatorio. Caso 2: Paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus insulino requiriente. Con prolapso rectal en espera de cirugía, consulta por prolapso irreductible. Se realiza reducción en pabellón, evolucionando con recurrencia a las 12 horas, por lo que se decide cirugía perineal. Se realiza Delorme sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al día 4 post operatorio. Ambas pacientes asintomáticas a las 3 semanas en control ambulatorio.

MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO: ASPECTOS CLAVE EN SU DIAGNÓSTICO A PARTIR DE UN REPORTE DE CASO

Pablo Retamal, María José Muñoz, Juan Riquelme

Universidad Católica del Maule

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma peritoneal maligno (MPeM) se define como un tumor raro de las membranas serosas, específicamente peritoneo, rápidamente progresivo, de mal pronóstico, con prevalencia en sexo masculino y asociado a exposición a asbesto. Su diagnóstico definitivo se realiza mediante histología, sin tener actualmente estudios de imágenes específicos.

OBJETIVOS: Presentar un caso representativo de MPeM evidenciando la necesidad del cirujano de sospechar esta patología ante estudios de imágenes sugerentes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un caso clínico.

RESULTADO: Hombre de 67 años, apendicectomizado, tabaquismo, sin exposición a asbesto. Consulta por dolor abdominal generalizado, asociado a baja de peso. Se estudió con colonoscopia y endoscopia que no evidenciaron neoplasias. Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste evidenció engrosamiento parietal del peritoneo y colon ascendente, ascitis. Tomografía por emisión de positrones informó engrosamiento hipermetabólico de colon ascendente, compromiso de grasa adyacente y signos de carcinomatosis. Ante los hallazgos descritos, se realiza laparoscopia exploradora, encontrando plastrón en fosa iliaca derecha antiguo que involucra asas de íleon distal, ciego y colon ascendente, líquido seropurulento en pelvis sin lesiones en intestino delgado ni de carcinomatosis peritoneal. Se toma biopsia de peritoneo parietal y epiplón. Estudio anatomopatológico con inmunohistoquímico resultó compatible con con Mesotelioma Epitelioide y carcinomatosis peritoneal. Confirmando el diagnóstico de MPeM

CONCLUSIÓN: Actualmente el diagnóstico de MPeM es por histología, siendo usados los hallazgos imagenológicos poco específicos para sospechar este tipo de tumores peritoneales. La TC con contraste es reconocida como la imagen de primera línea que permite plantear la sospecha ante la evidencia de ascitis, engrosamiento peritoneal o mesentérico, engrosamiento o masas en omento, afectación del intestino delgado con masas y derrame pleural. Por lo que es imprescindible conocer este tipo de patologías para poder sospechar y diagnosticar precozmente.

TERAPIA MULTIMODAL DEL CARCINOMA ESCAMOSO DEL CANAL ANAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE NUESTRA EXPERIENCIA

Drs Raimundo Izquierdo, Macarena Fernández, Cristián Gallardo, Augusto Barrera, Felipe Illanes, Carlos Melo, Alejandro Barrera

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El tratamiento estándar para el carcinoma de células escamosas del canal anal (CEA) es la quimiorradioterapia (QRT) con protocolo de Nigro, logrando una alta tasa de preservación de órgano

OBJETIVOS: Describir el porcentaje de respuesta completa a QRT de los pacientes con CEA durante los últimos 22 años, sus características clínico-demográficas y la toxicidad secundaria al tratamiento

MATERIAL Y MÉTODO: Trabajo descriptivo retrospectivo que incluye a todos los pacientes con diagnóstico de CEA tratados con protocolo de Nigro completo entre los años 2000-2022. Se excluyeron pacientes con resección local y/o ausencia de información posterior a completar 6 meses de tratamiento. Se revisaron bases de datos y fichas clínicas utilizando estadística descriptiva, expresando resultados en mediana, valores absolutos y porcentajes.

RESULTADO: Se analizaron 72 pacientes con una mediana de edad de 62 años. El 62.5% eran mujeres, el 27.8% tenía el hábito tabáquico y el 23.6% era inmunosuprimido; de este grupo el 88.2% era VIH (+). La infección por VPH afectó al 19.4%. Al momento del diagnóstico la mayoría era Estadio III (48.6%) y el 29.2% tenía adenopatías inguinales palpables. La respuesta a QRT posterior a 6 meses fue completa en el 70.8% y las reacciones adversas se presentaron en el 56.9%, siendo la dermitis perianal grado 2 la más frecuente (27.8%).

CONCLUSIÓN: Los porcentajes de respuesta completa y toxicidad posterior a QRT en CEA son coherentes con lo descrito en la literatura. Los factores de riesgo para CEA se presentan en un porcentaje importante de nuestra serie.

IMPLEMENTACIÓN DEL USO DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA COLORRECTAL: RESULTADOS INICIALES

Paulina Pérez, Felipe Barnet, Felipe Imigo, Tomás Contreras, Roberto Olguin, Julio Figueroa, Enrique Morales

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder. Universidad San Sebastián, Sede de La Patagonia

INTRODUCCIÓN: El verde de indocianina (ICG) es una sustancia fluorescente utilizada ampliamente en cirugía. En cirugía colorrectal, una de sus principales funciones es la evaluación intraoperatoria de la irrigación arterial, siendo éste un factor determinante en la filtración de la anastomosis.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar los resultados perioperatorios y a corto plazo de las cirugías colorrectales en donde se utilizó ICG para evaluar la irrigación al momento de realizar la anastomosis.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional realizado en el Hospital de Puerto Montt entre marzo de 2021 y mayo de 2023, incluyendo a todos los pacientes consecutivos sometidos a cirugía colorrectal en los que se utilizó ICG para evaluar la irrigación.

RESULTADO: Se realizaron 73 angiografías intraoperatorias en pacientes sometidos a cirugías colorrectales con la técnica ICG. 42 de sexo masculino (57,5%). Fueron clasificados según score de ASA, la mayoría (61,1%) categorizados ASA II. El índice de masa corporal promedio fue de 26,1. 19 pacientes (26,0%) recibieron algún tipo de neoadyuvancia, siendo la radioterapia asociada a quimioterapia lo más frecuente (19,2%). La indicación quirúrgica predominante (94,5%) fue por neoplasia. 91,8% de las cirugías fueron por laparoscopia. Las intervenciones más frecuentes fueron sigmoidectomía y resección anterior de recto (41,1% y 39,7% respectivamente). Existió un cambio de conducta en el nivel de sección intestinal al momento de aplicar ICG en 5 de las intervenciones, ninguna de las cuales evolucionó con filtración anastomótica. Seis pacientes requirieron de una reintervención no programada dentro de los primeros 30 días postoperatorios, cuatro de estos presentaron filtración de anastomosis, tres de estos corresponden a cáncer de recto y uno a cáncer de colon derecho. De los portadores de cáncer de recto, dos recibieron neoadyuvancia y a uno de ellos se le realizó ileostomía de protección. Cuatro pacientes fueron reingresados dentro de los 30 días postoperatorios; 1 de ellos requirió reintervención secundaria a obstrucción intestinal por bridas. No existió mortalidad en esta serie.

CONCLUSIÓN: La técnica con ICG constituye una herramienta segura y fácilmente reproducible para verificar la irrigación intestinal intraoperatoria. En nuestra serie, los pacientes que requirieron un cambio de conducta no presentaron filtración anastomótica. A largo plazo, podría ofrecer la posibilidad de reducir la tasa de morbimortalidad. Este reporte inicial permite conocer los resultados a corto plazo de esta técnica y sirve como base de datos para futuros análisis.

SÍNDROME DE EHLERS DANLOS VASCULAR: UNA CAUSA RARA DE PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DEL COLON SIGMOIDES, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

P. Jiménez, F. Mena, M. Cabreras, R. Castillo, E. Manriquez

BUPA Santiago - Hospital Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Ehlers Danlos (SED) tipo IV es un subtipo raro de SED que tiene serias implicancias en cirugía, específicamente puede ser causa de perforación espontánea del colon sigmoides en pacientes jóvenes

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico y revisar las principales características de esta condición.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso. Se obtuvo consentimiento informado y se revisó ficha clínica. Se realizó búsqueda en PubMed de trabajos que incluyeran “perforación”, “sigmoides”, “Ehler-Danlos”.

RESULTADO: Hombre de 26 años, con antecedente de SED tipo IV, con cirugía de píe Bot y Hallux valgus, pleurodesis por neumotórax recurrente. Antecedente familiar de perforación de colon (mama) y disección aórtica (hermano, fallecido). Consulta por dolor abdominal tipo cólico asociado a distención de comienzo súbito. Scanner de abdomen y pelvis compatible con peritonitis difusa y perforación del colon sigmoides. Se realiza colectomía izquierda laparoscópica y colostomía de trasnverso. Evolución post operatoria favorable, actualmente es espera de cirugía de reconstitución del tránsito. El SED es un grupo de anormalidades hereditarias del tejido conectivo cuya prevalencia es de 1/10000 a 1/25000. El SED tipo IV corresponde al 5 a 10% del total de enfermos y es de tipo autosómico dominante causada por una mutación en el gen de colágeno tipo III, COL3A1. Las paredes arteriales y del tubo digestivo son ricas en colágeno tipo III lo que las predispone a su rotura espontánea. Según una revisión sistemática realizada por Masri el principal sitio de perforación es el colon, particularmente el sigmoides y la mayoría de los casos iniciales son manejados con cirugía de Hartmann ya que la resección y anastomosis tiene tasas de reperforación más altas. 25% de los pacientes con SED tipo IV presenta su primera complicación mayor en la segunda década de vida

CONCLUSIÓN: El SED tipo IV debe ser considerado como una causa de perforación colónica espontánea, especialmente en pacientes jóvenes. El tratamiento de elección en la urgencia es la cirugía de Hartmann. SED tipo IV no siempre presenta hiperlaxitud o hipermovilidad clásica, pudiendo ser la perforación de víscera hueca su primera manifestación. Ante la sospecha, el abordaje y estudio debe ser multidisciplinario.

PERFORACIÓN COLÓNICA ESPONTÁNEA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Elías Arroyo Alarcón, Bárbara Ortíz Jara, Ignacio Miranda Castillo, Antonia Guerra Balbontin

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

INTRODUCCIÓN: Durante la pandemia el COVID-19 se comportó como una enfermedad con evolución incierta, en algunos casos letal. La perforación de colon independiente de la causa siempre conlleva un elevado riesgo de morbimortalidad. La combinación de ambos factores tiene un pronóstico ominoso. Existen reportes de casos y series de casos, describiendo la perforación colónica espontánea en pacientes con COVID-19 hospitalizados en UCI. Es indispensable caracterizar a estos pacientes, con el fin de aportar datos que busquen identificar los factores de riesgos asociados.

OBJETIVOS: Análisis de los pacientes con COVID-19 y perforación colónica espontánea durante la pandemia en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyó la totalidad de pacientes hospitalizados por COVID-19 que presentaron perforación colónica en el Hospital de Asistencia Urgencia Pública de Santiago entre abril de 2020 y abril 2022. Se recolectó la información a través de ficha clínica electrónica. Se evaluaron las variables edad, sexo, comorbilidades, hábito tabáquico y necesidad de intubación orotraqueal. También se analizará la presencia de abdomen agudo, clasificación ASA, hallazgos imagenológicos y quirúrgicos, informe de biopsia, complicaciones quirúrgicas, y mortalidad a 30 días. Se analizarán los datos mediante el programa SPSS y Excel.

RESULTADO: Hubo 10 casos de perforación de colon en pacientes con COVID-19 graves. La totalidad fueron hombres, edad 55,8 años (37-77), 70% de los pacientes presentó comorbilidades, hábito tabáquico en 2 pacientes (20%), 9 (90%) requirieron intubación orotraqueal, 70% estaban con indicación de corticoides, 90% con uso de opiáceos (fentanilo). 100% de los pacientes con uso de profilaxis farmacológica de trombosis venosa profunda 80% con heparina de bajo peso molecular. Se presentaron 7 pacientes (70%) como abdomen agudo, 100% requirió drogas vasoactivas. La totalidad fueron evaluados con TC, 90% describe neumatosis, 30% describe compromiso vascular intestinal 20% presentaron neumoperitoneo. Diagnósticos preoperatorios; síndrome de Ogilvie 40%, Isquemia mesentérica 30%. Durante la cirugía 70% requirió resección y 20% debió reintervenirse. ASA preoperatorio-media 3 (3-5). Existió un 40% de mortalidad a los 30 días. Días de hospitalización 43,9 (2-89), Días de hospitalización en pacientes no fallecidos 58 (17-89).

CONCLUSIÓN: La perforación colónica espontánea en pacientes con COVID-19 grave es una entidad de alta mortalidad. Se presenta con mayor frecuencia en hombres de mediana edad en estado crítico. La mayoría con comorbilidades asociadas. El examen físico es categórico de perforación en el 70 %. La mayoría se manejó con resección colónica.

RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PACIENTES SOMETIDOS A CITORREDUCCIÓN (CR) Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA (HIPEC).

A.Quinchavil, J. Alvarado, S. Hurtado, J. Larach, G. Urrejola, F. Bellolio, R. Miguieles, M. Molina

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La cirugía de CR y HIPEC permite el tratamiento de pacientes con neoplasias que comprometen el peritoneo, incluyendo casos de metástasis de cáncer colorrectal. En estudios reportados se ha observado una morbilidad de hasta un 50%, pudiendo alcanzar una mortalidad de hasta 14%. La posibilidad de resección completa de la enfermedad con puntajes de Completeness of Citorreduction igual a 0 (CC score=0) se asocia a mayor sobrevida. Respecto a la factibilidad de implementación de un programa de CR/ HIPEC en nuestro medio, existe escasa literatura nacional.

OBJETIVOS: Evaluar la factibilidad de la implementación de un programa de CR asociado a HIPEC en un centro nacional, describiendo las variables perioperatorias, morbilidad y mortalidad a 30 días.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos de pacientes consecutivos, con indicación quirúrgica de CR y HIPEC entre 2016 y julio del 2023. Se excluyen los casos sometidos a CR sin HIPEC. Todos los pacientes fueron tratados mediante técnica cerrada por 90 minutos con Mitomicina-C a 42°C. Se consideraron variables demográficas, tipo de tumor primario, intraoperatorias (Índice de carcinomatosis peritoneal o PCI, CC score) y postoperatorias (días de estadía hospitalaria, morbilidad y mortalidad a 30 días). Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

RESULTADO: Se identificaron 21 pacientes (52% masculino) con una mediana de edad de 50 años, min-máx[33-74]. Los pacientes tuvieron el diagnóstico de neoplasia apendicular (n=12), cáncer colorectal (n=7), mesotelioma (n=1) y adenocarcinoma de intestino delgado (n=1). En el intra operatorio se obtuvo una mediana de puntaje PCI de 15 puntos, min- máx[0-39]. La mediana de órganos resecados comprometidos con carcinomatosis peritoneal fue de 2, min-máx[0-5]. Se logró CC0 en la totalidad de los casos. Se obtuvo una mediana de tiempo operatorio de 560 minutos, min- máx[180 -840], y hemorragia intraoperatoria con mediana de 500 cc, min-máx[0-2500]. Los pacientes tuvieron una estadía UCI mediana de 5 días, min-máx[1-17] y estadía hospitalaria mediana de 12 días, min-máx[9-43]. Se identificó una morbilidad a 30 días Clavien-Dindo≥III en 6 pacientes (28,5%). No hubo mortalidad postoperatoria a 30 días. Se identifican como limitaciones que es una serie pequeña con múltiples patologías de origen, con seguimiento limitado.

CONCLUSIÓN: Esta serie demuestra que la implementación de un programa de CR y HIPEC para el tratamiento de neoplasias peritoneales en nuestro medio es factible. A pesar de una mediana de PCI alto, se logró CC0 en todos los casos, lo que traduce en parte un abordaje multidisciplinario y técnico adecuados.

SINDROME DE INTESTINO CORTO Y RECONSTITUCIÓN DE TRANSITO, REPORTE DE UN CASO

Hernán Zúñiga, Valentina Gurani, Robin Osorio

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: El síndrome de intestino corto (SIC) es una patología poco frecuente que se desarrolla secundaria a la resección extensa del intestino delgado. Se presenta como insuficiencia intestinal, que es definida como la reducción de la función intestinal por debajo del mínimo necesario para la absorción de macronutrientes, electrolitos, y/o agua, con requerimiento de nutrición parenteral (NP) para mantener el estado de salud y/o crecimiento. La incidencia del SIC es poco conocida, pero se estima en alrededor de 5 a 10 pacientes por millón de habitantes.

OBJETIVOS: reportar un caso clínico de Sd. de intestino corto y presentar una revisión bibliográfica de la patología.

MATERIAL Y MÉTODO: análisis descriptivo de un caso clínico, tratado en el Complejo Hospitalario San José y discusión de la patología en base a la literatura disponible. Hombre de 50 años, con antecedentes de cáncer de colon derecho, se realizó hemicolectomía derecha con ileostomía en 09/2021. Evoluciona con trombosis aguda de la AMS, es operado de urgencia con resección intestinal masiva, quedando con 80 cm de yeyuno al ángulo de Treitz, queda con yeyunostomía. Paciente evoluciona con síndrome de intestino corto, se planifica nutrición parenteral total con instalación de CVC en 02/2022 y seguimiento estricto para mejorar basal nutricional con NPT domiciliaria. Se realiza reconstitución de tránsito en 11/2022, sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente con evidencia de aumento de peso en los controles posteriores a la última intervención quirúrgica y disminución en los requerimientos de fármacos antidiarreicos.

RESULTADO: La principal consecuencia del SIC es una marcada reducción de la superficie de absorción intestinal y el tiempo de contacto de los nutrientes con la misma. En pacientes con SIC y enterostomía se debe evaluar la posibilidad de restaurar la continuidad del tránsito con el fin de optimizar el circuito digestivo, particularmente, incluyendo el colon, si es posible. De hecho, esta restauración de la continuidad mejorará el pronóstico y el manejo del paciente de varias maneras.

CONCLUSIÓN: El SIC es una entidad clínica rara, descrito como complicación de enfermedades intestinales graves que requieren una resección intestinal extensa. Pese a su baja incidencia corresponde a la principal causa de insuficiencia intestinal crónica y puede ser responsable de complicaciones como desnutrición y alteraciones de líquidos y electrolitos.

APENDICECTOMÍAS PROFILÁCTICAS: INFORME DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO, CHILE.

Vicente Antonio Fernández Rodríguez, Won Hee Kim Kim, Natalia Sofía Villalón Parra,Lia Gishlaine Moyano Rivas, Víctor Ignacio González Muñoz, Fernando Mauricio Muñoz Flores

Universidad de los Andes //Hospital Militar de Santiago

INTRODUCCIÓN: En Chile, se realiza la apendicectomía profiláctica (AP) como una política pública para pacientes que van a la Antártica como militares desde el primer destino permanente en el territorio en 1969. Debido al riesgo de no contar con un manejo quirúrgico oportuno en caso de apendicitis aguda, esta política todavía se lleva a cabo en la actualidad, a pesar del mejoramiento de la conectividad territorial a lo largo de los años.

OBJETIVOS: El objetivo es informar sobre las complicaciones a corto plazo de la AP en un hospital en Santiago, Chile, en pacientes destinados a la Antártica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo una revisión de registros y un análisis retrospectivo de historias clínicas electrónicas y físicas de pacientes que se sometieron a una PA laparoscópica entre los años 2012 y 2022 en un hospital de Santiago, previa aprobación del Comité de Ética Institucional. Se registraron datos correspondientes a la historia médica y quirúrgica de los pacientes, así como a las complicaciones a corto y medio plazo de la cirugía, clasificadas según la Clasificación de Complicaciones Quirúrgicas de Clavien-Dindo.

RESULTADO: Se revisaron datos de 215 pacientes, todos ellos hombres, con una edad promedio de 38 años en el momento de la cirugía. Siete pacientes fueron excluidos debido a su asociación con otras cirugías concomitantes. Todos los pacientes incluidos en el estudio se sometieron a apendicectomías laparoscópicas. Se analizaron las complicaciones, la mayoría correspondieron a complicaciones de grado I, el 0.96% a pacientes con complicaciones de grado II y el 0.48% a complicaciones de grado III, según la Clasificación de Clavien-Dindo. Solo 1 paciente requirió reintervención dentro de los 30 días debido a una obstrucción intestinal. No hubo mortalidad asociada a este procedimiento. Como resultado secundario, el hallazgo histológico mostró 2 tumores neuroendocrinos y 1 mucocele apendicular.

CONCLUSIÓN: Aunque la AP está principalmente asociada con complicaciones leves, reportamos un caso de complicación grave en una pequeña cohorte. Esto justifica la necesidad de generar más evidencia para identificar la morbilidad posterior a la cirugía.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON FÍSTULAS COLOVESICALES EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU PERIODO 2016-2023

A. Alfaro, I. Ruiz, B. Israel, C. Lama, H. Ureta, N. Moreno, R. Villalón, R. Aedo, V. Borgna, L. Alarcón. H. Urbano, M. García

Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Urología. Universidad de Santiago De Chile. Anatomía patológica Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: La fístula colovesical (FCV) fue descrita por primera vez en 1888, y consiste en una comunicación anómala entre el colon - generalmente sigmoides - y la vejiga. Es una entidad poco frecuente, se estima una incidencia de 1 de cada 3.000 ingresos quirúrgicos. Entre el 2% y el 18% de los pacientes con enfermedad diverticular desarrollan esta complicación, siendo etiologías frecuentes también la enfermedad inflamatoria intestinal y los tumores malignos de colon y recto. La incidencia máxima es entre los 65 y los 75 años de edad, y la relación hombre: mujer es de 2 a 3:1. Las principales manifestaciones clínicas de la FVC son la neumaturia, la fecaluria y la infección del tracto urinario; sin embargo, el diagnóstico puede retrasarse debido a sintomatología incompleta. La tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica puede identificar un tracto de fístula en el 64% de los casos, pero el uso de contraste rectal sin contraste intravenoso mejora la precisión de la TC. La colonoscopia y la cistoscopia con biopsias pueden ser necesarias para precisar la etiología. El manejo quirúrgico por lo general es el preferido. El momento de la operación, el abordaje abierto o laparoscópico y el número de etapas para la resolución siguen siendo temas de debate.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue caracterizar y analizar una serie de casos con diagnóstico de fístula colovesical de un solo centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo, se realizó búsqueda y análisis de registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de fístula colo-vesical en el Hospital Barros Luco Trudeau desde el año 2016 al 2023. Se realizó revisión de fichas clínicas registrando las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad, hábitos, sintomatología, informes de imágenes diagnósticas, tipo de cirugía y seguimiento.

RESULTADO: Se encontraron 18 pacientes, 9 hombres y 9 mujeres. La edad promedio fue 68 años (rango 34-86 años). El hábito más frecuente fue el tabáquico en 13 personas. El antecedente prevalente fue el cáncer de colon en 8 pacientes seguido de enfermedad diverticular en 7 pacientes, cáncer cervicouterino en 1 paciente, cáncer de próstata en 1 y enfermedad de Crohn en 1. La presentación clínica más frecuente fue el dolor en todos los pacientes seguido de infecciones urinarias a repetición, fecaluria en 6 pacientes, neumaturia en 1 paciente. La tomografía computarizada confirmó el diagnóstico en 9 pacientes. En 6 pacientes se requirió de resonancia magnética nuclear para caracterizar la fístula, sólo se realizó cistoscopía en 2 pacientes y enema con contraste en 1 paciente. La resolución quirúrgica fue el manejo de elección realizándose cirugía resectiva en bloque con anastomosis colorrectal en 8 pacientes, cistostomía y posterior cierre de fístula en 1 paciente, cirugía tipo Hartmann con reparación de fístula en 5 pacientes y colostomía en asa como manejo paliativo en 5 pacientes. El seguimiento fue hasta 88 meses, hubo 6 fallecidos, 1 presentó recidiva de FCV, el resto continúa en seguimiento sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La FCV es una patología poco frecuente afecta a pacientes cercanos a la séptima década de la vida. Las causas son múltiples dentro de las cuales se destacan la patología neoplásica y la enfermedad diverticular. El tratamiento de elección es la resección primaria en todos los casos con una buena evolución en el tiempo. La colostomía en asa utilizó como medida paliativa en pacientes en los que por su condición clínica no se pudo ofrecer la alternativa resectiva.

NEOPLASIAS PRIMARIAS MÚLTIPLES. CARACTERIZACIÓN DE DE PACIENTES CON CÁNCER SINCRÓNICO RECTO-PROSTATA EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU PERIODO 2016-2023

I. Ruiz, B. Israel, S. Fuenzalida, V. Pérez, H. Ureta, N. Moreno, R. Villalón, R. Aedo, H. Urbano, M. García

Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Cirugía. Universidad de Chile, sede Sur. Universidad de Santiago de Chile. Anatomía patológica Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios múltiples se definen como la coexistencia de más de una neoplasia primaria en diferentes órganos. Los individuos que han desarrollado una primera neoplasia maligna tienen un riesgo mayor de desarrollar una segunda. La sustentación de este razonamiento es que el primer tumor fue causado probablemente por agentes o factores genéticos, hormonales, iatrogénicos, ambientales o inmunológicos, la mayoría de los que seguirán estando presentes al momento de la aparición de la segunda neoplasia.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue caracterizar y analizar una serie de casos con diagnóstico de cáncer de próstata y recto de un solo centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo, se realizó búsqueda y análisis de registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer sincrónico de próstata-recto en el Hospital Barros Luco Trudeau desde el año 2016 al 2023. Se realizó revisión de fichas clínicas registrando las siguientes variables: Edad, Sexo, comorbilidad, hábitos, sintomatología, Informes de imágenes diagnósticas, tratamiento y seguimiento.

RESULTADO: Se incluyeron en total 5 pacientes, con mediana de edad de 77 años (rango 71-78 años), en todos los pacientes se confirmó la presencia de ambos tumores sincrónicos mediante resonancia magnética de pelvis. Los síntomas más frecuentes al momento del diagnóstico fueron baja de peso (4 pacientes), cambio de hábito intestinal (4 pacientes) y rectorragia (3 pacientes). En cuanto a la histopatología, en 4 pacientes se objetiva adenocarcinoma rectal y en 1 paciente neoplasia neuroendocrina rectal. Sólo en 2 pacientes se logra realizar biopsia prostática que resulta compatible con adenocarcinoma de próstata, en el resto de los pacientes se diagnostica sincrónico de próstata mediante imágenes y laboratorio. Con respecto al tratamiento en 3 pacientes se propuso radioquimioterapia neoadyuvante para posterior cirugía curativa, en 1 paciente sólo radioterapia, mientras que 1 paciente no fue candidato a radio-quimioterapia por su condición clínica. De esta serie fallece 1 paciente.

CONCLUSIÓN: Aunque las Neoplasias primarias múltiples se conocen desde hace más de un siglo, poco se sabe acerca de los posibles factores de riesgo que intervienen en su génesis. Se han descrito series donde la asociación más frecuente fue el adenocarcinoma prostático-carcinoma vesical, seguida de las neoplasias de colon y recto. En nuestra serie se destaca la edad avanzada de los pacientes y el diagnóstico tardío de estas neoplasias. En los pacientes a los cuales se llega a tiempo es posible ofrecerles tratamiento adecuado con una posibilidad importante de sobrevida.

EXPERIENCIA CON TUMORES NEUROENDOCRINOS EN EL EQUIPO DE COLOPROCTOLOGÍA EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU PERIODO 2021-2023

I. Ruiz, B. Israel, S. Fuenzalida, J. León, H. Ureta, N. Moreno, R. Villalón, R. Aedo, H. Urbano, M. García

Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Cirugía. Universidad de Chile, sede Sur. Universidad de Santiago de Chile. Anatomía patológica Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) incluyen un variado rango de patologías con comportamientos diversos, que van desde tumores indolentes encontrados en forma incidental, hasta agresivos carcinomas mal diferenciados. Su incidencia ha aumentado en los últimos años, siendo su frecuencia relativa distinta para cada segmento intestinal estudiado, encontrando su mayor incidencia en los tumores apendiculares y su menor frecuencia en el canal anal, destacando además aumento de este tipo de tumores en recto. Ante el interés creciente de este tipo de tumores, se propone una revisión bibliográfica y reporte de los casos tratados en los últimos años en el equipo de coloproctología del Hospital Barros Luco Trudeau.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue caracterizar y analizar una serie de casos con diagnóstico de tumores endocrinos colo-recto anales de un solo centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo, se realizó búsqueda y análisis de registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de tumores neuroendocrinos en el Hospital Barros Luco Trudeau desde el año 2021 al 2023. Se realizó revisión de fichas clínicas registrando las siguientes variables: Edad, Sexo, comorbilidades, hábitos, sintomatología, informes de imágenes diagnósticas, tipo de cirugía y seguimiento.

RESULTADO: Se incluyeron en total 7 pacientes, 4 pacientes (57%) mujeres y 3 pacientes (43%) hombres, con mediana de edad de 68 años (rango 31-85 años). Los factores de riesgo más prevalentes fueron hábito tabáquico identificado en 5 pacientes y consumo de alcohol presente en 3 pacientes. En cuanto a la clínica, el síntoma más prevalente fue el dolor (5 pacientes) seguido de baja de peso (2 pacientes) y rectorragia (1 paciente). La confirmación diagnóstica fue realizada mediante biopsia bajo anestesia (1 paciente), colonoscopía (2 pacientes), biopsia quirúrgica (3 pacientes: Cirugía de Miles, colectomía parcial, apendicectomía). Las lesiones fueron encontradas en apéndice (2 pacientes), recto (2 pacientes), canal anal (1 paciente), válvula ileocecal (1 paciente), colon derecho (1 paciente). Sólo 2 pacientes fueron candidatos a quimioterapia con cisplatino y etopósido. De esta serie, 3 pacientes se encuentran con Performance status(PS) 0-1, 2 pacientes con PS 3-4 y 1 paciente fallecido.

CONCLUSIÓN: Los TNE representan una entidad clínica relevante de estudiar y de conocer en profundidad, con un alza progresiva en su incidencia. En nuestra serie de casos destaca la presencia de tabaquismo como posible factor de riesgo, presentarse con tumores más agresivos en edades más avanzadas y en canal anal, lo cual se condice con la literatura, siendo esta escasa para localización en canal anal. En los casos de tumores de menor tamaño y de biología más diferenciada la resección parece ser la alternativa de elección; por el contrario, en carcinomas neuroendocrinos tanto su presentación en estadíos más avanzados y su mal pronóstico hacen que la terapia más apropiada sea la sistémica, en sus diversas modalidades.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Víctor Cortés Fuentes, Mauricio Diaz, Mario Abedrapo M, Antonella Sanguineti M, Jose Luis Llanos B, Sebastian Olivares M

Hospital Clinico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Crohn perianal (ECP) es un fenotipo de la enfermedad de Crohn que comúnmente se manifiesta con lesiones fistulizantes anocutáneas con o sin abscesos, pudiendo ocurrir en forma previa o posterior a los síntomas intraluminales, requiriendo manejo medico con inmunomoduladores, corticoides o quirúrgico local, inclusive llegando a la necesidad de ostomias o proctectomia (2). Se ha estimado en USA que hasta un 1.3% de la población presentaría esta condición con un incremento importante desde la década pasada, presentándose un riesgo de 14 a 38% de presentar esta complicación a lo largo de la historia natural de la enfermedad

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es mostrar los resultados del manejo combinado del tratamiento con anticuerpos monoclonales más la aproximación quirúrgica en términos de cierre de fistula retiro de setón e incontinencia, y como objetivo secundario evaluar los cambios de la resonancia incial en relación con la última resonancia posterior al tratamiento

MATERIAL Y MÉTODO: Este es un estudio de carácter retrospectivo, observacional de cohorte transversal, y su objetivo principal es mostrar los resultados del manejo combinado con anticuerpos monoclonales más cirugía en este centro, cuantificando el tiempo de cierre de la fistula y retiro de setones, con el objetivo secundario de evaluar los resultados en la resonancia post tratamiento. Se incluyeron los pacientes con tratamiento por ECP en este centro, tanto medico como quirúrgico. Se tabularon los datos con el programa excel y analizaron con STATA V17

RESULTADO: El 100% de los pacientes fue estudiado con RM, identificando Fistula en el 76% de los casos siendo un 52% interesfintérica y un 32% transesfintérica. La mediana de trayectos fistulosos fue de 2 (1-7). 80% requirió instalación de setones, con mediana de 1(1-5) y 5 pacientes cuya fistula fue intersfintérica o subcutánea fueron a fistulotomía. Posterior al manejo quirúrgico el 100% fue a tratamiento biológico, con infliximab en 80% y adalimumab en 20%. Posterior al manejo con setones en 40% se logró retiro de este de los cuales 3 pacientes tuvieron reactivación del cuadro requiriendo nuevos setones. No se reportó incontinencia o necesidad de ostomía. Posterior al manejo multimodal en la última resonancia un 56% mostro cierre de la fistula en relación con la RM al inicio del tratamiento. Desde el punto de vista clínico un 52% demostró remisión, 60% endoscópica y 8% histológica.

CONCLUSIÓN: a tasa de curación con el tratamiento multimodal de instalación de setones mas tratamiento biológico tiene un éxito en 40% de los pacientes lo que representa una buena respuesta de acuerdo a lo reportado en la literatura. La tasa demostrada de curación por imágenes es de 56% y la respuesta clínica se alcanza en el mismo porcentaje, no obstante, la curación completa se obtiene (clínica, endoscópica e histológica) solo en 8% de los pacientes

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL FÉLIX BULNES ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2022

A. Frausto, A. Muñoz, S. Wachtendorff

Hospital Félix Bulnes

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal representa una preocupación de salud pública a nivel mundial posicionándose como el tercero más frecuente. En Chile, se han evidenciado tasas crecientes de incidencia y de fallecimiento atribuible al envejecimiento poblacional y a la relación con factores de riesgo como el tabaquismo, sedentarismo y obesidad.

OBJETIVOS: Caracterizar la población con CCR en seguimiento y presentados a comité oncológico por el equipo de Coloproctología en el Hospital Félix Bulnes (HFB) entre los años 2019 y 2022.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron biopsias y registros clínicos de todos los pacientes presentados al comité oncológico con diagnóstico de CCR en seguimiento por el Equipo de Coloproctología en el HFB desde enero 2019 hasta diciembre del 2022. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (localización de tumor y resección quirúrgica), antecedentes familiares de CCR y antecedentes personales de Tabaquismo.

RESULTADO: Se analizaron un total 311 pacientes de los cuales 87% eran mayores de 50 años. El 54% corresponde a sexo masculino con una edad media de 64.9 años al diagnóstico. Las localizaciones tumorales se distribuyen en Cáncer de Recto 37%, Sigmoides 27%, Colon Derecho 18%, Unión Rectosigmoidea 10%, Colon Transverso 3.8% y Colon descendente 2.8%. Del total, 6.4% presentan antecedentes familiares de CCR y 11,5% antecedentes familiares de cáncer no colorrectal. Un 19% presentaba antecedentes de tabaquismo. Del total de pacientes un 61,7% fue sometido a una intervención quirúrgica resectiva.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie se presenta una población representativa de datos nacionales como internacionales destacando el predominio de CCR en el sexo masculino y en pacientes mayores de 50 años. Las localizaciones predominantes se repiten en esta serie siendo recto y sigmoides las más representativas. Por último, cabe mencionar el potencial de resección quirúrgica en CCR siendo en muchos casos una intervención finalidad curativa o paliativa lo que dependerá de factores como la ubicación del tumor, su tamaño y la presencia de metástasis.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN LA SATISFACCIÓN USUARIA Y DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: ENTRE DOS HOSPITALES PÚBLICOS NACIONALES

H. Zuñiga, J. Vivallos, C. Concha, G. Reyes, R. Salas, M. Martínez-Mardones

Hospital Del Salvador

INTRODUCCIÓN: Los programas de recuperación acelerada – STAR (eSTrategias para Adelantar la Recuperación) se basan en intervenciones basadas en la evidencia para acelerar la recuperación, reducir las complicaciones y mejorar la satisfacción del paciente. El año 2018 fue creado el programa STAR en el Hospital Del Salvador y se demostró un impacto significativo en la reducción de los días de hospitalización y los costos asociados.

OBJETIVOS: Describir y comparar el impacto en la satisfacción usuaria y en la duración de la hospitalización en los pacientes sometidos a cirugía en un hospital público con programa STAR (H-STAR) con un hospital sin protocolo (H-no-STAR).

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza estudio descriptivo multicéntrico entre dos hospitales nacionales, H-STAR y H-no-STAR. Se aplicó el 2020 una encuesta en H-STAR que evidenciaba alta satisfacción usuaria y se comparó con la misma encuesta aplicada el 2023 en H-no-STAR, vía telefónica, previo consentimiento informado, a pacientes sometidos a cirugía colorrectal resectiva entre abril del 2022 y agosto del 2023. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y no paramétrico para comparar los resultados entre ambos grupos con el programa RStudio Versión 2023.06.1.

RESULTADO: Contestaron la encuesta 44/67 pacientes (65,7%). Edad promedio 60,8 años con 52,3% mujeres, 90,9% chilenos, 29,5% enseñanza media completa, 84,1% conoce el nombre de su cirujano, 98% considera que la información preoperatoria es buena o muy buena, 63,6% considera que el tiempo de espera para la atención fue oportuno, 95,5% considera que el trato recibido por el cirujano fue bueno o muy bueno. Recuerdo del dolor en postoperatorio inmediato: 54,5% leve o menor, 22,7% moderado, 22,7% severo-insoportable. Recuerdo del dolor durante la hospitalización: 72,7% leve o menor, 22.7% moderado, 4,5% severo. El 27,3% nauseas-vómitos. La realimentación la consideran: 84,1% a tiempo, 9,1% tarde, 2,3% pronto; 91% toleró régimen liviano; tolerancia 1° día 80%, 2° día 2,3%, >2° día 18,4%. 93,2% considera que fue levantado de la cama a tiempo. El 95,5% considera que caminó a tiempo. 94,4% considera que la información entregada prealta al menos buena, 93,2% considera que su cirujano fue altamente competente. 97,7% se encuentra satisfecho con la atención obtenida. La mediana de los días de hospitalización fue 8 días (3–34); comparado con H-STAR de 3 días (2-9) siendo significativo a favor de H-STAR.

CONCLUSIÓN: Se evidencia una mayor satisfacción del usuario con el programa de recuperación acelerada, aunque no se analizó su significancia estadística. Los días de cama mostraron un impacto significativo debido al protocolo STAR.

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA: USO DE UN DISPOSITIVO NOVEDOSO CON RADIOFRECUENCIA BIPOLAR Y MICROONDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES COLORRECTALES

Gonzalo Ross R., Alvaro Gallardo V., Gonzalo Contreras H., Priscilla Lopez, Claudio Navarrete G.

Hospital Clínico San Borja Arriaran

INTRODUCCIÓN: Los pólipos colorrectales al ser resecados oportunamente y de manera completa reducen la incidencia y mortalidad por cáncer (1). Las guías internacionales recomiendan la resección mediante disección submucosa para lesiones planas de gran tamaño o con sospecha de compromiso submucoso superficial (2). El Speedboat (CREO Medical Ltd, RU) es un dispositivo novedoso con capacidad de corte mediante radiofrecuencia bipolar, coagulación con microonda, una aguja retráctil para para inyección submucosa y una base con aislamiento para prevenir daño térmico (3).

OBJETIVOS: Presentar por primera vez en nuestro país, el uso de un dispositivo para disección endoscópica submucosa con tecnología antes no disponible para uso endoscópico.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado en Hospital Clínico San Borja Arriarán, análisis ficha clínica.

RESULTADO: Presentamos el caso de una paciente de 41 años, sin antecedentes médicos relevantes, derivada por el hallazgo de una lesión de crecimiento lateral de 30 por 20 mm en recto medio. La paciente refería síntomas gastrointestinales inespecíficos y no tenía antecedentes familiares de cáncer. Se presentó en comité y decidió disección endoscópica submucosa. La evaluación preresección identificó una lesión ligeramente solevantada (0-Ia) de un color similar al circundante, de superficie irregular, con capilares dilatados y un pitt pattern de IV. No se identificaron signos de compromiso submucoso. Se realizó una disección submucosa endoscópica con Speedboat sin incidentes. La paciente fue dada de alta a las 24 horas y controlada a los 14 días, sin evidencia de complicación. La biopsia definitiva informó un pólipo serrado sésil con displasia.

CONCLUSIÓN: La resección en bloque de lesiones colorrectales permite un análisis más adecuado para determinar el riesgo de adenopatías en lesiones malignas con sospecha de compromiso submucoso superficial. El uso de este nuevo dispositivo facilita una resección más segura y efectiva. Sin embargo, se requieren datos a largo plazo para compararlo con técnicas convencionales.

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA CON SPEEDBOAT PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA DEL ESÓFAGO DE BARRETT, EXPERIENCIA INICIAL EN INSTITUTO CHILENO JAPONÉS, HCSBA

Gonzalo Ross R., Alvaro Gallardo V., C. Esperguel G., Gonzalo Contreras H., Priscilla Lopez, Claudio Navarrete G.

Hospital Clínico San Borja Arriaran

INTRODUCCIÓN: La implementación de la disección endoscópica submucosa (ESD) es una técnica segura y con altas tasas de resección en bloque. El tratamiento de la neoplasia del esófago de Barrett con esta técnica ha sido obstaculizado principalmente por la tasa de márgenes positivos y niveles variables de estenosis posterior. Por lo anterior, en nuestro centro se ha implementado la resección de campo ampliado con Speedboat (CREO Medical Ltd. RU). Este es un dispositivo novedoso con capacidad de corte mediante radiofrecuencia bipolar, coagulación con microondas, una aguja retráctil para inyección submucosa y una base con aislamiento para prevenir daños térmicos. La presente publicación muestra la experiencia inicial en un hospital universitario de alto volumen.

OBJETIVOS: Dar a conocer la experiencia inicial de los primeros casos resueltos mediante WF-ESD en el Instituto Chileno Japonés del HCSBA, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a disección submucosa endoscópica con Speedboat en el HCSBA. Se obtiene información de la ficha clínica electrónica y estudio de imágenes de los pacientes. Análisis estadístico descriptivo.

RESULTADO: Se incluyeron 4 pacientes. Mediana de edad 54 (43-67) años, 75% eran mujeres y se evaluó la prevalencia de estenosis al seguimiento, prevalencia de márgenes positivos, la incidencia de complicaciones, entre otras.

CONCLUSIÓN: La disección endoscópica de campo amplio con Speedboat es una alternativa segura en pacientes con neoplasia incipiente en el contexto de esófago de Barrett, con mejores resultados de resecabilidad y potencialmente menor riesgo de estenosis.

"ANÁLISIS DE RESULTADOS POST QUIRÚRGICOS DE PACIENTES CON ACALASIA TRATADOS MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA POR VÍA ORAL (POEM) EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA CHILENA"

Juan Calderón D, Pablo Pérez C, Francisca López B, Luymar Petit G, Matías Campos V, Sergio Ahumada F, Alejandro Iglesias M.

Hospital San Juan de Dios - Servicio de cirugía

INTRODUCCIÓN: La acalasia es el trastorno motor primario más frecuente del esófago, a pesar de ello es una patología muy infrecuente en la población mundial con una incidencia de 1 de cada 100.000 habitantes. El manejo convencional de esta patología consiste en una miotomía de Heller realizada en forma laparoscópica. La técnica endoscópica POEM (per oral endoscopic myotomy) se ha consolidado como una nueva alternativa terapéutica con resultados promisorios.

OBJETIVOS: Presentar experiencia clínica, con descripción de técnica utilizada, resultados perioperatorios y seguimiento a corto plazo en el desarrollo de esta alternativa terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de serie de casos de pacientes tratados en Hospital San Juan de Dios, durante el periodo octubre 2022 - julio 2023. Se excluyen pacientes pediátricos o pacientes ya operados por otra técnica de acalasia.

RESULTADO: Se realizó el procedimiento en 3 pacientes sin complicaciones postquirúrgicas hasta la fecha. Todos los pacientes hasta el momento e esta comunicación sin presencia de reflujo gastroesofágico. Se aprecia un aumento de peso de 8.3 kg, 7.6 kg y 9.2 kg en los 3 pacientes durante las primeras 2 semanas posteriores al procedimiento.

CONCLUSIÓN: Se comparte experiencia inicial de una técnica endoscópica de alta complejidad en el servicio público chileno. POEM es una alternativa válida para el tratamiento de acalasia frente a técnicas convencionales.

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A ÚLCERA EN YEYUNO-YEYUNO ANASTOMOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

P. Sallaberry, I. Von Bennewitz, S. Rubel, S. Kaufmann

Univeridad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La cirugía bariátrica ha experimentado un aumento considerable durante los últimos años. Dentro de las principales técnicas quirúrgicas, se encuentra el baipás gástrico. Las úlceras marginales por su parte son una de las complicaciones secundarias a esta cirugía. Estas úlceras, se presentan principalmente en la gastro-yeyuno anastomosis. No se encontraron casos de úlceras marginales en la entero-entero anastomosis. En este reporte, se presenta el caso de un paciente operado de baipás gástrico hace 3 años que presenta hemorragia masiva secundaria a úlcera en yeyuno-yeyuno anastomosis que se maneja por enteroscopía de doble balón.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 63 años, con antecedentes de hipertensión y tabaquismo leve, operado de bypass gástrico hace 3 años, consulta en servicio de urgencia por cuadro de disnea, adinamia, 2 episodios de lipotimia y deposiciones melénicas. Al interrogatorio dirigido, refiere haber consumido ketorolaco la última semana. Ingresa estable, mucosas pálidas, sin otros hallazgos. En exámenes destaca hematocrito 19,55 y hemoglobina 6,6. Resto de exámenes normales. Se realiza angioTC que evidencia cambios postquirurgicos de baipás gaśtrico, sin hallazgos patológicos. Posteriormente, se realiza endoscopía digestiva alta sin evidencia de sitios de sangrado. Se decide manejo médico. Requiriendo múltiples transfusiones, inicialmente evoluciona estable. A las 48 hrs, evoluciona hipotenso, taquicárdico y mal perfundido, con nuevos episodios de melena. Se realiza colonoscopía que evidencia melena abundante sin localización de sitio de sangrado. Se repitió angioTC sin evidenciar sitio de sangrado. En este contexto, se decide llevar a pabellón para enteroscopía de doble balón. Mediante esta técnica, se identifica úlcera en línea de sutura de yeyuno-yeyuno anastomosis y se decide instalación de clip. Inicialmente no se evidencia sitio de sangrado, sin embargo, al momento de instalar el segundo clip, se evidencia sangrado en jet desde úlcera. Se maneja vía enteroscópica con instalación de 4 clips en total.

RESULTADO:.

CONCLUSIÓN: De los factores de riesgo conocidos para úlceras marginales, en paciente descrito destaca uso de AINES y tabaco. La enteroscopía en este caso cobra particular relevancia al tratarse de paciente con variación anatómica secundaria a bypass gástrico. Sin el uso de enteroscopía, las alternativas quirúrgicas para este paciente eran altamente mórbidas. En conclusión, en pacientes operados de baipás con sangrado digestivo alto con Endoscopía que no evidencia sitio de sangrado, tener presente la úlcera en entero-entero anastomosis como diagnóstico diferencial. Por su parte, en caso de tenerla disponible, considerar el uso de enteroscopía para resolución de estos casos.

APLICACIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA EN STEP UP APPROACH DE NECROSIS PANCREÁTICA: REPORTE DE CASO

José Sánchez V., Matías Campos V., Luis Garay V., Cristian Cruz U., Juan Calderón D.

Hospital San Juan de Dios, Santiago

INTRODUCCIÓN: La necrosectomía endoscópica percutánea (Percutaneous Endoscopic Necrosectomy, PEN), es un procedimiento híbrido que ha aparecido en la última década como alternativa en el tratamiento mínimamente invasivo de la necrosis pancreática. Una serie de casos de 17 pacientes mostró 24% complicaciones (sangrado, fístula cutánea), 100% éxito, sin mortalidad. Es una técnica efectiva y segura cuando el drenaje transmural endoscópico no es factible por razones técnicas y anatómicas.

OBJETIVOS: Presentar el caso de paciente joven sin comorbilidades con necrosis pancreática secundaria a pancreatitis aguda biliar, manejado con necrosectomía endoscópica percutánea.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente intervenido en Hospital San Juan de Dios, análisis ficha clínica, fotos e imágenes.

RESULTADO: Paciente femenina, 24 años, sin comorbilidades, ingresa por cuadro de pancreatitis aguda grave necrohemorrágica con sospecha clínica e imagenológica de necrosis infectada. Mala respuesta al manejo conservador con antibióticos. Se intenta instalar drenaje transgástrico endoscópico, sin ventana adecuada para ejecutar procedimiento. Cambiamos el abordaje, se instala drenaje por radiología intervencional, que se obstruye con detritus de necrosis en 72hrs. Se planifica instalación de drenaje retroperitoneal endoscópico usando como guía el pigtail instalado por radiología intervencional. Como dispositivo se utiliza prótesis esofágica autoexpandible totalmente cubierta (Hannaro 16cm), que permitió drenaje amplio de la colección y posteriormente recibió tres aseos quirúrgicos endoscópicos, con abundante salida de pus, tejido necrótico y detritus. Debido a buena evolución, descenso de parámetros inflamatorios y desaparición de la colección en el TC de control, se retira prótesis y paciente es dada de alta. En el control ambulatorio, herida cicatrizada luego de 3 semanas.

CONCLUSIÓN: Este caso demuestra versatilidad del step up approach, en el manejo de la necrosis pancreática infectada, al incluir el apoyo de radiología intervencional y cirugía endoscópica a la terapéutica diaria, adaptando dispositivos para solucionar problemas clínicos y con mejores resultados y menos morbimortalidad que las intervenciones quirúrgicas de hace 20 años.

ESTENOSIS CONDUCTO HEPÁTICO IZQUIERDO ASOCIADO A LITIASIS Y UN PÓLIPO. RESOLUCIÓN MEDIANTE COLANGIOSCOPIA.

Alvaro Gallardo V., Jose Luis Sanchez V., Priscilla Lopez, Claudio Navarrete G., Gonzalo Ross R.

Facultad de Medicina Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriará

INTRODUCCIÓN: La colangioscopia permite una evaluación macroscópica de las lesiones de la vía biliar y ha demostrado una mayor precisión en comparación con la citología con cepillo basada en ERCP y las biopsias con pinzas a ciegas (84%, 38,5% y 53,8%, respectivamente) (1-2). Además, permite el tratamiento directo de algunas patologías que, de otra manera, serían resueltas mediante una cirugía mayor.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico complejo, resuelto de manera mínimamente invasiva y novedosa.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado en Hospital Clínico San Borja Arriarán, análisis ficha clínica.

RESULTADO: Se trata de una paciente de 39 años, colecistectomizada (10 años), quien consulta ambulatoriamente por episodios de dolor abdominal inespecífico. Luego de un estudio completo, se realiza una colangioresonancia que evidencia una estenosis del conducto hepático izquierdo, dilatación de la vía biliar intrahepática proximal, litiasis y atrofia del segmento. Previo al manejo en nuestro centro, se realiza una ERCP que confirma el diagnóstico de estenosis e instalan una prótesis que migra de manera precoz. En nuestro centro, se realiza una ERCP con colangioscopia en la que se evidencia, en el conducto hepático izquierdo, una estenosis anular de aspecto inflamatorio asociada a una lesión polipoídea de 3mm y litiasis proximal. Se realiza una dilatación con balón de la estenosis sobre la guía posicionada mediante visión directa. Una vez dilatado, mediante colangioscopia, se toman biopsias del segmento estenótico y se reseca el pólipo con asa caliente y pinza de biopsias. Las muestras se envían para estudio histológico. Las biopsias descartaron un origen maligno, lo cual es consistente con los hallazgos de la colangioscopia. La paciente evolucionó favorablemente, sin presentar molestias nuevamente.

CONCLUSIÓN: La colangioscopia es una excelente herramienta para el diagnóstico y manejo de estenosis de causa desconocida de la vía biliar.

FÍSTULA BRONCOBILIAR SECUNDARIA A LA MIGRACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR ABANDONADA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Bettina Guijón L., Trinidad González D., Beatriz de la Maza P., Paula Dominguez Z., María Hidalgo C., Nicolás Rojas F.

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La migración de prótesis biliares ocurre aproximadamente en 8% de las instalaciones por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La migración proximal es menos frecuente (3%) que la distal (5.5%), siendo generalmente recuperadas de forma endoscópica. La fístula broncobiliar (FBB) es una complicación rara de la migración de stent biliar, frecuentemente sintomática.

OBJETIVOS: Describir una complicación infrecuente de la migración de prótesis biliar abandonada, situación que se ha visto en aumento posterior a la pandemia en hospitales públicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: En abril del 2022 se presentó en el Servicio de Urgencia del Hospital Padre Hurtado una paciente de 58 años con el antecedente de una instalación de prótesis biliar por CPRE en 2014 por colangitis; con un nuevo cuadro de colangitis, asociada a disnea y baja de peso previa. La tomografía mostró una masa periampular y de hilio hepático con signos de diseminación pulmonar, dilatación de vía biliar (VB) intra y extrahepática y signos de colangitis. Además, prótesis de VB antigua con extremo cefálico proyectado en base pulmonar derecha. Se realizó drenaje de la VB por CPRE sin lograr retiro de prótesis previa. Evoluciona con disfunción sistémica en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde se evidencia salida de contenido bilioso por tubo endotraqueal, sospechándose FBB, pero por falla multiorgánica refractaria a soporte, y extenso compromiso neoplásico, paciente fallece sin mayor estudio.

CONCLUSIÓN: Si bien la FBB es una complicación infrecuente, se debe sospechar en pacientes con prótesis abandonadas sin seguimiento que se presenten con dolor abdominal, disnea y derrame pleural bilioso. Esta situación fue más frecuente en nuestro medio posterior a la pandemia COVID-19.

CIRUGÍA GASTROESOFÁGICA

SÍNDROME DE BOERHAAVE: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES

David Gálvez, Marcos Mora, Isidora Contador, Juan Pablo Retamal.

Universidad de Magallanes - Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Boerhaave o perforación esofágica espontánea es una emergencia poco frecuente con alta mortalidad. Afecta con mayor frecuencia a hombres entre 50-70 años de edad presentando gran asociación con el consumo de alcohol. Se plantea que es producido por un aumento brusco de presión intraesofágica secundario en la mayoría de los casos a vómitos profusos. El diagnóstico habitualmente es tardío representando un desafío para el cirujano. Su tratamiento puede ser médico, endoscópico o quirúrgico.

OBJETIVOS: Reportar el caso de un paciente masculino con perforación esofágica espontánea que consultó en el servicio de urgencias del Hospital Clínico de Magallanes y realizar una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 61 años con antecedentes de DM2, hipotiroidismo y alcoholismo. Consulta en primera instancia por cuadro de disfagia asociado a vómitos alimentarios de 6 horas de evolución posterior a transgresión alimentaria; se realiza radiografía de tórax que no muestra alteraciones por lo que es enviado a domicilio. Progresa con dolor torácico retroesternal, persistencia de vómitos y disnea por lo que reconsulta; al examen físico destaca gran enfisema subcutáneo en zona retroesternal hasta base de cuello. TC TAP: neumomediastino secundario a solución de continuidad esofágica circunscrita a nivel cervical, sin signos de mediastinitis ni derrame pleural. Exámenes de laboratorio en rango normal. Paciente rechaza tratamiento endoscópico por lo que se decide manejo médico con antibioticoterapia y nutrición parenteral. Evoluciona favorablemente reiniciando alimentación oral, disminución de enfisema subcutáneo y TC TAP de control: esófago de trayecto y calibre normal, sin evidencias de neumomediastino, decidiendo su alta hospitalaria.

RESULTADO: El Síndrome de Boerhaave se debe considerar como diagnóstico diferencial frente a un cuadro de dolor torácico. La tríada de Mackler (vómitos, dolor torácico intenso y enfisema subcutáneo cervical) es una de sus características clásicas. Un diagnóstico temprano es esencial ya que un tratamiento oportuno disminuye drásticamente la morbimortalidad. La radiografía de tórax es el examen inicial, pero el escáner con contraste es el estudio de elección. El tratamiento depende de la estabilidad hemodinámica, grado de ruptura, tiempo de diagnóstico y viabilidad de la pared esofágica. Se debe considerar el manejo conservador o endoscópico en el contexto de un diagnóstico temprano y sin contaminación mediastínica, de lo contrario, su resolución es quirúrgica.

CONCLUSIÓN: Debido a su baja prevalencia, el Síndrome de Boerhaave requiere un alto grado de sospecha para así realizar un diagnóstico precoz y otorgar un tratamiento oportuno a cada paciente para mejorar su pronóstico.

GIST GÁSTRICO SINCRÓNICO EN PACIENTE CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: REPORTE DE CASO DE CIRUGÍA COMBINADA POR LAPAROSCOPÍA.

Enrique Biel W, Oscar Gamarra Ch, Michelle Engelshoven J.

Hospital Las Higueras Talcahuano. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los sarcomas más comunes del tracto gastrointestinal. El GIST gástrico es el más frecuentemente asociado a otros tumores, entre ellos el carcinoma de células renales (CCR). Sin embargo, la incidencia de GIST y CCR sincrónico sólo alcanza entre un 0,11 y 0,37%.

OBJETIVOS: Presentar un caso de cirugía renal y gástrica combinada y laparoscópica en un paciente con GIST gástrico y CCR sincrónico y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado por laparoscopía por dos equipos quirúrgicos de forma combinada, en un Hospital Universitario de regiones, el año 2023. Revisión en base de datos Pubmed con términos de búsqueda: “renal cell carcinoma” y “gastrointestinal stromal tumors”.

RESULTADO: Se presenta el caso de un hombre de 72 años, con antecedentes de cáncer de próstata tratado, que en su seguimiento en policlínico de urología se pesquisa tumor renal derecho sugerente de CCR. En el estudio preoperatorio con tomografía computada se pesquisa nódulo exofítico gástrico de aproximadamente 2 centímetros sugerente de GIST, por lo cual se deriva a cirugía digestiva. Se completa estudio con endoscopía digestiva alta que confirma lesión subepitelial de 2 centímetros en curvatura menor y se marca con tinta china. Se lleva a cabo una cirugía combinada por vía totalmente laparoscópica, realizándose una nefrectomía radical derecha y luego una gastrectomía segmentaria. La resección gástrica se realiza en “cuña”, con un stapler EndoGIA, calibrada con un sondón de 38 Fr y siguiendo la marcación previa con tinta; se realiza refuerzo de la línea de sutura con PDS 3-0 continuo. El tiempo operatorio total fue de 265 minutos, siendo el tiempo digestivo 70 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable, con una estadía hospitalaria de 3 días. El estudio histológico informa GIST de bajo grado.

CONCLUSIÓN: La presencia de estas neoplasias en forma sincrónica tienen una incidencia baja y se han hecho pocos informes de caso y revisión de la literatura. La cirugía combinada entre 2 equipos de especialistas diferentes siempre es compleja y el abordaje totalmente laparoscópico de nuestro caso tuvo buenos resultados. la posibilidad de realizar una gastrectomía segmentaria en estos casos siempre supone una ventaja quirúrgica y de morbilidad.

VÓLVULO GÁSTRICO EN HERNIA HIATAL GIGANTE: REPORTE DE CASO INTERVENIDO DE URGENCIA POR LAPAROSCOPÍA.

Enrique Biel W, Michelle Engelshoven J., Carlos Saiz T, Darwin Madrid C, Oscar Gamarra Ch,

Hospital Las Higueras Talcahuano. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: La hernia hiatal gigante (HHG) incluye al menos el 30% del estómago en el tórax y representan el 5-8% de las hernias hiatales (HH), la mayoría corresponden a una HH tipo III. El vólvulo gástrico corresponde a aquellos casos en que la rotación anormal determina estrangulación y obstrucción del órgano. El tratamiento de elección para la HHG complicada con vólvulo gástrico es la cirugía laparoscópica debido a tiempo operatorio corto, buen control de síntomas y bajas tasas de recurrencia.

OBJETIVOS: Presentar un caso operado de urgencias por vía laparoscópica debido a un vólvulo gástrico como complicación de una hernia hiatal y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente intervenido en el Hospital las Higueras de Talcahuano en 2023. Revisión en base de datos Pubmed con término de búsqueda: “Hiatal hernia” y “Gastric volvulus”.

RESULTADO: Se presenta el caso de un hombre de 61 años, con antecedente de hernia hiatal tipo III, que consulta en urgencias por cuadro de vómitos asociados a dolor abdominal, con una tomografía de ingreso que evidencia imagen sugerente de vólvulo gástrico secundario a hernia hiatal complicada; no hay evidencias tomográficas de necrosis o perforación. Al laboratorio de ingreso destaca aumento de los parámetros inflamatorios, por lo cual se decide realizar laparoscopía exploradora en la que se encuentra una hernia hiatal complicada, con abundante fibrina y estómago muy difícil de reducir; se logra la devolvulación y reducción completa y se realiza la hernioplastía hiatal con puntos de seda, sin uso de prótesis, y luego la fundoplicatura tipo floppy Nissen calibrada con un sondón de 35 Fr. Se comprueba previamente indemindad del esófago disecado y del estómago con prueba de azul de metileno. El tiempo operatorio fue de 150 minutos y la estadía hospitalaria de 3 días, con evolución satisfactoria. Se comprueba el adecuado resultado de la cirugía con una radiografía esófago estómago duodeno al alta que resulta normal.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de los pacientes sintomáticos con HHG con estómago intratorácico es quirúrgico. En caso de complicaciones o sospecha de éstas, como vólvulo, obstrucción o perforación, la cirugía debe ser de urgencia como se muestra en el caso presentado y la vía laparoscópica es segura y recomendable. La cirugía en hernia hiatal complicada, realizada en urgencia, representa una situación compleja y asociada a mayor mortalidad que la cirugía electiva.

PERFORACIÓN GÁSTRICA EN RELACIÓN A POLICONSUMO DE SUSTANCIAS

Paloma Pozo, Aldo Cuneo, Xabier de Aretxabala
Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La pasta base es un derivado de baja pureza de las hojas de coca. Se estima que el 0,3% de la población chilena ha consumido pasta base en el último año. El consumo de pasta base se asocia al desarrollo de perforaciones de úlceras gastroduodenales.

OBJETIVOS: Analizar una serie de casos de pacientes con diagnóstico de perforación de úlcera gástrica en el Hospital Padre Hurtado en un período de tiempo de 5 años. Evaluar las características de la úlcera, si están asociadas al consumo de sustancias, qué tratamiento quirúrgico requirieron y si tuvieron complicaciones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, serie de casos. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron al Hospital Padre Hurtado con diagnóstico de úlcera gástrica perforada entre enero del 2018 y diciembre del 2022.

RESULTADO: Se incluyeron 61 pacientes. 47 hombres y 14 mujeres. La edad promedio fue de 51 años (26-87). El promedio de días de hospitalización de 9,8 (1-106). En cuanto a la ubicación 28 fueron antrales, 18 prepilóricas, 6 en el cuerpo, 6 en curvatura menor, y 3 en la unión gastroesofágica. El tamaño promedio de la úlcera fue de 12.5 mm (3-50). 44 pacientes (72%) refieren consumo de sustancias (alcohol, cigarrillo, marihuana, pasta base, cocaína). 4 pacientes (6,5%) refiere haber consumido AINEs en las últimas dos semanas. Respecto a la cirugía, en 40 pacientes se realizó una laparotomía más gastrorrafía con parche de epiplón, en 11 casos el mismo procedimiento laparoscópico. 5 pacientes fueron sometidos a gastrorrafía laparoscópica, 4 a gastrorrafia abierta y 1 a gastrectomía subtotal. Sin diferencias significativas en recurrencia ni complicaciones. En el 36% de los casos se tomó biopsia intraoperatoria, encontrándose un caso de adenocarcinoma. 4 casos tuvieron complicaciones requiriendo reintervención: 2 dehiscencias de rafia, 1 perforación incidental de intestino delgado con aguja de Veress y 1 caso de colecciones intraabdominales. 5 pacientes tuvieron un segundo episodio de perforación, todos asociados a policonsumo. 2 pacientes fallecieron.

CONCLUSIÓN: Las úlceras gástricas perforadas constituyen una patología frecuente en nuestro medio. Un alto porcentaje se asocia a policonsumo. Es más frecuente en población masculina (77%). Dentro de los pacientes consumidores, las ubicaciones más comunes son antro (43%) y prepilóricas (31%). El tamaño promedio no varía según si existe o no asociación a policonsumo. Aquellos pacientes con policonsumo, no adhieren al seguimiento, por lo que la biopsia intraoperatoria sería una buena alternativa para descartar malignidad.

RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA EN CÁNCER GÁSTRICO EN QUIMIOTERAPIA PALIATIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Erick Castillo, Paulina Pérez, Felipe Barnert

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Universidad San Sebastián, Sede de La Patagonia

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico es la quinta neoplasia maligna más común y la cuarta causa de muerte oncológica. En comparación con la cirugía sola, varios enfoques terapéuticos, incluida la quimioterapia perioperatoria o adyuvante, mejoran la supervivencia. En base a esto la QTNA, asociado a la cirugía, se ha establecido como el estándar en el tratamiento de cáncer gástrico localmente avanzado. Escasos reportes de casos informan respuesta patológica completa a quimioterapia en Cáncer gástrico avanzado.

OBJETIVOS: Describir caso clínico, infrecuente, con respuesta patológica completa tras recibir quimioterapia paliativa por cáncer gástrico avanzado.

MATERIAL Y MÉTODO: Se discute caso clínico con previa revisión de la ficha clínica y análisis de este en relación con la evidencia publicada.

RESULTADO: Paciente femenina de 65 años, presenta dolor abdominal epigástrico por 4 meses. Se realiza endoscopia digestiva alta evidenciándose una extensa lesión neoplásica en la región subcardial y antral, compatible con un adenocarcinoma gástrico. Se realiza etapificación que informó lesión de aspecto neoplásico en la curvatura menor de 14,2 cm, asociado a múltiples adenopatías en curvatura menor, ligamento gastrohepático, hilio hepático foramen omental e infiltración de colédoco y cabeza pancreática, sin lesiones metastásicas. Laparoscopia exploradora evidenció lesión gástrica irresecable, realizándose yeyunostomía de alimentación. Recibió 15 ciclos de quimioterapia paliativa con FOLFOX. Durante seguimiento imagenológico se constata respuesta parcial destacando regresión de infiltración local. Se decide realizar gastrectomía total. Biopsia quirúrgica informó úlcera en curvatura menor, sin evidencia de tumor viable y 22 ganglios sin compromiso neoplásico. Al seguimiento sin evidencia de recidiva.

CONCLUSIÓN: La evaluación de la eficacia de los agentes quimioterapéuticos se basa en la respuesta clínica y patológica. Múltiples estudios han evidenciado que obtener RPC es infrecuente, y se presenta en pacientes seleccionados, sin reporte de casos en cáncer gástricos localmente avanzados e irresecables. También se han identificado variables que podrían predecir el grado de respuesta a quimioterapia neoadyuvante. Se encontró que tanto el tamaño del tumor como el grado de diferenciación son predictores independientes de regresión tumoral. Pacientes con tumores diferenciados mostraron una mejor respuesta que aquellos con tumor indiferenciado.5 En series de casos donde se ha utilizado FLOT se ha reportado tasa de RPC del 16%, solo en casos resecables. Nuestra paciente presenta un cáncer gástrico moderadamente diferenciado, de 14 cm, T4b. Variables desfavorables para adecuada respuesta a quimioterapia. No se ha identificado reporte o estudios sobre la respuesta patológica completa en pacientes irresecables, generando instancia para nuevos estudios.

CARCINOMA ESCAMOSO DESARROLLADO EN ESÓFAGO DE BARRETT – REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Contreras H, Alvaro Gallardo V, Gonzalo Ross R, Ignacio Miranda C, Nicole Diaz A, Carlos Garcia C, Carlos Esperguel G, Constanza Diaz G, Pablo Gonzalez B.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: El esófago de Barrett (EB) es una condición que confiere mayor riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico. Existen diversos factores de riesgo para desarrollar EB. Por otro lado, existen factores de riesgo distintos para el desarrollo de cáncer escamoso. El desarrollo de un carcinoma escamoso en un EB es una condición muy poco frecuente.

OBJETIVOS: Presentar un caso en el que se desarrolló una neoplasia escamosa sobre un Esófago de Barret y demostrar su tratamiento curativo con Disección submucosa endoscópica

MATERIAL Y MÉTODO: Atención clínica directa de la paciente, revisión de ficha, estudios de imágenes e histopatológicos.

RESULTADO: Se abordó el caso de una sospecha de una neoplasia desarrollada en un Esófago de Barret, de tal manera que se llegó al diagnóstico histopatológico de una neoplasia escamosa de alto grado. El paciente fue tratado de manera curativa mediante Disección Endoscópica Submucosa (ESD) con controles clínicos y endoscópicos posteriores que demuestran una evolución favorable.

CONCLUSIÓN: El caso demuestra que en medicina no existen absolutos, a pesar de que el EB se considera un precursor importante del adenocarcinoma esofágico y no del cáncer escamoso. El origen celular del EB aún es un tema debatido y existen múltiples teorías. Estas, podrían explicar el fenómeno observado en este caso, donde un grupo celular experimentó cambios moleculares y fenotípicos que condujeron a una metaplasia intestinal, mientras que otro grupo celular evolucionó hacia una neoplasia escamosa.

PERITONITIS SECUNDARIA A LESIONES DE CAMERON COMPLICADA, REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Constanza Narváez Jorquera, David Inostroza Castro, David Núñez Aracena, Javiera Maurer Carmona, Natalia Velásquez Morales, Claudio Quintana Ríos

Hospital Clínico Magallanes, CR de cirugía

INTRODUCCIÓN: Las Lesiones de Cameron (LC) son ulceras lineales localizadas a nivel del hiato diafragmático en pacientes con hernia hiatal. La prevalencia es de 5% en pacientes con Hernia hiatal. Las complicaciones se asocian a Hemorragia Digestiva y raramente a perforación, por lo que la sospecha en urgencias e intervención es esencial en el tratamiento de estos pacientes.

OBJETIVOS: Descripción de Caso Clínico de paciente con Peritonitis secundaria a LC perforada.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenino de 85 años, con antecedentes Hernia hiatal, acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal agudo ubicado en epigastrio asociado a náuseas y vómitos. Al examen físico destaca abdomen sensible y Blumberg positivo. Laboratorio destaca Hemoglobina 6.8, PCR 2.92. TAC de abdomen y pelvis evidencia neumoperitoneo y liquido libre en saco herniario y en cavidad peritoneal. Se realiza intervención quirúrgica con laparotomía exploratoria, lavado quirúrgico y reparación de pared afectada. Paciente evoluciona favorablemente, y es dada de alta para control ambulatorio.

RESULTADO: Las LC son de hallazgo incidental en estudios endoscópicos de pacientes con Anemia, por lo que, en pacientes sin estudios, se debe sospechar mediante la clínica y antecedentes médicos. Existen pocos reportes de casos de peritonitis secundarias a LC perforadas, en los que se destaca la inmediata intervención quirúrgica, debido a la alta morbimortalidad.

CONCLUSIÓN: Suponen un gran desafío en el servicio de urgencias, en donde se debe enfatizar el diagnóstico temprano de la peritonitis. Es una condición grave que requiere una intervención rápida y precisa, con un enfoque multidisciplinario.

CÁNCER GÁSTRICO MEDULAR: UNA SERIE DE CASOS

Camila Olivares, Pedro Soto, María Jesús Irarrázaval, Daniel García, Nicolás Quezada

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico representa la tercera causa de muerte por tumores malignos en Chile en 2018. El carcinoma gástrico con estroma linfoide o carcinoma medular es un tipo histológico poco frecuente, en su mayoría asociado a infección por virus Epstein-Barr.

OBJETIVOS: Describir tres casos de cáncer gástrico medular.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron gastrectomías por cáncer gástrico en Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile con histología compatible con cáncer medular.

RESULTADO: Caso 1: Hombre, 62 años, antecedentes de HTA, ACV, colecistectomía laparoscópica. Consulta por anemia (hemoglobina 6.2 g/dL), se realiza EDA: tumor 40 mm en curvatura mayor y lesión ulcerada 20 mm en curvatura menor. Biopsia: adenocarcinoma difuso y adenocarcinoma intestinal, respectivamente. TAC TAP muestra tumor y adenopatías ligamento gastrocólico, sin otros hallazgos. Laparoscopía de etapificación sin carcinomatosis ni lesiones hepáticas. Quimioterapia perioperatoria con esquema FOLFOX, recibiendo 6 ciclos preoperatorios. Se realiza gastrectomía total laparoscópica + linfadenectomía D2. Postoperatorio sin complicaciones, alta al sexto día. Biopsia definitiva: carcinoma medular infiltrante pT4N3b, VEB (+). Posteriormente recibe 4 ciclos más de FOLFOX completando 10 ciclos. A la fecha, sobrevida global de 24 meses. Caso 2: Hombre, 76 años, sin antecedentes de relevancia, en contexto de dolor abdominal y anemia con hemoglobina 6.6 g/dL se realiza endoscopía digestiva alta que evidencia lesión corporal Bormann II, biopsia con carcinoma sólido poco diferenciado. TAC TAP con engrosamiento corporal con cambios inflamatorios y adenopatías perigástricas, sin lesiones metastásicas. Se indicó quimioterapia perioperatoria con CapeOX 4 ciclos. Se realizó gastrectomía total + linfadenectomía D2 laparoscópica. Evolución favorable, alta al sexto día postoperatorio. Biopsia definitiva informada como carcinoma medular pT3N1M0, VEB (+). A la fecha sobrevida global de 14 meses. Caso 3: Mujer, 76 años con antecedente de peritonitis biliar operada en infancia. En contexto de anemia severa con hemoglobina 5,7 g/dL se realiza estudio endoscópico evidenciando tumor ulcerado Bormann III, biopsia adenocarcinoma poco diferenciado, infiltrante. Cursa con accidente vascular encefálico con buena evolución neurológica. Se realiza gastrectomía total + linfadenectomía D2 laparoscópica, biopsia definitiva con carcinoma medular de 10.5 cm pT4aN0, VEB (+). Evolución favorable, alta al octavo día postoperatorio. A la fecha sobrevida global de 2 meses.

CONCLUSIÓN: El cáncer gástrico medular corresponde a una entidad poco frecuente, se debe tener un alto índice de sospecha, siendo su diagnóstico precoz crucial en el pronóstico del paciente.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO

Marco Ceroni, Enrique Norero, Cristian Martinez, Ricardo Mejías, Rodrigo Muñoz, Emilio Morales, Ignacio Obaid, Paulina Gonzalez, Alfonso Diaz

Hospital Sotero del Rio

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con daño hepático crónico (DHC) con diagnóstico de cáncer gástrico (CG) son un desafío, debido a que la ascitis y adenopatías propias del DHC dificultan la etapificación y el riesgo perioperatorio es mayor incluso con resecciones locales.

OBJETIVOS: Describir los resultados del tratamiento quirúrgico del CG en pacientes con DHC

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyen pacientes con DHC que se les realizó un tratamiento quirúrgico del CG entre los años 1996 y 2022: 1) Con gastrectomía o disección submucosa; 2) Con seguimiento mínimo de 3 meses. Se registró las siguientes variables de interés: Sexo, edad, clasificación Child-Pugh, comorbilidades, tipo de gastrectomía, abordaje, días de hospitalización, complicaciones según clasificación Clavien-Dindo, complicaciones graves (Clavien>2), etapificación por TNM 8ªedición, supervivencia por curvas Kaplan-Meier y test de log-Rank. Se realizó estadística descriptiva y analítica. Se consideró significativo un $p<0,05$

RESULTADO: Fueron tratados 33 pacientes con DHC, que corresponden al 3% de los pacientes con CG operados. Un 66% fueron hombres. La edad promedio fue 65,3 años. Un 96% Child A y 4% Child B. Dos(6,1%) pacientes tuvieron ligaduras de várices esofágicas. Las comorbilidades asociadas: 60,6% HTA, 48,5% DM2, 45% Sobrepeso/Obesidad, 18,2% EPOC, 12,1% Cardiopatía coronaria. Se realizaron las siguientes cirugías: 18(54,5%) gastrectomías totales, 9(27,2%) gastrectomías subtotales, 1(3%) resección de pared total, 5(15,1%) disecciones submucosas. Los pacientes con gastrectomía tuvieron una morbilidad mayor en 22% y mortalidad de 3,7%. La filtración de la anastomosis esófago yeyunal fue de 22% y la descompensación del DHC fue de 17,8%. La etapificación final fue: 16(48,5%) etapa I, 6(18,2%) etapa II, 10(30,3%) etapa III, 1(3%) etapa IV. Recibieron neoadyuvancia/adyuvancia: 31,25%. La supervivencia específica a 5 años de los pacientes con CG avanzado fue de 38% e incipientes 100%.

CONCLUSIÓN: El tratamiento quirúrgico del CG en pacientes con DHC presenta buenos resultados perioperatorios y oncológicos a largo plazo. La gastrectomía total tiene elevada filtración de la anastomosis esófagoyeyunal. La mayoría de los pacientes de la serie tienen comorbilidades y CG incipientes.

METÁSTASIS COLÓNICA DE ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Roberto Rodríguez Poblete, Andrea Barreda Aranda, Joaquin Bravo Casanova, Nicole Diaz Acuña, Francisca Ortiz Matamala, Carlos Esperguel Galaz

Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile, Campo Centro

INTRODUCCIÓN: Introducción: El adenocarcinoma de la unión gastroesofágica (UGE) presenta una incidencia en aumento en países desarrollados, principalmente por la mayor prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y obesidad. Su relevancia está dada por su pobre pronóstico, dado que su diagnóstico suele ser tardío. El adenocarcinoma de la UGE Siewert I se define y maneja como un adenocarcinoma del esófago distal, y los sitios de metástasis habituales son hígado, linfonodos distales, peritoneo y óseas. Las metástasis colónicas del cáncer de esófago sólo han sido reportadas de forma anecdótica y principalmente en carcinoma escamoso.

OBJETIVOS: Objetivos: Presentar un caso de metástasis colónica de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica Siewert I y revisión de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO: Material y métodos: Caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADO: Resultados: Paciente de 69 años con disfagia de 4 meses de evolución y baja de peso. Se realiza endoscopía digestiva alta (EDA) con lesión sospechosa de neoplasia de esófago distal con compromiso de cardias (Cáncer de la UGE), biopsia adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realiza estudio de etapificación con PET- CT en donde se evidencia “adenopatía periesofágica probablemente secundaria”. Se etapifica con clasificación TNM como cT3-4N+M0, se presenta caso a comité oncológico, para quimioterapia neoadyuvante. Re etapificación con PET-CT se evidencia buena respuesta de engrosamiento transmural esofágico y de UGE, asociada a diverticulosis de colon sigmoides con hipermetabolismo en uno de los divertículos. Colonoscopía describe lesión elevada ulcerada de ángulo esplénico, biopsia informa adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado compatible con metástasis de probable origen primario en tracto digestivo alto.

CONCLUSIÓN: Conclusión: El cáncer de esófago es de las neoplasias más letales y se suele diagnosticar en estadios avanzados, que impide la terapia curativa*. Es prioritario una etapificación correcta lo que determinará pronóstico y manejo, debido que el manejo quirúrgico no está exento de morbilidad. El hallazgo del compromiso metastásico colónico es extremadamente raro y poco frecuente, con reportes similares encontrados sólo en literatura internacional.

SUPERPOSICIÓN MORFOLÓGICA ENTRE TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 EN NEOPLASIA GÁSTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gonzalo Contreras H., Ignacio Miranda C., Pablo Gonzalez B., Francisca Ortiz M., Carlos Garcia C., Carlos Esperguel G., Victorio Marshall D., Daniela Medina S., Roberto Rodriguez P.,

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 gástrico es un trastorno raro, inicialmente descrito en colangitis esclerosante asociada a pancreatitis autoinmune tipo 1 que posteriormente se identificó en otros órganos del sistema digestivo. Es caracterizado morfológicamente por un engrosamiento difuso o parcial del órgano e histológicamente por una densa infiltración linfoplasmocitaria con aumento de las células plasmáticas IgG4. Por otro lado, existe un gran imitador de esta enfermedad, los tumores miofibroblásticos (IMT), entidad igualmente rara, que también muestran un número elevado de células positivas para IgG4, y que pueden expresarse como lesiones submucosas, ambas con líneas de manejo diferentes.

OBJETIVOS: Presentar caso de superposición de ambas enfermedades y revisión de literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADO: Paciente de 69 años con antecedente de VIH en tratamiento, consulta por cuadro de dispepsia de larga data, realizándose endoscopia digestiva alta (EDA) que describe gastritis atrófica. Por persistencia de síntomas se realiza nueva EDA 1 año después describiendo a nivel de pared posterior y curvatura mayor gástrica una lesión de aspecto infiltrante (Bormann III), friable la cual fue biopsiada informando úlcera gástrica crónica activa. Tomografía computada (TC) de abdomen-pelvis describe en estómago engrosamiento parietal a nivel de antro asociado a pequeñas adenopatías de ligamento gastrocólico. Se realiza nueva EDA con biopsias negativas para neoplasia. Dado discordancia clínica-patológica, se realiza endosonografía con punción, biopsia que informa lesión mesenquimal tipo tumor miofibroblástico inflamatorio. Presentado en comité de cirugía digestiva, se define realizar gastrectomía subtotal laparoscópica. Biopsia de pieza informa fibrosis asociada a proceso inflamatorio crónico de predominio plasmocitario con hallazgos inmunohistoquímicos concordantes con enfermedad por IgG4.

CONCLUSIÓN: La enfermedad relacionada a IgG4 e IMT pueden afectar virtualmente todos los órganos y ambas enfermedades se caracterizan por un abundante infiltrado inflamatorio, si bien podrían distinguirse en evaluación histológica e inmunohistoquímica, algunos IMT altamente inflamados pueden ser morfológicamente indistinguibles de IgG4. Dada la superposición clínica-histológica es importante estudios complementarios asociados como FISH o genéticos para así orientar el manejo definitivo, puesto que los IMT corresponden a una neoplasia de comportamiento biológico intermedio con potencial de metástasis, siendo la resección quirúrgica y/o la terapia target el pilar del tratamiento, mientras que la enfermedad relacionada con IgG4 su manejo principal es en base a inmunosupresión y cirugía sólo sería justificada en casos seleccionados en los cuales haya discordancia clínico-patológica o enfermedad avanzada que no permita la distinción de una neoplasia potencialmente maligna.

ENGROSAMIENTO PARIETAL GÁSTRICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. SERIE DE CASOS.

Ignacio Miranda C., Gonzalo Contreras H., Tiffany Rojas O., Carlos Garcia C., Carlos Esperguel G., Augusto Barrera Z., Guillermo Martinez S., Victor Marshall D., Daniela Medina S., Roberto Rodriguez P.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: El engrosamiento parietal gástrico se define como un aumento en el grosor de la pared del estómago. En algunos estudios, se establece que un incremento en el grosor de la pared gástrica superior a 5 milímetros se considera patológico en una tomografía con adecuada preparación gástrica. Las causas del engrosamiento parietal gástrico abarcan desde patologías benignas hasta malignas, lo que convierte a estos pacientes en un verdadero desafío diagnóstico. Es crucial identificar a los pacientes con patología neoplásica dentro de este grupo para iniciar un tratamiento oportuno.

OBJETIVOS: Resaltar la importancia de obtener un diagnóstico histopatológico preciso en pacientes con engrosamiento parietal gástrico sospechoso de neoplasia, con estudio histológico inicial no confirmatorio. Se destaca la limitación de la endoscopia convencional para lograr un diagnóstico histológico, lo cual insta a la exploración de alternativas diagnósticas más exactas.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de 5 casos diagnosticados con engrosamiento parietal gástrico tratados en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Todos con diagnóstico histopatológico definitivo distinto. Descripción de variables demográficas y clínico-patológicas. Análisis de los datos y revisión de la literatura.

RESULTADO: De 5 pacientes analizados, en uno se diagnosticó Enfermedad por IGG4 con biopsia quirúrgica (Gastrectomía subtotal) luego de 4 biopsias incisionales negativas (3 endoscópicas, 1 por EUS). En otro caso, se diagnosticó adenocarcinoma con Células en anillo de sello en biopsia quirúrgica definitiva (Laparoscopia y biopsia de implante peritoneal), esto luego de 5 biopsias incisionales negativas (3 endoscópicas, 1 macrobiopsia endoscópica y 1 por EUS). En un tercer paciente, se llegó al diagnóstico postquirúrgico de Displasia de alto Grado (Antrectomía), luego de 3 biopsias incisionales negativas (2 endoscópicas, 1 macrobiopsia). El cuarto paciente, tuvo el diagnóstico postquirúrgico (Antrectomía) de Gastritis Crónica atrófica luego de 5 biopsias negativas (3 endoscópicas, 1 macrobiopsia y 1 EUS). El quinto paciente, se encuentra en seguimiento con biopsias negativas para neoplasia y displasia (2 endoscópicas y 1 por EUS).

CONCLUSIÓN: El engrosamiento parietal gástrico con biopsias endoscópicas negativas se presenta como un desafío diagnóstico que requiere estudio con varias modalidades, entre las cuales están la endoscopia con biopsias convencionales, macro biopsias endoscópicas, endosonografía y punción con aguja fina, laparoscopia diagnóstica e incluso gastrectomía. En estos casos es fundamental el análisis de los factores de riesgo, el comportamiento clínico y las características del paciente para poder tomar una conducta adecuada.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA HIATAL GIGANTE POSTERIOR A ESOFAGECTOMÍA

Maria Jesus Irarrázaval, Sergio Riveros, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Nicolas Quezada

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La hernia hiatal es una complicación conocida de la esofagectomía. La mayor frecuencia con que se realiza esta cirugía y la mayor sobrevida de los pacientes con cáncer de esófago hacen que nos veamos enfrentados más comúnmente a ella.

OBJETIVOS: Video de reparación laparoscópica de hernia hiatal gigante con ascenso de intestino delgado y colon en paciente sometido a esofagectomía por cáncer.

CONTENIDO DE VIDEO: Hombre 50 años con antecedente de esofagectomía con ascenso de tubo gástrico por cáncer de esófago hace 8 años. Previo a la cirugía se realiza inyección de bótox y neumoperitoneo. Identificación del defecto. Reducción de intestino delgado, colon y omento mayor. Liberación de adherencias a saco herniario. Cierre de defecto con v-loc 2-0. Instalación de malla parietene 6x8 cm y fijación con puntos de ethibond.

VÓLVULO GÁSTRICO COMO COMPLICACIÓN GRAVE DE HERNIA HIATAL

Pía González R, Marisol Noriel V, Catalina Lagos A, Nicolás Carrasco S, Jorge Barraza O, Daniel Montaño S, Alvaro Mendoza F, Anibal Pinto L, José Morales P

Hospital Félix Bulnes Cerda

INTRODUCCIÓN: Las hernias hiatales (HH) se conforman por el paso de estructuras no esofágicas por el hiato diafragmático. Se clasifican en 4 tipos según víscera comprometida. La HH tipo III representa menos del 10% de los casos, y su clínica es inespecífica, manifestándose con distensión abdominal, dolor epigástrico y emesis (triada de Borchardt), que deriva en diagnóstico tardío, siendo frecuente la resolución quirúrgica de urgencia al debutar con complicaciones como perforación o vólvulo gástrico. El vólvulo gástrico presenta un 80% de morbimortalidad y su resolución quirúrgica es mandatoria para salvar la vida del paciente.

OBJETIVOS: Describir la resolución quirúrgica exitosa en dos tiempos de paciente que debuta con compromiso vital secundario a vólvulo gástrico como complicación de hernia hiatal tipo III y destacar la importancia de alta sospecha clínica para un manejo oportuno y evitar la morbimortalidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso clínico y de literatura nacional e internacional, bases de datos y revistas científicas indexadas más la descripción retrospectiva del manejo quirúrgico realizado.

RESULTADO: Descripción de caso de paciente de 71 años, con antecedentes de cirugía abdominal previa, quien consulta por 5 días de dolor en hemiabdomen superior asociado a náuseas y emesis. Durante evaluación en Urgencias, manifiesta precozmente signos de shock, sin respuesta a fluidoterapia, requiriendo manejo avanzado de vía aérea y dosis crecientes de drogas vasoactivas. TAC de abdomen y pelvis contrastado evidencia voluminosa hernia hiatal con ascenso completo del estómago, con rotación mesentérica asociado a neumoperitoneo. Debido a los hallazgos y evolución clínica, se decide intervención quirúrgica de urgencia. Se realiza laparotomía exploradora, se comprueban hallazgos descritos, y se decide gastrectomía total más omentectomia mayor con cabos esofágicos y duodenal abandonados con laparotomía contenida, como cirugía de control de daños. En un segundo tiempo quirúrgico y con paciente estable, se realiza una esofagoyeyunoanastomosis terminolateral y yeyunoyeyuno anastomosis latero-lateral anisoperistaltica como manejo definitivo. Actualmente sin evidencia de complicaciones quirúrgicas a 30 días.

CONCLUSIÓN: La HH tiene una alta prevalencia en Chile, siendo sintomática en el 50% de los casos. Sin embargo, su resolución quirúrgica no siempre es precoz. En este contexto, el diagnóstico de HH tipo III debe asociarse a un alto índice de sospecha y una resolución quirúrgica electiva idealmente, puesto que su manejo tardío expone al paciente a complicaciones que comprometen su vida, como el vólvulo gástrico, con alta morbimortalidad y deterioro de calidad de vida con los costos de salud asociados.

CIRUGÍA LAPAROSCOPICA DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO ASOCIADO A HIPERTONÍA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR. REPORTE DE UN CASO.

Pascale Sallaberry S., Maria Ignacia Von Bennewitz B., Sofía Kaufmann I., Benjamin Alzérreca A., Enrique Lanzarini S.

Clínica Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: Los divertículos esofágicos son evaginaciones poco frecuentes del esófago. De estos, los epifrénicos corresponden a pseudodivertículos (por pulsión), se ubican en los 10 cm distales del esófago y representan un tipo raro de divertículos, con prevalencia entre 0,015 y 2%. En general, son secundarios a trastornos de la motilidad esofágica: acalasia, espasmo esofágico difuso o esfínter esofágico inferior (EEI) hipertónico, por lo que siempre deben ser estudiados con manometría esofágica. La mayoría son asintomáticos, y en estos, el manejo puede ser conservador. Sin embargo, en pacientes con sintomatología progresiva, como disfagia, pseudoregurgitación, retención alimentaria o complicaciones respiratorias, el manejo es quirúrgico. Éste consiste en la resección del divertículo asociado al manejo del trastorno de motilidad esofágica y/o EEI.

OBJETIVOS: Se presenta el caso de un paciente con divertículo epifrénico sintomático en que se realizó resolución quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino, 36 años, con antecedente de neumonías por aspiración a repetición, que consulta por disfagia de larga data, pseudoregurgitación, baja de peso y alteración importante de su calidad de vida. Durante el estudio, se realiza endoscopía digestiva alta en que destaca moderada dilatación del esófago y divertículo en esófago distal. Esofagograma evidencia paso normal del líquido, sin evidencia de reflujo y divertículo en tercio distal. TC de Tórax describe pequeños focos compatibles con aspiración crónica. Manometría esofágica de alta resolución muestra EEI hipertensivo (obstrucción del tracto de salida) con motilidad esofágica normal. En suma, se diagnostica divertículo epifrénico secundario a trastorno motor del EEI. Se decide manejo quirúrgico con abordaje laparoscópico transhiatal. Se realiza diverticulectomía y cardiomiotomía esofágica anterior con fundoplicatura parcial de Dor laparoscópica. Paciente evoluciona favorablemente, sin disfagia, siendo dado de alta al segundo día postoperatorio. Se presentan imágenes del estudio preoperatorio, intraoperatorio y control posterior.

RESULTADO:

CONCLUSIÓN: Los divertículos esofágicos son una patología poco frecuente y dentro de estos, los epifrénicos constituyen la forma más rara de presentación. Dentro de lo poco frecuente que es esta patología, el caso reportado es aún más raro, ya que casos de pacientes con divertículo epifrénico que lleguen a presentar complicaciones respiratorias son muy escasos. Es importante conocer esta patología, ya que un diagnóstico oportuno puede evitar complicaciones y alteraciones importantes de la calidad de vida. El manejo de estos divertículos puede ser de forma transhiatal, transtorácica o combinada. En el caso presentado se decidió la vía laparoscópica transhiatal, ya que favorece la realización de la miotomía del EEI.

ENUCLEACIÓN VIDEOTORACOSCÓPICA DE SCHWANNOMA ESOFÁGICO. REPORTE DE UN CASO.

Pascale Sallaberry S., Nissell Quiroz S., Benjamin Alzérreca A., Sofia Kaufmann I., Enrique Lanzarini S.

Clínica Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: Los tumores benignos del esófago son una patología poco frecuente. Dos tercios corresponden a leiomiomas. El Schwannoma esofágico es un tumor benigno extremadamente raro, que se presenta en 1/5000 pacientes con masas a este nivel, la mayoría se presenta en mujeres en edad media, entre 30 y 60 años. Estos tumores suelen ubicarse en el tercio proximal del esófago y la sintomatología asociada principal es la disfagia.

OBJETIVOS: A continuación, se presenta el caso de una paciente con un Schwannoma esofágico en que se realizó tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina, de 54 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por disfagia, sin otra sintomatología asociada. Estudiada con endoscopía digestiva alta, que no mostró lesiones mucosas ni otros hallazgos significativos. Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis evidencia imagen focal bien delimitada, expansiva, en íntima relación con pared posterolateral derecha del esófago, de 45x36x47 mm, que capta contraste en fase venosa. Se realiza endosonografía con punción que describe lesión subepitelial a 32 cm de arcada dentaria superior hipoecogénica homogénea de 40x40x36 mm, de límites bien definidos, no vascularizada, a nivel de la capa muscular propia. La biopsia describe tumor de células fusadas que por aspecto histológico y perfil inmunohistoquímico sugieren Leiomioma o tumor de células fusadas de bajo grado. Se decide tratamiento quirúrgico. Se aborda por videotoracoscopía derecha, evidenciando tumor en esófago medio-distal de 5 cm. Se realiza enucleación del tumor y afrontamiento de la capa muscular esofágica. Se instala pleurostomía. Evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al día siguiente. Biopsia describe hallazgos histopatológicos compatibles con tumor de vainas nerviosas periféricas de tipo Schwannoma envejecido. Se presentan imágenes preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias.

RESULTADO:

CONCLUSIÓN: Los Schwannomas son tumores muy infrecuentes, y el caso presentado es aún más atípico dado la ubicación en esófago medio-distal. El Schwannoma envejecido es una variante poco común dentro de los Schwannomas benignos. El manejo realizado es el estándar para estos tumores, siendo la vía de elección por videotoracoscopía. Si bien el pronóstico de estos tumores es excelente, hay estudios que describen que hasta un 16% de los casos pueden relacionarse con tumores malignos esofágicos que no tengan relación con nervios periféricos. En este contexto, se plantea que pacientes con Schwannoma esofágico deben mantener seguimiento, aunque no hay consenso por cuánto tiempo.

ABORDAJE ABIERTO VERSUS LAPAROSCOPICO EN CANCER GASTRICO: ESTUDIO PROSPECTIVO CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Enrique Lanzarini, Deycies Gaete, Maher Musleh, Juan C. Molina, Manuel Figueroa, Manuel Vial, Solange Cortés, Owen Korn, Italo Braghetto, Attila Csendes

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: En la última década, la cirugía mini-invasiva en cáncer gástrico (CG) ha surgido como una opción válida, sin embargo, gran parte de la evidencia generada proviene de Japón, Korea y China, no existiendo en Chile estudios prospectivos con seguimiento a largo plazo. Hipótesis: En pacientes operados por CG con intención curativa, el abordaje laparoscópico (AL) es tan seguro y efectivo como el abordaje abierto (AA).

OBJETIVOS: Determinar si el AL es tan seguro y efectivo como el AA en pacientes operados por CG con intención curativa. Se compara entre el grupo de AA y el AL, las características clínicas y demográficas, el número de linfonodos resecados, resecciones R0, morbilidad postoperatoria, mortalidad a 90 días y sobrevida global por estadío a 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de Cohorte prospectiva, analítico, que incluye a todos los pacientes menores de 80 años con adenocarcinoma gástrico, operados en nuestro hospital, con intención curativa, entre el año 2011 y 2019. Se excluyeron los pacientes estadío IV, con cirugía gástrica previa y resecciones multi-viscerales. Se realizó análisis exploratorio de datos en base a medidas de tendencia central y dispersión. Se compararon los grupos con AA y AL. Se utilizó el análisis de Kaplan-Meier para determinación de la probabilidad de supervivencia. Para determinar los factores pronósticos se utilizó regresión de Cox.

RESULTADO: Fueron analizados 197 pacientes. El 60,9% eran hombres, edad promedio 61,1?11,3 años. La localización más frecuente fue tercio medio (35.5%), y un 79.9% fue a Gastrectomía Total. La distribución por estadíos fue 32.0% estadio I, 24.9% estadio II y 43.1% estadio III. El acceso por AA ocurrió en un 53.8%. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 225min(100-490), siendo mayor en el grupo AL (180min vs 263min, $p<0.001$). Un 95.4% tuvo una resección R0 (94.3% en AA y 96.7% en AL $p=0.42$). La mediana de linfonodos resecados fue de 36(8-105) para el AA y 39(12-127) en AL ($p=0.4$). La tasa de complicaciones postoperatorias mayores (Clavien Dindo ≥ III) fue de 17.3%, sin diferencias entre los grupos. La mortalidad a 90 días fue 3.8% en AA y 2.2% en AL ($p=0.52$). La supervivencia global a 5 años para el AA versus AL en los estadíos I, II y III fue 90.9%, 84% y 39.4% versus 86.7%, 75% y 42.3% respectivamente, sin diferencias entre ambos grupos.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio, el AL es tan seguro y efectivo como el AA en el tratamiento quirúrgico del CG con intención curativa en el seguimiento a largo plazo.

GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICA EN CANCER GASTRICO: FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Enrique Lanzarini, Deycies Gaete, Maher Musleh, Juan C. Molina, Manuel Figueroa, Manuel Vial, Solange Cortés

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El abordaje laparoscópico en cáncer gástrico (CG) es técnicamente desafiante, tanto por la linfadenectomía, como por la reconstrucción en los casos sometidos a gastrectomía total, con una larga curva de aprendizaje. Es importante predecir qué pacientes tienen más riesgo de complicaciones postoperatorias (CPO) para poder realizar intervenciones en el perioperatorio que puedan disminuir este riesgo.

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo de CPO en pacientes operados de CG por vía laparoscópica con intención curativa.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte prospectiva que incluye todos los pacientes con diagnóstico de CG, tratados quirúrgicamente por vía laparoscópica, con intención curativa, en nuestro hospital, entre los años 2011 y 2022. Se excluyeron pacientes sometidos a laparoscopías exploradoras, resecciones locales y cirugía paliativa. Se realizó análisis exploratorio de los datos en base a medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó análisis de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones médicas y quirúrgicas según Clavien Dindo, con regresión logística.

RESULTADO: Fueron analizados 129 pacientes. El 61.2% eran hombres, promedio de edad de 60.8?12.7 años. Un 82.9% fueron ASA 2. El IMC promedio fue 26.7±4.3. La localización más frecuente fue en cuerpo (42.6%), y un 79.1% fue a Gastrectomía Total. La distribución por estadíos fue 34,2% estadío I, 28.5% estadío II, 23.6% estadío III y 2.4% estadío IV. El 18.6% recibió quimioterapia preoperatoria. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 270min (90-540 min). Un 97.7% tuvo una resección R0. La mediana de linfonodos resecados fue 38(12-127). Se convirtieron a cirugía abierta el 4.7%. La mediana de días de hospitalización fue 7(4-118). La incidencia global de CPO fue de un 23.3%, siendo 16.4% la incidencia de complicaciones mayores (Clavien Dindo ? III). La incidencia de reoperaciones fue de un 11.6%, y la mortalidad postoperatoria a 30 y 90 días fue de un 1.6% y 2.3%, respectivamente. La principal causa de muerte postoperatoria fue el fallo de anastomosis y sepsis secundaria. Se encontró como factores asociados al desarrollo de CPO la existencia de enfermedades cardiovasculares OR=3.02(1.25-7.3;p=0.01) y respiratorias OR=7.76(1.17-51.44;p=0.03), y la presencia de células en anillo de sello, que se presenta como un factor protector OR=0.33(0.12-0.91;p=0.04).

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte, los factores de riesgo para CPO en pacientes operados por CG por vía laparoscópica con intención curativa, fueron la presencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN CIRUGÍA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. SERIE INICIAL DE CASOS.

G. Contreras, G. Martinez, C. Diaz, R. Witto, C. Retamal, C. García, C. Esperguel, I. Miranda, H. Cid

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La cirugía asistida por robot está siendo cada vez más utilizada en distintos lugares del mundo, ya que aporta a la laparoscopía convencional una mejor visualización del campo quirúrgico, facilidad en la sutura y el cuidado de la ergonomía del cirujano. En centros que disponen de esta tecnología se presenta como una alternativa mínimamente invasiva con resultados comparables a la laparoscopía.

OBJETIVOS: Describir los resultados perioperatorios de una serie de pacientes sometidos a procedimientos de cirugía digestiva alta asistidos por robot.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo, de pacientes sometidos a procedimientos de cirugía digestiva alta asistida por robot (Da Vinci x ®) en Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se analizaron las variables de tiempo quirúrgico, complicaciones perioperatorias, estadía hospitalaria y seguimiento a mediano plazo. Se utilizó el programa Microsoft Excel ® para el análisis de datos.

RESULTADO: Durante el período entre octubre del 2022 y julio del 2023, se intervino un total de 44 pacientes, edad promedio 57.8 años (rango 23-80). Del total 13 presentaban patología oncológica y 32 no oncológica, de las cuales 25 corresponden a patología de la pared abdominal. El tiempo de consola promedio para las cirugías oncológicas fue 4:21 horas, 1:19 para las cirugías de pared abdominal. El tiempo promedio de docking fue de 10 minutos. Un 18.2% de los pacientes tuvo complicaciones, las cuales fueron clasificadas según Clavien Dindo. Uno (2.27%) fue Clavien Dindo I, 6 (13.6%) grado II y 1 (2.27%) grado III. Solo 1 paciente requirió reintervención quirúrgica. El promedio de estadía intrahospitalaria global fue de 7.8 días, destacando un promedio de 1 día de estadía para la patología de pared abdominal.

CONCLUSIÓN: La implementación de cirugía robótica ha permitido que pacientes candidatos a esta tecnología obtengan resultados comparables con la laparoscopia en cirugías de distinta complejidad, de forma segura y reproducible. Un número mayor de pacientes y resultados a largo plazo nos permitirán comparar los beneficios de esta técnica respecto a la laparoscopia convencional y la cirugía abierta. Los cirujanos de nuestro centro que ocupan esta tecnología coinciden en que se facilita la sutura, existe una mejor visión y mayor comodidad ergonómica respecto a la laparoscopia convencional.

NEOADYUVANCIA EN GIST. ¿OBLIGACIÓN DE UN ESTUDIO GENÉTICO?

Felipe Farfán Flores, Alison Alanoca Patón, Paula León Acuña, Ernesto Schultz Fernández, Diva Villao Maridueña, José Quezada González, Paula Fluxá Rojas.

Hospital del Salvador. Departamento Cirugía Oriente Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) corresponden a las neoplasia mesenquimales del tracto digestivo más prevalentes alcanzando un 80% de estas. Se diferencian de otros tumores sarcomatosos en que 85% (+) KIT (CD 117) y CD34. Al ser un tumor submucoso cuya biopsia por endoscopía generalmente es insuficiente. Su indicación quirúrgica es directa ante una imagen característica, según su tamaño, complicación o efecto de masa. Sin embargo, el apoyo neoadyuvante se plantea para algunos escenarios complejos tales como tumores de gran tamaño, tumores metastásicos, ubicaciones complejas o con compromiso multiorgánico. Lamentablemente, diversas mutaciones PDGFRA no permiten una respuesta estándar para todos los tumores.

OBJETIVOS: A continuación presentamos nuestra experiencia que será de carácter descriptivo respecto a tres casos de neoadyuvancia y cirugía como alternativa de tratamiento junto a sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo. Se presentan 3 casos de tumores GIST que respecto a sus complejidades y luego de discutirse en comité oncológico, se estableció una decisión multidisciplinaria de manejo neoadyuvante previo a la cirugía. Se recopilaron los datos demográficos de cada paciente, patologías, características del tumor, estudio, indicaciones, manejo y resultados.

RESULTADO: El género de los 3 casos presentados corresponden 1 masculino y 2 femenino, de 53, 66 y 68 años respectivamente. Todos presentaron un estudio básico de laboratorio, tomografía axial computada y endoscopia digestiva. Las complejidades de cada caso se debieron a compromiso multiorgánico, tamaño (hasta 20 cm. en 1 caso) y ubicación esofágica. Todos los pacientes contaron con biopsia preoperatoria y estudio inmunohistoquímico para respaldar la discusión multidisciplinaria y la resolución de manejo. Los pacientes se trataron un mínimo de 3 meses y fueron evaluados en su respuesta con imágenes de control que justificaran el manejo y resolución quirúrgica. Los 3 pacientes completaron de forma exitosa sus cirugías, Gastrectomía total con resección multiorgánica, Gastrectomía subtotal y esofagectomía subtotal con esofagogastrostomía (Op. Ivor Lewis). Las biopsias definitivas mostraron una disminución sustantiva del tamaño de los tumores, ninguno mayor a 10 cm., sin ruptura. Actualmente los pacientes están completando 8, 9 y 24 meses de seguimiento en tratamiento con imatinib.

CONCLUSIÓN: Pacientes con GIST complejos que presenten un estudio completo, discusión multidisciplinaria y un seguimiento correcto, pueden ser candidatos a un manejo neoadyuvante pese a no contar con un estudio genético de mutación.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DUODENAL SECUNDARIA A HERNIA HIATAL. REPORTE DE CASO

Rocío Vera P, Ivonne Zárate G, Loreto Ramírez G

Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN: Las hernias hiatales (HH) son una patología frecuente con estimación de prevalencia entre 10-80% por distinto criterio diagnóstico, 90% de ellas son Grado I. Las grado IV corresponden a menos del 5%. De ellas, un menor porcentaje evoluciona con complicaciones agudas, las cuales se asocian a alta mortalidad. Las complicaciones agudas incluyen estrangulación y obstrucción intestinal (OI) generalmente por vólvulo gástrico. No existe consenso sobre cuál es el manejo óptimo en caso de obstrucción intestinal en HH, existiendo controversia entre cirugía de urgencias versus cirugía subaguda previa descompresión. La mayor parte de la evidencia disponible es en base a reportes de casos y escasos estudios observacionales.

OBJETIVOS: En ese contexto buscamos exponer el caso de una paciente con OI por HH y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Paciente de 51 años con antecedente de HH en seguimiento, consulta en urgencias por 1 día de evolución de dolor epigástrico y vómitos. Ingresa hemodinámicamente estable, en laboratorios con leucocitosis. Tomografía de ingreso describe gran HH con antro gástrico intratorácico y compresión de 2da porción del duodeno en hiato esofágico impresionando obstrucción. Se inicia manejo médico con descompresión con sonda nasogástrica, antibióticos, volumen y analgesia, evoluciona favorable. Al 4to día se realiza hernioplastia más fundoplicatura de Nissen laparoscópica, sin incidentes. A los 3 meses de seguimiento presenta únicamente pirosis leve.

CONCLUSIÓN: Las patologías poco frecuentes tienden a contar con escasa evidencia que guíe el tratamiento y suelen aparecer controversias. En este caso se decidió descompresión y cirugía diferida con buena respuesta.

SERIE DE CASOS DE SCHWANNOMA TRACTO GASTROINTESTINAL EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Manuel Figueroa Giralt, Ramón Diaz, Paula León, Valeria Pulla

Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Los schwannoma son tumores causados por la proliferación excesiva de células de Schwann en las vainas nerviosas. Su localización gastrointestinal es muy rara, pero en los últimos años ha aumentado su diagnóstico gracias a los avances en imágenes e inmunohistoquímica. Los schwannomas representan del 2 al 6% de los tumores mesenquimatosos gastrointestinales, de los cuales 70% están en el estómago, seguido de cólon y un 3% en recto, esófago e intestino delgado, siendo esta última ubicación aún más rara. Se clasifican en mesenquimatosos o neuroectodermicos. La característica clínica más frecuente son las lesiones submucosas, que suelen encontrarse de forma accidental. Se originan en el plexo de Auerbach y los síntomas dependerán de su localización, diferenciación y grado de malignidad. Su transformación maligna ocurre solo en un 2 % de los casos.

OBJETIVOS: El objetivo principal de nuestro estudio es describir y caracterizar los pacientes con diagnóstico de Schwannoma del tubo digestivo operados en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Caracterizar la incidencia de Schwannoma del tracto gastrointestinal en nuestro centro los últimos 10 años. Describir de las caracteristicas demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de Schwannoma del tracto gastrointestinal en nuestro centro. Evaluar la morbimortalidad de los pacientes con diagnóstico de Schwannoma del tracto gastrointestinal en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo observacional retrospectivo que incluira ´a todos los pacientes con diagnóstico de Schwannoma de ubicación en el tracto gastrointestinal, identificados por medio de la biopsia postoperatoria, desde 01 enero del 2013 al 31 mayo del 2023 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

RESULTADO: Se identificaron 4 pacientes con Schwannoma en el tubo digestivo, todos los casos son de sexo femenino con promedio de edad de 62 años. Como antecedentes médicos previos dos de ellas tienen hipotiroidismo y una padece de Hipertensión arterial esencial. En cuanto a los síntomas previos que motivaron a consulta; una de ellas consulto por rectorragia, otra paciente por episodio auto limitado de melena, otro por pirosis y disfagia lógica y la última por dolor epigástrico de 6 meses de evolución. De la serie de pacientes ninguno tuvo complicaciones graves, el promedio de días de hospitalización fue de 2,7 días. No hubo reingresos por la causa de cirugía de Schwannoma, y a todos se les realizo seguimiento con TC de control sin recidivas, solo 1 paciente no acudió a su control.

CONCLUSIÓN: Como se describe en la literatura la mayoría de los pacientes son mujeres, en general asintomáticos, entre las 6ta y 7ma década de la vida, la localización más frecuente es el cuerpo y antro gástrico, la mayoría son menores a 10 cm de diámetro, en nuestra serie de casos solo uno se situa en el antro gástrico el resto en otras partes del tubo digestivo, pero cumple con las otras características demográficas descritas en la literatura. Endoscopicamente sigue siendo confundido con un tumor de GIST como sucede con 2 de nuestros pacientes, cuya localización son gástrica y duodenal. En los otros casos la Tomografía computarizada fue el estudio de elección complementando con endoscopia o endosonografía. La técnica quirúrgica depende del tamaño, localización y preferencia quirúrgica, en la mayoría se utilizó una técnica laringoscópica para el abordaje tanto abdominal como esofágico, y el caso del tumor rectal se usó una técnica abierta. El diagnóstico definitivo se realizó con biopsia diferida, donde se utilizó técnicas de Inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico de Schwannoma, con S100 positivo en todos los casos.

RESECCIÓN DE GASTROBLASTOMA EN PACIENTE ADULTO. UN DIAGNÓSTICO INESPERADO.

C. Dictter, M. Beltrán, F. Rodríquez, M. Haberle. J. Salazar, J.Madariaga

Hospital San Juan de Dios, La Serena

INTRODUCCIÓN: El término gastroblastoma fue propuesto y adoptado en 2009 tras la descripción de Miettinen de 3 casos de dicho tumor resecados en pacientes adultos jóvenes, quien los describe como neoplasias epitelio-mesenquimatosas del estómago, que no encajan en las categorías reconocidas de tumores bifásicos. Desde entonces, se han notificado 19 casos, la mayoría en adultos jóvenes y niños. Presentamos el caso de una mujer de mediana edad con un gastroblastoma hallado incidentalmente.

OBJETIVOS: Describir un caso de diagnóstico incidental de gastroblastoma, y comparar con literatura disponible.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 44 años, con cuadro de gastritis y reflujo gastroesofágico, remitida para realización de endoscopía superior, evidenciándose lesión submucosa en antro de 2cm. La biopsia reporta gastritis crónica activa leve con metaplasia intestinal focal. Se solicitó tomografía computarizada (TC) de abdomen, reportándose nódulo sólido hipervascular endoluminal en píloro de 2cm, compatible con tumor del estroma gastrointestinal(GIST), sin signos sugerentes de diseminación. Se programó para antrectomía laparoscópica y reconstrucción en Y de Roux. La biopsia quirúrgica concluye neoplasia de origen indeterminado y ante ello se solicita estudio inmunohistoquímico; confirmando el diagnóstico de Gastroblastoma. Diez meses tras la cirugía, la paciente se encuentra asintomática y continúa en seguimiento.

RESULTADO: El gastroblastoma es un tumor gástrico bifásico epitelioide-mesenquimatoso esporádico, con etiopatogenia poco clara. La mayoría de los casos se ha notificado en niños o varones jóvenes. Clínicamente, los síntomas están dominados por dolor epigástrico, alteración del estado general, hemorragia gastrointestinal y masa palpable. En la endoscopia superior, aparece como masa submucosa y su localización más frecuente es el antro. Se sospecha bajo potencial maligno, aunque se han documentado casos con comportamiento maligno. Estudios radiológicos como TC abdominal muestran un tumor sólido con componentes quísticos y focos de calcificación, siendo estas características similares al GIST. No se ha establecido terapia estándar para este tumor. La resección quirúrgica y la disección linfática es el tratamiento de elección, ésta ùltima ya que se han notificado metástasis en el hígado y los ganglios linfáticos.

CONCLUSIÓN: El gastroblastoma es una entidad clinicopatológica distinta debido a sus características clínicas, radiológicas, histopatológicas e inmunohistoquímicas. Se han informado 19 casos en la literatura mundial, nuestro caso es el primero reportado en Chile. A pesar del desarrollo de técnicas diagnósticas, morfológicas, inmunohistoquímicas y anatomopatológicas, el diagnóstico suele ser difícil. Se debe considerar el potencial maligno del gastroblastoma y disección linfática en la cirugía. En el caso de que no se haya realizado, es importante el seguimiento a largo plazo.

ANASTOMOSIS ESOFAGO-YEUNAL LAPAROSCOPICA EN CANCER GASTRICO: ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES TECNICAS

Enrique Lanzarini, Deycies Gaete, Maher Musleh, Juan C. Molina, Manuel Figueroa, Manuel Vial

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La filtración de la esófago-yeyuno anastomosis (EYA) tras una gastrectomía total por cáncer gástrico (CG) es una de las complicaciones más temidas, dado su complejo manejo y el potencial riesgo de mortalidad. En el abordaje laparoscópico del CG, este es uno de los factores limitantes para su desarrollo en forma global.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es comparar los resultados quirúrgicos y oncológicos en pacientes sometidos a gastrectomía total laparoscópica por CG con intención curativa, comparando tres técnicas distintas de EYA: anastomosis mecánica lineal (AL), anastomosis mecánica circular (AC) y anastomosis manual (AM).

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de CG, sometidos a gastrectomía total + infadenectomía por vía laparoscópica en nuestro hospital entre los años 2011 y 2022. El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS, versión 28.0. Se realizó análisis exploratorio de los datos en base a medidas de tendencia central y dispersión. Se compararon tres técnicas de anastomosis esofagoyeyunal: lineal (AL), circular (AC) y manual (AM). Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de $\chi 2$, t-test para comparación de medias y Kruskal-Wallis para comparación de medianas. Para supervivencia se utilizó el análisis de Kaplan-Meier.

RESULTADO: Estudio que incluye 102 pacientes sometidos a gastrectomía total vía laparoscópica, 66.7% hombres, con edad promedio 59.8±12.3, 83.3% ASA II, IMC promedio 26.6±4.2. El 22.5% recibió quimioterapia preoperatoria. Se realizó linfadenectomía D2 en el 98%. El tiempo operatorio fue significativamente menor en el grupo de AL versus AC y AM, con una mediana de 259(150-490), 335(240-540) y 300(210-480); $p<0.001$, respectivamente. La mediana de linfonodos resecados y resecciones R0 para los grupos AL, AC y AM fue 39.5(15-127), 43.5(23-81) y 36(15-117);$p=0.13$, y 98.3%, 100% y 96%;$p=0.62$, respectivamente. No hubo diferencias en la sobrevida global a 5 años. No hubo diferencias en filtraciones de la EYA (AL: 5.2%, AC: 15.8% y AM: 12%) ni en complicaciones postoperatorias, sin embargo, el grupo de AC tuvo más complicaciones Clavien-Dindo ≥ III versus AL y AM, con 26.3%,17.2% y 8%; $p=0.002$, respectivamente.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte, los resultados oncológicos de los tres grupos de AL, AC y AM, son comparables, sin diferencias en la tasa de filtración de la EYA, pero con complicaciones de mayor gravedad en el grupo de la AC, y con significativamente menor tiempo operatorio para el grupo de AL.

LINFADENECTOMIA GUIADA POR FLUORESCENCIA EN CANCER GASTRICO: DESCRIPCION DE LA TECNICA

Enrique Lanzarini, Pascale Sallaberry, Valentina Castillo, Maher Musleh, J. Ignacio Fernández, Juan C. Molina, Manuel Figueroa

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Realizar una correcta linfadenectomía en la cirugía del cáncer gástrico (CG) es indispensable para una correcta estadificación y clave para el pronóstico del paciente. Tan importante como el número total de linfonodos resecados, es no dejar grupos ganglionares sin resecar. Realizar esta linfadenectomía viendo la ubicación exacta de los linfonodos podría ser una ventaja y mejorar los resultados oncológicos.

OBJETIVOS: Describir una técnica innovadora para realizar la linfadenectomía en el tratamiento quirúrgico del CG con intención curativa, guiada por fluorescencia con verde de indocianina, para la visualización de los grupos ganglionares de la primera y segunda barrera, en términos de factibilidad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos que incluye 20 pacientes con diagnóstico de CG sometidos a gastrectomía laparoscópica con intención curativa en un hospital universitario y una clínica privada, entre julio del año 2017 y agosto del 2021. Se realizó linfadenectomía D2 guiada por fluorescencia. Técnica: Se realiza inyección de 1.25 mg de verde de indocianina en dos puntos de la pared anterior, basándose en la fisiología del drenaje linfático, para que se distribuya en los grupos ganglionares de la primera y segunda barrera. Se realiza cirugía estándar y se registran los grupos ganglionares con linfonodos fluorescentes. Se realizó análisis exploratorio de los datos en base a medidas de tendencia central y dispersión de variables clínicas, demográficas, quirúrgicas, complicaciones postoperatorias y proporción de grupos ganglionares fluorescentes.

RESULTADO: De los 20 pacientes, el 65% corresponden a hombres, edad promedio 57.2±11.7, IMC promedio 26±3.9 kg/m2. La localización del tumor fue en cuerpo gástrico el 50%, sub-cardial 20% y 15% en unión gastro-esofágica y antral. En el 40% se realizó quimioterapia preoperatoria. El 90% fue sometido a gastrectomía total. El grado de diferenciación fue G1 en el 10%, G2 30% y G3 el 60%. El 50% presentó células en anillo de sello. El diámetro mayor tuvo una mediana de 47mm (12-120mm), con una mediana de linfonodos resecados de 36 (23-37) y linfonodos positivos de 0 (0-11). El 36.9% corresponde a Estadío I, el 42.1% Estadío II y 21.1% a Estadío III. En el 65% se realizó quimioterapia postoperatoria. En el 100% de los pacientes se visualizaron fluorescentes linfonodos de los grupos ganglionares 3, 4, 6, 7, en el 90% los grupos 5 y 9, 85% el grupo 8, 70% el grupo 11, 55% los grupos 1 y 2, y 0% el grupo 12. No se consideró el grupo 10 por no formar parte de una linfadenectomía D2 actualmente. No se presentaron reacciones adversas.

CONCLUSIÓN: La linfadenectomía guiada por fluorescencia aparece como una técnica factible y segura.

INCIDENCIA DE METASTASIS GANGLIONARES EN CANCER GASTRICO INCIPIENTE. ANTECEDENTES PARA EL FUNDAMENTO DE TERAPIA ENDOSCOPICA

Enrique Lanzarini, Deycies Gaete, Maher Musleh, Juan C. Molina, Manuel Figueroa, Manuel Vial

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La disección endoscópica submucosa es una técnica terapéutica menos invasiva que la cirugía para el tratamiento de pacientes con cáncer gástrico incipiente y bajo riesgo de metástasis ganglionares, que ha modificado en las últimas décadas el enfrentamiento de esta patología. Se ha descrito como una técnica segura y efectiva en cáncer incipiente. Su mayor riesgo es realizar la técnica en pacientes que presenten metástasis ganglionares.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir el comportamiento de una serie de casos de pacientes con cáncer gástrico incipiente con relación a la incidencia de metástasis ganglionar, de acuerdo a las categorías para resección endoscópica submucosa de la Guía Japonesa de 2021.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en estadío I, tratados quirúrgicamente en nuestro hospital entre los años 2004 y 2019. Se realizó análisis exploratorio de los datos en base a medidas de tendencia central y dispersión. Se realiza cálculo de incidencia de metástasis ganglionares para cada una de las categorías de indicaciones absolutas y expandidas para resección endoscópica submucosa de la Guía Japonesa de 2021.

RESULTADO: Fueron analizados 113 pacientes. El 52.2% eran hombres, promedio de edad de 62.0?12.8 años. Un 78.3% fueron ASA 2. La localización más frecuente fue en tercio inferior (38.3%), y un 62.6% fue a Gastrectomía Total. La distribución por estadíos fue 91.3% estadío IA, 3.5% estadío IB y 5.2% estadío IIA. Hubo un 27.0% de células en anillo de sello, un 72,2% de tumores diferenciados y un 47.8% de tumores ulcerados. El tamaño tumoral promedio fue de 2.5?1.5cm, con una mediana de 30.9 (2-78) ganglios resecados, y mediana de 0 (0-10) ganglios positivos. Un 73.9% de acceso por vía laparoscópica. La incidencia global de complicaciones postoperatorias fue de un 29.6%. En los tumores mucosos, solo presentaron metástasis nodal los tumores diferenciados no ulcerados ≤2cm y los tumores no diferenciados ulcerados >2cm (3.8-25.0%). Todas las categorías de los tumores submucosos presentaron metástasis ganglionares (4.8-26.7%).

CONCLUSIÓN: En nuestra población, la incidencia de metástasis ganglionares en cáncer gástrico incipiente presenta un comportamiento similar a lo planteado por las guías japonesas, lo que permite plantearla con cierto grado de seguridad en pacientes con invasión hasta la mucosa.

DIVERTÍCULO DE FONDO GÁSTRICO SIMULANDO COLECCIÓN, UN HALLAZGO INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Sotomayor L, Javiera Campos M, Ricardo Bahamondes A., Alejandro Tallar N

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: Los divertículos gástricos son dilataciones saculares que protruyen de la pared gástrica. Son poco frecuentes, con una prevalencia que oscila entre 0,04 % y 2,6 %; pueden ser congénitos o adquiridos. En promedio, aparecen entre la cuarta y sexta década de vida. La mayoría son asintomáticos y si presentan manifestaciones clínicas, son inespecíficas. Por tanto, generalmente se presentan como hallazgo radiológico o endoscópico. Al ser poco frecuentes, muchas veces son confundidos con otros diagnósticos, por lo que su sospecha y enfrentamiento diagnóstico/terapéutico suele representar un desafío para los tratantes.

OBJETIVOS: Reportar caso clínico de paciente con diagnóstico de divertículo gástrico que simulaba colección y realizar revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica del paciente y revisión de la literatura utilizando Pubmed.

RESULTADO: Paciente de 62 años, cuarto día post-anexectomía por tumor ovárico, consulta en urgencias por dolor abdominal. Al examen físico presenta dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de ingreso: PCR 20.6, leucocitos 12.100. TC AP c/contraste informa hidroneumoperitoneo probablemente por perforación del margen posterior del fondo gástrico, por lo que se decide laparotomía exploradora, evidenciando moderada cantidad de líquido libre serohemático, sin colecciones en fondo gástrico. La paciente evoluciona con disminución de dolor, pero con parámetros inflamatorios estacionarios. Ya que no se encontró colección ni perforación en el intraoperatorio, se realiza TC control informa colección persistente de 55x42 mm. Panendoscopia informa hernia hiatal tipo II, sin otros hallazgos. Frente a duda diagnóstica, se realiza TC con contraste oral y endovenoso mostrando divertículo de fondo gástrico sin extravasación de contraste ni perforación. Tras evolución favorable, con signos vitales en rangos de normalidad, disminución de parámetros inflamatorios y divertículo gástrico no complicado se decide alta y control ambulatorio.

CONCLUSIÓN: Los divertículos gástricos son una patología infrecuente que en la mayoría de los casos se localizan en la pared posterior del cuerpo gástrico y son verdaderos. A pesar de su poca frecuencia deben ser consideradas dentro del diagnóstico diferencial de patologías gastrointestinales, variabilidades anatómicas o alteraciones de órganos adyacentes. El TC con contraste oral y endovenoso facilita su diagnóstico. La resección quirúrgica está indicada cuando el divertículo es grande, por mayor riesgo de complicaciones y por ser sintomáticos o cuando se complica con hemorragia, perforación o malignidad.

CIRUGÍA HEPATOBILIAR

REVISIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A PANCREATODUODENECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: COHORTE HISTÓRICA 2018-2023

Bárbara Carreño M, Nasser Eluzen G, Rodrigo Montoya E, Ximena Segovia P, Ivan Alcota A, Sikiu Bustamante, José Siccha, Sergio Otaiza O'

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Las pancreatoduodenectomía (PDD) es un procedimiento quirúrgico con mortalidad general entre un 3-8% en centros de muy alto volumen (n> 15 PDD por año), con una morbilidad de 30-50%. La complicación más frecuente es la fistula pancreática postoperatoria (FPP). Se describen dos técnicas reconstitución: pancreatogástrica (PG) o pancreatoyeyunal (PY).

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es caracterizar el escenario perioperatorio de las PDD en la unidad local y evaluar asociaciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de tipo transversal, observacional de cohorte retrospectivo. La muestra son adultos sometidos a PDD en los periodos de febrero de 2018 a marzo de 2023 en el Hospital Regional de Antofagasta (HRA). Se obtuvo la información de la base de datos local “Siclope”.

RESULTADO: Se realizaron 44 PDD (11 a 12 por año), 68% en hombres y edad promedio 60-70 años. Un 86,4% fue por causa maligna. Según técnica quirúrgica: PG se realizó en un 59.1%. Se analizaron las complicaciones según técnica quirúrgica (PY vs PG): Mal vaciamiento gástrico OR 2.50 (IC; 0.73 - 8.52), Sangrado: OR 0.67 (IC: 0.14 - 3.11), FPP OR 1.35 (IC: 0.40 - 4.57), mortalidad OR: 3.36 (0.87 - 12.93). La tasa de mortalidad global descendió de un 30 a un 12% en estos años.

CONCLUSIÓN: El HRA está en transición a un centro de muy alto volumen, lo aprendido se ha reflejado en la disminución de la morbimortalidad. No se encontraron diferencias estadísticas significativas al comparar técnica quirúrgica (PY vs PG) con complicaciones ni mortalidad. No se puede recomendar una técnica por sobre otra con la información disponible.

ABSCESO HEPÁTICO GIGANTE CON FÍSTULA HEPATOPLEURAL DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Amanda Collingwood-Selby, Andrea Raicich, Constanza Cornejo, Antonio Hernández, Juan Pablo Fuentes, Scarlett Lemo, María José Higueras.

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Los abscesos hepáticos son una colección parenquimatosa de etiología variada en relación a infección principalmente por amebianos y bacterianos. De clínica inespecífica, incluyendo dolor abdominal, fiebre y malestar general. Las imágenes son el principal pilar diagnóstico, incluyendo ecografía y tomografía computarizada (TC) contrastada con alta sensibilidad. Su tratamiento incluye antibióticos, drenaje de colección y/o amebicidas, disminuyendo complicaciones como ruptura del absceso o compresión de estructuras adyacentes.

OBJETIVOS: Reporte de caso clínico de absceso hepático gigante complicado con fístula hepatopleural, que evoluciona con cuadro de sepsis.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso.

RESULTADO: Mujer de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia. Presenta cuadro de 1 mes de sensación febril, diaforesis nocturna, baja de peso no cuantificada, tos con expectoración mucosa, singulto y dolor lumbar derecho. Consulta en reiteradas ocasiones, con parcial respuesta a analgesia. Evoluciona con dolor lumbar progresivo hasta EVA 10/10 con irradiación a fosa iliaca derecha, disnea súbita, náuseas y vómitos por lo que consulta en el servicio de urgencias. Ingresa taquicárdica y taquipneica, al exámen físico destaca dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal. En el laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados, perfil hepático con patrón mixto, falla renal y coagulopatía. Se solicita TC de tórax, abdomen y pelvis, destacando colección hepática de 15cm en los segmentos IVa, VI y VII sugerente de absceso, asociada a derrame pleural masivo derecho. Se inicia manejo de shock séptico, se realiza laparoscopía exploradora identificando fístula hepatopleural derecha con defecto de 2cm, drenando absceso hepático con salida de 1300 cc purulento. Se instala pleurostomía derecha, dando salida de 1650cc purulento. Continúa manejo en UCI. Se mantiene con antibioticoterapia endovenosa, se ajusta a cultivos, evaluado por equipo de cirugía de tórax, quienes refieren manejo de fístula pleural en diferido una vez resuelto cuadro infeccioso.

CONCLUSIÓN: Paciente con shock séptico en resolución, cultivos de líquido pleural con Streptococcus intermedius y Staphylococcus epidermidis. Los abscesos hepáticos son de baja prevalencia, con una mortalidad de 10% aproximadamente, dentro de las etiologías destaca la criptogénica, biliar y otros procesos inflamatorios intraabdominales. Ante la alta prevalencia de patología biliar en Chile esta causa podría estar dentro de las principales, sin embargo, falta literatura nacional al respecto. Requiere alta sospecha por su clínica inespecífica, siendo TC el gold estándar para su diagnóstico, se pueden utilizar otros estudios imagenológicos para búsqueda de etiología. Se agrega al estudio cultivos y serologías (amebiasis, virus hepatotropos, VIH). Los pilares del manejo son drenaje en diversos escalones y antimicrobianos.

QUISTE DE COLÉDOCO TODANI TIPO III, REPORTE DE UN CASO.

Dr. Jhorby Patiño S. Dr. Mauricio Cuadra P. Dr. Francisco Riquelme M. Dr. Ricardo Rossi M.

Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN: Los quistes de colédoco son una patología infrecuente, representa alrededor del 1% de las enfermedades benignas de la vía biliar, con riesgo de desarrollar colangiocarcinoma. Su diagnóstico suele ser en edad pediátrica y sólo 20% en la población adulta, siendo más frecuentes en mujeres. Las manifestaciones clínicas son variadas, la triada clásica de dolor abdominal, ictericia y masa palpable en cuadrante superior derecho, está presente solo en 20% de los casos; en adultos el 30% de diagnóstico de quistes de colédoco suele encontrase en contexto de pacientes con pancreatitis aguda. Todani clasifica los quistes de colédoco en cinco tipos: I, II, III, IV y V o enfermedad de Caroli. El manejo de los quistes de colédoco es quirúrgico, consiste en resección de estos y restauración del flujo bilioentérico.

OBJETIVOS: reportar un caso de quiste de colédoco tipo III.

MATERIAL Y MÉTODO: análisis de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: Masculino de 36 años con cuadro de pancreatitis aguda, que evolucionó favorablemente; por sospecha de microlitiasis biliar se realiza Rendez-Vous, diagnosticando durante ERCP quiste de colédoco Todani tipo III, se decidió en un segundo tiempo quirúrgico: Resección del quiste de vía biliar a través de duodenotomia con marsupializacion de las paredes del quiste + Gastro-yeyuno anastomosis. El estudio anatomopatológico No presentó hallazgos de malignidad.

CONCLUSIÓN: Los quistes de colédoco son infrecuentes, su diagnóstico requiere sospecharlo. La técnica de tratamiento dependerá del tipo de quiste, siendo más frecuente la hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux, excepto en quiste de colédoco tipo III, se prefiere la técnica endoscópica, si falla se realiza cirugía.

¿ES LA COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA BENEFICIOSA EN PACIENTES CON TUMORES DE VESÍCULA BILIAR T1B? ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO.

Montserrat Chávez, Norberto Portillo, Andrés Troncoso, Felipe Castillo, Héctor Losada, Xabier de Aretxabala

Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago, Hospital Padre Hurtado, Universidad de la Frontera, Hospital Regional de Temuco.

INTRODUCCIÓN: Colecistectomía extendida (CE) es la cirugía de elección para tumores de vesícula (TVB) biliar T2. Su beneficio en TVB T1b es controvertida.

OBJETIVOS: Comparar la sobrevida entre CE y colecistectomía simple (CS) en una cohorte multicéntrica de pacientes con TVB T1b.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte prospectiva de pacientes con TVB T1b multicéntrica (Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Hospital Padre Hurtado de Santiago y Clínica Alemana de Santiago) desde 1988 hasta 2021; sin selección de tratamiento (CS o CE). Se efectuó análisis de sobrevida utilizando curvas de Kaplan Meier y comparación con análisis de Mantel-Cox.

RESULTADO: La cohorte consta de 131 pacientes; con edad promedio de 63 ± 12.17 años; 64% de la cohorte es de género femenino. La cirugía inicial fue realizada en el 59% por vía abierta. El diagnóstico de colecistitis aguda se efectuó en el 36% de la cohorte. Se efectuó CE en 33% de la cohorte. La CE se realizó por vía laparoscópica en 34%. El promedio de nodos linfáticos recolectados en el grupo de CE fue de 7.24 ± 5.08. De los pacientes llevados a CE 3 (7%) tuvieron ganglios positivos (N+). Con un seguimiento promedio de 45.98 ± 39.69 meses la sobrevida del grupo de CS fue 74,14 ± 6 meses y del grupo de CE fue 64 ± 19 meses. La comparación con análisis de Mantel-Cox muestra un valor de p=0,68.

CONCLUSIÓN: CE no muestra beneficio en la sobrevida de los TVB T1b.

SÍNDROME DE BOUVERET. REPORTE DE UN CASO.

Andrés Troncoso, Héctor Losada, Luis Acencio, Oriel Arias, Sonia Curitol, Pablo Ebensperger, Constanza Venturelli

Universidad de la Frontera

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Bouveret es una patología infrecuente, representa 1-3% de los casos de íleo biliar. Caracterizado por obstrucción de la salida gástrica debido a impactación de un cálculo biliar, por la migración de este a través de una fístula colecistoduodenal, colecistogástrica o coledocoduodenal. Su importancia radica en su elevada mortalidad (hasta un 30%). La clínica es de una obstrucción intestinal (náuseas, vómitos y dolor abdominal). El diagnóstico se realiza por clínica e imágenes, siendo la tomografía computarizada (TC) el examen de elección. Uno de los hallazgos imagenológicos altamente específicos es la triada de Rigler: cálculo biliar ectópico, neumobilia y distensión gástrica. La obstrucción por el cálculo se puede resolver por vía endoscópica o quirúrgica, teniendo mayor tasa de éxito está última.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir la presentación clínica, estudios diagnósticos y tratamiento realizados en un paciente con Síndrome de Bouveret.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó en forma retrospectiva el registro de la ficha clínica electrónica y de papel del paciente, previo a consentimiento informado.

RESULTADO: Hombre, 63 años, antecedente de hipertensión arterial, consultó por dolor abdominal epigástrico una semana de evolución, asociado a náuseas y vómitos. En laboratorio destaca injuria renal aguda, hipokalemia y parámetros inflamatorios elevados. Se realizó una TC que identifica la tríada de Rigler con lo que se realizó el diagnóstico de síndrome de Bouveret, objetivando cálculo de 6 cm impactado en duodeno. Se realiza laparotomía exploradora, que evidencia gran proceso adherencial sobre duodeno, tejidos friables de difícil disección, cálculo en segunda porción del duodeno. Se extrae lito por gastrotomía anterior, sin incidentes. Revisión de duodeno evidencia apertura de al menos el 50% del lumen entre la primera y segunda porción. Se decide gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux con duodenostomía con sonda Foley y parche de ligamento redondo sobre duodenorrafia. Inicialmente paciente evoluciona de manera favorable. Presentó evisceración que requirió reintervención y posterior estadía prolongada por bacteremia secundaria a S. epidermidis.

CONCLUSIÓN: Si bien el síndrome de Bouveret es una entidad infrecuente debemos tener un alto índice de sospecha en pacientes con clínica de obstrucción intestinal proximal incluso cuando no existe el antecedente de colelitiasis, principalmente porque el diagnóstico e intervención temprana puede reducir la morbimortalidad asociada a esta patología. No existe un tratamiento estándar, se debe determinar la vía de extracción del cálculo de forma individualizada según las características del paciente y los hallazgos imagenológicos y/o endoscópicos.

FASCIOLIASIS HEPÁTICA COMO CAUSA DE ICTERICIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Salinas S, Jonatan Ponce O, Matías G. Rolón, Andrés Marambio G.

Equipo Cirugía Digestiva, Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I. De La Florida

INTRODUCCIÓN: La fascioliasis es una infección zoonótica causada por el trematodo Fasciola hepática, siendo algunos mamíferos herbívoros el huésped definitivo usual y el hombre un huésped accidental. Se adquiere en humanos por la ingesta de berros, lechugas, así como de agua contaminada no hervida. En Chile, la mayor prevalencia ha sido registrada entre la IV y IX regiones, en su mayoría sectores rurales. Sin embargo, en Chile, la prevalencia en humanos es baja comparada con otros países de Latinoamérica. La presencia de ictericia está relacionada con la invasión de los conductos biliares por el parásito durante la fase crónica de la enfermedad, con el riesgo potencial de colangitis y/o pancreatitis. Esto hace importante incluir la fascioliasis en el diagnóstico diferencial de las causas poco frecuentes de ictericia obstructiva.

OBJETIVOS: Describir la importancia de la fascioliasis hepática como diagnóstico diferencial de ictericia obstructiva en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de un caso clínico de paciente femenina de 54 años, sana sin antecedentes, quien consulta en Servicio de Urgencias del Hospital de La Florida por epigastralgia, tipo cólico, que migra hacia dorso, EVA 7/10, asociado a náuseas y vómitos profusos. Al examen físico, signos vitales normales, leve tinte ictérico de piel y mucosas; con un abdomen blando, depresible y doloroso en epigastrio, signo de Murphy (-). Laboratorio de ingreso, BT 2.68; BD 1.73; GOT 718; GPT 639; GGT 503; FA 109; INR 0.99, PCR 0.4; crea 0.76; lipasa 36; GB 6.400 (sin eosinofilia); Hb 13.8. TC AP y ecografía abdominal muestran gran dilatación de la vía biliar intra y extrahepática de hasta 8 mm, sin identificar factor obstructivo evidente. Se hospitaliza con diagnóstico de sospecha de coledocolitiasis.

RESULTADO: La paciente es evaluada y se decide programar colecistectomía laparoscópica más colangiografía intraoperatoria (CIO). Dentro de los hallazgos intraoperatorios se describe una vesícula biliar de paredes finas e indemnes, cístico largo y tortuoso, con vía biliar dilatada. La CIO resulta positiva con defecto de llene en tercio medio y gran dilatación de vía biliar. Se realiza rendezvous exitoso con extracción con balón de fasciola hepática de la vía biliar. Se completa post operatorio sin incidentes, con alta a las 48 horas. Se solicitó estudio serológico ELISA que resulta positivo por el ISP y biopsia que confirma el diagnóstico de fascioliasis.

CONCLUSIÓN: La fascioliasis hepática es una zoonosis parasitaria endémica que existe en todo el mundo. En Chile, prevalece preferentemente en zonas del sur. Dada a la alta prevalencia de la patología biliar en el país y antecedentes epidemiológicos, se debe incluir la fascioliasis como causa de ictericia obstructiva.

FÍSTULA BILIO-COLÓNICA COMO COMPLICACIÓN POST COLECISTECTOMÍA: REPORTE DE CASO

Ana Hudson, Carlos Ayala, Marco Salazar, Guillermo Reyes

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: La colecistectomía es una de las cirugías más realizadas en Chile, con complicaciones como la lesión de vía biliar, que ocurre en menos del 1% de los casos. Las fistulas bilio-colónicas son raras y habitualmente se presentan en el contexto de una complicación de colelitiasis, sin datos en la literatura que mencionen la incidencia de fistulas bilio-colónicas iatrogénicas.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico con una fistula bilio-colónica iatrogénica post colecistectomía.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente masculino, 71 años, se somete a una colecistectomía laparoscópica convertida. Evoluciona en el postoperatorio temprano con una colección en el lecho operatorio que se drena de forma e percutánea, con salida de bilis. Posteriormente presenta salida de líquido fecaloideo por drenaje, por lo que se estudia con fistulografía por drenaje y se confirma fuga biliar de cístico a colección de lecho hepático y fístula hacia colon ascendente. Siempre con parámetros inflamatorios bajos, sin dolor ni repercusión clínica, se decide manejo de fístula biliar con prótesis biliar por ERCP. El paciente evoluciona favorablemente. Cinco meses más tarde, se realiza nueva ERCP con retiro de prótesis biliar, sin fuga de contraste por cístico. La fistulografía por drenaje evidencia paso de contraste hacia colon sin filtración a abdomen, el cual se retira, con evolución clínica favorable hasta la fecha.

CONCLUSIÓN: Presentamos una complicación rara de la colecistectomía laparoscópica, con lesión de vía biliar y posterior fístula bilio-colónica, manejada con técnicas mínimamente invasivas.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CÁNCER DE COLON RECIDIVADO EN YEYUNO, PÁNCREAS Y ESTÓMAGO, REPORTE DE UN CASO.

Constanza Cornejo, Antonio Hernández, Amanda Collingwood-Selby, Andrea Raicich, Ariki Merino, Dra Isabella Pacheco, Dra María José Higueras, Dr Omar Orellana, Dra Katrina Lolas

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: El tercer cáncer del mundo es el colorrectal, y constituye la segunda causa de muerte por cáncer. Habitualmente metastatiza a: linfáticos, hígado, hueso, pulmones y peritoneo. La Cirugía de Whipple o pancreatoduodenectomía, se realiza principalmente en lesiones primarias de la región periampular y menos frecuentemente en patologías secundarias.

OBJETIVOS: Discutir los aspectos de un caso poco común que representan un desafío para el abordaje clínico y quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso que involucra un sitio de metástasis de cáncer colorrectal infrecuente asociado a una indicación inusual de pancreatoduodenectomía.

RESULTADO: Mujer venezolana IMC 48, con antecedente de hemicolectomía derecha por cáncer de colon obstructivo con QMT neoadyuvante. Histología de adenocarcinoma mucinoso, con células en anillo de sello, bien diferenciado. En Chile, presenta historia de 12 meses de dolor abdominal. TC informa imagen redondeada hipodensa de 31x29mm en estómago, en contacto con arteria mesentérica superior. PET-CT describe lesión nodular sólida e hipermetabólica en raíz del mesogastrio. Biopsia por EUS resulta frustra. Evoluciona con obstrucción intestinal incompleta, TC de urgencia evidencia causa: infiltración de yeyuno proximal. Se realiza pancreatoduodenectomía y reconstrucción vascular porto-mesentérica dado compromiso de cabeza de páncreas y vena mesentérica superior. En postoperatorio cursa con SIRS requiriendo manejo en UCI, evolucionando favorablemente. Biopsia diferida describe adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello, infiltrando submucosa gástrica, serosa duodenal, mucosa yeyunal, páncreas y pared de vena mesentérica. Comité oncológico resuelve inicio de quimioterapia paliativa.

CONCLUSIÓN: Se presenta un caso de cáncer de colon metastásico con evolución y ubicación inusual, debutando como obstrucción intestinal alta. Destaca el abordaje mediante una cirugía clásicamente descrita para tumores periampulares, adaptada para un tumor secundario infrecuente con reconstrucción vascular. En pacientes obesos este procedimiento tiene mayores dificultades técnicas, aumento de comorbilidades y complicaciones tales como fístula pancreática, además de adversidades anestésicas. Las metástasis pancreáticas resecables de cáncer de colon son infrecuentes, no existiendo estudios sobre su evolución, dificultando decidir el manejo. Sobre su resección paliativa, se describe buena calidad de vida posterior, con baja morbimortalidad perioperatoria, y sobrevida de 16,5 meses. La quimioterapia paliativa en cáncer de colon metastásico, aumenta la sobrevida en 3,7 meses (y un 16% al año), pero con regular tolerancia, por lo que se debe ponderar cuidadosamente su uso.

SHOCK SÉPTICO DE FOCO ABDOMINAL: COLANGITIS SECUNDARIA A HIDATIDOSIS: REPORTE DE CASO

Rocío Vera P, Ivonne Zárate G, Constanza Narváez J.

Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN: Una de las complicaciones más frecuentes de los quistes hidatídicos hepáticos (QHH) es la comunicación cistobiliar (CCB), la que puede causar colangitis hasta en un 37% de los casos, alcanzando una mortalidad de hasta un 50%. La resección de un QHH tiene alto riesgo de evolucionar con fístula biliar, teniendo mayor riesgo al existir CCB, esta se puede predecir de forma preoperatoria.

OBJETIVOS: Nuestro propósito es describir la presentación y manejo de esta patología en el hospital más austral de alta complejidad de Chile mediante un caso.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Masculino de 72 años con antecedente de quiste hidatídico pulmonar roto operado en abril de 2023 y QHH en espera de resolución quirúrgica. Acude a urgencias en malas condiciones, ictérico, taquicárdico, febril e hipotenso. Laboratorios con elevación de parámetros inflamatorios e hiperbilirrubinemia. Se solicita Tomografía Computada evidenciando comprensión de hilio hepático por QHH de 15 cm con ectasia de vía biliar y trombosis de vena porta. Se inicia reanimación con volumen, antibioticoterapia y albendazol. Ingresa a pabellón donde se liberan adherencias omentales, se reseca vesícula biliar y se drena de forma controlada QHH, se destecha y se dejan drenajes suprahepáticos y a cavidad. Postoperatorio en cuidados intensivos. Evoluciona con fístula biliar con progresiva disminución de débito de drenajes sin requerir reintervención. Alta al 15vo día en buenas condiciones. Al control post alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Este caso ejemplifica la importancia del reconocimiento precoz de una colangitis por QHH, una complicación grave cuyo manejo debe ser el más oportuno posible.

COLEDOCOLITIASIS Y SU MANEJO POST PANDEMIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Benjamín Belmar G, Xabier de Aretxabala, Felipe Castillo, Joaquín Jensen, Álvaro Paredes, Nicolas Rojas, Francisco Carriel, Michael Schiller

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La patología biliar constituye uno de los principales motivos de consulta y un importante problema de salud pública en Chile. Esto a su vez determina que un alto número de pacientes presenten complicaciones asociadas a la colelitiasis. La coledocolitiasis constituye una de las entidades no neoplásicas más relevantes dentro de la patología biliar. El objetivo de este trabajo fue analizar las formas de presentación y manejo de una serie de pacientes portadores de coledocolitiasis.

OBJETIVOS: Analizar una serie de casos de pacientes y sus características, con diagnóstico de coledocolitiasis y sus complicaciones principales, con la finalidad de conocer las diferentes formas de manejo de esta, sus resultados y principales complicaciones asociadas a la técnica de resolución, en el Hospital Padre Hurtado.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo de una serie de pacientes portadores de coledocolitiasis tratados en el Hospital Padre Hurtado entre los meses de marzo y noviembre de 2022.

RESULTADO: La serie de pacientes incluyo a 114 pacientes tratados de manera consecutiva. 70 pacientes fueron de sexo femenino mientras que 44 masculino. La media de edad fue de 55 años, fluctuando entre 14 y 95 años. El método de diagnóstico utilizado en la mayoría de los pacientes fue la tomografía de abdomen y pelvis con contraste. Ecotomografía como método único de diagnóstico se empleó en 9 pacientes. En 34 pacientes (30%), el diagnóstico de coledocolitiasis se efectuó mediante el empleo de colangiografía trans cística al momento de la colecistectomía. 34 pacientes presentaron una coledocolitiasis primaria. El manejo de estos pacientes incluyo la realización de una papilotomía endoscópica en 25 pacientes, y la exploración laparoscópica de la vía biliar en 9. Los criterios para indicar el manejo laparoscópico fueron el diámetro de la vía biliar (>15mm), ausencia de colangitis y condiciones del paciente para someterse a la intervención quirúrgica. De los pacientes sometidos a una papilotomía endoscópica, dos presentaron complicaciones leves. (Pancreatitis leve y sangrado autolimitado). No se observaron complicaciones en el grupo sometido a exploración laparoscópica. El grupo de pacientes portadores de coledocolitiasis secundaria incluyo a 80 pacientes. Se realizo una papilotomía endoscópica en 37 (46%), en 7 pacientes fue posterior a la colecistectomía mientras que en 30 fue previo. Se objetivaron 4 (11%) complicaciones (2 pancreatitis, 1 hemorragia digestiva alta y 1 caso de perforación duodenal). La exploración abierta de vía biliar se realizó en 2 pacientes sin complicación asociadas. La exploración transcistica se realizó en 3 pacientes, también sin observar complicaciones. La exploración laparoscópica transcoledociana se realizó en 9 casos (11%), con 1 evento de hemoperitoneo que requirió reintervención. Por último, en 29 (36%) pacientes se realizó una papilotomía asociada a la maniobra de “rendez-vous”, sin complicaciones asociadas. No se registró mortalidad en ninguno de los casos de la serie estudiada.

CONCLUSIÓN: La coledocolitiasis constituye una patología de alta frecuencia en nuestro medio, la que puede manejarse de diferentes maneras. Aun cuando ninguna forma de tratamiento está descartada, la tendencia actual es la utilización de técnicas mínimamente invasivas, asociadas a baja morbilidad. La papilotomía endoscópica constituye la manera más común de tratar a un paciente portador de coledocolitiasis, sin embargo, esta se asocia a un porcentaje no despreciable de complicaciones. Por lo anterior, se hace necesario que las técnicas de manejo sean definidas basándose en las características de cada paciente y en la morbilidad asociada a cada técnica.

SÍNDROME DE DESCONEXIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO SECUNDARIO A PANCREATITIS CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Catalina Pozo V, Valentina Burgess J, Pablo Espinoza E, Daniela Chureo C, Matías Zamora M, Gustavo Palominos P, Valentina Núñez P.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El síndrome de desconexión del conducto pancreático (SDCP) o Síndrome de Wirsung es una patología rara secundaria a pancreatitis crónica o aguda severa que genera necrosis ductal y preservación de segmentos previos del Wirsung. La principal manifestación clínica corresponde a colecciones pancreáticas de difícil manejo o pancreatitis aguda a repetición.

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico atípico en la literatura médica.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente masculino de 62 años con antecedente de diabetes mellitus tipo II insulino requiriente, consumo de alcohol crónico problemático y pancreatitis aguda hace 9 años. Con historia de dolor pleurítico izquierdo de dos meses de evolución. Se realiza control con Tomografía Computarizada de Tórax que informa colección líquida en pilar diagramático derecho y severo derrame pleural izquierdo con tenue engrosamiento pleural difuso inespecífico. Resonancia Magnética Abdominal informa secuela de pancreatitis de cuerpo, con estenosis de Wirsung y pseudoquiste, compatible con síndrome de desconexión, con leve dilatación del Wirsung río arriba y atrofia parenquimatosa. Paciente se hospitaliza para estudio, donde se realiza drenaje pleural izquierdo. En estudio de líquido pleural se evidencia aspecto turbio, leucocitos de 1.530, 71% linfocitos, con criterios de exudado y amilasa pleural 502.4 U/l y Lipasa 3863 U/l. Se diagnostica derrame pleural severo izquierdo de etiología pancreática con hallazgo de un síndrome de desconexión de conducto pancreático o síndrome de desconexión de Wirsung, secundario a pancreatitis crónica en contexto de consumo de alcohol crónico. Se realiza pancreatectomía corporocaudal más esplenectomía laparoscópica convertida por disección laboriosa, sin incidentes. A la disección de cuello pancreático se identifica conducto pancreático principal de porción atrófica fistulizada hacia posterior, comunicada hacia arteria esplénica y pseudoquiste yuxtahiatal, comunicado a su vez con tórax izquierdo.

CONCLUSIÓN: En el SDCP, debido a la necrosis ductal, se genera una desconexión entre el tejido pancreático viable y el duodeno causando una fuga del jugo pancreático extraductal y extrapancreática, responsable de generar colecciones y/o fístulas de difícil manejo o episodios recurrentes de pancreatitis aguda. Se define a partir de necrosis de al menos 2 centímetros de páncreas, presencia de tejido pancreático viable previo a necrosis y presencia de extravasación de contraste al realizar una CPRE. De acuerdo con la naturaleza de las colecciones se puede elegir manejo conservador nutricional y de soporte o con cirugía de resección del tejido pancreático viable.

RESULTADOS Y MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN TEMPRANA POR SARS-COV-2 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

. SOTOMAYOR, D. GARCÍA, M.E. BALCELLS, F. MUÑOZ, K. MUÑOZ, P. DOMÍNGUEZ, A. CANCINO, R. WOLFF, F. BARRERA, C. BENITEZ, L.A DÍAZ, E. BRICEÑO, E. VIÑUELA, P. ACHURRA, P. REBOLLEDO, N. JARUFE, M. VERA, M. DIB, J.A, MARTÍNEZ.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 impactó mundialmente la práctica del trasplante hepático (TH). La mortalidad parecía más alta en pacientes con enfermedades crónicas, y particularmente en pacientes recientemente trasplantados e inmunosuprimidos. Teniendo en cuenta que la mortalidad en nuestra lista de espera de TH es >35 %, decidimos mantener el programa abierto, evaluando caso a caso la urgencia del receptor, y solo pausamos el programa electivo de trasplante hepático de donante vivo durante tres meses para disminuir el riesgo del donante.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados de TH durante la pandemia de COVID-19 y la mortalidad por infección temprana SARS-CoV-2 en estos receptores.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de ficha clínica de pacientes adultos sometidos a TH en nuestro centro entre 1/01/ 2020 y 31/12/2021. Se incluyeron todos los receptores de TH que desarrollaron infección por SARS-CoV-2 confirmada por PCR durante la hospitalización posterior al trasplante. Se siguió la incidencia de COVID-19 desde el TH hasta 31/12/2021.

RESULTADO: Se realizaron 104 TH en adultos; 84% fueron indicaciones electivas, 15% casos de urgencia y el 1% retrasplante. La edad promedio fue 56,2 ±12,5; 56% masculino. Las indicaciones más frecuentes fueron NAFLD (41%), hepatocarcinoma(23%), hepatitis autoinmune (16%) y enfermedad hepática alcohólica (14%). 79,8% fueron donantes fallecidos y 20,2% donantes vivos. El MELD promedio fue 22,5±9,45. Diecinueve receptores (18,3 %) adquirieron infección posoperatoria por SARS-CoV-2. 73,6% fueron sintomáticos. La mayoría tuvo síntomas leves, que requirieron solo tratamiento sintomático (10/19; 52,6%). 1 paciente requirió Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) (5,3%) y 3 pacientes VMI (3/19; 15,7%), con mortalidad en todos ellos. La mortalidad postrasplante a 30 días fue 7,6% en aquellos no infectados y la de receptores con infección temprana por SARS-CoV-2 fue 15,8%. Además es importante destacar que el 50% de los staff del equipo fueron infectados por SARS-CoV-2.

CONCLUSIÓN: La infección por SARS-CoV-2 en receptores de TH repercutió significativamente en el curso clínico. La mortalidad posterior al trasplante, incluso con infección temprana por SARS-CoV-2, fue significativamente menor que la mortalidad en lista de espera sin trasplante.

LINFOMA DE PAPILA DUODENAL COMO CAUSA DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA: REPORTE DE CASO.

Antonio Mercandino S, Pablo Gonzalez B, Ivan Vergara H, Ivania Carrera P, Javiera Bravo T, Patricia Varas B, Bárbara Carreño M, Patricio Toro E

Hospital Carlos Cisternas, Universidad de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN: La ictericia obstructiva (IO) es un síntoma frecuente en la población. Dentro de sus causas se encuentran las benignas como la coledocolitiasis, siendo esta la más común, y las malignas, como el colangiocarcinoma o los tumores periampulares. Dentro de estos últimos, el linfoma folicular duodenal (LFD) como etiología es extremadamente raro, más aún en pacientes jóvenes, habiendo pocos casos reportados.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico con IO como primera manifestación de un LFD de la papila duodenal y revisión de literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de caso clínico y revisión de literatura.

RESULTADO: Paciente de 22 años con colelitiasis diagnosticada por ecografía abdominal (agosto 2022), consulta en septiembre 2022 en urgencia por ictericia de 5 días de evolución sin otros síntomas asociados. Examen físico destaca ictericia de piel y mucosas. Laboratorio bilirrubina total 5.22 mg/dl, bilirrubina directa 4.06 mg/dl, GGT 554 U/L, FA 333 U/L, GOT 81 U/L, GPT, 54 U/L, lipasa 65 U/L, amilasa 40 U/L, estudio viral negativo. TC abdomen-pelvis con dilatación de vía biliar intra y extrahepática de hasta 11 mm, sin factor obstructivo evidente, leve edema parietal vesicular. Evoluciona con normalización de perfil hepático, se decide realizar colecistectomía con colangiografía intraoperatoria impresionando positiva para coledocolitiasis. Se realiza ERCP en diferido describiendo papila prominente de aspecto tumoral, se toman biopsias y se suspende procedimiento. Biopsia: mucosa de duodeno infiltrada por proliferación de tejido linfoide atípica, Ki67 (10%) inmunohistoquímica positiva para BCL2, BCL6, CD10, CD20 y CD79a, compatible con linfoma de células B folicular grado 1, patrón mixto. Derivada a oncología para continuar manejo.

CONCLUSIÓN: Los linfomas primarios del tracto gastrointestinal son la presentación extraganglionar más frecuente de los linfomas no Hodgkin, pese a ser poco prevalentes. Un 30% son tipo folicular y dentro de estos, un 10% se originan en el tracto gastrointestinal. El LFD fue reconocido en 2016 por la OMS como una variante de los linfomas foliculares, con características biológicas y clínicas particulares. El LFD es una entidad de baja frecuencia siendo la papila duodenal como una de sus posibles ubicaciones, pudiendo causar IO como manifestación. Este caso expone la posibilidad del LFD como causa de IO, recordando que los linfomas no suelen tener síntomas específicos en etapas tempranas, por lo que no podemos descartar neoplasias de la papila duodenal como diagnóstico diferencial, incluso en pacientes jóvenes. Es importante realizar un estudio basado en la clínica, imagenología e histopatología, al evaluar masas periampulares.

CIRUGÍA DE APPLEBY MODIFICADA CON RECONSTRUCCIÓN DEL TRONCO CELÍACO MEDIANTE INTERPOSICIÓN DE VENA SAFENA, EN ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO.

Nicolás Devaud, Sebastián Von Mühlenbrock, Christian Romero, Silvia Schmied, Sebastián Hoefler.

Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP)

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma ductal de páncreas es el tumor sólido más agresivo, con una mediana de sobrevida de 18-35 meses en aquellos pacientes que logran una resección con intención curativa. Su crecimiento infiltrativo conlleva muchas veces la infiltración de vasos arteriales centrales como el tronco celiaco o la arteria mesentérica superior. La Cirugía de Appleby modificada, permite la resección en block del cuerpo y cola del páncreas además del tronco celíaco y su reconstrucción vascular en tumores borderline o localmente avanzado del cuello o cuerpo pancreático.

OBJETIVOS: Presentar en video la indicación y detalles técnicos de una cirugía que no se realiza con gran frecuencia en nuestro país, dado la morbilidad asociada a la reconstrucción vascular mayor en contexto de una enfermedad agresiva.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 60 años quien inició tratamiento sistémico con FOLFIRINOX por adenocarcinoma ductal del cuerpo del páncreas con compromiso circunferencial del tronco celíaco. Completados 6 ciclos iniciales y con buena respuesta biológica, se decidió seguir a 12 ciclos y reevaluar. Al completar la quimioterapia, el Ca19-9 disminuyó de 156 a 78, con estabilidad de la lesión en torno al tronco celiaco y sin enfermedad metastásica. Se decidió cirugía incluyendo resección y posible reconstrucción del tronco celíaco según flujo de arteria hepática propia por la arteria gastroduodenal. La reconstrucción se decidió en el intraoperatorio realizando ésta mediante puente de vena safena derecha entre el muñon de su emergencia de la aorta y la arteria hepática común. Paciente con buena evolución post op, tumor de 3cm, márgenes negativos, 0/10ganglios (+) pT3N0M0. Ca 19-9 =11.8, a los 3 meses post operatorio

AUTOTRANSPLANTE EN CIRUGÍA DE RESECCIÓN MUTLIVISCERAL Y RECONSTRUCCIÓN VASCULAR MAYOR POR LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL.

Nicolás Devaud, Sebastián Von Mühlenbrock, Christián Romero, Silvia Schmied, Sebastián Hoefler, Erwin Bückel G.

Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP), Clinica Universidad de Los Andes

INTRODUCCIÓN: El Leiomiosarcoma (LMS) es un tumor de partes blandas, biológicamente agresivo y que se origina del músculo liso de vasos sanguíneos en extremidades y el retroperitoneo. Los LMS del retroperitoneo se originan principalmente de grandes vasos centrales como la Vena Cava Inferior, Vena Mesentérica Superior, Venas Renales o la Aorta. Su tratamiento curativo es la cirugía multivisceral que incluye la resección y reconstrucción de estos vasos, la resección multivisceral en block de los órganos involucrados como puede ser el páncreas, riñón o hígado. El autotransplante es una posibilidad cuando el tumor involucra la vasculatura de órganos en zonas criticas como la cava a nivel de suprahepáticas, vasos mesentéricos o en riñones con mala función renal y riesgo de hemodiálisis

OBJETIVOS: Exponer los elementos técnicos de una cirugía oncológica compleja en un tumor generalmente desconocido pero agresivo biológicamente, que involucra la resección multivisceral y reconstrucción vascular mayor de la vena cava además del autotransplante renal.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de paciente con LMS de alto grado de la Vena Cava Inferior con extensión hacia la vena renal derecha y en contacto con la cara posterior del proceso uncinado del páncreas, resecado en block post quimioterapia neoadyuvante incluyendo la vena cava desde su porción retro hepática hasta la confluencia de las venas ilíacas, nefrectomía radical derecha en block. Reconstrucción de la Cava con prótesis de Dacrón y autotransplante del riñón derecho a los vasos iliacos derechos, luego de perfusión con solución Euro-Collins en cirugía de banco con tiempo de isquemia fría de 1 hora.

OCLUSIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL CON CIANOACRILATO COMO ALTERNATIVA TÉCNICA PARA PREVENCIÓN DE LA FÍSTULA PANCREÁTICA POST OPERATORIA EN PANCREATODUODENECTOMÍA.

María Vargas C., Paula Fluxá R., José Quezada G., Francisco Riquelme M., Felipe Catán G., Felipe Puelma C., Carlos García C., Cristian Astudillo D., Mario Uribe M.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía (PD) es el “Gold Standard” para el tratamiento de tumores de cabeza de páncreas (TCP) y periampulares. La mortalidad postoperatoria de la PD ha disminuido considerablemente alcanzando <5% gracias a avances en técnicas quirúrgicas y cuidados perioperatorios. Sin embargo, la morbilidad persiste elevada, entre 30% y 50%, siendo la Fístula Pancreática Post Operatoria (FPPO) la complicación grave más frecuente. Múltiples técnicas se han desarrollado para disminuir su incidencia, entre éstas, la Oclusión del Conducto Pancreático Principal (OCPP), evitando la anastomosis del muñón.

OBJETIVOS: Describir la experiencia de los autores en el uso del cianoacrilato (Histoacryl®) como método de prevención de la FPPO durante la OCPP.

MATERIAL Y MÉTODO: Se reporta una serie de cinco casos en que se seleccionó esta técnica: 1) Hombre, 62 años, con TCP, sometido a PD, que requirió reoperación por FPPO secundario a dehiscencia de la pancreatogastroanastomosis. 2) Hombre, 66 años, con TCP, sometido a PD que evolucionó con FPPO. 3) Mujer, 72 años, en que se realizó PD por TCP, con muñón pancreático friable que imposibilita su anastomosis por desgarros reiterados. 4) Mujer, 57 años, con antecedente de PD secundario a TCP con insuficiencia pancreática exocrina moderada, presentó cáncer gástrico requiriendo gastrectomía total con desmantelamiento de la pancreatogastroanastomosis. 5) Mujer, 38 años, antecedente de metástasis duodenal por cáncer de colon. Se realizó PD, pesquisándose muñón pancreático con alto riesgo de FPPO. En todos los casos se inyectó cianoacrilato en el conducto pancreático principal, con sonda de alimentación pediátrica, o teflón fino, de distal a proximal, hasta lograr la oclusión de éste. Se completa el procedimiento con cierre del conducto con polipropileno 5-0 y sutura del muñón en 2 planos; el primero en guarda griega y el segundo con sutura corrida continua con polipropileno 4-0. En todos los casos se dejó drenaje.

RESULTADO: Ninguno de los pacientes desarrolló FPPO. Ningún paciente presentó insuficiencia pancreática endocrina ni complicaciones post quirúrgicas asociadas a esta técnica. Todos requirieron suplementación con pancreatina oral.

CONCLUSIÓN: El uso de cianoacrilato como técnica en OCPP para prevención de FPPO, es una variante de técnicas reportadas por otros autores que utilizan diferentes elementos con el mismo objetivo. Según nuestro conocimiento, no hay reportes de la utilización de esta técnica en nuestro país. Esta alternativa contribuye al armamentario quirúrgico en casos seleccionados.

MELANOMA METASTÁSICO EN VESÍCULA BILIAR, PRIMARIO DESCONOCIDO, COMO HALLAZGO EN COLECISTECTOMÍA.

Bárbara Merino, Valentina Vega, Yelka Tenelema, Macarena Sánchez, Joaquín Císternas, Braulio Westermeier

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: El melanoma es una lesión casi siempre cutánea que puede cursar con remisión espontánea o metástasis sistémicas. El 2 a 4% de lesiones metastásicas se pueden generar en el tracto gastrointestinal y de esas 15% son en vesícula. El melanoma metastásico de vesícula biliar (MMVB) es extremadamente raro y de mal pronóstico teniendo una sobrevida promedio de 8,4 meses. Entre 4 a 6% de lesiones metastásicas de melanoma se presentan sin una lesión primaria conocida. La presentación clínica más común de MMVB es colecistitis.

OBJETIVOS: Dar a conocer un caso de MMVB, una patología rara y de mal pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino, hipertenso de 65 años consulta el 02/10/2022 en servicio de urgencias Hospital Higueras por cuadro de 3 semanas de evolución consistente en ictericia, prurito generalizado, acolia, coluria, náuseas y vómitos. Además, baja de 5 kg los últimos 6 meses. Al examen físico ictericia de piel y mucosas, abdomen indoloro. Se realiza escáner que describe vesícula con contenido endoluminal sospechoso de neoplasia, se hospitaliza para manejo. Se hace colangioresonancia más resonancia con contraste que describe masa vesicular asociado a adenopatías en hilio hepático. El 26/10/2022 ingresa a pabellón para eventual colecistectomía radical identificando tumor vesicular extenso y obstrucción del colédoco distal por bulky adenopático peri y retro coledociano, retropancratico e intercavo aórtico de 12 cm que desplaza duodeno y cabeza pancreática. Macroscópicamente no impresiona primario vesicular por lo que se realiza colecistectomía y muestreo del hilio hepático, se envía a biopsia rápida compatibles con lesión neoplásica sin características de adenocarcinoma margen cístico negativo. Se instala sonda Kehr por compresión extrínseca de la vía biliar. En su estudio posterior destacan 2 biopsias de piel negativas a melanoma y PET CT que muestra adenopatías hipermetabólicas en hilio hepático, retroperitoneo y zona supraclavicular izquierda además 3 lesiones cerebrales frontoparietales derechas de aspecto tumoral de origen secundario. Comité decide inicio de inmunoterapia con Nivolumab el día 5/4/2023. El paciente falleció el 23/07/2023.

RESULTADO: Biopsia diferida compatible con melanoma maligno con inmunohistoquímica positiva para S-100, Vimentina y SOX-10.

CONCLUSIÓN: El MMVB es extremadamente raro, y de pobre pronóstico. El tratamiento óptimo sigue sin estar claro, sin embargo, la resección quirúrgica es el manejo convencional aunque no existan criterios para la extensión de la misma. Presentamos el caso de un paciente con cáncer de vesícula que finalmente en la biopsia resultó en MMVB sin poder identificar un primario.

TRASPLANTE MONOSEGMENTARIO DE HÍGADO EN LACTANTES PEQUEÑOS

Edgar Guzmán Albornoz, Francisco Orozco, Martín Fauda, Ariel Gonzáles Campaña, Silvina Montal, Erica Sellzer, Gustavo Podesta

Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La escasez de donantes pediátricos llevó al desarrollo de técnicas de trasplante hepático con donantes vivos emparentados, hígados Split y reducidos. Estas técnicas de partición y reducción hepática han sido difundidas y aceptadas en todo el mundo. El uso del segmento lateral izquierdo (LLS) de donante vivo ha ampliado el pool de donantes y disminuido la mortalidad en lista de espera, así como generado el desarrollo de nuevas técnicas para compensar las diferencias entre los volúmenes de donantes y el tamaño de los receptores. El primer trasplante hepático con donante vivo fue realizado por Strong et al en 1989 y desde entonces se ha convertido en una excelente opción terapéutica para trasplantar a aquellos pacientes pediátricos que lo requieran, ya que permite elegir el mejor momento para el trasplante, seleccionar al donante y la anatomía del injerto, mejores resultados a largo plazo y, en general, los donantes son los padres del paciente, lo que no crea ningún conflicto ético. En algunos casos específicos, la LLS de Couinaud es demasiado grande para lactantes de menos de 10 kg y la desproporción de tamaño aumenta cuando los pacientes son lactantes pequeños de menos de 5 kg. Además, existen situaciones extremas cuando hay un único donante obeso o con un IMC de 30. En ocasiones, el injerto completo del segmento lateral izquierdo suele tener un volumen excesivo, produciéndose un flujo vascular insuficiente hacia el injerto (Large for Tamaño), trombosis vascular por hipoflujo y problemas relacionados con el espacio en la cavidad abdominal, causando dificultad en el cierre de dicha cavidad y/o compresión del hígado implantado. Recientemente se ha introducido la reducción del segmento lateral izquierdo, o monosegmento 2 (MLT), para solucionar ese problema. Esta técnica se aplicó para los casos en los que la relación peso injerto-recipiente (GRWR) es superior al 3%, con la intención de reducir la GRWR a menos del 3%. Un paciente tenía un GRWR de 3,1 y este se redujo a 1,3

OBJETIVOS: Surgían determinadas situaciones que están relacionadas con el tamaño de la cavidad abdominal, los perímetros xifoides y umbilical del receptor, el volumen del injerto a trasplantar y el tamaño del donante. Reductora porque el paciente es extremadamente pequeño o reductora porque el donante o LLS es grande. Para evitar los problemas relacionados con el cierre de la pared abdominal, la compresión del hígado trasplantado y el hipoflujo vascular del injerto (grande para su tamaño), se decidió que la técnica a utilizar sería el trasplante hepático con vivo. donante con subsegmentectomía del monosegmento 2 o del segmento 2 (hiperreducción) en recién nacidos con peso inferior a 10 y 5 kg. El término Trasplante Hepático Monosegmentario se introdujo por primera vez en el año 2002 y nuestro centro ha realizado 7 trasplantes con esta técnica, motivo por el cual se analiza a continuación.

MATERIAL Y MÉTODO: De 2001 a 2019 se realizaron 213 trasplantes hepáticos pediátricos en menores de 16 años en el Hospital Universitario Austral, de los cuales 128 fueron de donante vivo. El primer trasplante con donante vivo empleando MLT se realizó en febrero de 2017 y desde entonces se ha aplicado a siete pacientes entre 2017 y 2019. 2 pacientes fueron trasplantados con técnica MLT de hígado Split y obtuvieron buenos resultados, pero esta experiencia se realizó en otra institución, por lo que no se analiza en este trabajo. En todos los pacientes, la reducción de LLS a MLT se realizó por necesidad ya que el GRWR fue mayor a 3.0. La técnica de implante MLT se extiende desde la vena suprahepática izquierda hasta el ostium de las venas suprahepáticas y la vena cava receptora, la vena porta. Tres pacientes presentaron hipoplasia portal. Uno requirió portoplastia, otro requirió interposición de injerto de vena ilíaca calibrada de donante cadavérico y un tercero fue anastomosado en la confluencia esplenomesentérica. La anastomosis arterial se realizó con un parche de la arteria hepática y la arteria gastroduodenal del receptor a la arteria hepática izquierda del donante con sutura continua de Prolene 8-0.

RESULTADO: La edad media de los receptores en el momento del trasplante fue de 191,4 días (en un rango de 20 a 720 días). Dos de ellos eran neonatos. El peso medio de los receptores fue de 5.614 g (en un rango de 2.500 g a 9.600 g). El perímetro xifoides de los pacientes fue de 34 cm en promedio (rango 14 cm a 50 cm), y el diámetro umbilical promedio fue de 36 cm (rango 16 cm a 48 cm). La indicación de trasplante fue insuficiencia hepática fulminante (N=1), hepatitis aloinmune (N= 2) y cirrosis biliar secundaria a atresia biliar en (N=4). La edad media de los donantes fue de 28 años (rango 20-36 años). El peso promedio de los donantes fue de 76 kg (rango de 63 kg a 124 kg). Se utilizó un donante con un IMC de 42,9 con leve esteatosis en la ecografía, ya que era el único donante disponible para el paciente. En la volumetría preoperatoria, la TC mostró un índice GRWR de 7,3% (rango 3,1% a 16%). El peso promedio de los gajos del lado izquierdo fue de 335,7 g (rango entre 260 gy 400 g), lográndose una reducción de los gajos individuales a 174,2 g (rango entre 115 gy 270 g). Como resultado, el segmento del lado izquierdo se redujo en un peso promedio de 161 g (rango 100 g a 275 g) y el GRWR final disminuyó a 7,3 a 3,5 (rango entre 3,1% y 16%). El tiempo quirúrgico promedio del receptor fue de 351 min (rango 240 min a 540 min) y la pérdida de sangre fue de 200 cc (rango 0 cc a 450 cc). El tiempo de hospitalización para trasplantes fue de xx días en UCI y xx en planta de hospitalización. No hubo trombosis arterial ni complicaciones biliares en estos siete pacientes. Dos pacientes presentaron estenosis de la vena porta en el postoperatorio a distancia (hipoplasia portal previa) que no requirieron c

rección. (Shunt espleno-renal y espleno-mesentérico inferior espontáneo). La tasa de supervivencia del paciente y del injerto fue del 85,7% al año y del 71% a los tres años. Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio a distancia (8 y 14 meses). Un paciente falleció por neumonía a los 14 meses del trasplante con injerto funcional ya los 8 meses, en otro país, el segundo paciente presentó una estenosis biliar de un conducto excluido. Se realizó punción y colangiografía sin colocación de drenaje percutáneo en vía biliar, lo que provocó colangitis con sepsis abdominal con presunto coleperitoneo y falleció. Seguimiento medio 23,8 meses (rango 13 a 46 meses) Dos pacientes presentaron eventración diafragmática al año ya los 4 años del trasplante. Ambos requirieron resolución quirúrgica con colocación de malla gore-tex La cirugía del donante tomó un tiempo operatorio de 261 min (rango 150 min a 330 min) y el volumen transfundido fue de 225 cc (rango 130 cc - 400 cc). Ninguno requirió transfusión de GR del banco de sangre y los volúmenes descritos corresponden a recuperación de cell-saver. La reducción in situ de la LLS a un segmento único prolonga la cirugía unos minutos (datos no comparados con la LLS) pero esto no provoca mayor sangrado ni morbilidad postoperatori

CONCLUSIÓN: El trasplante de hígado con un donante vivo emparentado y el uso del monosegmento S2 ofrece una opción segura y útil para el tratamiento de lactantes pequeños. El injerto reducido permite adaptar el tamaño del órgano a implantar en la cavidad abdominal, reduciendo las complicaciones relacionadas con el cierre de la pared abdominal, la compresión del injerto y el síndrome de gran tamaño. Como mencionó Owaga en 2007, uno de los principales objetivos de la reducción a un monosegmento reducido es prevenir la hipoperfusión del injerto causada por un aporte sanguíneo insuficiente en relación con un injerto de gran tamaño y una necrosis masiva de hepatocitos. Otro objetivo es acomodar el injerto en una cavidad abdominal muy pequeña sin ninguna compresión del injerto. Sin embargo, ninguno de los autores menciona qué se debe hacer o qué sucede cuando hay un único donante potencial que tiene un IMC superior a 30. Estas situaciones que pueden considerarse “forzadas” nos han obligado a reducir segmentos izquierdos muy grandes en para permitir que el trasplante proceda. Es importante mencionar que este hospital atiende a pacientes de otros países y, por ley, los trasplantes solo se pueden hacer con un donante vivo. También hemos observado que ninguna de las publicaciones sobre trasplante hepático en lactantes pequeños menciona el uso de la fascia anterior del recto como cierre definitivo de la pared abdominal. Este trabajo se publicó en 2009 y experimentaba con el trasplante intestinal en pacientes con antecedentes de pérdida de dominio y pared abdominal. Creemos que el uso de la fascia anterior del recto debe estar siempre en nuestro pensamiento y es de gran utilidad para resolver definitivamente el cierre de la pared abdominal. Esta fascia que se obtiene de donante cadavérico se puede crio preservar o utilizar días después del trasplante ya que se puede obtener de un donante cadavérico destinado a nuestro centro o no. De esta forma, si el cierre de la pared abdominal se dificulta y comprime el injerto, lo que genera cambios vasculares en el seguimiento Doppler durante el cierre, existen alternativas para evitar la compresión del hígado en una situación de fuerza. En cambio, la alternativa es cerrar transitoriamente la pared abdominal, utilizando malla sintética, o bolsa de nylon, o simplemente cerrar la piel, para luego realizar un cierre con los tejidos del propio paciente o con la fascia anterior del recto del donante cadavérico. Todas estas maniobras evitan la compresión del injerto y facilitan el cierre definitivo. Creemos que el informe de esta serie de casos es útil para ayudar a la toma de decisiones en casos técnicamente complejos. El uso del segmento único permite la expansión del grupo de donantes ya que se pueden usar donantes más grandes, lo que en consecuencia reduce la mortalidad en lista de espera entre los pacientes.

PANCREATODUODENECTOMÍA COMPLETAMENTE ROBÓTICA POR TUMOR PSEUDOPAPILAR DE LA CABEZA DEL PÁNCREAS.

Felipe Castillo H., Guillermo Rencoret P., Xabier de Aretxabala U,. Marcelo Vivanco L., Roberto Aravena O., Carlos Benavides C.

Clínica Alemana Santiago - Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: Desde 1898 cuando fue descrita la primera pancreatoduodenectomía (PD) por Codivilla, han habido modificaciones de la técnica para mejorar la morbimortalidad asociada. En los últimos 25 años la cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser una técnica segura y comparable a la abierta con una curva de aprendizaje determinada. La PD robótica es una de estas técnicas, que en manos experimentadas puede ser superior a PD abierta en número de ganglios resecados, pérdida de sangre y necesidad de transfusión.

OBJETIVOS: Dar a conocer el caso de un paciente de 15 años, portador de un tumor pseudopapilar de cabeza de páncreas, con indicación de pancreatoduodenectomía, la cual se realizó por vía robótica

CONTENIDO DE VIDEO: Caso clínico descrito.

IMPACTO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EN LISTA DE ESPERA: ANÁLISIS DEL TRASPLANTE CON DONANTE VIVO, DONANTE FALLECIDO Y NO TRASPLANTADOS.

Sergio Riveros, Daniel García, María Jesús Irarrázaval, Gabriela Ochoa, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Martin Dib.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La distribución de los recursos económicos de un país en vías de desarrollo es importante en la toma de decisiones en el financiamiento de un programa de trasplante hepático.

OBJETIVOS: Evaluar el consumo de recursos en lista de espera para trasplante hepático y compararlo entre tres grupos: Grupo no trasplantado (NT), Grupo trasplantado con donante fallecido (THDF) y grupo trasplantado con donante vivo (THDV).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente de todos los pacientes que ingresaron a la lista de espera para trasplante hepático entre enero 2016 y Diciembre 2019 en el Hospital Clínico UC-Christus. Se analizaron los recursos utilizados durante el tiempo de seguimiento incluyendo hospitalizaciones y actividad ambulatoria. Fecha de seguimiento hasta el trasplante, salida de la lista (muerte o fuera de criterios) o hasta fecha límite de seguimiento en diciembre 2021. Análisis por grupo: Grupo no trasplantado (NT), Grupo trasplantado con donante fallecido (THDF) y grupo trasplantado con donante vivo (THDV).

RESULTADO: Se incluyeron un total de 156 pacientes. De los cuales 57 (37%) NT, 78 (50%) THDF y 21 (13%) THDV. Tiempo promedio en lista de espera 11.75, 7.29, 4.52 meses para NT, THDF y THDV, respectivamente. Se encontraron diferencias significativas en la estadía hospitalaria de UCI, requerimientos de RMN, número de endoscopías y promedio de ligaduras de varices esofágicas en lista de espera. Promedio de días de estadía en UCI para NT THDF y THDV, de 6.37, 3.05 y 2.3 días, respectivamente (0.049). El requerimiento de RNM fue de 1.16, 0.51 y 0.38 de resonancias para NT, THDF y THDV, respectivamente (p0.005). El promedio de endoscopias solicitadas fue de 0.88, 0.37 y 0.33 para NT, THDF y THDV, respectivamente (p0.004). El promedio de ligaduras de várices esofágicas fue 0.33, 0.14 y 0 ligaduras para NT, THDF y THDV, respectivamente (p0.024).

CONCLUSIÓN: El trasplante hepático con donante vivo disminuye los tiempos en lista de espera, y disminuye los recursos económicos utilizados durante la espera. Todas las estrategias para aumentar el número de trasplantes oportunos (donante vivo, máquinas de perfusión ex vivo, donante a corazón parado), no solamente aumentan la sobrevida sino además disminuyen los costos asociados al consumo de recursos durante la espera.

TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-PEDIÁTRICO EN RECEPTOR 20> KG. SERIE DE CASOS NACIONAL DE HEMI-INJERTO IZQUIERDO COMPLETO

Catalina Ortiz, Sergio Riveros, Juan Carlos Pattillo, Humberto Soriano, Juan Cristóbal Gana, Jorge Martinez, Eduardo Briceño, Martin Dib.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Chile presenta una de las tasas de donación de órganos más bajas a nivel global, con 8.6 donantes cadavéricos por millón de habitantes el año 2022, con cifras de mortalidad en lista de espera para trasplante hepático pediátrico que ascienden a 38.1%. El trasplante con donante vivo es una de las principales alternativas para disminuir esta mortalidad, principalmente utilizado en niños menores a 20kg.

OBJETIVOS: Describir una serie de 3 casos de donante vivo con injerto izquierdo completo (segmento 2,3,4) para trasplante pediátrico de niños grandes en Chile

MATERIAL Y MÉTODO: Caso A Paciente femenina de 11 años (58kg), con diagnóstico de falla hepática fulminante por hepatitis autoinmune, cumpliendo criterios de King's college para trasplante hepático. Se realiza trasplante con donante vivo (padre), realizando una hepatectomía izquierda completa en el donante con resección y reconstrucción de vena hepática media en receptora (tasa injerto/receptor 1.01). Caso B Niño de 7 años (20.2Kg), con diagnóstico de hepatoblastoma con estudio de diseminación negativo. Tras completar 5 ciclos de quimioterapia neoadyuvante y debido a irresecabilidad de la lesión, se realiza trasplante hepático con donante vivo, realizándose una hepatectomía izquierda completa en el donante sin resección de vena hepática media (tasa injerto/receptor 1.84). Caso C Niña de 13 años (31Kg), con diagnóstico de daño hepático crónico por hepatitis autoinmune. Evoluciona con hipertensión portal, síndrome hepatopulmonar, síndrome de Cushing y talla baja. Se realiza trasplante hepático con donante vivo, realizándose una hepatectomía izquierda completa en el donante con resección y reconstrucción de vena hepática media en la receptora (tasa injerto/receptor 1.38).

RESULTADO: Casos Clínicos A,B y C: El trasplante fue exitoso, con 100% de sobrevida global y de injerto a la fecha.

CONCLUSIÓN: En trasplante hepático pediátrico, se suele utilizar el injerto de lóbulo izquierdo lateral para receptores pequeños de hasta 20 kg, ya sea por bipartición de injerto cadavérico adulto o de donante vivo. La experiencia en donante vivo adulto-adulto es de gran utilidad para el uso de un hemi-injerto de donante vivo de lóbulo izquierdo completo para trasplante de > 20kg, lo que podría disminuir potencialmente la mortalidad en lista de espera por donante cadavérico.

HEMOPERITONEO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOMA HEPATOCELULAR, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Felipe Orellana M. Joaquín Jensen M. Xabier De Aretxabala U. Aldo Cuneo G.

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: Los Adenomas Hepatocelulares (AH) son lesiones hepáticas poco frecuentes, benignas, usualmente asintomáticas, asociadas a mujeres, jóvenes, usuarias de anticonceptivos orales y obesidad. El hemoperitoneo es una forma de presentación poco frecuente, pero que constituye una entidad potencialmente fatal.

OBJETIVOS: Presentar el caso clínico de una paciente con clínica poco frecuente de adenoma hepatocelular, la cual consulta por abdomen agudo en nuestro centro, requiriendo intervención quirúrgica. Realizar una descripción sobre el adenoma hepatocelular, su etiopatogenia, presentación clínica, diagnóstico y opciones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de sexo femenino de 31 años con antecedentes de obesidad y uso de anticonceptivos orales, consulta por cuadro de abdomen agudo, hemodinámicamente estable, sin anemia. La ecografía abdominal muestra una lesión focal heterogénea de 8 cm de diámetro, asociada a contenido líquido heterogéneo de aspecto hemático subcapsular y líquido libre en la excavación pelviana. En la tomografía computada de abdomen se evidencia adenomas hepáticos múltiples, uno de estos, roto con signos de hemorragia y hemoperitoneo. La paciente evoluciona con inestabilidad hemodinámica y coagulopatía por lo que se decide manejo quirúrgico con laparotomía exploradora con hallazgo de hemoperitoneo de 1000cc asociado a adenoma hepático sangrante ubicado entre segmento VI y VII, inicialmente se realiza packing en zona de sangrado y en segundo tiempo se realiza hepatectomía de los segmentos VI y VII.

RESULTADO: Paciente evoluciona de manera favorable en el post operatorio, salvo por tromboembolismo pulmonar bilateral con buena respuesta a anticoagulación. La biopsia de la lesión extirpada muestra un adenoma hepatocelular roto de 8.9cm, con bordes negativos. En el control a los 6 meses la paciente no presento recurrencias, suspendió uso de anticonceptivos orales y en tomografía de control se evidenció una disminución en el tamaño de los adenomas restantes.

CONCLUSIÓN: Los adenomas hepatocelulares (AH) son lesiones hepáticas poco frecuentes, típicamente son lesiones solitarias, de márgenes claros, se ubican más frecuentemente en el lóbulo derecho. Desde el punto de vista molecular, se clasifican en cinco categorías: AH con mutación del factor nuclear hepatocítico -1 α, AH inflamatorio, Sónico hedgehog, AH mutación de β-catenina exón 3, exón 7-8. Este último es el menos frecuente y está asociado con mayor riesgo de malignizar. La embolización por radiología intervencional es el tratamiento de elección en pacientes estables, en casos de inestabilidad hemodinámica se considera una emergencia quirúrgica donde el manejo quirúrgico tradicional es el indicado, usualmente con packing y en un segundo tiempo la resección quirúrgica de la lesión.

HEPATECTOMIA DE DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO-ADULTO EN CHILE: CARACTERIZACIÓN Y REPORTE DE SUS COMPLICACIONES.

Daniel García, Camila Sotomayor, Gabriela Ochoa, Sergio Riveros, Patricia Rebolledo, Pilar Domínguez, Carlos Benitez, Rodrigo Wolff, Antonia Pastore, Pablo Achurra, Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Eduardo Briceño, Martin Dib

Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La hepatectomía de donante vivo es un procedimiento quirúrgico técnicamente demandante, en que los aspectos éticos y de seguridad del donante tienen la más alta prioridad. La selección del donante es fundamental para minimizar los riesgos del donante y maximizar los resultados del receptor.

OBJETIVOS: Buscamos caracterizar a los donantes vivos de hígado de nuestro centro, detallar su estudio preoperatorio y sus complicaciones post operatorias.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de registros clínicos de 50 primeros donantes vivos adulto-adulto en Red Salud UC-Christus. Los criterios de selección para ser donante incluyeron: edad 18-60 años, ausencia de comorbilidades médicas-psicosociales significativas, compatibilidad de grupo, volumétrica y vascular. Los potenciales donantes son estudiados con exámenes de laboratorio, volumetría por TC, RNM para cálculo de esteatosis y tamizaje serológico.

RESULTADO: 50 casos se realizaron en nuestro centro entre 2016- 2022. El promedio de edad ± DE de los donantes fue 35±9,1 años. La mayoría hombres (n=28;56%). El IMC promedio ± DE fue 25,91 ± 2,98. Todos contaron con volumetría preoperatoria, donde se evidenció un volumen promedio de hígado derecho ± DE de 906,12 ± 164,59 gr y un futuro remanente ± DE de 30,55% ± 13,21%. Veintiún donantes presentaron variaciones anatómicas arteriales en imágenes preoperatorias (n=21/50; 42%) y 16 variaciones anatómicas biliares (n=16/50;32%). En la mayoría se realizó hepatectomía derecha de donante vivo (49/50), y en su mayoría con preservación de vena hepática media en el donante (n=42/50; 84%). En 30 donantes se realizó abordaje abierto (n=30/50; 60%), 11 abordaje laparoscópico-asistido (n=11/50; 22%) y 9 completamente laparoscópico (n=9/50; 18%). Durante la cirugía se evidencio 1 conducto derecho simple en 27 donantes (n=27/50; 54%), 2 conductos derechos en 21 donantes (n=21/50; 42%) y 3 conductos derechos en 2 donantes (n=2/50; 4%). Solo 2 pacientes requirieron transfusión de glóbulos rojos (n=2/50; 4%). Nueve donantes presentaron complicaciones postoperatorias (18%), de ellos 3 requirieron reintervención, 2 por hemoperitoneo y 1 por bilioma, todos con recuperación funcional completa. La estadía postoperatoria promedio ± DE de los donantes fue 6,4±1,68 días. La mortalidad perioperatoria fue 0%.

CONCLUSIÓN: Los riesgos potenciales para los donantes son la base para muchos de los dilemas éticos asociados al THDV. En nuestro grupo no hubo mortalidad ni morbilidad a largo plazo en los primeros 50 donantes vivos, logrando con los años hacer una transición a un mayor número de hepatectomías completamente laparoscópicas y, por lo tanto, menos invasivas, destacando además buenos resultados en los receptores.

LINFOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO

Ma Ignacia Valle B3, Erwin Buckel G1, Carolina Rivas F2, Alice Rogel H4.

Hospital DIPRECA

INTRODUCCIÓN: El linfoma pancreático (LP) es una presentación poco frecuente de tumores de páncreas, correspondiendo al 5% de estos y al 1% de los linfomas extranodales, la histología más frecuente es el linfoma difuso de células grandes B. Se denomina el simulador de adenocarcinoma, ya que su clínica se asocia a dolor abdominal difuso, masa abdominal, baja de peso, ictericia, náuseas, vómitos, diarrea, pancreatitis y obstrucción intestinal, sin presentar síntomas clínicos como fiebre, sudoración nocturna o adenopatías difusas. En nuestro país no existen reportes, hasta la fecha, sobre su incidencia ni sobrevida.

OBJETIVOS:.

MATERIAL Y MÉTODO:.

RESULTADO: Masculino de 43 años, sin antecedentes mórbidos, seis meses de evolución de dolor abdominal intermitente, asociado a dos semanas de ictericia y acolia. Presenta ecografía abdominal que informa adenopatía retroperitoneal de 8x4 cm. En AngioTAC de abdomen se describe masa en cabeza de páncreas de 5 cms, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, adenopatías en compartimientos peritoneales y retroperitoneales. TC de Tórax Abdomen y Pelvis (TC TAP) reporta masa hipodensa en el surco pancreático duodenal que impresiona linfoma, la RNM de abdomen con contraste y colangioRM además reporta conducto de wirsung no dilatado. PET CT informa masa pancreática que invade la pared duodenal adyacente, rodea y estenosa la vena porta y a la vía biliar con múltiples adenopatías hipermetabólicas, supra e infradiafragmáticas de carácter secundario. Al laboratorio Bilirrubina total de 20 con predominio directo (Bilirrubina Directa 17.8). Alfafetoproteína 5.78, Ca19-9 30.8, Ca 125 34.1, CEA 30.8. Debido a ictericia obstructiva por compresión tumoral se instala prótesis en vía biliar mediante ERCP y posteriormente se obtiene biopsia mediante endosonografía (EUS) con estudio Inmunohistoquímico positivo para CD45, CD20, CD3 y Ki67, además de hallazgos morfológicos concordantes con Linfoma No Hodgkin (LNH) de células grandes estirpe B. Inicia quimioterapia (QT) intratecal + R-CHOP, actualmente completa el segundo de seis ciclos, en buenas condiciones generales, con TC AP de control que muestra disminución del tamaño de masa pancreática

CONCLUSIÓN: El LP corresponde a un diagnóstico diferencial de tumores de páncreas qué debe ser sospechado especialmente cuando existen múltiples adenopatías locales y regionales, en ausencia de metástasis hepáticas. Presenta sobrevida de 69% a 10 años con media de 6.1 años. En su diagnóstico toman relevancia imagenológica el TC AP y la RM de abdomen con contraste, asociados a la obtención de diagnóstico histológico mediante EUS pues su tratamiento se basa en QT específica según el tipo de LNH

QUISTO-GASTRO ANASTOMOSIS VÍA LAPAROSCÓPICA COMO ALTERNATIVA DE DRENAJE EN NECROSIS PANCREÁTICA AMURALLADA SOBREINFECTADA

Daniel Hernández Clark, Francisco Villalobos Miranda, Fernando Avalos Valenzuela, Juan Pablo Rocha Vargas, Carlos González Torres, Rodrigo Sánchez Marchant, Gabriel Sandoval Silva

Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile. Escuela de Medicina Universidad de Tarapacá. Arica, Chile

INTRODUCCIÓN: La necrosis pancreática amurallada (WON) es una complicación tardía de la Pancreatitis Aguda con complicaciones locales, donde su duración se establece según los consensos en mayor a 4 semanas desde iniciado el cuadro, donde su origen es una Colección Necrótica Aguda. Se define como una colección líquida y necrótica con pared bien definida. La necrosis pancreática se presenta en alrededor de un 15% de las Pancreatitis Agudas, con una mortalidad de hasta el 17%, la cual aumenta a 30% si se presenta con necrosis infectada. Existen múltiples terapias de manejo en estos pacientes, donde el manejo endoscópico step-to-step se plantea como primera opción

OBJETIVOS: Presentar caso clínico con técnica quirúrgica de quisto-gastro anastomosis como alternativa de drenaje y aseo quirúrgico en un paciente con mala evolución que presenta necrosis pancreática amurallada sobre infectada.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información del paciente por medio de su historia clínica, exámenes de laboratorio e imagen, con previa autorización y firma de consentimiento informado. Con recopilación de técnica quirúrgica vía laparoscópica.

RESULTADO: Paciente masculino de 58 años con antecedente de hipertensión arterial. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor en hemiabdomen superior EVA 8/10, irradiado hacia dorso, asociado a náuseas y vómitos. Se realizan exámenes de laboratorio donde destaca elevación de enzimas pancreáticas y patrón colestásico. Luego de transcurridas 4 semanas del cuadro inicial y dado mala evolución del paciente, se decide realizar control imagenológico con Colangio Resonancia que muestra gran colección heterogénea de pared engrosada en el espacio pararrenal anterior, comprometiendo páncreas y tejido peripancreático, mide 22.6 x 10.1 x 10.3 cm compatible con necrosis pancreática y peripancreática amurallada. Se decide realizar manejo por vía Laparoscópica con Gastrotomía Anterior, luego se realiza apertura de pared posterior con salida de 1000 cc de líquido pancreático y abundante necrosis pancreática. Se practica Quisto-Gastro Anastomosis con Endogia Carga Morada 60 mm (2). Con este acceso se realiza necrosectomía transgástrica, la cual es retirada en bolsa. Se instala SNG a cavidad retrogástrica y Gastrorrafia Anterior con PDS 2-0. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales y es dado de alta

CONCLUSIÓN: Resulta un verdadero desafío el manejo actual de esta patología, dado las terapias contemporáneas de drenaje por vía endoscópica y otras terapias como el abordaje retroperitoneal mínimamente invasivo. Encontramos que esta alternativa vía laparoscópica resultó ser efectiva y con mínima morbilidad para el manejo de esta patología

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-ADULTO EN CHILE: PRIMEROS 50 CASOS.

Camila Sotomayor, Daniel García, Gabriela Ochoa, Sergio Riveros, Carlos Benitez, Patricia Rebolledo, Pilar Domínguez, Antonia Pastore, Francisco Barrera, Pablo Achurra, Rodrigo Wolff, Luis Diaz, Blanca Norero, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Martin Dib

Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: Existe discrepancia entre oferta y demanda de órganos sólidos de donante cadavérico en Chile, con bajas tasas de donación. El TH con donante vivo (THDV) es una alternativa para aumentar la disponibilidad de injertos.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial de THDV adulto-adulto en un programa nacional.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de registros clínicos de 50 primeros casos de THDV, realizados en Red Salud UC-Christus.

RESULTADO: 50 THDV fueron realizados entre 2016 y 2022. El promedio ? DE de edad de los donantes fue 35,0 ? 9,08 años. 98% fueron injertos de lóbulo derecho, y 85% de ellos con preservación de vena hepática media en el donante (n=42). En 30 donantes se realizó abordaje abierto (60%), en 11 abordaje laparoscópico-asistido (22%) y 9 completamente laparoscópico (18%) con 0% mortalidad. El promedio ? DE de edad de los receptores fue 53,72 ? 12,71 años (rango 27-74 años). La indicación más frecuente de trasplante fue daño hepático crónico (n=43/50; 86%). El tipo de anastomosis biliar más frecuente fue ducto-ducto (n=27/50; 54%), seguida de la biliodigestiva (n=13/50; 26%) y ambas (n=9/50; 18%). Diecisiete receptores presentaron complicaciones biliares tempranas (n= 17/50; 34%), consistente en bilioma (n=13/50; 26%), fístulas biliares (n=10/50; 20%) biliperitoneo (n=4/50; 8%) y estenosis biliar temprana (n=5/50; 10%). Veintidós pacientes presentaron estenosis biliar tardía >3 meses postop (n=22/50; 44%). Reintervención biliar fue necesaria en 14 pacientes (Reparación anastomosis n=10, CPRE n=5). Siete pacientes presentaron complicaciones vasculares (n=7/50; 14%). 5 de ellos trombosis de arteria hepática (10%), de los cuáles 2 tuvieron trombectomía exitosa al largo plazo, y 3 terminaron en retrasplante o muerte (n=3/50; 6%). La mediana de estadía postoperatoria de los receptores fue 15 días (RIQ: 9-26 días) y la mortalidad a 30 días fue 8%. La sobrevida global a 12, 24 y 36 meses fue 86%, 83,7% y 74,9%, respectivamente.

CONCLUSIÓN: Nuestra experiencia con los primeros 50 casos de THDV muestra un porcentaje de complicaciones en el receptor similares a las de donante cadavérico. Destaca un mayor porcentaje de complicaciones biliares, que con manejo oportuno llegan a una sobrevida de injerto similar al donante cadavérico. La implementación de un programa cauteloso, con 0% mortalidad de donante vivo, con incorporación de técnicas mínimamente invasivas en el donante y buenos resultados en los receptores hacen de este programa una alternativa viable para aumentar la disponibilidad de injertos hepáticos en un país con baja tasa de donantes fallecidos.

MANEJO DE GIST DUODENAL MEDIANTE RESECCIÓN DUODENAL CON PRESERVACIÓN PANCREÁTICA. REPORTE DE CASO.

H. Losada, L. Acencio, A. Troncoso, O. Arias, S. Curitol, P. Ebensperger

Universidad de la Frontera

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) corresponden al 1% de todas las neoplasias gastrointestinales, sin embargo, sólo el 3-5% de estos se desarrollan en el duodeno, siendo su ubicación más frecuente la segunda porción. La cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo. Existen distintos abordajes según localización y tamaño, variando desde una resección local hasta una pancreatoduodenectomía.

OBJETIVOS: Reportar el caso de un paciente femenino con localización atípica que se realizó una resección de duodeno con preservación de páncreas

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica de paciente.

RESULTADO: Paciente de género femenino de 46 años, con antecedente de cáncer de mama derecha con mastectomía parcial que, en estudio por dolor abdominal, se realiza endoscopía digestiva alta que informa tumor duodenal en segunda porción con biopsia informada GIST fusocelular de bajo grado. Mediante endosonografía se precisa tamaño de 1,1 x 1,7 cm en cara posterior de la primera porción duodenal, que compromete hasta la muscular propia. Previo a resolución quirúrgica paciente evoluciona con hemorragia digestiva alta autolimitada secundaria a ulceración de tumor duodenal objetivado por endoscopía digestiva alta. Evaluado caso en reunión multidisciplinaria, se propone resección duodenal con preservación pancreática. El día previo a pabellón se realiza marcación endoscópica de lesión con tinta china. Mediante laparotomía media supraumbilical se realiza colecistectomía y a través del conducto cístico se introduce Fogarty con el fin de identificar y proteger la papila duodenal. Sección proximal a nivel pilórico y sección distal en segunda porción proximal a papila logrando resección completa del tumor, con márgenes macroscópicos negativos. Colangiografía evidencia vía biliar y Wirsung indemne. Se realiza duodeno-yeyuno-anastomosis termino-lateral antecólica con parche de ligamento redondo en relación a margen de sección distal. Paciente evoluciona de forma clínica favorable con alta al séptimo día post operatorio. Biopsia diferida confirma histología con márgenes oncológicos. Presentada en comité oncológico con indicación de seguimiento.

CONCLUSIÓN: A pesar de que la presentación clínica de los GIST es variable, lo más frecuente es que sean pacientes asintomáticos. En algunas ocasiones, al igual que en este reporte, pueden presentarse con dolor abdominal y/o hemorragia digestiva alta. El diagnóstico preoperatorio requirió apoyo de endosonografía para precisar su ubicación, tamaño, extensión y eventual resección endoscópica. El uso de marcación previa endoscópica con tinta china fue un elemento fundamental de apoyo para el intraoperatorio. Se decidió realizar duodenectomía, con preservación de páncreas, basándose en en la localización, infiltración y características del tumor, con una evolución favorable.

REPORTE DE CASO: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA MEDIANTE TROMBECTOMÍA ABIERTA DE VENA PORTA

María Trinidad González D., Francisco Carriel A., Joaquín Jensen M., Xabier de Aretxabala U., Felipe Castillo H.

Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo – Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La isquemia mesentérica aguda (IMA) es la interrupción del flujo sanguíneo intestinal, causando isquemia y necrosis. Su incidencia es baja (0.09-0.2%) pero aumenta con la edad, y si no se diagnostica y trata a tiempo, la mortalidad es del 80%. Las causas incluyen embolismo arterial (50%), trombosis arterial (20%), patologías no oclusivas (20%) y trombosis venosa (10%). Cuadro clínico de dolor abdominal desproporcionado con el examen físico, vómitos, diarrea y hematoquezia. La angiografía por tomografía computarizada de abdomen y pelvis (Angio-TAC AP) es de elección para su diagnóstico. El tratamiento inicial considera la reanimación del paciente. Como primera línea ante una trombosis venosa (TV) está la anticoagulación. Ante fracaso se puede realizar tratamiento endovascular para revascularización, o ante presencia de irritación peritoneal un manejo quirúrgico abierto mediante exploración, resección intestinal y revascularización.

OBJETIVOS: Presentar un caso de IMA por una trombosis de la vena porta (VP) y su resolución quirúrgica mediante trombectomía abierta.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico, cuenta con registro fotográfico.

RESULTADO: Mujer de 23 años ingresa por 7 días de dolor abdominal, hematemesis y diarrea. Ingresa taquicárdica, con dolor en hemiabdomen superior e irritación peritoneal. Al laboratorio parámetros inflamatorios elevados. El Angio-TAC AP revela líquido libre y segmento de intestino delgado (ID) con dilatación patológica, isquemia de paredes, y trombosis en VP y vena mesentérica superior (VMS). Se diagnostica IMA. En pabellón segmento de ID necrótico, mesointestino necrótico en patrón arterial y arteriotomía de arteria mesentérica superior con trombo intraluminal. Se secciona en sitio de cambio de coloración, instalación de sonda Pezzer en cabo proximal y ligadura a distal. Se deja laparostomizada y anticoagulada. Luego de 48 horas evoluciona desfavorablemente se decide reoperar. Se evidencia isquemia de cabo distal de ID, se reseca yeyuno e íleon necróticos con anastomosis duodeno-íleon latero-lateral. Se pesquisa trombo intracavitario en VP y VMS, y resto de ID contundido. Se realiza trombectomía proximal y distal de VP e ID retoma coloración. Paciente evoluciona favorablemente, asintomática y sin complicaciones durante 5 meses de seguimiento.

CONCLUSIÓN: La IMA es infrecuente y severa, con elevada morbilidad y mortalidad. Sospechar diagnóstico ante dolor abdominal sin correlación al examen físico. El diagnóstico y tratamiento debe realizarse precozmente para una reperfusión intestinal temprana. El tratamiento debe adaptarse según etiología y clínica del paciente. Inicialmente ante una TV es de elección un manejo conservador mediante anticoagulación. Si existen signos de irritación peritoneal se debe realizar una intervención abierta con una revascularización y resección intestinal de ser necesario.

NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS: SERIE DE CASOS

María Trinidad González D., Paula Domínguez Z., Joaquín Jensen M., Felipe Castillo H., Xabier de Aretxabala U.
Clínica Alemana Santiago - Universidad del Desarrollo - Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La neoplasia pseudopapilar de páncreas (NSP) es un tumor pancreático epitelial infrecuente que representa el 0,17-2,7% de todos los tumores pancreático. Representa 1-2% de los tumores exocrinos de páncreas y afecta típicamente a mujeres entre segunda y cuarta década de la vida. Se distingue por su aspecto microscópico con áreas sólidas y quísticas como también estructuras pseudopapilares. Presentan bajo potencial de malignidad, con una transformación maligna del 10% y recidiva hasta un 23% si presenta factores de riesgo como invasión linfovascular y márgenes microscópicos positivos en la resección. La mayoría de los casos resulta en hallazgo imagenológico, pero se ha descrito que el síntoma principal es dolor abdominal, en un 60% de los pacientes. En la NSP es infrecuente que existan metástasis, al momento del diagnóstico, en el 85% de los casos está limitado al páncreas, sin embargo, sí existen metástasis (15% al diagnóstico), son principalmente hepáticas.

OBJETIVOS: Presentar una serie de casos clínicos de NSP con sus respectivos métodos diagnósticos, resoluciones quirúrgicas y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso Clínico, cuenta con material fotográfico.

RESULTADO: Se presentan tres casos clínicos de pacientes entre 15 y 38 años, previamente sanos, en dos de ellos se pesquisa una neoplasia pseudopapilar de páncreas mediante estudio por clínica sugerente, mientras que en uno de los casos es un hallazgo radiológico incidental en contexto de una colecistitis aguda. La clínica presentada por los pacientes corresponde a baja de peso e ictericia. El tratamiento de la NSP es quirúrgico por excelencia, más aún en pacientes con hallazgos sugerentes de malignidad y pacientes sintomáticos. La cirugía a realizar varía según la ubicación y tamaño tumoral. En los tumores de cabeza de páncreas se realiza una pancreatoduodenectomía, como bien se realizó en uno de los pacientes presentados, mientras que en los tumores ubicados en el cuerpo y cola se realiza una pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía, intervención realizada en los otros 2 casos presentados. En los tres casos se realiza un posterior seguimiento radiológico y clínico.

CONCLUSIÓN: Esta serie de casos presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos, si bien la NSP es una afección poco frecuente, debe considerarse como una posibilidad diagnóstica en pacientes con hallazgos radiológicos sugerentes, debido a su potencial quirúrgico. Además, es crucial mantener un seguimiento imagenológico periódico para detectar precozmente posibles recurrencias, ya que estas pueden ocurrir en hasta un 23% de los pacientes.

ESTEATOSIS NODULAR INTRAHEPÁTICA: DIAGNOSTICO COMPLEJO DE LESIÓN HEPÁTICA BENIGNA

Alexander Gallegos S; Carlos Derosas A.

Clinica Santa María

INTRODUCCIÓN: El aumento de la disponibilidad de estudios por imágenes nos han permitido aumentar el diagnostico de lesiones hepáticas, las que en su mayoría corresponden a lesiones benignas cuando son evidenciadas en pacientes sin antecedentes de hepatopatías crónicas. Los tumores sólidos benignos los podemos clasificar según su origen histológico en epiteliales o mesenquimatosos. Los tumores mesenquimatosos se originan a partir de vasos sanguíneos, tejido adiposo o muscular. La esteatosis hepática es habitualmente un proceso difuso, sin embargo, en ocasiones se presenta en un patrón de distribución focal heterogéneo de infiltración grasa rodeada de parénquima hepático normal. Se desconoce la fisiopatología de la infiltración grasa focal en el hígado, pero se cree que tiene relación con hipoxia regional del parénquima hepático. La mayoría de los pacientes con esteatosis nodular tienen patologías asociadas como diabetes mellitus, obesidad, hepatitis C, esteatosis hepática no alcohólica o desnutrición. La ubicación más frecuente es el segmento IV.

OBJETIVOS: El siguiente trabajo busca presentar un caso clínico de esteatosis nodular intrahepática de difícil diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de un caso clínico

RESULTADO: Paciente de 41 años, Apendicectomizada, usuaria de ACO, Tabaco 4 cigarrillos/día y consumo ocasional de alcohol. Consulta en servicio de urgencias por 4 días de dolor abdominal en cuadrante superior derecho asociado a distención abdominal, inapetencia y diarrea sin elementos patológicos. Se solicitan exámenes donde destaca leucocitos en 12.400 /uL; PCR 49 mg/L; Sin alteración de pruebas hepáticas. Tc Abdomen y pelvis: Hígado de morfología normal. Se reconocen múltiples lesiones focales hepáticas bilaterales, menores de 20 mm, en su mayoría hipovasculares, con un centro denso que impresionan como primera posibilidad proceso inflamatorio-infeccioso. Se hospitaliza para manejo de Abscesos hepáticos y se realiza RM de abdomen que informa: Múltiples lesiones hepáticas bilobares con características que orientan a etiología inflamatoria infecciosa (probables abscesos en formación). Se sugiere controlar su resolución. Vesícula biliar en repleción con colelitiasis. Se decide completar 15 días tratamiento ATB a cargo de gastroenterología. Se cita a control ambulatorio con cirugía hepatobiliar 6 semanas post tratamiento con cuadro infeccioso resuelto completando estudio con: Marcadores tumorales: AFP: 1,6 ng/mL (VN <7ng/mL); CEA: 0,4ng/mL (VN <4,3 ng/mL); CA125: 20 U/mL (VN <35 U/mL); CA19-9: 1.9 U/mL (VN < 27U/mL) RM abdomen con Primovist: Innumerables lesiones focales hepáticas, sin retención del contraste hepatoespecífico, estables respecto estudio previo. El diagnóstico diferencial considera origen hepatocelular de tipo adenomas esteatósicos (adenomatosis) Se Presenta a comité hepatobiliopancreático y se decide colecistectomía laparoscópica con biopsia hepática por sospecha de adenomatosis hepática. Los hallazgos intraoperatorios fueron: Hígado sin esteatosis, se observan múltiples lesiones de distintos tamaños con forma de diana, aplanadas en todo el parénquima hepático. Vesícula de paredes finas Se realiza colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria que resulta normal y se decide resecar una lesión por completo mediante hepatectomía no anatómica del segmento 3 con armónico, sin incidentes La paciente evoluciona de manera favorable y se decide alta el 1er día postoperatorio. Control ambulatorio el 7mo día postoperatorio sin complicaciones Biopsia informa: 1.- Vesícula biliar: Colecistitis crónica con colesterolosis vesicular difusa. colelitiasis. 2.- Hígado: Parénquima hepático subcapsular que presenta área de esteatosis de disposición nodular. resto de la arquitectura conservada. No se reconoce proceso neoplásico Se decide alta médica

CONCLUSIÓN: La importancia de este caso radica en tener presente a esteatosis nodular intrahepática como un diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas. La presentación nodular de esteatosis intrahepática nos debe plantear como alternativa a descartar las metástasis hepáticas. Los hallazgos imagenológicos sugerentes de esteatosis nodular intrahepático son lesiones múltiples, menores a 2 cm y la presencia de un borde graso rodeando la lesión. Es relevante el estudio y manejo de las lesiones hepáticas en equipos multidisciplinarios, en nuestra institución se presentan a un comité de patología hepatobiliopancreática decidiendo en conjunto con radiólogos, gastroenterólogos, cirujanos hepatobiliares, cirujanos endoscopistas las alternativas diagnósticas y terapéuticas.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA EN LESIÓN DE VÍA BILIAR

María Trinidad González D., Beatriz de la Maza P., Francisco Carriel A., Nicolás Rojas., Xabier de Aretxabala U., Felipe Castillo H.

Clínica Alemana Santiago - Universidad del Desarrollo - Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica (CL) se ha masificado como tratamiento de colecistitis aguda (CA). A pesar de ser el método quirúrgico de elección de la CA, algunos estudios apoyan que la CL está asociada a mayor tasa de complicaciones, como lesiones de vía biliar (VB) (0,6%), de vísceras adyacentes (0,14%) y lesiones vasculares (0,25%). En cuanto a las lesiones de VB, son graves y potencialmente mortales. Existen numerosas técnicas de reparación dependiendo de su clasificación y contexto clínico, dentro de las cuales se encuentran la hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux (HJA) y la reparación término terminal (TT). La anastomosis TT tiene menor tasa de complicaciones a corto y largo plazo, resultados comparables con la HJA a largo plazo, y mejores resultados de funcionalidad del sistema biliodigestivo y calidad de vida.

OBJETIVOS: Presentar un caso de lesión de VB advertida intraoperatoriamente en contexto de una CL, video de su reparación mediante anastomosis TT y resultados en relación con el seguimiento posterior.

CONTENIDO DE VIDEO: Mujer de 11 años ingresa a urgencias por cuadro de CA. Se realiza una CL en la que se advierte una lesión iatrogénica de VB, conducto hepático derecho aberrante posterior. Se realiza una reparación primaria TT con colangiografía intraoperatoria negativa para fuga, se instala una cisticostomía y un drenaje tubular en relación al lecho hepático. Paciente evoluciona favorablemente. Se realiza seguimiento periódico con colangiografía intrapabellón y controles. Evoluciona con fístula biliar externa de bajo débito. Retiro progresivo de drenaje a las 3 semanas posterior a cirugía, luego de colangiografía de control. Finalmente, luego de 1 mes y 10 días posterior a cirugía, se realiza retiro de cisticostomía bajo colangiografía intraoperatoria luego de observación de recanalización. Actualmente sin complicaciones luego de 2 meses de seguimiento. El manejo de las lesiones de VB son un desafío en la cirugía hepatobiliar. Generalmente las lesiones son iatrogénicas donde lo más frecuente es durante una CL, teniendo 2-3 veces más riesgo comparado con la técnica abierta. Su técnica de reparación y su pronóstico dependen de la clasificación en la cual se encuentre, para lo cual es muy relevante identificar la estructura lesionada. La anastomosis TT considera una serie de procedimientos a realizar incluyendo la exposición de los extremos proximal y distal del conducto biliar dañado, preparación del tejido anastomótico, anastomosis, entre otros. Considerar siempre un seguimiento activo mediante colangiografías intrapabellón, y controles clínicos y de débito de drenajes.

EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR CON COLEDOSCOPIO FLEXIBLE EN OBSTRUCCIÓN DEL COLÉDOCO DISTAL POR FRAGMENTOS DE ADENOCARCINOMA VESICULAR PAPILAR: REPORTE DE UN CASO.

William Acero, Melissa Mellado, Katherine Hernandez.

Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastian.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia más frecuente del sistema biliar. Tiene un mal pronóstico asociado a un diagnóstico generalmente tardío y con altas tasas de mortalidad. Se disemina tempranamente vía linfática, hematógena o por invasión directa. Un porcentaje menor de pacientes se presenta con obstrucción de la vía biliar secundaria a la progresión local lo que le otorga baja probabilidad de una cirugía potencialmente curativa.

OBJETIVOS: Reportar un caso de obstrucción de la vía biliar secundaria a fragmentos de adenocarcinoma vesicular papilar.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente masculino de 79 años, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidente cerebro vascular, sin cirugías previas. En contexto de cuadro febril se realizan estudios evidenciando alteración de pruebas hepáticas bilirrubina total 0.47mg/dL FA 1352UI/L, GGT 1256UI/L, GOT 100UI/L, GPT 158UI/L. Resonancia abdominal informa una neoplasia vesicular en bacinete de 3x2.1 cm, con compromiso de la confluencia de los conductos hepáticos y dilatación secundaria leve a moderada de la vía biliar intrahepática, cistocolédocolitiasis. Comité oncologico define manejo quirúrgico. Se realiza laparotomía exploradora, colecistectomía, coledocotomía, exploración de vía biliar con coledocoscopio flexible e instalación de sonda T. Intraoperatoriamente se evidencia zona tumoral a nivel de bacinete, sin palparse tumor en vía biliar. Se envían biopsias rápidas, ganglio 8 e intercavo-aórtico negativos para neoplasia, vesicula con cáncer papilar y displasia intraepitelial de alto grado a 2 mm de sección del conducto cístico. Durante coledoscopía se evidencian lesiones de aspecto vegetativo flotantes en colédoco distal, las cuales se extraen por completo con pinza Randall (enviados a biopsia diferida). Egresa en buenas condiciones. Biopsia quirúrgica reporta adenocarcinoma biliar papilar invasor bien diferenciado de 2.1cm en bacinete, infiltrante hasta la muscular, márgenes negativos, linfonodos negativos, invasión perineural presente, pT1bN0M0. Muestra de colédoco distal constituida por fragmentos de adenocarcinoma papilar vesicular y material de úlcera.

CONCLUSIÓN: La extensión de la neoplasia vesicular a la vía biliar cambia completamente el manejo quirúrgico de la patología, por lo que su correcto diagnóstico es necesario. En el caso presentado el diagnóstico se logró mediante exploración de la vía biliar con coledoscopio, destacando que la presencia de fragmentos tumorales es una causa infrecuente de obstrucción de la vía biliar.

PANCREATODUODENECTOMÍA ROBÓTICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO.

Carlos Garcia C. Guillermo Martinez S. Carlos Esperguel G. Ignacio Miranda C. Gonzalo Contreras H. Hector Cid B. Constanza Diaz G. Nicole Diaz A. Roberto Rodriguez P.

hospital Clinico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía (PD) puede ser realizada a través de tres vías de abordaje: técnica abierta o clásica, laparoscópica (total o asistida) o robótica. Existe mucha controversia con respecto a la efectividad de la técnica laparoscópica respecto a la abierta, ya que el principal estudio randomizado al respecto hubo de ser cerrado precozmente por la alta morbi mortalidad de la técnica laparoscópica. Sin embargo, la vía robótica ofrece ventajas sobre la vía laparoscópica y por lo tanto podría en un futuro y una vez asentada, ser una alternativa costo eficaz en comparación con la técnica abierta.

OBJETIVOS: Por medio de un video, se muestran los pasos claves y los puntos a remarcar en la técnica de la pancreatoduodenectomía robótica.

CONTENIDO DE VIDEO: En el video se enumeran los siguientes pasos de la técnica de pancreatoduodenectomía robótica: 1.- Colocación del paciente, instalación de trocares robóticos y de asistencia. 2.- Exploración abdominal con técnica laparoscópica. Liberación del ángulo duodenoyeyunal. 3.- Docking 4.- Disección supra pancreática derecha: identificación y disección linfática de los grupos 8 y 12 (a, b, p). Identificación y sección de arteria gastroduodenal y aislamiento de vía biliar. 5.- Maniobra de Kocher amplia. 6.- Liberación del ángulo duodenoyeyunal y paso de este a derecha supra cólica. 7.- Túnel y sección del cuello pancreático. 9.- Disección y liberación de vena mesentérica superior y porta. 10.- Sección del proceso uncinado. 11.- Sección de vía biliar 12.- Reconstrucción: hepático yeyuno anastomosis, pancreático yeyuno anastomosis y gastroyeyunoanastomosis. 13.- Revisión e instalación de drenajes. Discusión: Se muestran los principales pasos de la pancreatoduodenectomía robótica, en una experiencia inicial en esta vía de abordaje, con un grupo altamente entrenado en la técnica abierta y laparoscópica. Se enfatiza en la precisión, visualización y comodidad de la técnica robótica.

RESECCION DE METASTASIS HEPATICA CON AYUDA DE VERDE DE INDOCIANINA

Paul Brenner, Xabier Andonegui, Francisco Carriel, Marcelo Vivanco, Xabier De Aretxabala, Joaquín Jensen

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: Las metástasis hepáticas son el tipo más frecuente de metástasis en el cáncer de recto, producidas por diseminación hematógena desde la porta, correspondiendo al 50% de los casos. Aproximadamente el 25% de las metástasis hepáticas están presentes en el momento del diagnóstico y otro 25% aparecen durante la progresión de la enfermedad. Alrededor del 25% de estas metástasis hepáticas son resecables al momento del diagnóstico, pero esta cifra puede aumentar al 40% con la aplicación de neoadyuvancia. La utilización de verde de indocianina para la resección de metástasis hepáticas ha ido ganando importancia y terreno en la cirugía dado su buen perfil de seguridad. El tejido hepático sano elimina el verde de indocianina a las 2 horas de ser administrado, pero en el caso de metástasis hepáticas, este compuesto es retenido por la compresión que se produce en los conductos biliares por la masa tumoral, delimitando con un halo la lesión. Al momento de resecar la lesión con el halo incluido aumenta considerablemente la posibilidad de realizar una resección con márgenes negativos. De esta forma, se pueden definir de manera segura los límites de resecciones no anatómicas para lograr la resección completa de masa tumoral ahorrando en lo más posible tejido hepático sano.

OBJETIVOS: Mostrar un video de caso clínico de metastasectomía laparoscópica con ayuda de verde de indocianina en paciente con diagnóstico de cáncer rectal.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente con cáncer colorrectal en etapa IIB que se realiza resección anterior baja de recto con fin curativo y adyuvancia En el TAC de control al año, se evidencia masa hepática compatible con metástasis única en segmentos V-VI. Se realiza primera metastasectomía hepática en hospital Padre Hurtado, de lesión de 4 cms por vía laparoscópica con ayuda de verde de indocianina, no se evidencian otras lesiones. Biopsia indica bordes negativos. Paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio y se da de alta. Se vuelve a presentar caso a comité oncológico donde se decide indicar nuevo ciclo de QT. Actualmente, paciente cuenta con 1 año de seguimiento post metastasectomía sin evidencia de recidiva o complicaciones. En países occidentales, se estima que el riesgo de padecer cáncer colorrectal a lo largo de la vida oscila entre el 5 y 6%, de los cuales un 30% son cánceres de recto, siendo el adenocarcinoma el tipo más común (95%). Hasta un 50% de los pacientes con este diagnóstico, presentan metástasis hepáticas durante el curso de la enfermedad. Dado su gran importancia epidemiológica, es relevante discutir acerca de técnicas para el tratamiento seguro y efectivo de esta enfermedad. El problema recae en que alrededor de un tercio de las resecciones con fines curativos de las metástasis hepáticas de origen colorrectal terminan teniendo márgenes positivos (menos de 1 mm). Esta resección R0 es de vital importancia dado que, al realizar la resección de la metástasis como R0, aumenta la sobrevida a 5 años de un 10% a un 40%.

HERNIA Y PARED ABDOMINAL

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA LUMBAR DE TIPO GRYNFELT-LESSHAFT. A PROPÓSITO DE UN CASO.

A. Reyes B. (a), B. Briceño R. (b), N. Vergara T. (b).

a.- Cirujano Equipo Pared Abdominal y Hernias, Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile. b.- Residentes de Postgrado de Cirugía General, Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN: La hernia lumbar es un tipo muy infrecuente de hernia de la pared abdominal con 1,5%-2% del total y un reducido número de casos publicados. Puede producirse a través de dos triángulos anatómicos: uno superior o triángulo de Grynfelt-Lesshaft y uno inferior o triángulo de Petit. Se manifiesta como tumoración blanda y reductible y a menudo el paciente únicamente presenta molestias locales. El diagnóstico estará ayudado por técnicas de imagen como la ecografía, la resonancia magnética y la tomografía computarizada (TC), considerada la prueba estándar en el estudio de la hernia lumbar. Se describen varias técnicas para su reparación mediante abordaje convencional con incisión lumbar y abordajes laparoscópicos (transabdominal o totalmente extraperitoneal).

OBJETIVOS: Dar a conocer la presentación clínica y abordaje quirúrgico de esta patología de baja incidencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico de paciente con presentación clínica de Hernia de Grynfelt, en el Hospital San Juan de Dios, Región Metropolitana, en mayo de 2023. Revisión en base de datos con término de búsqueda: “Grynfelt Hernia”, “Laparoscopic repair of a lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature”.

RESULTADO: Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, presentando una lesión de cuatro años de evolución en región posterolateral izquierda de la pared abdominal que aumentaba con Valsalva, sin dolor, solo molestia. Al examen físico se evidencia una lesión en triangulo posterior superior izquierdo, reductible, sensible a la palpación profunda, sin cambios inflamatorios locales. En la TC de tórax, abdomen y pelvis, se confirma la existencia de una hernia a través del triángulo superior (o Grynfelt-Lesshaft) izquierdo de 40 x 67 mm con contenido adiposo perirrenal. Ingresa de forma ambulatoria para resolución quirúrgica, con abordaje laparoscópico transabdominal preperitoneal (TAPP), previa disección de saco se realiza retiro de lipoma preherniario, síntesis de defecto con PDS 1 y colocación de malla de polipropileno de peso mediano macroporosa de 10x10 cm sin fijación. Paciente fue dada de alta a las 24 horas de la intervención sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La reparación de la hernia lumbar está indicada para evitar posibles complicaciones y puede realizarse tanto por vía abierta como laparoscópica, en este caso se eligió el abordaje TAPP que permite evaluar el contenido del saco y la reparación del defecto lumbar, siendo un procedimiento seguro y efectivo que debe incluir la colocación de material protésico en forma de malla para reducir el riesgo de recidiva.

HERNIA OBTURATRIZ COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO

Nicolle Pinto, Brenda Briceño, Andrés Reyes, Pablo Babul

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La hernia obturatriz (HO) es una patología infrecuente (0,1% de todas las hernias). Descrita en el sexo femenino, adultas mayores, delgadas y multíparas. Asociada a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, constipación crónica y ascitis. Más frecuente a derecha porque el colon sigmoides puede cubrir el agujero obturador izquierdo. Presenta alta morbimortalidad, al ser subdiagnosticada por su clínica inespecífica.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico de hernia obturatriz complicada.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente con diagnóstico de hernia obturatriz complicada ingresada a través de servicio de urgencia y operada en servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios, en el año 2023.

RESULTADO: Paciente femenina, 78 años, 4 días de evolución de dolor abdominal epigástrico y periumbilical, asociado a náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones. Al examen físico paciente delgada, abdomen distendido, sin irritación peritoneal, sin otro hallazgo significativo. Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis informa obstrucción intestinal mecánica de intestino delgado con cambio de calibre en relación a hernia obturatriz derecha, sin signos de sufrimiento de asas. Se realiza laparotomía exploradora por laparotomía media infraumbilical (LMIU), evidenciando hernia obturatriz derecha, anillo de 7 mm, con segmento de 4 cm de íleon con signos de isquemia sin necrosis ni perforación. Se realiza queilotomía de anillo, liberación contenido y hernioplastía con plug de malla de prolene, fijándose a ligamento de cooper con punto simple de prolene 2-0. Evoluciona favorablemente, tránsito intestinal a las 48 hrs post operatorias, sin complicaciones postquirúrgicas.

CONCLUSIÓN: La HO no es palpable ni detectable por examen físico debido a su profundidad. Existen varias técnicas diagnósticas, siendo la TC de abdomen y pelvis la de elección. El tratamiento es la cirugía, con varios abordajes. El más común es a través de una LMIU. En este caso se utilizó este abordaje, sin requerimiento de resección intestinal dado hallazgos intraoperatorios. El tratamiento del defecto depende del tamaño, desde herniorrafia hasta uso de aponeurosis, epiplón o malla sintética. La HO es infrecuente y difícil de diagnosticar por clínica, por lo que suele ser subdiagnosticada. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal, especialmente en mujeres con factores de riesgo descritos. La TC abdominopélvica hará el diagnóstico, y la intervención quirúrgica temprana evitará su morbimortalidad. Para el abordaje debe preferirse la LMIU, el tratamiento del defecto dependerá de su tamaño y de la estabilidad del paciente durante la intervención.

REPARACIÓN ANATÓMICA DE HERNIA INCISIONAL SUBCOSTAL. REPORTE DE UN CASO.

Nicolle Pinto, Andrés Reyes

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Las hernias incisionales Kocher son complejas, existiendo separación progresiva de los músculos rectos, provocando cierre bajo tensión. Su incidencia es de 2 al 5%. Existen técnicas para repararlas, como la aproximación de ambos extremos del defecto semi sentando al paciente, y el refuerzo con malla.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico de reparación anatómica de hernia incisional subcostal.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta paciente operado de forma electiva en Hospital San Juan de Dios por hernia incisional de Kocher.

RESULTADO: Paciente masculino, 58 Años, colecistectomía abierta hace 4 años, por colecistitis aguda. Presenta aumento de volumen sensible en incisión. En TC de abdomen y pelvis se observan 2 anillos herniarios, confluentes. Uno supraumbilical en músculo recto abdominal derecho, de 8 cm x 13 cm, con segmento de colon transverso y asas de intestino delgado. Otro entre el músculo recto abdominal derecho y oblicuo ipsilateral, de 5 cm x 8 cm, contiene ciego, apéndice y asas de íleon terminal. Se realiza hernioplastía incisional, clasificación M1,2, L1, 2, 3, W3 (13 centímetros) con saco herniario multilobar de 40 centímetros. Abordaje por incisión de Kocher, tratamiento del saco, aproximación de fascia posterior y reconstrucción de músculo recto abdominal con PDS 0, con flexión de tronco a 35°. Malla prolene sublay, fijada con prolene 2-0; síntesis de fascia anterior small-bites prolene 2-0, celular subcutáneo con vicryl 3-0, piel con nylon 3-0. Postoperatorio inicia deambulación con kinesiólogo y faja abdominal. TC de control al mes informa signos de infarto omental mayor, sin recidiva. TC control a los 3 meses, con disminución significativa de signos de infarto omental, y pequeña hernia en línea media supraumbilical.

CONCLUSIÓN: En estas hernias, el músculo recto queda dividido en dos vientres con retracción progresiva. Si los márgenes del defecto pueden aproximarse con menos de 1,361kg de fuerza, sería posible una reparación primaria. Se sugiere refuerzo con malla cuando la tensión supera los 1,5 kilogramos. La sustitución completa por malla se reserva para pacientes con pérdida del plano músculo aponeurótico o con atrofia o fibrosis excesiva de los tejidos a reparar. Además de la técnica quirúrgica es importante la fase de despertar al paciente, evitando su agitación y aumento de presión intraabdominal. La reparación anatómica de la hernia incisional subcostal es una técnica segura y eficaz en el manejo de esta patología. Debe intentarse en todos los pacientes, salvo pequeñas excepciones, requiriendo uso de material protésico cuando exista también compromiso de la musculatura oblicua o exista pérdida de derecho a domicilio del contenido herniario.

NECROSIS INTESTINAL Y ATASCAMIENTO DE VEJIGA EN HERNIA INGUINAL INDIRECTA: ABORDAJE TOTALMENTE LAPAROSCOPICO EN UN CASO DE RARA PRESENTACIÓN CLÍNICA.

Enrique Biel W, Thomas Schaub F, Michelle Engelshoven J.

Universidad de Concepción. Clínica Sanatorio Alemán. Hospital Las Higueras de Talcahuano.

INTRODUCCIÓN: La hernia inguinal indirecta, salida de contenido abdominal a través del anillo inguinal profundo, es más frecuente que la directa en adultos. La vejiga está involucrada en 1-4% de todas las hernias inguinales, debido a una debilidad de la pared de la vejiga que facilita su paso al canal inguinal. La mayoría son casos asintomáticos, pero pueden presentarse con edema escrotal, disuria y necesidad de compresión manual para completar la micción. Sólo un 7% se diagnostica antes de la operación, 77% es hallazgo intraoperatorio y 16% postoperatorio por complicaciones. La cirugía es el pilar del tratamiento y la vía laparoscópica tiene el menor riesgo de complicaciones. Sin embargo, la laparoscopía es aún controversial cuando además se asocia compromiso intestinal, especialmente necrosis, siendo la vía abierta aún recomendada, pero con algunos estudios que muestras resultados comparables de la vía mínimamente invasiva.

OBJETIVOS: Presentar un caso de rara presentación de hernia inguinal complicada que fue abordado en urgencias por cirugía mínimamente invasiva y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado por laparoscopía en un centro Universitario de regiones, el año 2023. Revisión en base de datos Pubmed con términos de búsqueda: “incarcerated hernia”, “indirect inguinal hernia” y “inguinal bladder hernia”.

RESULTADO: Presentamos caso masculino de 68 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, que consulta en urgencias por retención de orina completa asociado a dolor abdominal. Al examen físico se pesquisa hernia inguinal derecha y la tomografía muestra hernia complicada conteniendo vejiga y un asa de intestino delgado, sin evidencias de sufrimiento intestinal. Se decide exploración laparoscópica, comprobando estos hallazgos; se reduce primero la vejiga, comprobando su indemnidad con azul de metileno vía vesical. Luego, debiendo ampliar el defecto, se logra reducción completa del intestino, con un segmento necrótico de 5 a 10 cm. Al no haber contaminación mayor, se decide realizar resección y anastomosis primaria totalmente vía laparoscópica, así como la hernioplastía con malla. La cirugía se completa totalmente laparoscópica, tiempo operatorio de 120 minutos y estadía hospitalaria de 3 días.

CONCLUSIÓN: Las hernias vesicales inguinales son un desafío diagnóstico y quirúrgico debido a sus síntomas inespecíficos y la falta de un enfoque estandarizado para el manejo. En nuestro caso la vía laparoscópica fue segura y con resultados favorables en cuanto a resolución completa de la hernia y la necrosis intestinal.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA DIAFRAGMÁTICA POST HEPATECTOMÍA DERECHA: REPORTE DE UN CASO

Enrique Biel W, Francisco Parada D, Michelle Engelshoven J y Camila Sepúlveda P.

Universidad de Concepción. Clínica Sanatorio Alemán. Hospital Las Higueras de Talcahuano.

INTRODUCCIÓN: Las hernias diafragmáticas (HD) adquiridas generalmente son causadas por traumatismos y la mayoría ocurre en el lado izquierdo. En el caso de las hepatectomías derechas, se pierde el efecto protector del hígado en la superficie diafragmática derecha lo que puede permitir la herniación de contenido abdominal hacia el tórax. La incidencia de HD post hepatectomía derecha es menor al 3% y puede provocar el encarcelamiento y estrangulación de los órganos abdominales.

OBJETIVOS: Presentar un caso de cirugía de urgencias por hernia diafragmática postoperatoria complicada y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso de paciente operado de urgencia en un centro Universitario de regiones, el año 2023. Revisión en base de datos Pubmed con términos de búsqueda: “Diaphragmatic hernia” y “Hepatectomy”.

RESULTADO: Se presenta el caso de un hombre de 63 años, con antecedentes de cáncer de colon derecho operado y tratado con quimioterapia, con historia de hepatectomía derecha por metástasis hepáticas 8 meses previo a la consulta y que ahora consulta en urgencias por cuadro de obstrucción intestinal. La tomografía de ingreso confirma la obstrucción intestinal alta secundaria a hernia diafragmática derecha complicada. Se realiza laparotomía exploradora, con muy difícil disección de la región comprometida, reducción herniaria comprobando vitalidad de asas intestinales y cierre del defecto diafragmático de aproximadamente 5 cm con sutura primaria con Ethibond 1. La vía de acceso fue la misma laparotomía previa con incisión de Lee, siendo el tiempo operatorio de 90 minutos y la estadía postoperatoria de 4 días, con evolución satisfactoria. En el protocolo quirúrgico de la hepatectomía realizado en otro centro, no se menciona que haya habido lesión diafragmática advertida; sin embargo, se refiere que la cirugía se inició vía laparoscópica y debió ser convertida de urgencia por hemorragia durante la transección hepática.

CONCLUSIÓN: Aunque la HD post hepatectomía es rara, puede tener consecuencias fatales debido a la incarceración de órganos abdominales, por lo que resulta indispensable un seguimiento estrecho de los pacientes que se sometieron a cirugía hepática mayor; y si hay síntomas agudos, la evaluación y el tratamiento deben iniciarse a tiempo. Podría plantearse el abordaje laparoscópico, pero en nuestro caso por la historia de conversión de urgencia no fue nuestra elección. Las características del defecto diafragmático nos permitieron una reparación directa con sutura, evitando los eventos adversos asociados con el uso de malla.

RESECCIÓN MULTIVISCERAL EN HERNIA DE MORGAGNI COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO.

G. Masia L., F. Ahumada K., N. Vergara T.

Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La hernia de Morgagni representa el 2-4% de todas las hernias diafragmáticas. La complicación quirúrgica es infrecuente y el manejo depende de la condición clínica del paciente, de la urgencia asociada y de la envergadura del defecto.

OBJETIVOS: Reporte de un caso de resección multivisceral en hernia de Morgagni complicada con estrangulamiento y perforación de estómago y de colon.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Paciente de 68 años, género masculino, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos. Consulta por cuadro de cinco días de dolor epigástrico de inicio súbito, persistente y refractario, asociado a vómitos explosivos y hematemesis posterior. Ingresa grave con shock séptico y distrés respiratorio, parámetros inflamatorios alterados, alza de CK total, acidosis metabólica y falla renal aguda. Tomografía computada revela vólvulo gástrico en contexto de gran defecto diafragmático asociado a neumatosis gástrica y esofágica. Se decide exploración quirúrgica abierta por vía abdominal. Hallazgos: Gran hernia de Morgagni con anillo herniario de 12 cm de diámetro y ocupación del 70-80% del hemitórax derecho conteniendo estómago y colon derecho, ambos con gangrena y perforación. El estómago presentaba un vólvulo mesoaxial y el segmento ileo-colónico derecho un vólvulo en su eje ileocecal. Se realizó gastrectomía subtotal, ilecolectomía derecha extendida y herniorrafia primaria del defecto diafragmático con sutura irreabsorbible. Dado la gravedad del paciente, se decide dejar laparostomizado y no realizar anastomosis primaria. A las 48 horas se reexplora y reconstituye el tránsito digestivo con gastroyeyunoanastomosis e ileotransversoanastomosis. Paciente evoluciona favorable en lo quirúrgico, sin complicaciones digestivas.

CONCLUSIÓN: La complicación grave de una hernia de Morgagni es extremadamente infrecuente. El diagnóstico precoz y el manejo oportuno por un equipo quirúrgico entrenado en cirugía digestiva es clave en los resultados y el pronóstico del paciente. En caso de no lograr una reducción segura del contenido herniario por vía abdominal, la toracofrenolaparotomía es una alternativa a considerar.

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN PARED ABDOMINAL DENTRO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Andrea Manrique C., Andrés Reyes B., Marvin Querales

Hospital San Juan De Dios

INTRODUCCIÓN: Una hernia se define como la salida de un órgano o parte de un órgano fuera de la cavidad que lo contiene a través de un defecto anatómico congénito o adquirido. Las hernias abdominales incluyen esencialmente las hernias de la pared abdominal anterior y las hernias inguinales (1). Dentro de las complicaciones que pueden presentarse es la incapacidad de tolerar el ejercicio físico, incomodidad en el día a día, así como complicaciones propias de una hernia (encarcelación, hernias gangrenadas, obstruidas, con perdida al derecho a domicilio) todo esto representando un problema para la calidad de vida de los pacientes y a su vez un desafío terapéutico para el cirujano (2). La aparición de este tipo de hernias depende mucho de factores predisponentes de cada individuo como por ejemplo obesidad, tabaquismo, enfermedades que implican mantener un esfuerzo físico (la tos crónica, las obstrucciones urinarias que dificulten el libre paso de la orina y la constipación crónica), esfuerzo físico intenso, descuido del postoperatorio de una intervención abdominal (2). La cirugía de pared abdominal es un procedimiento que se realiza para corregir hernias más allá del aspecto estético, en las cuales el intestino sobresale a través de una zona débil de los músculos abdominales, logrando restaurar la fuerza y estabilidad de los músculos que conforman la pared abdominal (3). Actualmente, este procedimiento es uno de los campos de la cirugía que en mayor medida presenta avances en técnicas y materiales, tales como la incorporación de la cirugía laparoscópica con incisiones y técnicas que se alejan de lo convencional trayendo mejores resultados y beneficios para el paciente y el equipo encargado del caso De hecho, se ha evidenciado que los postoperatorios y las altas precoces han impulsado a tomar como modelo de ambulatorización a la cirugía de la hernia (4). Por otro lado, los índices de recidivas, infección y otras complicaciones mejoran cuando aumenta la formación de los cirujanos, por lo que es importante que se empleen distintas técnicas en el abordaje según el tipo de hernia y tipo de paciente con el objetivo de adquirir mejores resultados a corto y largo plazo y convirtiendo esta forma de la cirugía en una verdadera especialidad (5). Es importante enfatizar que en la actualidad existen pocos equipos de cirugía de pared abdominal en los distintos hospitales del país, teniendo como consecuencia el aumento en las listas de espera para las cirugías electivas en esta área y al mismo tiempo el acumulo de pacientes en los otros equipos quirúrgicos encargados de otras patologías, por lo que resulta de interés evaluar las experiencias en otros países para destacar la importancia de generar dichos equipos. Es por ello que el objetivo de la presente investigación es realizar una evaluación de la literatura que permita destacar la importancia y necesidad de disponer de una formación especializada en cirugía de pared abdominal en los residentes de cirugía general.

OBJETIVOS: Destacar la importancia y necesidad de disponer de una formación especializada en cirugía de pared abdominal en los residentes de cirugía general a través de una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión descriptiva utilizando las frases asociadas a la cirugía de pared abdominal y formación: “Cirugía Pared Abdominal”, “Hernia”. Como palabras de búsqueda secundarias y utilizando los operadores lógicos AND y OR, se trabajó con las palabras “Especialización”, “Formación”, “Residencia” y “Actualización”. Se incluyó la búsqueda en el idioma inglés, utilizando las frases “Abdominal wall surgery”, “Specialization”, “training”, “Residence”, “update”. Como buscadores se utilizaron las bases de datos MedLine, Scopus, Scielo y Science Direct para identificar artículos de actualidad, artículos de revisión y retrospectivos. Los criterios de inclusión establecidos para la búsqueda han sido la utilización de artículos científicos sin límite de antigüedad y que hicieran referencia a la formación de cirujanos generales en pared abdominal. Se han excluido los artículos científicos que hacían referencia a la descripción del procedimiento o reportes de casos. Con base a los criterios de inclusión/exclusión establecidos, se lograron obtener principalmente 54 artículos científicos en revistas indexadas, con los cuales se realizó el análisis de la información y discusión del tema en estudio (Figura 1), obteniendo finalmente 4 artículos.

RESULTADO: Para la presente revisión se incluyeron 4 artículos de investigación que fueron los que cumplieron con los criterios de inclusión, se observa que los artículos incluidos tienen una antigüedad no mayor de 5 años, lo que indica que es reciente la necesidad de destacar la importancia de la formación en pared abdominal. Por otro lado, todos están orientadas a analizar el estado de la formación en pared abdominal, pero principalmente en Europa y ninguno de ellos realizado en América Latina. Köckerling et al. establece que para aumentar la formación de cirujanos en pared abdominal se puede crear un incentivo para estimular tanto a los residentes de cirugía como a los cirujanos generales en la creación de becas para la especialización, es decir, tener un presupuesto destinado para esta área formativa (6) Otro ejemplo que fue analizado es el publicado por Rodrigues Goncalves et al, en la revista World Journal of Sugery, donde determinan que los pacientes que fueron operados por cirujanos de la unidad especializada de pared abdominal mostraron resultados significativamente mejores en términos de recurrencia en comparación con cirujanos de otras especialidades (7). Si bien, actualmente existen estudios con desenlaces exitosos tan

bién está presente la carencia de métodos y expertos para llevar a cabo la implementación de la formación académica tanto en pregrado como en postgrado (5). Por su parte Valenzuela plantea que todos los residentes de cirugía general de los distintos años deban tener como requisito en su formación el abordaje de la patología de pared abdominal sugiriendo un plan formativo adaptado a la realidad de cada hospital y universidad (5), ya que, durante su formación, la patología de pared abdominal no está considerada de forma obligatoria durante su aprendizaje. Docobo Durantez F. propone que debe encontrarse la manera de tener un calendario y un plan estructurado para la constitución de un diseño formativo tanto en pregrado como en postgrado para el bordaje preciso de la cirugía de pared abdominal (8). Se pudo observar que todos los trabajos instan a fomentar la formación en los residentes de cirugía en el área de pared abdominal y al mismo tiempo realizar registros de cada actividad, cotejar la información de los postoperatorios y las revisiones continuas. No obstante, la formación no se limita al número de cirugías realizadas o el entrenamiento en laboratorios de simulación sino más bien en la creación de una unidad o especialidad específica para pared abdominal.

CONCLUSIÓN: Es importante señalar que se ha encontrado mayor incidencia en la población chilena durante los últimos años un aumento de la patología herniaria, uno de los factores que se ha visto reflejado en los distintos estudios es la obesidad, actualmente los estilos de vida saludable no son aplicados de forma continua y no permanecen en el tiempo afectando de forma considerable a la población, según las cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos en Chile el porcentaje de adultos que padecen de obesidad es de un 75% según las últimas estadísticas, la cual, ha ido en incremento en los últimos 13 años y posiciona a Chile como el país con mayor obesidad y sobrepeso de la OCDE, reflejando un problema de salud pública (9), en consecuencia, el incremento de pacientes con afecciones a nivel de la pared abdominal y a pesar de este volumen considerable no existen la cantidad de cirujanos especializados en este campo, esto puede estar en contexto por ausencia de la especialidad en los programas de postgrado; Es por ello que el Grupo de Cirujanos (ACCESS) de la Sociedad Europea de Hernia (EHS) recomienda la necesidad de la formación de cirujanos especialistas en hernias. El argumento más importante para esta recomendación es la creciente complejidad de la cirugía de la pared abdominal debido a nuevas técnicas, casos más difíciles, un enfoque personalizado reconocido y una mayor conciencia pública que exige nada menos que resultados óptimos del tratamiento (6). Es por ello, que, en los estudios analizados, se tiene como testimonio de que la expansión y modernización actual para el abordaje de la cirugía de pared abdominal va en creciente al mismo tiempo que con la formación de cirujanos capacitados, la idea es tener como patrón estos países de Europa para traer a Chile y el resto de América Latina este modelo de capacitación e implementarlo en las unidades de formación académica de cirugía.

HERNIOPLASTÍA Y FRENOPLASTÍA, UNA COLABORACIÓN ENTRE EQUIPOS

M. Jiménez; M. Oñate; C. Pérez; N. Ahues

Complejo Asistencial Victor Rios Ruiz

INTRODUCCIÓN: Las hernias incisionales tienen una prevalencia de 9 a 25% y pueden ser un verdadero desafío quirúrgico, ya que la reparación de la pared abdominal se ve perjudicada por la tensión lateral de esta. Para su manejo, se puede inyectar toxina botulínica en los músculos de la pared abdominal para lograr una relajación por parálisis espástica, permitiendo un cierre sin tensión. Esto reduce efectivamente la recurrencia de estas y sus complicaciones.

OBJETIVOS: Se presenta un paciente de sexo masculino de 43 años, con antecedentes de dolicomegacolon y múltiples cirugías previas, provocando una hernia incisional en línea media supra-infra umbilical, asociado a hernia inguinal derecha y diafragmática izquierda.

MATERIAL Y MÉTODO: Se infiltra toxina botulínica A en la pared abdominal, con apoyo por suplementación multivitamínica diaria y kinesioterapia enfocada en rehabilitación del CORE como parte del proceso preoperatorio, planificando la cirugía definitiva con TAR bilateral, frenoplastía con malla y hernioplastía inguinal derecha.

RESULTADO: La aplicación de toxina botulínica en la pared abdominal anterior, logró una expansión de 4 centímetros por lado, debido a la relajación de la musculatura, permitiendo desarrollar la cirugía en una sola intervención entre el equipo de pared abdominal y tórax, consiguiendo la reconstrucción anatómica de las estructuras afectadas y adecuada rehabilitación funcional.

CONCLUSIÓN: Al realizar una cirugía bien planificada y en coordinación, se logra en una sola intervención resolver ambas hernias, que corresponden a manejo de diferentes áreas, generando una rápida recuperación del paciente y un postoperatorio sin complicaciones ni recidivas, lo que mejora la calidad de vida del paciente.

CASO CLÍNICO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gonzalo Carrasco L., Cristian Vargas G., Macarena Saavedra T., Diego Vallejo P., Consuelo Mura P., Jasmín Orrego M.

Hospital San Jose

INTRODUCCIÓN: Las hernias diafragmáticas se definen como el paso de los órganos abdominales a la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. Se puede dividir en congénita o adquirida, siendo las mas frecuentes en adulto y Sudamérica, las causadas por lesiones penetrantes secundarias a arma blanca. Suelen no ser diagnosticadas en la primera aproximación medica en relación con la lesión traumática y presentar síntomas o complicaciones tardías. Los síntomas son muy variados e incluso asintomáticos por años.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de hernia diafragmática crónica complicada.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 41 años, con el antecedente de herida por arma blanca abdominal hace 7 años, consulta al servicio de urgencias del por dolor tipo puntada en parrilla costal izquierda de 7 días de evolución, asociado a disnea, malestar general y fiebre. Ingresa en regulares condiciones generales, taquicárdico, polipneico, febril, al examen físico murmullo pulmonar abólido a izquierda destaca PCR 554 y leucocitosis de 28.600. Se solicita radiografía de tórax que evidencia opacidad casi total del pulmón izquierdo que borra el receso costo frénico. Se complementa el estudio con una TAC que informa: Colección pleural izquierda con características de empiema. Colapso casi completo del pulmón ipsilateral. Paciente ingresa a pabellón, se realiza pleurostomia izquierda, instalando tubo pleural de 32 french en el 5to, dando salida a 1.700cc de aparente liquido de retención gástrica

RESULTADO: En este contexto se decide toracotomía exploradora. Se realizó una cirugía en 2 tiempos, en primera instancia, una toracotomía anterolateral izquierda a nivel del 5to espacio intercostal, que evidencia hernia diafragmática complicada de contenido gástrico perforado, se realiza aseo de cavidad y liberación de múltiples tabiques fibroticos, liberación del lóbulos pulmonares En el segundo tiempo, se realizó una laparotomía media supra umbilical donde se identificó el defecto diafragmático, se procede a reducción de la hernia evidenciando necrosis con perforación de la totalidad del cuerpo gástrico. En vista de las graves condiciones generales del paciente, se decide realizar cirugía de control de daños. Se realiza sección gástrica a distal y proximal del segmento necrótico con stappler lineal quedando un muñón gástrico a proximal y distal de aprox 4 cm cada uno, se instala drenaje tipo petzer para sendos muñones. Se decide laparostomia. Caso revisado por equipo de cirugía digestiva se planifica reconstitución con esofagoyeyuno anastomosis en y de roux una vez estabilizado el paciente.

CONCLUSIÓN: El diagnostico de hernia diafragmática requiere de una alta sospecha clínica debido a la cronicidad y en gran parte de los casos una escasa sintomatología de los pacientes. Los órganos más frecuentemente herniados corresponden al estómago, colon transverso e intestino delgado. Siendo el hemidiafragma izquierdo el comprometido en el 90% de los casos. El abordaje quirúrgico, torácico o abdominal, dependerá principalmente de las complicaciones asociadas a la lesión y el tiempo de esta. En nuestro caso de realizo una cirugía en dos tiempos definiendo en última instancia una cirugía para contención de daños.

TAR ROBÓTICO CON HUGO-RAS PARA REPARACIÓN DE HERNIAS VENTRALES COMPLEJAS: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.

Nicolás Quezada, Maria Jesus Irarrazaval, Fernando Pimentel, Fernando Crovari

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La separación posterior de componentes (TAR, por el inglés transversus abdominis release) es una técnica efectiva para el tratamiento de hernias de línea media de gran tamaño. Recientemente se ha demostrado la seguridad del TAR por vía robótica y su asociación con mejores resultados postoperatorios al compararlo con cirugía abierta. Actualmente no existe evidencia disponible con respecto al uso de la nueva plataforma robótica HUGO-RAS para la reparación de pared abdominal.

OBJETIVOS: Describir nuestra experiencia inicial en TAR para la reparación de hernias ventrales utilizando la plataforma HUGO-RAS.

MATERIAL Y MÉTODO: Todos los pacientes que fueron sometidos a TAR robótico en nuestra institución fueron incluidos. Tres de los cuatro brazos del robot HUGO-RAS fueron utilizados. La configuración de cada brazo fue definida caso a caso por el equipo quirúrgico y el personal de la compañía. Se reportan las variables operatorias y morbilidad.

RESULTADO: Cinco pacientes fueron incluidos. La mediana de IMC fue de 30 (21-35,6) kg/m2 y de altura 1,56 m (1,5-1,75). Se observó una tendencia en la disminución de tiempos operatorios, tiempo de consola y tiempo de redocking en los consecutivos casos. No se reportaron eventos intraoperatorios ni morbilidad asociada en los cinco pacientes. La mediana de estadía hospitalaria fue de 2 (2-4) días.

CONCLUSIÓN: El TAR robótico utilizando HUGO-RAS es factible y seguro. El uso de esta plataforma ha sido exitoso para la reparación de hernias ventrales complejas en nuestro equipo.

HERNIA UMBILICAL ATASCADA CON CONTENIDO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Francisco Villalobos Miranda, Fernando Avalos Valenzuela, Juan Pablo Rocha Vargas, Carlos González Torres, Daniel Hernández Clark, Nicole Cuneo Barbosa, Rodrigo Sánchez Marchant, Gabriel Sandoval Silva.

Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile. Escuela de Medicina Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

INTRODUCCIÓN: Las hernias umbilicales son defectos comunes de la pared abdominal en adultos. Pueden ser adquiridas o congénitas, generalmente contienen tejido adiposo pre peritoneal, omento o asas intestinales. La herniación del páncreas a través de hernia umbilical es muy rara. Los pseudoquistes pancreáticos son un tipo de tumor quístico, complicación de pancreatitis aguda. Aunque hay reportes de pseudoquistes pancreáticos en hernias hiatales, no existen en hernias umbilicales.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico sobre hallazgo intraoperatorio de Pseudoquiste Pancreático en una Hernia Umbilical Atascada complicada.

MATERIAL Y MÉTODO: Se obtuvo información de la paciente por medio de su historia clínica, exámenes de laboratorio e imagen, con previa autorización y firma de consentimiento informado.

RESULTADO: Paciente de 59 años con antecedentes de hernia umbilical y dos hospitalizaciones por pancreatitis aguda con necrosis pancreática, acude al servicio de urgencia por dolor abdominal intenso, aumento volumen umbilical 12x12 cm, indurado, violáceo, sensible, con exudado espontáneo de coloración café y mal olor. Los laboratorios mostraron anemia moderada y elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza laparotomía exploradora por hernia umbilical complicada atascada. En intraoperatorio, se observa aumento de volumen umbilical irreductible, con salida de líquido oscuro, sin mal olor. Se realiza laparotomía en omega, resecando saco herniario con epiplón, sin signos de sufrimiento. Se evidencia “saco herniario” como pseudoquiste pancreático de 5 x 15 cm, con base en cuerpo pancreático. Se realiza aseo de la cavidad y se instala drenaje tubular. En postoperatorio, se solicita colangioresonancia para evaluar fístula pancreática, que informa pancreatitis aguda necrotizante, asociado a múltiples colecciones intraabdominales compatibles con necrosis amurallada. Al séptimo día postoperatorio, se realiza tomografía evidenciando colección subcapsular hepática de 12,8 x 4,5 cm, el cual es drenado por radiología intervencional. Paciente evoluciona con disminución del débito de drenajes y parámetros inflamatorios. Tomografía de control evidencia colección hidroaérea de la pared abdominal en línea media que comunica a través de trayecto fistuloso con el trayecto subcutáneo del drenaje que ingresa por fosa iliaca derecha. Finalmente, dada la buena evolución clínica, la paciente fue dada de alta.

CONCLUSIÓN: La migración del páncreas hacia una hernia umbilical es muy rara. No obstante, en pacientes con hernias umbilicales grandes, puede manifestarse como episodios recurrentes de pancreatitis aguda. Esta condición excepcional debe considerarse en diagnósticos diferenciales en pacientes con hernia umbilical grande y sin factores de riesgo típicos para pancreatitis.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI

Nicolás Quezada, María Jesús Irarrázaval, Iván Paul, Fernando Pimentel, Fernando Crovari

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Las hernias de Morgagni son poco frecuentes y representan 2-4% de las hernias diafragmáticas congénitas. El ascenso de órganos abdominales al tórax y sus potenciales complicaciones hacen que la reparación quirúrgica esté indicada tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos.

OBJETIVOS: Video de reparación de hernia de Morgagni laparoscópica con malla.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente mujer de 70 años. Consulta por cuadro de dos meses de dolor abdominal, compromiso del estado general y vómitos. TAC evidencia hernia de Morgagni con ascenso de colon y estómago. Se decide resolución quirúrgica. Neumoperitoneo e instalación de trócares. Identificación de defecto herniario y reducción de colon, estómago y omento. Se crea flap peritoneal, cierre de defecto de 4x8 cm con sutura barbada no absorbible usando pledjets. Instalación de malla progrip logrando adecuado overlap de defecto. Cierre de flap peritoneal. Paciente a los 18 meses postoperatorios asintomática y TAC con reparación conforme, sin recurrencia.

ETEP TAP PARA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL COMPLEJA.

María Jesús Irarrázaval, Sergio Riveros, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Nicolas Quezada

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La separación posterior de componentes (TAR, por el inglés transversus abdominis release) es efectiva para el tratamiento de hernias ventrales complejas. El abordaje mínimamente invasivo ofrece ventajas como recuperación más acelerada y menor morbilidad en comparación con la cirugía abierta.

OBJETIVOS: Video de TAR por eTEP para reparación de hernia ventral compleja.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 51 años con antecedente de colecistectomía y reparación de hernia ventral hace 15 años. Consulta por hernia inicional M1-M3 W2. Se decide realiza eTEP TAR. Acceso precostal izquierdo, instalación de trócares en hipocondrio y flanco izquierdo. Creación de espacio retrorectal izquierdo, crossover hacia lado derecho a través de espacio preperitoneal inguinal. Se identifica la línea alba, sección de vaina posterior de recto izquierda y disección a través de espacio preperitoneal hacia lado derecho. Sección de vaina posterior de recto izquierda y acceso a espacio retrorectal de ese lado. Disección y apertura de saco herniario. Inicisión en lamela posterior de musculo oblicuo interno y sección de músculo transverso abdominal de lado derecho completando TAR de ese lado. Instalación de trócares en lado derecho. Se completa TAR de lado izquierdo, logrando adecuado afrontamiento de saco visceral. Cierre de saco visceral con sutura barbada no absorbible. Cierre de defectos y línea media anterior con sutura barbada no absorbible. Instalación de malla de polipropileno logrando adecuado overlap. Instalación de drenaje sobre malla, retiro de trócares bajo visión directa. Cierre.

TAR ROBÓTICO CON HUGO-RAS PARA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL COMPLEJA

Nicolas Quezada, María Jesús Irarrázaval, Fernando Pimentel, Fernando Crovari

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La separación posterior de componentes (TAR, del inglés transversus abdominis release) es una técnica efectiva en el tratamiento de hernias ventrales complejas. El abordaje robótico ha demostrado ser seguro y con mejores outcomes a corto plazo en comparación con la cirugía abierta.

OBJETIVOS: Video de TAR robótico utilizando HUGO-RAS para reparación de hernia ventral compleja.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente mujer de 55 años con antecedente de bypass gástrico abierto, cirugía revisional y múltiples cirugías posteriores por infección de herida operatoria. Consulta por hernia incisional M1-M3 W3, se decide TAR robótico. Posicionamiento de trócares y docking. Adherenciolisis de asas adheridas a la pared abdominal. Sección de vaina posterior de recto abdominal, disección de espacio retro rectal identificado y respetando pedículos neurovasculares. Disección de grasa subxifoidea y hacia caudal en especio preperitoneal respetando ligamentos umbilicales. Sección de musculo transverso abdominal en su porción aponeurótica y muscular; se completa TAR de lado derecho. Instalación de trócares contralaterales y redocking. Mismo procedimiento en lado izquierdo. Cierre de saco visceral con sutura barbada no absorbible. Cierre de defecto y línea media anterior con sutura barbada no absorbible. Instalación de malla 30x30 cubriendo completamente saco visceral. Instalación de drenaje sobre malla. Cierre.

CAPACITACIÓN Y EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE HERNIAS LAPAROSCOPICAS EN RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE Y FINIS TERRAE

A Manrique, A Reyes, G Ortega-Rincones, M Querales

Hospital san Juan De Dios

INTRODUCCIÓN: Las hernias son un defecto de la continuidad de las estructuras fasciales y/o músculo-aponeuróticas de la cavidad abdominal que conllevan a una salida o protrusión del contenido de la pared abdominal a través de un orificio o un defecto anatómico que puede ser congénito o adquirido1. Son alteraciones comunes, presentando una prevalencia alrededor del 1.7% para todas las edades, pero con mayor incremento en personas mayores a los 45 años. De los tipos de hernias, las más comunes son las inguinales, representando el 75% de todas las hernias de la pared abdominal, afectando principalmente a los hombres2. Aun cuando los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de las hernias han ido evolucionando con el pasar de los años, la técnica abierta de Lichtenstein de libre tensión es aún el procedimiento mayormente utilizado, con resultados óptimos y bajas tasas de recurrencia3,4. Sin embargo, con la llegada de la laparoscopia, nuevas técnicas se han implementado entre las cuales se encuentran la hernioplastia inguinal laparoscópica (TAPP) y la técnica totalmente extraperitoneal (TEP)4. Si bien los resultados finales entre las técnicas no han mostrado diferencias estadísticamente significativas, los procedimientos laparoscópicos al eliminar la necesidad de abrir la cavidad abdominal y permitir la operación en el espacio peritoneal anterior del paciente para completar el tratamiento, traen mayores beneficios en comparación con la técnica de Lichtenstein, incluyendo menor dolor, una recuperación más rápida y un menor riesgo de complicaciones5–7. En Chile, a pesar de las ventajas que se han reportado en el tratamiento de las hernias mediante laparoscopía, aún existe un escaso abordaje para la enseñanza y difusión de estos procedimientos en los residentes de cirugía. De hecho, los recién graduados en la especialidad de cirugía general tienen entre un 8% y un 20% de experiencia en resolución incluyendo la salud pública y privada. Por otro lado, en los pensum de distintas universidades, como por ejemplo la Universidad de Chile, no aparece la pasantía del manejo de hernias simples y complejas de pared abdominal por vía laparoscópica8. Tomando en consideración que los programas de formación médica en la especialidad de cirugía general deben contar con una parte fundamental en cuanto a la práctica y destrezas del residente dotándolo de capacidades al momento de realizar las distintas cirugías y fomentar la resolución con menores secuelas y morbilidad para el enfermo, resulta fundamental la promoción de la enseñanza y capacitación de las técnicas de laparoscopia para el tratamiento de hernias. Por tanto, el objetivo del presente estudio es evaluar si los residentes de diferentes hospitales de cirugía general de la región metropolitana de Santiago de Chile poseen experiencia y/o capacitación en el manejo de hernioplastia de pared abdominal vía laparoscópica. Esto como base para la creación de futuros programas educativos que ahonden en estas áreas en los

OBJETIVOS: Evaluar si los residentes de diferentes hospitales de cirugía general de Santiago de Chile poseen experiencia y/o capacitación en el manejo de hernioplastia de pared abdominal vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo que incluyó 39 residentes del postgrado de cirugía general de las Universidades de Chile y Finis Terrae y pertenecientes a varios hospitales de la Región Metropolitana de Santiago, durante los meses de septiembre a noviembre de 2022, los cuales respondieron voluntariamente a un cuestionario que abarcó los aspectos más generales asociados a la capacitación y experiencia en la hernioplastia por laparoscopia.

RESULTADO: 95% de los encuestados no tenía experiencia como primer cirujano en hernioplastia laparoscópica, a la vez que menos del 10% de los evaluados posee estudios previos en técnica de hernioplastia laparoscópica y 44% se considera capacitado realizando una cirugía mínimamente invasiva. Por otro lado, el 59% de los hospitales a los cuales pertenecían los encuestados posee un centro de simulación laparoscópico.

CONCLUSIÓN: Se insta a los programas de postgrado de cirugía del país a fomentar el entrenamiento en centros de simulación y la utilización de la laparoscopia como tratamiento para las hernias.

EXPERIENCIA DE HERNIOPLASTIA LAPAROSCOPICA EN NUEVO CENTRO ASISTENCIAL

Carmen Torrijos C. (1), Ximena Concha S. (1), Víctor Ortiz R. (1), Liumariel Vegas S. (1), Antonella Bombin F. (2), Catalina Rodríguez C. (2), Pablo Vera T. (3).

(1) Equipo Cirugía General. Complejo Asistencial Padre Las Casas. (2) Interna Medicina Universidad Autónoma. (3) Alumno Medicina Universidad de La Frontera. Servicio de Salud Araucanía Sur

INTRODUCCIÓN: La patología herniaria inguinocrural es una cirugía electiva frecuente, clásicamente resuelta por vía anterior, pero en los últimos años se plantea su resolución ya sea de forma primaria o ante una recidiva, por vía laparoscópica.

OBJETIVOS: Describir los pacientes intervenidos por vía laparoscópica en el Complejo Asistencial Padre las Casas (CAPLC) debido a patología herniaria inguinocrural.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de cirugías de Octubre 2020 - Marzo 2023, seleccionando pacientes con hernia inguinocrural intervenidos por laparoscopia en el CAPLC, analizando ubicación, lateralidad, antecedentes, técnica y complicaciones postoperatorias. Se elaboró base de datos en Microsoft Excel 2016, realizando análisis estadístico de tipo descriptivo.

RESULTADO: Entre Octubre 2020 - Marzo 2023 se resolvieron 131 pacientes con patología herniaria inguinocrural por vía laparoscópica. Promedio de edad 61,4 años, desviación estándar (DS) 13,2, género masculino 81%, hernia inguinal 97,7%, hernia femoral 2,3%. Respecto a la lateralidad 30% bilateral, 42% derecha, 28% izquierda. El índice de masa corporal promedio 30, DS 20,9. Un 14% diabéticos, 11% con tabaquismo activo. 20% con antecedentes de hernioplastía: 10 % en mismo lado, 5% lado contrario y 5% bilateral. 47% con ecografía preoperatoria. La técnica laparoscópica utilizada en un 52% fue totalmente extraperitoneal (TEP), en un 48% fue transabdominal preperitoneal (TAAP). Existieron 2 conversiones una en TEP por dificultad para acceder al espacio preperitoneal y otra en TAAP por síndrome adherencial severo. Durante el periodo 2020-2021 se efectuaron 52 intervenciones (40%), entre enero a Diciembre 2022 50 cirugías (38%) y Enero – Marzo 2023 29 pacientes (22%). Tiempo operatorio promedio 94 minutos, DS 38,1. 100 pacientes (76,3%) fueron ambulatorios, promedio de días de hospitalización 3, DS 1,83. Reoperaciones en 4 pacientes (3,1%) todas por hematoma. Dolor postoperatorio presente en 40% de los pacientes. Hematoma postoperatorio en 10,7%. Sin mortalidad postoperatoria asociada.

CONCLUSIÓN: Los pacientes intervenidos en el CAPLC por vía laparoscópica para resolución de patología herniaria inguinocrural son hombres de la tercera edad, con hernia inguinal derecha, obesos, un quinto de ellos con antecedentes de hernioplastía, la técnica laparoscópica está dividida equitativamente entre TAAP y TEP. La principal complicación postoperatoria fue el hematoma y también la mayor causa de reintervención, sin embargo, a largo plazo la complicación más frecuente es el dolor postoperatorio. Sin mortalidad en esta revisión.

HERNIA DE AMYAND COMO HALLAZGO DE HERNIOPLASTIA POR HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE: REPORTE DE UN CASO

Guillermo Pérez P. (1), Felipe García F. (1), Emily Osse M.(3), Francisca Palacios D.(3). Isidora Burgos G. (2)

Hospital Felix Bulnes Cerda

INTRODUCCIÓN: La hernia inguinal de Amyand, definida por la presencia del apéndice cecal, es un hallazgo infrecuente con incidencia estimada alrededor de 0.19-1.7%. El diagnóstico preoperatorio se formula en una minoría de los casos, especialmente cuando se presenta sin complicaciones agudas, definiendo la conducta quirúrgica según la forma de presentación

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con hernia inguinoescrotal con hallazgo intraoperatorio de hernia de Amyand.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de un paciente con hernia inguinoescrotal gigante, irreductible sometido a hernioplastia electiva en que se encontró contenido herniario con íleon terminal, ciego, colon ascendente proximal y apéndice cecal.

RESULTADO: Paciente masculino de 70 años con antecedente de hipertensión arterial evaluado en policlínico de cirugía general por historia de aumento de volumen inguinal derecho de 14 años de evolución. Al examen físico destaca hernia inguinoescrotal derecha de 40 cm con anillo de 10 cm, irreductible y no dolorosa. Ecografía confirma diagnóstico, sin otros hallazgos. Se realiza hernioplastia evidenciando contenido herniario de 1 metro de íleon, ciego, colon 10 cm ascendente y apéndice cecal, sin cambios inflamatorios ni fibróticos, concordante con hernia de Amyand tipo I según la clasificación de Losanoff y Basson, logrando reducirse a cavidad abdominal sin apendicectomía. Se completa hernioplastia con malla sintética mediante técnica de Lichtenstein. Durante postoperatorio mediato presentó hematoma escrotal postquirúrgico, manejado de forma conservadora, sin otras complicaciones. Por favorable evolución es dado de alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Si bien la patología herniaria es uno de los motivos de consulta más comunes, la hernia inguinal de Amyand es una forma de presentación infrecuente y su hallazgo intraoperatorio requiere un adecuado manejo para evitar complicaciones, especialmente en el contexto de una hernia gigante.

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE TAPP INGUINAL EN HOSPITAL EMERGENTE DEL NORTE GRANDE DE CHILE.

Antonio Mercandino S, Carlos Sandoval S, Carlos Fagundez L, Pablo Gonzalez B, Iván Vergara H, Patricio Toro E, Bárbara Carreño M, Matias Mercandino S.

Equipo de Cirugía, Hospital Carlos Cisternas, Calama, Chile.

INTRODUCCIÓN: La hernioplastia laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP) se ha convertido en una opción ampliamente utilizada en la reparación de hernias inguinales.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial con esta técnica en un hospital público del norte de Chile, el cual se reinauguró en el año 2017, creciendo en su nivel de complejidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo descriptivo de pacientes sometidos a TAPP inguinal desde abril de 2022 hasta enero de 2023 en Calama Todos los pacientes fueron operados por el mismo equipo quirúrgico y en la misma institución, tras capacitación en laparoscopía avanzada y técnica TAPP. Además, se presentó un programa para la adquisición de insumos como la malla ProGrip y sutura barbada. Se incluyeron únicamente pacientes con IMC menor a 32 kg/m2 con hernias inguinofemorales unilaterales o bilaterales, con o sin recidiva, que se sometieron a cirugía electiva, y con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se excluyeron pacientes con hernias inguinoescrotales o directas grandes, cirugías pre peritoneales previas o de urgencias, así como aquellos con comorbilidades importantes. Se recopilaron datos prospectivamente, analizando variables demográficas, quirúrgicas, complicaciones y recidiva a los 6 meses mediante examen clínico. Para el análisis descriptivo, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

RESULTADO: De 45 pacientes, el 75,5 % (34) fueron incluidos en este análisis, 61.7 % hombres y 38.2 % mujeres. La edad promedio fue de 56 años (23 - 78), y el IMC preoperatorio de 29.3 kg/m2 (23 - 31,7), El 52.9 % presentaba comorbilidades, siendo la hipertensión arterial la más común 14.7%. El tiempo operatorio promedio fue de 80 minutos (50 - 210). Las hernias derechas representaron el 47 %, izquierdas el 20.5 % y las bilaterales el 32,5 %, un 20.5 % de casos corresponden a recidiva. El tipo de hernia más frecuente fue la derecha indirecta 27 %, seguida por la izquierda directa y derecha directa con un 25 % cada una. Solo se registró una complicación postoperatoria (2,9 %) - hematoma escrotal de un TAPP bilateral, que se trató de forma conservadora. No se observó recidiva durante los 6 meses de seguimiento.

CONCLUSIÓN: Nuestros hallazgos muestran que implementar un programa de TAPP inguinal en hospitales emergentes puede ser seguro y efectivo, y con baja tasa de complicaciones. Sin embargo, la duración del seguimiento y el tamaño de la muestra limitan este estudio.

HERNIOPLASTIA INGUINAL ROBÓTICA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.

Guillermo Martinez S. Gonzalo Contreras H. Constanza Diaz G. Rocio Witto E. Catalina Retamal A. Carlos Garcia C. Carlos Esperguel G. Ignacio Miranda C. Hector Cid B.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La hernia inguinal es una patología de alta prevalencia. Actualmente la laparoscopia es el gold Standard para su reparación, pero la hernioplastia inguinal robótica facilita la sutura intracorpórea, mejora la visualización para el cirujano y mejora la ergonomía, además de ser una técnica segura y replicable por lo que se presenta como una alternativa en centros que disponen de esta tecnología.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra serie inicial con sus resultados perioperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes operados entre octubre de 2022 y julio 2023. Se analizaron los datos perioperatorios; siendo la técnica de elección la hernioplastia inguinal con malla de Polipropileno autoadherente por abordaje transabdominal (TAPP).

RESULTADO: Durante el período comprendido entre agosto 2022 y julio 2023 se operaron 20 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal. No se requirió conversión en ningún caso. La edad promedio de los pacientes fue 55.8 años y un 60% presentaba comorbilidades. Del total de pacientes 35% tenían hernias inguinales bilaterales, 25% hernia inguinal derecha y 40% izquierda. El tiempo promedio de cirugía bilateral fue de 90 minutos mientras que unilateral de 65.6 minutos, existiendo una curva de aprendizaje con tiempo decreciente. El tiempo promedio de docking fue de 6.9 minutos. El promedio de estadía intrahospitalaria fue de 1.4 días. Al control postoperatorio 6 pacientes presentaron inguinodinia leve (29.1%), sin recidiva herniaria hasta la fecha.

CONCLUSIÓN: La Hernioplastia Inguinal asistida por Robot es hoy en día una técnica segura y reproducible. Su curva de aprendizaje es rápida y en nuestra serie tiene resultados perioperatorios comparables con la hernioplastía inguinal laparoscópica.

CIRUGÍA TORÁCICA

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN: COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA MEDIASTÍNICA

Carolina Bonomo, Eduardo Muñoz, Fernando Olguin

Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Castleman es una enfermedad infrecuente, descrita por primera vez en 1954. Se trata de desorden linfoproliferativo benigno de etiología incierta, que puede presentarse con diversos patrones histológicos y manifestaciones clínicas. El tipo histológico más frecuente es hialino vascular. Se clasifica según su distribución anatómica en tipo unicéntrico (localizado) y multicéntrico (generalizado); siendo el primero más común. En nuestro país aún no hay estudios de prevalencia. El diagnóstico es desafiante dado su baja incidencia y escasos síntomas hasta estadíos avanzados.

OBJETIVOS: Se presenta caso de un paciente de 38 años con enfermedad de Castleman tratado en el Hospital La Florida Dra Eloísa Díaz Insunza.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación de caso clínico.

RESULTADO: Paciente masculino de 38 anõs, sin antecedentes mórbidos, que consultó en el servicio de urgencia por cuadro de dolor de inicio súbito en hemitórax derecho asociado a disnea y taquicardia. Se solicitó Angio-TAC de tórax observándose masa solída mediastıńica paratraqueal derecha, homogeńea, de 7x7x6 cm, con finas calcificaciones. Además, se observó la presencia de un tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentario y subsegmentario del lob́ulo superior derecho. Fue hospitalizado para manejo del TEP, evoluciona sin incidentes. Luego del alta se realizó ́fibrobroncoscopıá evidenciándose abombamiento de la pared anterior del bronquio fuente derecho. Se realizo ́biopsia por puncioń con aguja de Wang para citologıá y bloque celular con resultado negativo para celúlas neoplaśicas. Se solicitó ademaś, serologıá BHCG y Alfa-fetoproteıńa (AFP), ambas en rango normal. Resto de estudio imagenologıćo con TAC de cerebro con contraste, de abdomen y pelvis y ecografıá testicular sin hallazgos significativos. Se decidió escisioń quirurǵica mediante toracotomıá posterolateral derecha amplia y se resecó tumor de forma completa, sin incidentes. Evolución postoperatoria favorable. Resultado de biopsia tumoral describió arquitectura de ganglio linfatıćo distorsionada debido a proliferacioń vascular prominente e hialinizacioń de las paredes de vasos. Centros germinales con depleciońde linfocitos, mostrando celúlas foliculares dendrıficas y atravesados por vasos penetrantes. Aŕeas interfoliculares con extensa proliferacioń vascular con hialinizacioń perivascular. Se diagnosticó enfermedad de Castleman de tipo hialino-vascular.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Castleman es un diagnóstico poco frecuente y estudiado. Sin embargo, su variante unicéntrica se debe considerar dentro del diagnóstico diferencial de una masa mediastínica o adenopatías mediastínicas múltiples. En el caso de la enfermedad localizada, como fue nuestro paciente, el tratamiento es la resección tumoral quirúrgica y tiene buen pronóstico con bajos reportes de recidiva.

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y MORBIMORTALIDAD DE LAS BIOPSIAS PULMONARES QUIRÚRGICAS EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Ruben Alejandro Valenzuela Matamala, Alejandra Riquelme Urrutia, Diego Esteban Paredes Gallardo, Emilia Neves Jiménez, Claudia Bolados Alvarez, Pedro Carrasco Galleguillos, Hugo Alvarez Martínez, Pablo Andrés Pérez Castro

Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Se denomina Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) a un conjunto heterogéneo de patologías caracterizadas por inflamación y fibrosis pulmonar. El diagnóstico basado en patrones clínicos o radiológicos puede ocasionalmente ser insuficiente para iniciar un tratamiento. La biopsia pulmonar quirúrgica es una alternativa cuando se requiere aumentar la precisión diagnóstica luego de discusión multidisciplinaria.

OBJETIVOS: Describir el rendimiento diagnóstico, morbilidad y mortalidad de las biopsias quirúrgicas pulmonares en un hospital público chileno.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte retrospectiva de todos los pacientes a quienes se realizó biopsia quirúrgica por diagnóstico de EPID entre los años 2010 y 2020, indicada por un comité multidisciplinario. Se excluyen procedimientos similares o biopsias con diagnóstico de EPID como hallazgo incidental.

RESULTADO: 38 pacientes intervenidos, mediana de edad de 63 años, 47% femenino. Solo 1(2,6%) paciente operado de urgencia, y 34 (89,5%) por videotoracoscopía. 5 (13,1%) pacientes presentaron morbilidad, en 4 de ellos fuga aérea, ninguno requiriendointervención adicional. No hubo rehospitalización, reoperación ni mortalidad a 90 días. En el 95% de los casos se alcanzó un diagnóstico preciso de la EPID tras discusión multidisciplinaria.

CONCLUSIÓN: Se observa un alto rendimiento diagnóstico y una baja morbimortalidad en los pacientes estudiados. La baja frecuencia de procedimientos de urgencia y la adecuada indicación en comité multidisciplinario puede haber contribuido a la baja morbilidad. En sintesis, la biopsia pulmonar quirúrgica en un Hospital General tiene un alto rendimiento diagnóstico cuando se discute en comité multidisciplinario para precisar el diagnostico en EPID, con una baja morbimortalidad si se seleccionan adecuadamente los pacientes.

TIMOMAS Y CARCINOMAS TÍMICOS EN LA REGIÓN DE ANTOFAGASTA: UN FENÓMENO DIFERENTE AL CONOCIDO EN CHILE

C. Corrales, P. Pereira, J. Rojas, A. Siccha, N. Noriega, M. Castellanos.

Universidad de Antofagasta; Hospital Regional Dr. Leonardo Guzman de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Los Timomas (TM) y Carcinomas Tímicos (CT) son neoplasias infrecuentes. En chile se ha descrito: Histología más frecuente el Timoma B, más prevalente en mujeres y los carcinomas son escasos.

OBJETIVOS: Conocer la expresión de estas neoplasias en la Región de Antofagasta y analizar la sobrevida global (SG) asociada a histología y terapia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, analítico, retrospectivo. Seleccionamos pacientes con diagnóstico histológico de TM o CT atendidos en el Hospital Regional de Antofagasta período 2011-2021; tabulamos datos sociodemográficos y clínico-patológicos estimamos SG con método Kaplan – Meier y pruebas de rango logarítmico para establecer significancia estadística entre las comparaciones.

RESULTADO: Registramos 76 pacientes, 43 TM y 33 CT. Características de la serie: Histología B3 para TM, escamoso en CT, invasión estadío IV para ambos, presentación incidental (25%), comorbilidades HTA (36%), Miastenia Gravis (21%). Terapia: Cirugía más QT y/o RT adyuvante (33%), QT y/o RT exclusiva (30%), Cirugía exclusiva (21%), teniendo SG a 5 años de 87%, 32% y 84% respectivamente, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre las dos primeras terapias (LR *p-value* 0,001 – IC 95%). La SG según histología a 3 - 5 y 9 años es 90%, 73% y 52% respectivamente en los TM y 78%, 52%, 27% respectivamente en CT, alcanzando significancia estadística (LR *p-value* 0,03 - IC 95%).

CONCLUSIÓN: Esta casuística es la más alta reportada en Chile. Mantiene similitudes con las anteriormente reportadas en histología, variables clínico-patológicas y de SG, sin embargo, presenta una considerable mayor prevalencia de CT, haciendo de esta patología un fenómeno diferente al descrito en Chile.

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR ASOCIADO A ANEURISMA AURICULAR IZQUIERDO, RESECCIÓN QUIRÚRGICA. REPORTE DE UN CASO.

Doris Perez, Carlos Arrue, Matías Campos, Diego Paredes, Pablo Perez, Rubén Valenzuela, Hugo Álvarez, Carlos Orfali

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La malformación arteriovenosa pulmonar definida como comunicación vascular anormal entre arterias y venas pulmonares presenta baja incidencia y elevada morbimortalidad asociada a complicaciones como abscesos cerebrales, accidentes cerebrovasculares y hemoptisis que al ser masiva puede causar la muerte. La mayor proporción de las malformaciones arteriovenosas son de origen congénito.

OBJETIVOS: Reportar un caso de malformación arteriovenosa pulmonar asociado a un aneurisma auricular manejado en el Hospital San Juan de Dios.

MATERIAL Y MÉTODO: Hombre de 44 años, lipotimias aisladas de 4 años evolución. Tabaquismo suspendido. Consultó por cuadro de dolor torácico no irradiado, asociado a disnea de inicio súbito. Al examen físico, cianosis acral y perioral, saturación de oxígeno 88% ambiental. Laboratorio con poliglobulia e hipoxemia. AngioTAC tórax: Shunt arteriovenoso en el lóbulo pulmonar inferior derecho, ocasionando una dilatación varicosa de la vena pulmonar inferior derecha de 5,4 x 5,9 cm, la cual se comunica con la aurícula izquierda. Cintigrafía de perfusión pulmonar: Shunt derecha-izquierda de 33%. Ecocardiograma Transtorácico: hipertrofia concéntrica leve de ventrículo izquierdo, con fracción de eyección estimada en 73%. Dado paciente joven, con persistencia de síntomas, se maneja hospitalizado y se define realizar lobectomía inferior derecha y resección de aneurisma en conjunto con equipo cardiocirugía dado riesgo de rotura de aneurisma.

RESULTADO: La segunda causa más común son las malformaciones arteriovenosas de tipo esporádicas. Revisiones de literatura reportan sintomatología en la mitad de los pacientes, siendo la disnea la de mayor frecuencia. El diagnóstico por imágenes constituye un hallazgo. El tratamiento actual más usado es la embolización bajo radiología intervencional, pero existe un grupo selecto de pacientes que se beneficia de tratamiento resectivo. En nuestro caso, no disponemos de radiología intervencional, por lo tanto, con paciente sintomático y lesión asociada a un aneurisma auricular con riesgo de rotura y graves complicaciones, se decide efectuar resección quirúrgica en conjunto al equipo de cardiocirugía. Procedimiento realizado sin requerimientos de circulación extracorpórea y sin morbilidad postoperatoria. En controles post alta, paciente asintomático, reversión de cianosis y sin compromiso de capacidad cardiopulmonar.

CONCLUSIÓN: Patología de baja incidencia y elevada morbimortalidad. No se reportan casos asociados a aneurismas cardiacos. Paciente manejado quirúrgicamente de forma exitosa, sin complicaciones postoperatorias ni alteración de la capacidad cardiopulmonar.

NEUMONECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA. REPORTE DE 2 CASOS Y DISCUSIÓN DE INDICACIONES

J Castro G. P Dobbs E, H Álvarez M, R Valenzuela M, P Pérez C.

Hospital San Juan De Dios

INTRODUCCIÓN: La cirugía mínimamente invasiva torácica tiene ventajas demostradas en cuanto a tiempo de recuperación, dolor postoperatorio, complicaciones respiratorias, sin repercutir negativamente en el resultado oncológico al considerar resecciones mayores como lobectomías y segmentectomías. La neumonectomía por a VATS se ha descrito como una alternativa segura con resultados similares al abordaje toracotomía estándar.

OBJETIVOS: Comunicar resultados preliminares de neumonectomias VATS realizadas en una institución pública chilena.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de 2 casos de neumonectomías VATS realizados en Hospital San Juan de Dios durante el año 2023.

RESULTADO: Caso 1; paciente 65 años con masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo de 32 mm cT2N1M0. Ingresa a pabellón donde se identifica adenopatía hiliar 11R íntimamente adherida a arteria pulmonar principal y a bronquio principal, sin capacidad de quedar R0 sin neumonectomía, definiéndose intra-pabellón la indicación de una neumonectomía izquierda. Biopsia diferida informa adenocarcinoma papilar invasor con compromiso ganglionar N1, borde libre bronquial 0.2cm. Evoluciona clínicamente estable, alta al 6to día, completa quimioterapia adyuvante con cisplatino-etoposido. Caso 2 paciente de 25 años, con antecedente de sarcoma pobremente diferenciado de células pequeñas en muslo izquierdo, tratada con resección tridimensional + quimioterapia adyuvante con Doxorubicina + ifosfamida el año 2021. Presenta en su seguimiento una masa pulmonar yuxta-hiliar derecha de 35 x 37 mm sugerente de metástasis + nódulo pulmonar, periférico, de base pleural, localizado en el segmento posterior del lóbulo superior derecho de 28mm+ 2 nódulos pulmonares en língula. En contexto de oligometástasis se decide realizar neumonectomía por VATS para alcanzar una resección R0. Evolución satisfactoria con alta al 5to día. Biopsia confirma sarcoma, linfonodos libres de enfermedad, borde negativo a 1cm.

CONCLUSIÓN: La neumonectomía VATS tiene indicaciones precisas. Si bien la dificultad técnica puede ser una barrera para realizarla, la decisión es el elemento más importante y consiste en tener la seguridad de que no es posible realizar una resección pulmonar más económica, convicción multidisciplinaria respecto al claro beneficio oncológico en lograr la resección R0 y tener el respaldo de que el paciente fisiológicamente será capaz de tolerar una neumonectomía

HEMOPTISIS MASIVA COMO COMPLICACIÓN DE ACTINOMICOSIS PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paulina Pérez, Alfonso Oropesa, Marliz Buck, Carlos Figueroa.

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Universidad San Sebastián, Sede de La Patagonia

INTRODUCCIÓN: La actinomicosis pulmonar es una enfermedad rara causada por la bacteria *Actinomyces*. Suele manifestarse como una inflamación granulomatosa crónica con necrosis central, fibrosis periférica y gránulos de azufre. Afecta principalmente a hombres. Los síntomas son inespecíficos y se confunden con otros trastornos pulmonares. La hemoptisis masiva es una complicación poco común pero potencialmente mortal. Presentamos un caso de hemoptisis masiva secundaria a actinomicosis pulmonar tratado con éxito mediante lobectomía de urgencia.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico infrecuente, la importancia de sospecharlo para evitar complicaciones y revisar la literatura existente.

MATERIAL Y MÉTODO: Se discute caso previa revisión de base de datos y análisis de este en relación con evidencia publicada.

RESULTADO: Paciente masculino de 29 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad tipo I. Fue hospitalizado previamente por neumonía necrotizante en el lóbulo superior derecho. Inicialmente se diagnosticó como neumonía, con biopsia percutánea compatible, pero la evolución fue desfavorable. En los controles ambulatorios se realizó una tomografía computarizada (TAC) que mostró persistencia de una masa cavitada en el lóbulo superior derecho. Se hospitalizó nuevamente para una reevaluación diagnóstica. Durante su ingreso, presentó hemoptisis masiva asociada a inestabilidad hemodinámica, la cual fue manejada con éxito mediante lobectomía de urgencia. La biopsia quirúrgica reportó estructuras filamentosas correspondientes a *Actinomyces spp*.

CONCLUSIÓN: La actinomicosis pulmonar es poco común debido a los avances en los tratamientos antimicrobianos y la mejora de la higiene bucal. Se presenta principalmente en adultos jóvenes y afecta más a hombres. La presentación clínica es inespecífica y se confunde con otros trastornos pulmonares. Los hallazgos radiográficos suelen ser una consolidación o masa. El diagnóstico se realiza mediante una biopsia pulmonar con estudio histológico. El tratamiento consiste en terapia antibiótica prolongada, pero en casos de complicaciones como la hemoptisis masiva, puede requerir cirugía. En nuestro caso, se manejó inicialmente como un diagnóstico de neumonía complicada, pero debido a la evolución larvada y la complicación con hemoptisis masiva, se realizó una cirugía de urgencia y posteriormente se confirmó la actinomicosis mediante biopsia. A pesar de su baja incidencia, es importante considerarla en el diagnóstico diferencial de los trastornos pulmonares crónicos o infecciosos. El tratamiento adecuado, ya sea antibiótico o quirúrgico, puede llevar a una buena recuperación en estos pacientes.

CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES OPERADOS POR MEDIASTINITIS DURANTE EL PERIODO 2019-2023 EN UN CENTRO DE ATENCION TERCIARIA.

R. Varas, A. Cornejo, F. Espejo, J. Lobos, O. Rodríguez.

Complejo Asistencial Dr. Victor Ríos Ruiz

INTRODUCCIÓN: La mediastinitis es una infección grave del tejido conjuntivo del mediastino. Puede ser secundaria a cirugía cardiaca, perforación esofágica (PE), perforación traqueobronquial, infecciones pulmonares o abscesos cervicales, esta última conocida como mediastinitis descendente (MD). El Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz (CAVRR) cuenta con cirugía torácica desde el 2018, por lo que se presenta la experiencia inicial de esta patología.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y resultados quirúrgicos de los pacientes operados de mediastinitis en el CAVRR entre 2019-2023.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de todos los pacientes operados de mediastinitis en el CAVRR. Se extrajeron los datos desde la ficha electrónica del hospital. El análisis se realizó con estadística descriptiva básica en Microsoft Excel®.

RESULTADO: Se operaron un total de 10 pacientes, 7 fueron hombres. La mediana edad fue de 40 años (25-75 años). El 50% presentaba alguna comorbilidad. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: odinofagia (50%), fiebre (30%), disnea (30%) y dolor torácico (30%). En 7 pacientes la causa fue MD y en tres PE. El abordaje quirúrgico más usado fue la toracotomía posterolateral (TPL) bilateral con drenaje cervical. La mediana de operaciones realizadas por paciente fue de 5 (1-9 cirugías). En el 50% de los cultivos operatorios se logró aislar un microorganismo, siendo *Streptococcus anginosus* el más frecuente (40%). La estadía en la unidad de cuidados intensivos tuvo una mediana de 32 días (6-57 días) y la mediana de días de ventilación mecánica fue de 21,5 días (6-45 días), requiriendo traqueostomía el 60%. La mediana de la duración de la hospitalización fue de 42 días (6-113 días). La mortalidad operatoria fue de 1 paciente, producto de una perforación esofágica asociada a carcinoma escamoso en tratamiento con radioterapia y prótesis esofágica autoexpandible

CONCLUSIÓN: La mediastinitis es una afección grave, con una alta morbimortalidad y estadía hospitalaria prolongada, siendo el diagnóstico y tratamiento oportuno determinante en el pronóstico. La TPL es el abordaje más usado para el drenaje de colecciones que involucren el mediastino posterior como en la MD y PE. El único paciente que falleció fue por falla orgánica múltiple por sepsis debido a un diagnóstico tardío de la PE. Asociamos la baja mortalidad a un enfoque agresivo y al seguimiento estricto clínico y radiológico de los pacientes, teniendo en cuenta la limitante del tamaño de la muestra, siendo nuestros resultados similares a los descritos en la literatura.

OSTEOSINTESIS COSTAL EN COMPLEJO ASISTENCIAL VICTOR RÍOS RUÍZ, LOS ÁNGELES.

R. Varas, A. Cornejo, F. Espejo, J. Lobos, O. Rodríguez.

Complejo Asistencial Dr. Victor Ríos Ruiz

INTRODUCCIÓN: El trauma torácico es un motivo frecuente de consulta en el Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruíz (CAVRR). Actualmente las fracturas costales (FC) abarcan un importante número de pacientes y son causa de largas estadías hospitalarias y complicaciones pulmonares. La osteosíntesis costal (OTSC) es un tratamiento cada vez más utilizado, no sólo en caso de tórax volante (TV), teniendo otras indicaciones actualmente.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y resultados quirúrgicos de los pacientes con OTSC en el CAVRR.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes tratados con OTSC con sistema STRACOS® en CAVRR entre enero de 2020 y mayo de 2023. Se extrajeron los datos desde la ficha electrónica. El análisis se realizó con estadística descriptiva en Microsoft Excel®.

RESULTADO: Se operaron un total de 40 pacientes, 36 (90%) fueron hombres. Mediana edad fue de 62,5 años (24-87 años). El 72,5% presentaba alguna comorbilidad. La mediana de la puntuación de la gravedad de lesiones (ISS) fue de 25 (0-50). Los mecanismos de lesión más frecuentes fueron: accidente automovilístico (42,5%), caída altura o nivel (35%) y atropello (10%). Las lesiones asociadas más frecuentes fueron: hemotórax (65%), contusión pulmonar (62,5%), neumotórax (60%), fractura columna vertebral (27,5%), fractura de escápula (25%) y trauma esplénico (7%). La mediana de costillas fracturadas fue de 7 (1-13). La indicación de la OTSC fue: TV (47,5%), dolor invalidante (45%) y deformidad de la pared torácica (5%). Se realizó videtoracoscopía al 97,5% de los pacientes. La mediana de tiempo operatorio fue de 115 minutos (55-247). Se realizó OTSC izquierda en el 52,5%, derecha en el 40% y bilateral en el 7,5% de los casos. La mediana de clips instalados fue 5,5 (1-13). La mediana de estadía en la unidad de paciente critico fue de 4 días (1-27) y de hospitalización 17,5 días (3-55 días). 8 pacientes (20%) requirieron ventilación mecánica, con una mediana de duración de 8,5 días (2-13). 4 pacientes (10%) cursaron con neumonía y 2 pacientes (5%) requirieron reintervención, uno por empiema más infección del sitio quirúrgico y otro por hemotórax. No hubo mortalidad operatoria.

CONCLUSIÓN: La evidencia ha demostrado que la OTSC disminuye la estadía hospitalaria y las complicaciones pulmonares como la neumonía. Nuestros resultados son similares a los descritos en la literatura con respecto a tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria total y neumonía.

NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACUPUNTURA: REPORTE DE CASOS

María Trinidad González, Pablo Pérez, Manfred Zink, José Ignacio Ortega, Raimundo Santolaya, Raúl Berrios

Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: El neumotórax traumático es la presencia de aire en la cavidad pleural como consecuencia de un traumatismo. La gravedad de este último dependerá de la magnitud, de la velocidad de instalación, la reserva pulmonar previa y de su eventual repercusión hemodinámica. La acupuntura es una técnica de medicina complementaria utilizada mundialmente, sus complicaciones son escasas, pero pueden llegar a ser de gravedad.

OBJETIVOS: Presentación de cuatro casos clínicos inusuales de neumotórax traumático posterior a la realización de acupuntura dorsal y sus respectivos manejos y resultados.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de casos

RESULTADO: Se presentan 4 casos en un transcurso de un año. Se trata de mujeres de 31, 39, 40 y 48 años, respectivamente, que consultan por dificultad respiratoria y dolor torácico luego de someterse a la realización de acupuntura dorsal dentro de los últimos dos días. Se diagnostica en esta pequeña serie un neumotórax unilateral severo, que requirió pleurostomía, un neumotórax unilateral leve manejado con observación y dos neumotórax bilaterales, uno de los cuales fue severo y requirió pleurostomía. A pesar de que ningún caso requirió manejo quirúrgico, todos requirieron evaluaciones en servicio de emergencia, hospitalización, síntomas molestos y la mitad de estos una intervención relativamente invasiva como es una pleurostomía. En control ambulatorio se comprueba expansión del parénquima pulmonar con resolución completa del neumotórax en todos los casos.

CONCLUSIÓN: Dentro de las complicaciones más graves descritas en acupuntura, se encuentra el neumotórax, taponamiento cardiaco, sangrado, infecciones e incluso lesiones de médula espinal. Uno de los países que más practica esta técnica es China donde los casos de neumotórax secundario a acupuntura reportados son limitados debido a su baja tasa de pesquisa. Debido al aumento de uso de acupuntura en occidente y la morbilidad asociada, se hace necesario considerar como cirujanos el neumotórax como una causa de dolor o disnea temporalmente próximo a este procedimiento.

ASPERGILOMA BILATERAL CON HEMOPTISIS MASIVA, MANEJO CON LOBECTOMÍA SECUENCIAL: REPORTE DE CASO

María Trinidad González, Pablo Pérez, Manfred Zink, José Ignacio Ortega, Raimundo Santolaya, Raúl Berrios

Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: El aspergiloma pulmonar es una de las formas clínicas de la aspergilosis pulmonar, producida por diversas especies de Aspergillus, creciendo en bronquios ectásicos y grandes cavidades preexistentes. En las últimas décadas ha aumentado su incidencia, debido al aumento de la expectativa de vida y la mejor sobrevida de los pacientes inmunocomprometidos. Esta última afecta generalmente a pacientes inmunocomprometidos o pacientes con patologías pulmonares previas tales como la tuberculosis.

OBJETIVOS: Presentación de un caso clínico inusual de aspergiloma pulmonar bilateral y sus resultados posterior a un manejo quirúrgico secuencial.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

RESULTADO: Se trata de una paciente mujer de 34 años peruana, sin antecedentes mórbidos, que consulta en servicio de urgencias por un episodio de hemoptisis masiva recurrente autolimitada sin otros síntomas asociados. Al examen físico ingresa con una saturación de 92% con una FIO2 de 21%, frecuencia respiratoria de 26 rpm y presión arterial límite inferior. Destaca un murmullo pulmonar disminuido en ambos ápices pulmonares. Dentro de los exámenes de laboratorio realizados sólo destaca una anemia moderada ferropénica, resto de exámenes dentro de rangos de normalidad. Se realiza una angiografía por tomografía computarizada de tórax que muestra como diagnóstico aspergiloma pulmonar bilateral en lóbulo superior derecho e izquierdo por lo que se decide manejo quirúrgico secuencial. Se realiza una lobectomía superior derecha y luego izquierda, sin incidentes. En control ambulatorio se obtienen resultados favorables con ausencia de síntomas u otras complicaciones postoperatorias. En seguimiento a 8 meses de la última cirugía paciente permanece con buena evolución clínica, asintomática y sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El Aspergiloma pulmonar es una enfermedad grave con una mortalidad que puede alcanzar hasta un 85%. Este puede estar presente sin provocar síntomas por un largo periodo de tiempo en alrededor de un 50% de los casos. Dentro de sus síntomas más frecuentes, tal como se demuestra en este caso clínico, se encuentra la hemoptisis, que puede llegar a ser masiva con una alta mortalidad asociada. Debido al aumento en su incidencia y la gran mortalidad que conlleva es necesario considerar esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales de una hemoptisis y reconocer la necesidad de un manejo quirúrgico.

EXPERIENCIA INICIAL QUIMIOTERAPIA TORÁCICA HIPERTÉRMICA (HITHOC) PARA EL TRATAMIENTO DE MESOTELIOMA MALIGNO EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

N. Von Jentschyk, P. Perez, P. Salman, E. Henriquez, H. Alvarez, D. Paredes. R. Valenzuela

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma pleural maligno (MPM) es una neoplasia rara y agresiva asociada principalmente con la exposición ocupacional al asbesto. El pronóstico es ominoso, con una tasa de supervivencia a los 5 años <10%. El abordaje terapéutico óptimo para la MPM en etapa temprana aún no está universalmente estandarizado, principalmente debido a su naturaleza difusamente infiltrante, a los métodos de estadificación clínica imprecisos y a la dificultad de obtener una resección quirúrgica completa. Dado que no se espera que la citorreducción quirúrgica produzca una resección R0, la cirugía debe ser parte de un tratamiento multimodal, que incluya quimioterapia y/o radioterapia. La quimioterapia hipertérmica intratorácica (HITHOC) es una dosis alta y concentrada de quimioterapia infundida en 3-4 litros de solución salina normal (según el tamaño del tórax), calentada a 38-43°, introducida y circulada en el tórax durante 60 minutos después de la pleurectomía quirúrgica /decorticación, pero también después de neumonectomía extrapleural. El HITHOC actúa con una doble acción: el fármaco quimioterápico tiene un efecto local y directo sobre las células tumorales mientras que la hipertermia potencia el impacto de la quimioterapia aumentando su penetración en el tejido.

OBJETIVOS: Presentamos la experiencia inicial el Chile en el uso de esta técnica en 2 pacientes sometidos a pleuroneumonectomía extra pleural y 1 paciente sometido a pleurectomía / decorticación asociada a HITHOC.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación. de casos clínicos (3), tecnica utilizada y discusión de esta.

RESULTADO: CASO 1 59 años, masculino. Trabajador de soldador de tuberías de cobre. IPA 26. septiembre 2022, se realiza biopsia por videotoracoscopia más pleurodesis con Steri-Talc. Biopsia definitiva confirma mesotelioma maligno epitelioide. Estudio función pulmonar normal, PET-CT engrosamiento pleural nodular izquierdo hipermetabólico, en partes con calcificaciones, asociado a engrosamiento nodular cisural. Enero 2023 se realiza pleuroneumonectomía extrapleural + HITHOC con cisplatino 100 mg + doxorrubicina 200 mg por 1 hora, bien tolerada. Cirugía sin complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato. Seguimiento postoperatorio paciente con evolución favorable, ECOG 0, realizando todas las actividades de la vida diaria, saturando 99% ambiental. Sin signos de recidiva a la fecha. CASO 2 64 años, sexo masculino, antecedentes de HTA. Trabajo en fábrica con asbesto a los 18 años por un año. IPA 19. VTC diagnostica el 28/11/22 con biopsia definitiva que informa: Mesotelioma Epiteloide. Estudio de función pulmonar limite. Abril 2023: Pleurectomía decorticación + quimioterapia hipertérmica intraoperatoria (cisplatino + doxirubicina) En control post op con leve dolor en la parrilla costal derecha. Disnea de mediano esfuerzo, hasta 2 pisos de escalera, lento. Tos en disminución, expectoración serosa. Sin ortopnea. Iniciará quimioterapia adyuvante. Sin evidencia de recidiva a la fecha. CASO 3 59 años, femenino, padre fue funcionario pizarreño, casa en la que vivía construida en partes con material de pizarreño. Abril 2023 VTC con biopsia pleural que informa: Mesotelioma Maligno Epiteloideo. Se decide realizar pleuroneumonectomía extra pleural izquierda + HITHOC con cisplatino 100 mg + doxorrubicina 200 mg por 1 hora. Actualmente en 3er día post operatorio, en evolución favorable.

CONCLUSIÓN: En el caso de un MPM localizado en pacientes con un buen estado funcional se ha tratado dentro de un concepto multimodal que incluye quimioterapia neoadyuvante, neumonectomía extrapleural (EPP) y radioterapia adyuvante para aumentar la esperanza de vida. Se describe en la literatura que los pacientes después de una resección completa macroscópica asociado a HITHOC tuvieron una supervivencia significativamente mejor con 28,2 meses en comparación con 13,1 meses en pacientes con resección incompleta del mesotelioma (P <0,0001). Si bien es una experiencia inicial, con seguimiento a corto plazo, se destaca la novedad de este tratamiento en nuestro país, otorgando una ventana a mejorar la sobrevida de este grupo de pacientes con conocido pronostico ominoso con terapias actuales. Se destaca además la posibilidad de discutir temas técnicos del uso de la quimioterapia hipertérmica intratorácica, no bien descrito aun en la literatura disponible.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y SUPERVIVENCIA DE UNA COHORTE DE TUMORES PRIMARIOS Y QUISTES DE MEDIASTINO RESECADOS

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Alejandra Riquelme U., Sebastián Barra M., Diego Saldivia Z., Andrés Schaub C., Patricio Madrid C., Alejandro Pérez G., Rodrigo Reyes M., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente", Concepción, Chile. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios (TM) y quistes de mediastino son una entidad heterogénea, siendo las neoplasias epiteliales del timo (NET), los quistes de mediastino y los tumores de células germinales los más frecuentes. Su resolución es predominantemente quirúrgica. Los TM se clasifican según su localización en TM anterosuperior, medio y posterior, y su supervivencia está relacionada a su ubicación y tipo histológico. En nuestro medio, son escasas las publicaciones que caractericen los TM y quistes de mediastino resecados.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas, resultados del tratamiento quirúrgico y supervivencia de una cohorte de TM y quistes de mediastino resecados.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de una cohorte de 95 casos que incluyó a todos los TM y quistes de mediastino operados de forma consecutiva con intención resectiva en Hospital Clínico Regional "Dr. Guillermo Grant Benavente", de Concepción-Chile. Se excluyeron casos operados con intención diagnóstica. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y protocolos quirúrgicos previa aprobación por comité ético-científico de la institución. Se describieron variables: edad, sexo, síntomas y signos, abordaje quirúrgico, grado de resección, tipo de TM, tipo histológico, morbilidad y se calculó la mortalidad estimada a 5 años mediante curvas de Kaplan-Maier con prueba de log-rank. Para análisis estadístico se utilizó SPSSv25 y se consideró significativo un valor $p<0,05$.

RESULTADO: Total 95 casos de TM y quistes de mediastino resecados, siendo la mayoría mujeres con 55 (57,9%) casos. Edad promedio 51,7 ± 16,2. En 35 (36,8%) casos existió dolor torácico, en 27 (28,4%) disnea y 23 (24,2%) casos se presentaron asintomáticos. En 66 (69,5%) casos se encontraron en mediastino anterosuperior, 15 (15,8%) en mediastino medio y 14 (14,7%) en mediastino posterior. El principal abordaje fue esternotomía en 55 (57,9%) casos y la resección fue R0 en 77 (81,1%) casos. La histología predominante fueron NET con 33 (34,7%) casos, siendo el Timoma el TM más frecuente con 28 (29,5%) casos. La morbilidad operatoria fue 10 (10,5%) casos y la mediana de estadía postoperatoria fue 5 días. La supervivencia estimada a 5 años para la serie global fue del 84,6% y fue significativamente mayor en TM posterior y en TM R0.

CONCLUSIÓN: Los TM y quistes de mediastino abarcan múltiples etiologías y en nuestra serie predominaron las NET, quistes del mediastino y tumores de células germinales. Presentan una baja morbilidad y estadía post operatoria. La supervivencia estimada es similar a lo presentado en otras series internacionales y se observaron diferencias significativas al comparar subgrupos.

EFECTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19) EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER PULMONAR EN UN HOSPITAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CHILE

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Alejandra Riquelme U., Sebastián Barra M., Andrés Schaub C., Patricio Madrid C., Diego Saldivia Z., Alejandro Pérez G., Rodrigo Reyes M., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente", Concepción, Chile. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) redujo drásticamente el acceso a métodos diagnósticos y tratamientos quirúrgicos para patologías oncológicas, conllevando una disminución absoluta del número de diagnósticos estimados a nivel mundial. El cáncer pulmonar es cada vez más frecuente en nuestro país y corresponde a la principal causa de muerte por cáncer en Chile y el mundo. Existen escasas publicaciones en nuestro medio que describan el efecto de la pandemia sobre el cáncer pulmonar.

OBJETIVOS: Describir el efecto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en el diagnóstico y tratamiento del cáncer pulmonar en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de todos los casos de cáncer pulmonar confirmados histológicamente en Hospital Clínico Regional "Dr. Guillermo Grant Benavente", de Concepción-Chile en el período enero-2017 a diciembre-2022. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y protocolos quirúrgicos previa aprobación por comité ético-científico de la institución. Todos los casos fueros estadificados según la octava versión TNM para cáncer pulmonar. Se describen las principales características clínicas, histología, estadificación y tratamiento quirúrgico de la serie. Se compararon variables entre el primer trienio (2017-2019) y segundo trienio (2020-2022) y se cuantificó el efecto absoluto y relativo de la pandemia en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico entre períodos de interés. Para análisis estadístico se utilizó SPSSv25, utilizando las pruebas de Chi cuadrado para variables no paramétricas y coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró significativo un valor $p<0,05$.

RESULTADO: Total 409 casos de cáncer pulmonar, 214 (52,3%) en el primer trienio y 195 (47,7%) en el segundo. No se observaron diferencias significativas al comparar edad ni principales tipos histológicos. Se observó una disminución absoluta y relativa en el número de casos en estadios precoces: 40 (18,7%) versus 28 (14,4%) p=0,769 y en el número de casos resecados con criterio oncológico: 51 (23,8%) versus 37 (19,0%) p=0.239 entre el primer y segundo trienio respectivamente. En el año 2020 se observaron disminuciones del 59,3% en los casos totales, del 85,0% de los casos en estadio precoz y del 64,7% en las cirugías resectivas comparado con el trienio anterior (R 0,934, p=0,066). No se observaron diferencias significativas en el tipo de resección ni en morbimortalidad entre períodos.

CONCLUSIÓN: La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) afectó en una disminución absoluta y relativa del número total de casos diagnosticados junto con una diminución del diagnóstico en estadio precoz y tratamiento quirúrgico resectivo, particularmente el año 2020 en nuestro centro. Esta disminución es similar a lo reportado en series internacionales.

EFECTO EN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS HOSPITALIZACIONES POR TRAUMATISMO TORÁCICO DURANTE DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19)

Roberto González L., Felipe Alarcón O., Alejandra Riquelme U., Andrés Schaub C., Diego Saldivia Z., Alejandro Pérez G., Patricio Madrid C., Sebastián Barra M., Rodrigo Reyes M., Emilio Alarcón C.

Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente", Concepción, Chile. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) provocó grandes restricciones de movilidad debido a cuarentenas junto con producir cambios en el perfil epidemiológico de los motivos de consulta en atenciones de urgencias y hospitalización. Diferentes series han descrito cambios en la epidemiología de los traumatismos durante la pandemia, sin embargo, existe escasa información en nuestro medio sobre su efecto en las hospitalizaciones por traumatismo torácico (TT).

OBJETIVOS: Describir el efecto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en el perfil epidemiológico de las hospitalizaciones por traumatismo torácico en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyó a la totalidad de las hospitalizaciones por TT tratados por el equipo de Cirugía Torácica entre enero 2019 y diciembre de 2020 en Hospital Clínico Regional "Dr. Guillermo Grant Benavente", de Concepción-Chile. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y protocolos quirúrgicos previa aprobación por comité ético-científico de la institución. Se describieron las principales variables del período y se compararon subgrupos entre ambos años. Para análisis estadístico se utilizó SPSSv25, utilizando las pruebas de Chi cuadrado para variables cualitativas. Se consideró significativo valor $p<0,05$.

RESULTADO: Durante el período se registraron 271 TT (140 casos en el 2019 y 131 casos en 2020. El año 2020 se caracterizó por presentar una mayor cantidad relativa de casos en el TT penetrante (60,3%), de agresión por terceros (62,6%) y de TT por arma blanca (48,9%) comparado con el año inmediatamente anterior. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de TT, politraumatizados, necesidad de intervención quirúrgica ni mortalidad esperada al comparar ambos años.

CONCLUSIÓN: Es nuestra serie, durante el año de mayor impacto de la pandemia por SARS-COV-2 (COVID-19) y en contexto de las limitaciones de movilidad producto de cuarentenas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las principales variables asociadas a las hospitalizaciones por TT, en la necesidad de resolución quirúrgica ni en la mortalidad.

CORIOCARCINOMA DE MEDIASTINO - A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sandoval, E. Pérez, H. Díaz, H. Hidalgo.

Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN: El coriocarcinoma de mediastino es un tumor primario raro y agresivo, a partir de células germinales totipotentes. El diagnóstico se realiza mediante evaluación clínica e imagenológica y se confirma con biopsia, el pronóstico del coriocarcinoma de mediastino suele ser desfavorable, con una alta tasa de recurrencia y diseminación a otros órganos.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico infrecuente y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso observacional, descriptivo y transversal, de paciente con diagnóstico de tumor primario de mediastino en Hospital El Pino (HEP), enero del 2023.

RESULTADO: Reporte de caso: Paciente femenina de 25 años con antecedentes de diabetes gestacional, consulta en HEP por historia de 1 mes de dolor torácico y disnea progresiva. Al ingreso se encuentra disneica con voz entre cortada. Al examen físico se palpa masa indolora supraclavicular derecha, de 5 cm de diámetro, multilobulada, pétrea y adherida a planos profundos. Además, otra masa ovoidea, lisa y discretamente renitente, inmóvil, de 10 x 7 cm de diámetro, ubicada en octavo espacio intercostal izquierdo. TAC de tórax con contraste: masa mediastínica con extensión a región hiliar del lóbulo superior derecho, de 8,9 x 8,4 cm, con compresión extrínseca de bronquio derecho. Además, conglomerado adenopático supraclavicular de 45 x 54 mm ipsilateral y trombosis de la vena cava. Se descartan lesiones a nivel cerebral y pulmonar por TAC. Se complementa estudio con inmunohistoquímica, que mostró BETA-hCG: positivo intenso citoplásmico en células neoplásicas, BETA-hCG cuantitativa: 6777,0 mUI/mL. Se realiza biopsia incisional de tumoración torácica, hallazgos compatibles con cariocarcinoma indiferenciado de alto grado. Tras 15 días de hospitalización, presentó una evolución tórpida, requiriendo apoyo invasivo y manifestando una falla ventilatoria irreversible. La paciente progresó con un desenlace fatal, sin recibir terapia dirigida debido a su estado crítico.

CONCLUSIÓN: Los tumores mediastinales primaros tienen una variedad histológica amplia. El coriocarcinoma representa el 1-4% del total de éstos. El diagnóstico temprano es difícil debido a los síntomas vagos, como tos, disnea, dolor torácico y hemoptisis. La elevación de B-HCG aumenta la sospecha clínica. El tratamiento estándar aún no se ha establecido debido a la rareza de la enfermedad y la dificultad para obtener una biopsia representativa. Se necesita más investigación para comprender mejor la patogénesis y el tratamiento del coriocarcinoma de mediastino, una enfermedad rara y agresiva con mal pronóstico.

SIMPATECTOMÍA LUMBAR POR RETROPERITONEOSCOPÍA PARA MANEJO DE HIPERHIDROSIS PLANTAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo Ávila, Esperanza Salvo, Raúl Berríos

Clínica Alemana

INTRODUCCIÓN: La hiperhidrosis plantar primaria es la secreción excesiva de las glándulas sudoríparas de los pies. Su etiología no es clara, pero se asocia a factores genéticos y desregulación del sistema autónomo. Afecta negativamente la calidad de vida, asociándose a bromhidrosis, piel fría, fisuras, sobreinfección fúngica, entre otras. Se presenta el caso clínico de una paciente de 41 años que consulta por hiperhidrosis plantar con mala respuesta a manejo médico. Se realizó un bloqueo simpático lumbar percutáneo de prueba con buena respuesta, se decide realizar simpatectomía lumbar. Se realiza simpatectomía L2 - L3 bilateral por retroperitoneoscopía con remisión completa de síntomas de sudoración plantar.

OBJETIVOS: La simpatectomía lumbar constituye una solución definitiva para hiperhidrosis plantar refractaria a manejo médico. Sin embargo, constituye una opción de rescate y aún no existen estudios experimentales que respalden su eficacia y seguridad como terapia. Es necesario el manejo escalonado de la hiperhidrosis plantar, dejando como último recurso el manejo quirúrgico. Destaca la buena respuesta a bloqueo percutáneo como predictor de buena respuesta a la cirugía de simpatectomía lumbar.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta la grabación de un caso de simpatectomía lumbar L2-L3 realizado por retroperitoneoscopía

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE EBUS-TBNA EN UN CENTRO HOSPITALARIO PUBLICO DOCENTE. EXPERIENCIA INICIAL

David Lazo P. Rodrigo Tapia, Huascar Rodríguez G, Marliz Buck K,, Alejandro Ferreira C., Javier Vega S, Barbara Rodriguez G, Silvana Gatta C, Pedro F Undurraga M

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La Fibrobroncoscopia flexible con Ultrasonido (EBUS) y la aspiración con aguja fina transbronquial (EBUS-TBNA), actualmente es el standard para la etapificación de cáncer de pulmón y ha demostrado utilidad como método diagnóstico en otras patologías mediastinicas. Su implementación es fundamental como herramienta diagnóstica dentro de la patología torácica.

OBJETIVOS: Describir los resultados del inicio del programa EBUS-TBNA en el centro Hospital Clínico San Borja Arriaran (HCSBA)

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes que fueron sometidos a EBUS-TBNA en el Servicio de Cirugía de Tórax de HCSBA desde abril de 2023 hasta Julio de 2023. Se consideraron como criterios de inclusión aquellos pacientes mayores de 18 años con lesiones adyacentes a la vía aérea central (ganglios, nódulos o masas pulmonares) con estudio previo imagenológico (PET-CT y/o TAC tórax). Se excluyeron aquellos pacientes que se negaron a realizar el procedimiento. Los procedimientos se realizaron con monitorización y bajo anestesia general con máscara laríngea. Para la toma de muestras se utilizó un equipo Olympus (BF-UC180F) con aguja 21G. Se realizó un mínimo de 3 punciones por estación ganglionar con aspiración para la obtención de la muestra. Una vez obtenida la muestra se realizó una evaluación rápida en el pabellón (ROSE) por parte del anatomopatólogo para determinar si la muestra contenía suficiente material para su estudio definitivo. Todos los procedimientos se realizaron de forma ambulatoria.

RESULTADO: Un total de 33 pacientes fueron estudiados. La edad promedio fue de 67 años, sin diferencia significativa por sexos. Veintitrés (23) procedimientos fueron de etapificación para cáncer pulmonar y 10 fueron diagnósticos con sospecha de linfoma, sarcoidosis, metástasis de primario conocido y ganglios mediastínicos. En promedio se puncionaron 3 estaciones ganglionares para etapificación de cáncer de pulmón y 1 estación ganglionar para otras patologías. La mayoría de las muestras fueron sacadas de los grupos 4R o 4L (41%) y grupo 7 (37%). Un 10% de los ganglios median menos de 10mm y el 50% más de 20mm. De 69 biopsias realizadas, solo 4 fueron informadas como insuficientes, por lo cual el rendimiento del procedimiento es de un 94,6%. Los 33 pacientes tuvieron diagnóstico histológico, el más frecuente fue adenocarcinoma (30%). Se registró solo 1 complicación con hemoptisis severa y hospitalización prolongada (30 días), sin mortalidad asociada.

CONCLUSIÓN: Pese al corto tiempo de implementado EBUS-TBNA se ha logrado realizar en promedio 2 procedimientos por semana, con un alto rendimiento diagnóstico y con un mínimo de complicaciones, sin mortalidad asociada.

PRIMER PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN CHILE. EXPERIENCIA INICIAL.

Huascar Rodríguez G, David Lazo P, Marliz Buck K, Javier Vega S, Alejandro Ferreira C, Rodrigo Tapia L, Barbara Rodríguez G, Silvana Gatta C, Pedro F Undurraga M.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La cirugía torácica asistida por robot (RATS) es una técnica mínimamente invasiva con más de 20 años de desarrollo y que lentamente se ha ido adoptando en las distintas especialidades quirúrgicas. RATS ofrece ventajas específicas técnicas que permite realizar cirugías de mayor complejidad por técnica mínimamente invasiva con una alta precisión. El programa de cirugía robótica desarrollado en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, en la ciudad de Santiago, Chile, es una iniciativa multidisciplinaria que involucra el esfuerzo de múltiples especialidades.

OBJETIVOS: Describir los resultados preliminares del programa de cirugía robótica torácica en Hospital clínico San Borja Arriarán.

MATERIAL Y MÉTODO: Este es un estudio de cohorte transversal donde analizamos de manera retrospectiva a los pacientes sometidos a cirugía torácica robótica en el periodo de diciembre de 2022 a julio de 2023. Se incluyeron variables como tipo de cirugía, edad, tiempo de docking, tiempo de consola, conversión a toracotomia, fuga aérea, días de drenaje pleural, días de hospitalización, dolor postoperatorio medida por escala numérica de dolor (NRS) en los días 1, 3, 5 y 7 de postoperatorio, complicaciones y mortalidad postoperatorias. Se excluyeron del análisis los pacientes cuya intervención quirúrgica estuvo a cargo de otra especialidad.

RESULTADO: Dieciséis pacientes se sometieron a RATS en el periodo descrito, diez hombres y seis mujeres. Se realizaron doce resecciones pulmonares, una timectomia, una resección de tumor de opérculo torácico, una resección de primera costilla y una esofaguectomía. La edad promedio de los pacientes fue 64 años (12-80); el tiempo de docking y consola promedio fueron de 10 y 119 minutos respectivamente. Una mediana de días de drenaje pleural de 2 días. Dos pacientes presentaron fuga aérea con una duración de 5 y 6 días. La estancia hospitalaria promedio fue de 3.3 días, se convirtió a toracotomía solo un paciente por ausencia de nódulo en el segmento resecado y la mediana de dolor medida durante días 1, 3, 5 y 7 de postoperatorio fue de 3, 2, 2 y 2 respectivamente. No hubo complicaciones postoperatorias ni reoperaciones en el grupo estudiado. No existe mortalidad en esta serie.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos en esta experiencia inicial confirman la seguridad y viabilidad del abordaje robótico en la cirugía robótica, estos son concordantes con los datos publicados en series internacionales similares.

USO DE VERDE INDOCIANINA ENDOVENOSO EN SEGMENTECTOMÍA ROBÓTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Barreda A, Huáscar Rodriguez G., David Lazo P., Joaquín Bravo C., Marliz Buck K, Alejandro Ferreira C, Javier Vega S, Rodrigo Tapia L, Pedro Undurraga M.

Hospital Clinico San Borja Arriaran

INTRODUCCIÓN: La segmentectomía pulmonar es una técnica quirúrgica que permite preservar parénquima y mantener estándares oncológicos. El mayor desafío quirúrgico de este procedimiento es delimitar el plano Inter segmentario, para esto se utilizan distintos métodos, uno de ellos es el uso de verde indocianina endovenoso, el cual es utilizado en cirugía robótica torácica en nuestro centro hospitalario.

OBJETIVOS: Presentar un caso de uso de verde indocianina para Segmentectomía Anatómica por cirugía torácica asistida por robot en nuestra institución

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente femenina de 70 años, con antecedente de hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo suspendido con índice paquete año de 16. Es derivada HCSBA con Tomografía computarizada (TC) con contraste que informa masa pulmonar de 22x37 mm en língula, se realiza EBUS negativo para compromiso mediastínico. Se presenta caso en reunión de equipo de cirugía de tórax decidiendo resolución quirúrgica por cirugía robótica (RATS Robot-assisted Thoracic Surgery). Se utiliza el robot Da Vinci Xi (Intuitive Surgical) y el sistema Fluorescente Firefly (Intuitive Surgical).

RESULTADO: Se realiza linfadenectomía del grupo 9 L, 5, 7 y grupo 11L que se envían a biopsia rápida negativa para neoplasia. Posteriormente se realiza control vascular de vena y arterias lingulares administrando 4mg de verde indocianina, demarcando a los 20 segundos el plano Intersegmentario para completar resección anatómica de la língula. Tiempo quirúrgico total de 181 minutos. La paciente evoluciona sin complicaciones y es dada de alta a las 72 horas. Se recibe biopsia que informa adenocarcinoma invasivo, pT1cN0M0, estadio IA3 (TNM 8° edición).

CONCLUSIÓN: El uso de verde indocianina endovenoso bajo visión infraroja en RATS proporciona una identificación inmediata del plano Inter segmentario y permite un procedimiento seguro, rápido y con resultados oncológicos adecuados.

EXÉRESIS DE TUMOR INTRADURAL CON EXTENSIÓN A MEDIASTINO POSTERIOR MEDIANTE CIRUGÍA TORÁCICA ASISTIDA POR ROBOT: REPORTE DE CASO

Joaquin Bravo C, Huascar Rodriguez G, Alejandro Ferreira C, Marliz Buck K, Javier Vega S, Rodrigo Tapia L, Barbara Rodriguez G, Silvana Gatta C, David Lazo P, Pedro F Undurraga M.

Hospital Clinico San Borja Arriaran

INTRODUCCIÓN: Los tumores del canal medular son infrecuentes, en su mayoría intradurales extramedulares. Su manejo en general es de resorte neuroquirúrgico. La extensión del tumor hacia mediastino posterior puede limitar su resección mediante un abordaje tradicional.

OBJETIVOS: Presentar un caso de resección mediante cirugía torácica asistida por robot (RATS) del remanente de un tumor intradural extramedular a nivel de T1 resecado inicialmente de forma parcial por hemilaminectomía.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente masculino de 57 años con cuadro de dos años de evolución de dolor neuropático y paresia bilateral progresiva de extremidades inferiores y superiores que consulta en urgencias por pérdida de control esfinteriano. Al estudio con resonancia magnética se observa masa sospechosa de tumor de vaina neural a nivel de T1. Se traslada a nuestro centro para manejo por neurocirugía. Se realiza en un primer tiempo exéresis tumoral de porción intracanal medular a través de hemilaminectomía. Por remanente a nivel de mediastino posterior derecho paciente es evaluado por equipo de cirugía de tórax decidiéndose abordaje por cirugía RATS.

RESULTADO: Se realiza RATS derecha utilizando tres puertos más uno de asistencia. Se observa tumor altamente vascularizado en íntima relación a estructuras vasculares e irrigación anómala proveniente de vasos subclavios, en íntimo contacto con Ganglio Estrellado. Se realiza exéresis completa sin incidentes. Biopsia definitiva corresponde a hemangioblastoma Grado 1. Paciente evoluciona con Síndrome de Horner a derecha leve transitorio, sin otras complicaciones.

CONCLUSIÓN: Los tumores intradurales del canal medular pueden provocar síndromes de compresión medular como en este caso, su manejo es principalmente quirúrgico. Su extensión fuera del canal medular puede llevar a una resección incompleta. La utilización de la cirugía asistida por robot, teniendo en cuenta la posición alta del tumor y pequeño espacio operatorio, asociado a campo de visión deficiente provoca mucha dificultad durante la cirugía abierta, mientras que el movimiento de los instrumentos quirúrgicos durante la toracoscopía tradicional es limitado, llevando a dificultad por pérdida de precisión. La precisión del sistema de cirugía robótica dado los movimientos rotatorios, asociado al beneficio de la visión propia de la cirugía asistida por video y en este caso mejorada por 3D permite una disección fina y podría llevar a evitar daño a estructuras vecinas.

RETIRO DE ARMA BLANCA INTRATORÁCICA INADVERTIDA DESPUÉS DE 40 DÍAS MEDIANTE VATS: REPORTE DE CASO

Alejandro Ferreira C, Marliz Buck K, Joaquín Bravo C, Rodrigo Tapia L, Andrea Barreda A, Huáscar Rodríguez G, Javier Vega S, David Lazo P, Pedro F. Undurraga M.

Equipo Cirugía de Tórax, Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: El trauma torácico penetrante presenta una morbimortalidad significativa y su primera causa es el trauma por arma blanca. La presencia de cuerpos extraños intratorácicos retenidos posterior a un trauma penetrante es infrecuente y su manejo puede ser un desafío para el cirujano.

OBJETIVOS: Presentar un caso de extracción de cuerpo extraño intratorácico inadvertido y retenido por 40 días posterior a trauma penetrante por arma blanca, mediante cirugía torácica video asistida (VATS) y discutir los beneficios de este abordaje en base a la evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 45 años, sufre agresión por terceros con arma blanca en dorso izquierdo. Consulta de forma inmediata en atención primaria donde se realiza revisión de herida, sutura y se indica tratamiento antibiótico ambulatorio. Acude a hospital de base 40 días después por dolor punzante en hemitórax izquierdo. Al examen físico se palpa objeto duro bajo cicatriz paravertebral izquierda. Se realiza tomografía computada de tórax observando cuerpo extraño de densidad metálica que ingresa por séptimo espacio intercostal izquierdo, atraviesa ambos lóbulos pulmonares y su extremo se ubica en situación parahiliar adyacente a grandes vasos pulmonares, sin comprometerlos. Se traslada a nuestro centro para manejo por equipo de cirugía de tórax

RESULTADO: Se realiza VATS con dos puertos identificando hoja de cuchillo de 12 cm con importante fibrosis, se retira bajo visión directa por el mismo sitio de acceso cutáneo, no se observa sangrado activo. Se instala pleurostomía. Paciente evoluciona favorablemente, sin fuga aérea, por lo que se retira drenaje pleural y se da de alta a las 48 horas post cirugía.

CONCLUSIÓN: El uso de VATS está descrito como una herramienta diagnóstica y terapéutica efectiva en trauma en pacientes hemodinámicamente estables, sin embargo, existen escasos reportes sobre el uso de VATS en el retiro de cuerpos extraños posterior a un trauma por arma blanca y aún menos en forma tan tardía. El uso de videotoracoscopía permite una exploración bajo visión amplia y clara de la cavidad torácica, identificando lesiones y controlando sitios de sangrado, permitiendo una extracción segura de cuerpos extraños, con recuperación precoz del paciente y corta estadía hospitalaria.

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA TORACOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT (RATS) EN FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ

Andrés Stevenson S., Juan Emilio Cheyre F., Jorge Salguero A., Felipe Bannura Y.

Fundación Arturo López Pérez

INTRODUCCIÓN: En los últimos años ha habido un incremento en la utilización de cirugía toracoscópica asistida por robot, sobre todo en cirugía torácica. Mayormente cáncer pulmonar, pero también en tumores de mediastino, metástasis y otras. La evidencia actual si bien es retrospectiva en su gran mayoría, sugiere que esta técnica es al menos tan buena como la VATS. En base a lo anterior se plantea a la RATS como una alternativa quirúrgica en tórax.

OBJETIVOS: Describir la primera experiencia de RATS en cirugía torácica en una clínica de Santiago de Chile

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una búsqueda retrospectiva en base de datos digital de la institución. Se incluyeron paciente con RATS desde el inicio de la implementación en mayo del año 2022 a mayo 2023. Se incluyeron datos clínicos, intraoperatorios y postoperatorios. Los datos recolectados se tabularon y analizaron en formato Excel

RESULTADO: Entre mayo de 2022 a mayo de 2023 se realizaron un total de 26 cirugías torácicas mediante técnica RATS. Específicamente correspondieron a 14 lobectomías (1 en manguito), 7 segmentectomías (2 bisegmentectomías), 5 resecciones de tumores de mediastino y 1 adenopatía paratraqueal. Los diagnósticos correspondieron a cáncer pulmonar (16), tumores de mediastino (5), metástasis (3) y otros no oncológicos (3). No hubo complicaciones intraoperatorias. La duración promedio por cirugía fue 152 minutos y el docking 13. El tiempo de hospitalización promedio fue 2,6 días y de drenaje pleural 2,1. La pérdida hemática promedio fue 84cc. Hubo 6 complicaciones a 30 días post operatorias, siendo la más frecuente fuga aérea persistente, sin embargo, todas Clavien Dindo tipo I. El promedio de tamaño en cáncer pulmonar fue de 20mm y en timoma de 40mm. Todos R0.

CONCLUSIÓN: Actualmente el uso de la técnica RATS es un procedimiento seguro con buenos resultados quirúrgicos y oncológicos, y con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. En chile esta corresponde a la primera serie de casos en RATS. Nuestros resultados muestran un perfil oncológico y de seguridad tanto intra como postoperatorio adecuado, evidenciando sólo Clavien Dindo I de manejo conservador, siendo lo más frecuente fuga aérea (dos a 5 días y una a 9 días). Además, destaca una corta hospitalización y de uso de drenaje pleural. Nuestro tiempo quirúrgico fue disminuyendo en el tiempo. La maniobrabilidad de sus brazos robóticos y visión 3D impresiona facilitar más las segmentectomías y broncoplastías. Por último, cabe mencionar el beneficio ergonómico que trae para el cirujano el uso de esta técnica

PAPILOMATOSIS ENDOTRAQUEAL POR VPH: REVISIÓN DE UN CASO POCO FRECUENTE

F. Becar C., K. Concha V., M. Buck K.; A. Oropesa C., C. Figueroa R., I. Sepúlveda A.

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder

INTRODUCCIÓN: La infección de la vía aérea por Virus Papiloma Humano (VPH) es una afección poco frecuente, donde los rangos etarios más reportados son niños y adolescentes, con prevalencias de VPH 6 y 11. Se suele presentar como neoplasia benigna en las vías respiratorias. Tanto el curso de la enfermedad como el ritmo de crecimiento son poco predecibles, donde la respuesta a tratamiento va desde la remisión hasta la recurrencia

OBJETIVOS: Reportar un caso clínico de presentación poco frecuente de virus papiloma humano con obstrucción de vía aérea con necesidad de resolución quirúrgica

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de antecedentes clínicos y bibliográficos

RESULTADO: Se presenta caso de paciente femenina de 26 años, venezolana, que ingresa a servicio de urgencias por cuadro de tres meses de tos, agudizado con disnea progresiva y hemoptisis. Al examen físico solo destaca estridor laríngeo. Se descarta cuadro infeccioso agudo. Se realiza TAC Tórax que informa nódulo sólido endoluminal de1,6x1,8x1,5cm a 4cm caudal a la laringe. Se realizó video laringoscopía flexible que visualizó tumor redondeado pediculado móvil que ocluye el 80% de la vía aérea a 4 cm de la carina y 5 cm de cuerdas vocales. Se tomó biopsia que informó papilomatosis mixta escamoso glandular con serología no precisada. Se realizó cirugía para resección con láser de Co2 logrando escisión del 50% del tumor, logrando 60% de restitución de la vía aérea. Se decidió planificar segundo acto quirúrgico en diferido para la escisión completa del tumor.

CONCLUSIÓN: La papilomatosis endotraqueal es una entidad rara, de pronóstico incierto, de difícil diagnóstico precoz, con limitada literatura actual, sin embargo, es importante considerar esta etiología en tumores de vía respiratoria tanto en Chile como en el mundo

BRONCOPLASTÍA IZQUIERDA MEDIANTE CIRUGÍA TORACOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT RESUMEN VIDEO

Andrés Stevenson S.2, Juan Emilio Cheyre F.1, Jorge Salguero A.1, Felipe Bannura Y.1

FALP

INTRODUCCIÓN: La lobectomía en manguito / broncoplastía es una técnica descrita como una mejor alternativa a la neumonectomía ya que permite ahorrar parénquima pulmonar y por lo tanto conservar mayor función pulmonar, además de asociarse a menor morbimortalidad. Si bien la evidencia es retrospectiva, sus resultados oncológicos son al menos tan bueno como los de la neumonectomía. En cirugía toracoscópica asistida por robot (RATS) es escasa la literatura, pero hay publicaciones que describen que sería una técnica segura con adecuados resultados. A continuación, describimos un caso de resección bronquial más plastía posterior mediante RATS.

OBJETIVOS: mostrar la técnica quirúrgica de una resección en manguito del bronquio fuente izquierdo realizado por videotoracoscopia asistida por robot.

CONTENIDO DE VIDEO: Se realizó bronquectomía de bronquio fuente principal izquierdo más plastía posterior mediante RATS sin incidentes la que se describe en video. El docking y la cirugía demoraron 10 y 243 minutos respectivamente. Pérdida hemática menor a 100 ml. Sin complicaciones intraoperatorias ni post operatorias. El drenaje pleural se retiró al 2do día y el alta fue al 4to. La biopsia concluyó carcinoide típico de 19mm, con bordes negativos tras ampliación de extremo distal. STAS, PL y compromiso linfovascular (-). Se resecaron 10 linfonodos todos negativos (cuatro G7, tres G9 y tres G10). Al control de 1 mes sin complicaciones.

SARCOMA SINOVIAL PRIMARIO PULMONAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Báŕbara Merino, Manuel Arias, Catalina Retamal, Valentina Vega, Joseph Rivera, Oscar Ariscain, Juan Peraza

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: El sarcoma sinovial primario pulmonar (SSPP) es extremadamente raro, agresivo y de mal pronóstico. El sarcoma pulmonar representa 0,5 % de cánceres primarios del pulmón, y de esos sólo un 16% son sarcomas sinoviales. El sarcoma sinovial es una lesión histopatológicamente compleja y de difícil identificación. Debido a la infrecuencia del SSPP no existe aún un tratamiento estandarizado.

OBJETIVOS: Describir un caso de SSPP raro y de difícil diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino, 64 años, tabaquismo + IPA sobre 45, consulta el año 2020 en servicio de urgencias por molestias inespecíficas torácicas que se estudia con radiografía evidenciando gran masa en campo pulmonar izquierdo de 19 cm que desplaza hilio hacia anterior. Se complementa con tomografía axial computarizada (TC) de tórax que describe gran lesión de predominio quístico de 18x13x13 cm en relación a mediastino posterior que no parece infiltrar. Se decide resección con diagnóstico presuntivo de Schwannoma vs Quiste Hidatídico complicado, realizando laboriosa lobectomía inferior izquierda el día 26/11/2020. Se resecó un tumor de 2kg con biopsia negativa para neoplasia. Evoluciona favorablemente y mantiene seguimiento por equipo de Cirugía de Tórax. El año 2021 comienza nuevamente con molestias dorsales por lo que se realiza nueva TAC encontrándose lesión quística de 40x24 mm en tercio medio del hemitórax izquierdo con infiltración de musculatura intercostal. Tres meses después, ingresa a pabellón el 21/01/22 donde se evidencia tumor gomoso que infiltra cuarto y quinto arco costal con compromiso intercostal de 10 cm. Se reseca en bloque con tumor residual hacia posterior y se envía a biopsia que resulta positiva a sarcoma sinovial. Comité decide iniciar radioquimioterapia pero paciente evoluciona con síndrome de compresión medular por tumor óseo posiblemente metástasis de SSPP, fuera de alcance quirúrgico. El paciente falleció al mes.

RESULTADO: Biopsia 2020: Extensa necrosis y degeneración quística. Inmunohistoquímica positiva para CD68 y Ki67. Biopsia 2022: Sarcoma sinovial de alto grado, monofásico, G3 de 8x5cm con moderada necrosis e infiltración de tejido óseo costal con borde quirúrgico positivo, permeación linfovascular positiva. Con inmunohistoquímica positiva para vimentina CD56, P16, Ki-67 80% y TLE1.

CONCLUSIÓN: Debido a lo complejo e infrecuente de esta patología en la primera biopsia el diagnóstico histopatológico no sugería neoplasia, por lo que se decidió manejo expectante, reapareciendo lesiones que obligaron a realizar la nueva intervención, reportando en esta el diagnóstico de SSPP. Por lo que presumimos que ambas lesiones debieron corresponder a SSPP.

COMPROMISO HEMODINAMICO POR COMPRESION DE LA VENA CAVA INFERIOR DURANTE CORRECCION QUIRURGICA DE ESCOLIOSIS EN PACIENTE CON PECTUS EXCAVATUM ASOCIADO

Neumann M, Alvarez F, Uribe P, Bravo S, Bannura F

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El pectus excavatum (PE) es la anomalía congenita mas frecuente de la pared toracica. Los pacientes con sindrome de Marfan (SM) suelen presentar PE y escoliosis acentuadas. Si bien, la escoliosis sindromatica tiene indicacion quirurgica, una evaluacion preoperatoria exhaustiva es vital, sobre todo en pacientes con sindrome de Marfan y PE asociado, para la planificacion de posibles escenarios de complicaciones.

OBJETIVOS: Ejemplificar una complicacion secundaria a la correccion de escoliosis en un paciente con PE y SM.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso que ilustra una complicacion secundaria a la correccion de escoliosis en un paciente con PE y SM.

RESULTADO: Paciente sexo masculino, 23 anos, antecedente de SM asociado a cifoescoliosis y PE. Ingresa en forma electiva para osteotomia y fusion vertebral posterior T3-L4. Durante cirugia en posicion prono, mientras se realizaba maniobra de reduccion de columna, cursa con deterioro hemodinamico abrupto y shock refractario, asociado a hemorragia moderada, iniciandose reanimacion en supino, con transfusion de 9 unidades de globulos rojos, vasoactivos, obligando a suspender cirugia. En postoperatorio, Tomografia de Torax evidencia disminucion del diametro anteroposterior toracico alcanzando 20,3 mm posterior a fijacion parcial de columna vertebral (40,8 mm previo a cirugia), generando compresion extrinseca de auricula derecha y segmento proximal de la vena cava inferior (VCI), hallazgo que se asocia a deterioro hemodinamico resuelto en posición supina. Dada inestabilidad de columna se prioriza segundo tiempo quirurgico para finalizar fijación de columna. Simultáneamente, paciente cursa con alteración progresiva de pruebas hepáticas que se asocian a imágenes sugerentes de congestion mesenterica por reducción de retorno venoso; ademas, labilidad hemodinamica en relacion a maniobras de aumento de presión intratorácica y Valsalva, debiendo mantener monitorización invasiva. Presenta infeccion de herida operatoria tratada con antibióticos ajustados a cultivo de Enterobacter cloacae, con buena respuesta. Dada repercusión clinica de PE agravado por corrección de escoliosis, se decide realizar cirugía de Ravitch con instalación de malla de Prolene 30x30 cm, logrando triplicar diámetro anteroposterior esterno-vertebral resolviendo compresión extrinseca de VCI. Presenta posteriormente infeccion de herida operatoria manejada con aseo quirúrgico, antibióticos y VAC incisional.

CONCLUSIÓN: En PE severo, la depresión esternal puede comprimir directamente el tracto de entrada del ventrículo derecho. Asociado a esto, la posicion prona querida para la fijacion de columna, determina compresion cardiaca anterior por depresion esternal gatillando deterioro hemodinamico. Es fundamental la planificacion quirurgica preoperatoria en pacientes sometidos a correccion de cifoescoliosis y PE, considerando que pacientes con SM poseen peor tolerancia al estres hemodinamico y sus cartilagos costales son blandos, agravando la deformidad toracica.

ADENOMA PARATIROIDE ECTOPICO MEDIASTINAL POSTERIOR POR VIDEOTORACOSCOPIA(VATS)

Ema Pichuante Pérez, Cristian González Collao, Javier Faundez Silva, Maximiliano Cortés Latorre

Hospital Eduardo Pereira

INTRODUCCIÓN: Las glándulas paratiroides ectópicas se presentan entre 6%-16% del hiperparatiroidismo primario (HPTP). Embriológicamente, estas derivan de la tercera-cuarta bolsas faríngeas, descendiendo a lo largo de la tiroides. Si ese proceso fracasa, se produce una localización anómala en línea media de cuello y tórax. El HPTP por adenomas paratiroideo-ectópicos localizado en mediastino es infrecuente. Su distribución es; 52.1% mediastino superior, 25.7% mediastino anterior, 5.8% mediastino medio y 4.3% mediastino posterior. Esta última es rara y la resección, generalmente, es con esternotomía o toracotomía. Actualmente, la cirugía mínimamente invasiva ha ganado espacio, disminuyendo morbilidad, estadía hospitalaria y dolor postoperatorio.

OBJETIVOS: Presentar un caso único del Hospital Eduardo Pereira de adenoma paratiroideo ectópicos de gran tamaño en mediastino posterior con resolución por videotoracoscopia.

MATERIAL Y MÉTODO: PRESENTACION DEL CASO Paciente femenina de 56 años, hipertensa, en estudio por urolitiasis a repetición, se pesquisa hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario, derivada a nuestro centro para estudio. Ecotomografía tiroidea sin hallazgos patológicos. Cintigrama de paratiroides demostró 2 zonas de captación persistente, una inmediatamente debajo del tiroides y otra en parte alta mediastínica, sospechosa para paratiroides ectópica hipertrófica. Tomografía cuello muestra voluminosa masa a superior de mediastino posterior. Se hospitaliza para resolución quirúrgica. Últimos meses refiere disfagia lógica y sensación de cuerpo extraño cervical. Calcemia 12mg/dL, PTH 700pg/mL, TSH rango normal, b-HCG y AFP (-). Tomografía cervical-torácico-abdominopélvica c/cte. muestra masa sólida-quística de 63x47mm, superior de mediastino posterior, desplazando anteriormente tráquea con lumen obliterado parcialmente, sin infiltración de estructuras. Se realiza videotoracoscopia con minitoracotomía anterolateral hemitórax derecho 5°EIC. Resección en bloque, sin complicaciones, con separación del esófago, tráquea y tejidos blandos. Evolución satisfactoria, sin complicaciones. Laboratorio PTH 16 pg/mL, calcemia 9.812mg/dL. Alta médica al segundo día postoperatorio. Biopsia: Masa solido-quística bien delimitada de 6x4x3cm, 47gr, compatible con adenoma paratiroideo. En seguimiento hasta 2 meses, paciente asintomática, sin recidiva, con normalización de laboratorio.

RESULTADO: El adenoma paratiroideo ectópico mediastinal causa HPTP en un 20% de los casos. Son raros, la mayoría asintomáticos. Los síntomas son por hipercalcemia, puede aparecer cálculos renales, resorción ósea y fracturas patológicas. La gravedad se correlaciona con el tamaño. La localización preoperatoria por imagen, de elección tomografía, es esencial para seleccionar la técnica quirúrgica. Actualmente se ha incrementado el uso de videotoracoscopia.

CONCLUSIÓN: Los adenomas paratiroideos de gran volumen son excepcionales, raros en mediastino con descripción de casos esporádicos y, en nuestro centro, se trata del único caso extraído por VATS.

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y RESULTADOS CLÍNICOS - ANATOMOPATOLÓGICOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE COQUIMBO

L. Sánchez, J. Trujillo, M. Rojas, O. Maldonado, J. Madariaga

Hospital de Coquimbo

INTRODUCCIÓN: El neumotórax es la acumulación anormal de aire en el espacio pleural. Puede ser espontáneo, traumático o iatrogénico. El neumotórax espontáneo (NE) puede ser primario o secundario; el primario ocurre en adultos jóvenes, sin enfermedad pulmonar clínicamente aparente, y el secundario es una complicación de una enfermedad pulmonar preexistente. El NE primario se asocia con bajas tasas de morbilidad y mortalidad; la tasa de recurrencia oscila entre 17 y 54%. En general, los objetivos del tratamiento son la evacuación del aire del espacio pleural y prevenir la recurrencia.

OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes operados por NE, los resultados del estudio anatomopatológico y los resultados del tratamiento en el Hospital de Coquimbo durante los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza una revisión retrospectiva de las fichas clínicas, informes anatomopatológicos y protocolos operatorios de los pacientes operados por NE en el Hospital de Coquimbo entre 2018 y 2023. Se tabulan en planilla Excel los datos demográficos, antecedentes (patología pulmonar, neumotórax espontáneo previo y hábito tabáquico), lateralidad, realización de cirugía inmediata o diferida, tipo de pleurodesis asociada a resección quirúrgica, días de estadía hospitalaria postoperatoria y recidiva.

RESULTADO: Se analizaron 20 pacientes; 19 (95%) eran hombres, con edad promedio de 32 años. 12 (60%) fueron del hemitórax derecho y 4 (20%) tuvieron compromiso bilateral. Del total de pacientes, 17 (85%) se consideran primarios y 3 (15%) tenían antecedente de asma bronquial. En 9 (45%) se describe antecedente de tabaquismo. En todos los pacientes se realizó resección de bulas y/o apicectomía por videotoracoscopia; de igual forma, en todos se realizó pleurodesis. La resolución quirúrgica se realizó en la misma hospitalización en 12 (60%) y el promedio de estadía hospitalaria fue de 3 días. En el estudio anatomopatológico, en 17 (85%) se reportó la presencia de bulas/blebs; en los 3 (15%) restantes, se describen hallazgos de otro tipo. Durante el período recidivan 3 (15%), 2 se consideran NE primarios y en todos se realiza pleurodesis.

CONCLUSIÓN: Un 15% se consideró como secundario, teniendo todos éstos asma bronquial. En el 15% de los casos, el análisis histopatológico no reportó la presencia de bulas o blebs subpleurales; creemos que este hecho se relaciona con la realización de apicectomía cuando no es evidente la alteración estructural durante el intraoperatorio. Observamos recidiva en un 15%, siendo en su mayoría en pacientes sin antecedente conocido de enfermedad pulmonar. Los resultados del tratamiento son similares a series nacionales e internacionales.

ISQUEMIA MESENTÉRICA SECUNDARIA A UNA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A, ALTERNATIVAS DE MANEJO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sebastián Ignacio Aravena Avila, Alex Meir Blamberg Treizman, Samuel Balmaceda Zamora

Hospital del torax

INTRODUCCIÓN: Introducción: El síndrome de malperfusión mesentérica secundario a una disección aórtica tipo A es una entidad infrecuente con una incidencia de 3,8% que aumenta la mortalidad 3 veces y tiene un tratamiento controversial que discutiremos a propósito de un caso.

OBJETIVOS: Caso clínico: Mujer de 37 años, con antecedentes de síndrome de Marfan, fibrosis pulmonar y VIH, ingresa al SU por un cuadro de dolor retroesternal opresivo irradiado a zona interescapular, acompañado de náuseas y vómitos. Se realiza TAC de tórax que evidencia disección aórtica tipo A acompañada con malperfusión renal. Es trasladada a centro de referencia e ingresa de manera urgente a pabellón con una presión arterial de 30/10 mmHg. Se efectúa cirugía de reemplazo de raíz aórtica junto con reemplazo de Aorta ascendente. Posteriormente, 6 días después se aprecia facie dolorosa a la palpación abdominal junto a elevación de lactato. Se solicita un angio TAC que muestra disección de Aorta descendente hasta nivel ilíaco e isquemia mesentérica, teniendo que ser llevada a pabellón para una laparotomía exploradora donde se realiza resección de Íleon distal y colon derecho.

MATERIAL Y MÉTODO: Discusión: En el síndrome de malperfusión mesentérica, alrededor del 20% de los pacientes no muestra signos de malperfusión en las imágenes. Existen distintos enfoques de tratamiento, una siendo la cirugía de reparación central de forma primaria y la otra es un primer manejo de forma endovascular para resolver la malperfusión y de forma diferida realizar la reparación central. Los últimos estudios muestran que la segunda alternativa podría mejorar la morbimortalidad de los pacientes.

RESULTADO:.

CONCLUSIÓN:.

CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS EN PRIMEROS CASOS CON PLATAFORMA DA VINCI XI.

Gerardo Mordojovich R., Pablo Pérez C., Raimundo Santolaya C., José Ortega S., Raúl Berríos S.

Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: La cirugía robótica torácica (RATS) se expande en el mundo a un ritmo acelerado. Latinoamérica lentamente se ha incorporado a esta tendencia. Las ventajas de esta técnica son la mayor precisión de la cirugía lo que se traduce en menor tasa de conversión y menor sangrado comparados con otros abordajes.

OBJETIVOS: El objetivo de esta comunicación es mostrar la experiencia inicial en RATS y la factibilidad técnica de este abordaje con la plataforma Da Vinci Xi.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo de la base de datos prospectiva de todos los pacientes operados de cirugía torácica por vía robótica con Da Vinci Xi (Intuitive Surgical Inc., Sunyvale, CA, USA) en Clínica Alemana de Santiago.

RESULTADO: Se incluyen 5 casos. 3 pacientes de género femenino y 2 masculino. Las intervenciones realizadas correspondieron a 2 resecciones segmentarias anatómicas, 1 timectomía radical por miastenia gravis, 1 timomectomía y 1 parálisis diafragmática. La mediana de edad fue 65 años (rango 22-77). La mediana del tiempo de docking fue 15 minutos (rango 8-20). La mediana de tiempo operatorio fue 90 minutos (rango 90-210). La mediana de sangrado fue 0 ml (rango 0-100). La mediana del dolor postoperatorio medido en EVA fue 0 (rango 0-7). La mediana de duración de drenaje fue 1 día (rango 1-2). La mediana de tiempo promedio de hospitalización fue 2 días (rango 2-3).

CONCLUSIÓN: La cirugía robótica torácica con el sistema Da Vinci Xi en nuestra experiencia inicial es factible y segura. Los tiempos quirúrgicos no son más extensos que otras vías de abordaje y los resultados clínicos son satisfactorios. Los tiempos de hospitalización son acotados y acordes con lo publicado en la literatura. Estos resultados incentivan a continuar con el programa de cirugía robótica torácica y pueden influenciar a otros centros a iniciar sus programas en RATS.

TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE: MANEJO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS PERIOPERATORIOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO, ENTRE 2019-2023.

B. Guijón, B. De La Maza, P. Dominguez, M. Martínez, G. Cárdenas, M. Parra.

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: El trauma es una importante causa de muerte en jóvenes a nivel mundial. El trauma torácico (TT) constituye el 25% de los traumas. El trauma torácico penetrante (TTP) involucra lesiones cardíacas hasta 52% cuando es por arma blanca y 37% por arma de fuego. La mortalidad es de 30 y 52% respectivamente. 75% no llega vivo al hospital. El compromiso pulmonar es mayormente por arma de fuego. Es más frecuente en sexo masculino y la mortalidad alcanza 10%, determinada por las lesiones, la reanimación y capacidad de estabilización inicial. Gran parte de los TT pueden manejarse de forma conservadora. 30% de los traumas penetrantes requerirán toracotomía de urgencia (TU) y está indicada en pacientes hemodinámicamente inestables, con heridas penetrantes cardíacas con signos de vida, o ante la duda de compromiso cardíaco. La TU conlleva alta morbimortalidad.

OBJETIVOS: Describir la epidemiología y resultados perioperatorios del manejo quirúrgico del trauma torácico penetrante considerando el abordaje quirúrgico, morbimortalidad y sobrevida a 90 días.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo descriptivo de una base de datos de TU por trauma torácico entre enero 2019 y junio 2023, en el Hospital Padre Hurtado de Santiago de Chile. Se consideraron variables demográficas, quirúrgicas y resultados perioperatorios a 90 días.

RESULTADO: Se analizaron 51 pacientes sometidos a TU por TTP entre enero 2019 y junio 2023. La mayoría fueron hombres (n=48/51) con mediana de edad 34 años (29-62). El 64% fueron por arma blanca. Del total de TU, 35 fueron anterolaterales (68%), 6 posterolaterales (12%), 5 videotoracoscopia (9%), 3 Clamshell (6%), y 2 Trapdoor (2%). Predominó la lateralidad izquierda (66%). Los diagnósticos principales incluyen: 33% penetrante cardíaca (n=17) y 25% hemotórax masivo (n=13). El tiempo de hospitalización promedio fue de 8 días (1-42 días). La mortalidad global fue de 23,5% (n=12) dentro de las primeras 24 horas postoperatorias, determinadas por la gravedad de las lesiones y su morbilidad postoperatoria. 33% está dada por lesiones extratorácicas asociadas (cervicales, abdominales y de extremidades). Sin más mortalidad en los siguientes 90 días.

CONCLUSIÓN: Los datos obtenidos son similares a la literatura. El TTP mostró alta tasa de mortalidad. Un tercio de los pacientes ingresaron con lesión cardíaca penetrante, con sobrevida del 60%. Las heridas de bala no demuestran ser más letales que por arma blanca. La toracotomía anterolateral es la primera opción de abordaje en nuestro centro, permitiendo rápido acceso y control de daños. El 33% de la mortalidad está dada por lesiones extratorácicas asociadas.

TRAUMA, CIRUGÍA DE URGENCIA Y PACIENTE CRÍTICO

TRAUMA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: PERÍODO 2020-2022

C. Corrales, N. Drolett, S. Icaza, G. Gutierrez, N. Eluzen, D. Segovia.

Universidad de Antofagasta; Hospital Regional Dr. Leonardo Guzman de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Para mejorar la atención del trauma, debemos partir conociendo su epidemiología, esto nos permitirá identificar factores relacionados con el tipo de lesiones, el manejo y su evolución. En Antofagasta los datos epidemiológicos al respecto son nulos.

OBJETIVOS: Caracterizar los pacientes ingresados por trauma que requirieron intervención quirúrgica en el Hospital Regional de Antofagasta en el período 2020 – 2022, donde esperamos encontrar resultados comparables con la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se tabularon datos sociodemográficos y clínicos de pacientes sometidos a cirugía de urgencia a causa de traumatismos en el Hospital Regional de Antofagasta entre el período 2020 – 2022, excluimos menores de edad, pacientes quemados y aquellos con datos incompletos.

RESULTADO: Obtuvimos 109 pacientes, 27,5% eran mujeres y 72,5% hombres, Rango de edad de mayor diagnóstico se presentó entre los 20 - 40 años (57,7%), la región anatómica más afectada fue abdomen (55%) y tórax (20,2%), en ambos la mayor prevalencia la tuvo el trauma penetrante 80% y 59%, respectivamente. El tiempo operatorio varió entre 117min en traumas que comprometían cabeza y cuello y 52min los traumas torácicos; la estancia hospitalaria más extensa se registro en el trauma de extremidades con 20 días promedio; en cuanto a mortalidad fallecieron solo tres pacientes en pabellón, dos con trauma torácico y uno abdominal, la mayor mortalidad la registró el trauma cerrado de abdomen.

CONCLUSIÓN: Se aportan datos que ayudan en términos generales a entender la expresión del trauma de resolución quirúrgica en Antofagasta, estos datos concuerdan con literatura Chilena y de otros países del continente.

TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO PENETRANTE. CLASIFICACIÓN IMAGENOLÓGICA MEDIANTE ZONAS Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD.

Paula D. Loaiza, Jhonatan Ortega, Juan P. Ramos, Analia Zinco, Pablo R. Ottolino

Hospital Dr. Sotero del Rio.

INTRODUCCIÓN: El trauma craneoencefálico penetrante (TPC) es una condición grave con alta mortalidad y múltiples complicaciones. La tomografía computarizada (TC) ha tomado un papel fundamental además del Glasgow, para la toma de decisiones.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es establecer una clasificación de las lesiones cerebrales mediante zonas para evaluar su asociación con mortalidad y necesidad de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con TPC entre 2018 y 2023. Los pacientes se agruparon según diferentes zonas en el TAC. Zona 1, entre la tabla interna y la cápsula externa; zona 2 entre la cápsula externa y el tálamo; y zona 3 desde el tálamo hasta la línea media. Se evalúan variables intrahospitalarias.

RESULTADO: Se incluyeron 80 pacientes, registrando 47 pacientes en la zona 1, 19 pacientes en la zona 2 y 13 pacientes en la zona 3. Se describen diferencias demográficas entre pacientes vivos y fallecidos. Dentro de la serie destaca que el 79% de los pacientes con lesiones en la zona 3 fallecieron e ingresaron con menor escala de GCS. La zona con menor mortalidad fue la zona 1 con el 8.5% estos presentaron mejor GCS al ingreso. (p menor a 0.005).

CONCLUSIÓN: Si bien las escala de GCS continúa siendo un pilar fundamental en la evaluación del TEC, existe correlación entre la mortalidad y la zona anatómica intracerebral lesionada.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA NECROSIS TRAUMÁTICA DE PÁNCREAS DE MÁS DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN. REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Masia, Mauricio Letelier, Antonio Hernández, Pablo Meyer-Schölle, Juan Stambuk

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Las lesiones traumáticas del páncreas son infrecuentes pero graves y ocurren en el 3-12% de los traumas abdominales, con una mortalidad que va entre el 10-30% y una morbilidad sobre un 60%. El alto índice de sospecha por la energía y el mecanismo del trauma es el pilar fundamental en el abordaje de estos pacientes.

OBJETIVOS: Reporte de un caso de transección pancreática traumática de más de 24 horas de evolución asociado a necrosis y ascitis pancreática.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica en forma retrospectiva y literatura.

RESULTADO: Paciente de 17 años, género masculino, sin antecedentes mórbidos. Consulta tras sufrir contusión torácica anterior contra manubrio de bicicleta de moderada energía. Tomografía de tórax inicial, no revela lesiones, motivo por lo cual es dado de alta. Evoluciona con dolor abdominal progresivo, persistente y refractario. En tomografía de abdomen y pelvis, se observa transección a nivel del cuello del páncreas asociado a líquido libre peritoneal. Se decide exploración quirúrgica abierta por vía abdominal. Ingresa a pabellón a las 36 horas del trauma. Hallazgos: transección traumática a nivel de cuello del páncreas AAST G3, laceración del segmento III hepático AAST G1, 1000 cc de ascitis hemorrágica, edema de asas intestinales y placas de esteatonecrosis en omento y retroperitoneo. Se realiza pancreatectomía corporocaudal con preservación de bazo, hemostasia hepática y cierre primario de la laparotomía. Egresa en el postoperatorio a UPC, extubado, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Evoluciona favorablemente sin complicaciones quirúrgicas inmediatas. Es dado de alta hospitalaria al décimo día. A las 6 semanas presenta cuadro de obstrucción intestinal por bridas que se resuelve satisfactoriamente con nueva laparotomía.

CONCLUSIÓN: Las lesiones pancreáticas grado III tienen hasta un 50% de riesgo de desarrollar fístulas y un 25% de desarrollar colecciones infectadas o abscesos debido a la masiva fuga de proteasas por la lesión del conducto principal. La mortalidad inmediata está dada principalmente por el sangrado. El examen físico puede ser negativo hasta en un 30-40% de los casos dentro de las primeras 12 horas.

REINCIDENCIA DEL TRAUMA PENETRANTE EN ZONAS DE ALTA VIOLENCIA. ¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO DE NUESTROS PACIENTES?

Jhonatan Ortega R., Paula D. Loaiza M., Analia Zinco., Juan P. Ramos P.

Hospital Dr. Sotero del Rio.

INTRODUCCIÓN: Un número importante de pacientes ingresados por traumatismo penetrante tienen antecedentes de haber sufrido otro traumatismo previo; es lo que denominamos reincidencia traumática. Existen evidencias de que este tipo de pacientes tendrán hospitalizaciones más prolongadas, y sus costos serán mayores, presentando mayor morbimortalidad.

OBJETIVOS: Este trabajo pretende evaluar la mortalidad y evolución clínica de los pacientes ingresados dos o más veces por traumatismo penetrante.

MATERIAL Y MÉTODO: Se buscó en el registro de trauma las lesiones penetrantes por arma blanca y arma de fuego. Las medidas de resultado primarias fueron la mortalidad y la evolución clínica en cada ingreso sucesivo por traumatismo.

RESULTADO: Los reincidentes en trauma penetrante fueron el 19,3% del total de la población penetrante entre los años 2016 a 2020. Los reincidentes tenían más probabilidades de ser hombres y presentaban un mayor índice de shock en el segundo y tercer ingreso que los no reincidentes. La mortalidad aumenta significativamente con el número de ingresos, siendo del 3,9% en el primero, del 8,9% en el segundo ($p = 0,03$) y del 18,1% en el tercero ($p = 0,0012$). Además, los pacientes recidivantes presentan hospitalizaciones más prolongadas con 6,1, 8,8 y 11 días para uno, dos y tres ingresos, respectivamente ($p = <0,0001$), mayor estancia en la UCI ($p = 0,0002$) y requerimientos transfusionales ($p = < 0,0001$) en comparación con los no recidivantes.

CONCLUSIÓN: La reincidencia representa una alta violencia interpersonal y ocurre con una alta incidencia en los centros de trauma. En nuestra cohorte, la mortalidad por trauma penetrante aumenta con el número de hospitalizaciones por este mecanismo y los requerimientos transfusionales y días en la unidad de cuidados críticos. En un centro con alta incidencia de traumatismos penetrantes se incluirán esfuerzos de rehabilitación en las primeras fases del periodo posterior a la lesión.

TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL DEL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO

J. Palominos, J. Jensen, X. De Aretxabala, F. Carriel

Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN: El trauma es una de las principales causas de muerte a nivel mundial especialmente en adultos jóvenes. Esta tendencia pareciera marcarse en algunas zonas específicas del país y, en este contexto, el trauma por arma de juego es frecuente en el Hospital Padre Hurtado (HPH). Actualmente existen escasas publicaciones sobre esta entidad y sus resultados en centros de Chile.

OBJETIVOS: Describir la experiencia de nuestro servicio en pacientes operados por trauma abdominal por arma de fuego, en el Hospital Padre Hurtado, durante los últimos 3 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo tipo serie de casos de pacientes operados por trauma abdominal por arma de fuego que ingresaron al servicio de urgencias del HPH desde enero del 2020 a diciembre del 2022. Se registraron variables demográficas, hallazgos intraoperatorios, del manejo perioperatorio, presencia de complicaciones, estadía hospitalaria, entre otros. Se utilizaron medidas de tendencia central (promedio, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango) para variables cuantitativas, y tasas para variables cualitativas, entre otros.

RESULTADO: Se analizó un total de 86 pacientes que ingresaron al pabellón central por trauma por arma de fuego. El promedio de edad fue 33 años (entre 14 y 69 años). 14 (16.5%) presentó inestabilidad hemodinámica y 1 (1.2%) ingresó en paro cardiorrespiratorio. En 19 (22.1%) se realizó una cirugía de control de daños (CCD). El órgano más lesionado fue el colon (48.8%), seguido por intestino delgado (46.5%) e hígado (24.4%). La mortalidad a los 30 días fue de un 8.1%. Un 23.3% presentó una complicación clavien dindo mayor o igual IIIa. La mediana de hospitalización fue de 9 días (rango entre 1 y 58 días).

CONCLUSIÓN: El trauma penetrante abdominal por armas de fuego es frecuente en nuestro centro y presenta una morbimortalidad en una población mayormente joven. Un manejo oportuno y estandarizado de estos pacientes deriva en mejores resultados. Aun así, es necesario seguir estudiando e investigando el perfil de estos pacientes para permitir determinar aspectos epidemiológicos, clínicos y de manejo.

TRAUMA CARDIACO: AUTONOMÍA Y SUPERVISIÓN EN URGENCIAS DE UN RESIDENTE DE LA UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA.

Nicolás Drolett, Marcela Khamg, Daniel Segovia, Roly Elias.

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El equilibrio entre autonomía y supervisión de los residentes tiene efectos positivos en el desarrollo profesional, no obstante, se ve limitado por presiones sociales, económicas, clínicas y éticas.

OBJETIVOS: Exponer la importancia de la relación docente - alumno en la adquisición de experiencias, el desarrollo de habilidades técnicas de un residente y en los buenos resultados de una cirugía compleja de urgencia.

CONTENIDO DE VIDEO: Masculino de 35 años con antecedente de policonsuo, llevado a urgencias del Hospital Regional de Antofagasta presentando 2 heridas toracoabdominales cortopunzantes con compromiso del área precordial. En la evaluación primaria no hay compromiso de vía aérea, hay apremio respiratorio leve, SAT 90%, presenta 2 heridas en región precordial, hemodinamia inestable, Glasgow 15, FAST(+): Neumotórax izquierdo y derrame pericardico. Se instala pleurostomia izquierda en urgencias sin mejoría clínica y sube a pabellón. El equipo quirúrgico estuvo conformado por un residente de cirugía de tercer año, un cirujano docente como ayudante y un cirujano docente fuera del campo quirúrgico. Se promueve autonomía del residente en la planificación y ejecución de la cirugía con supervisión y ayuda constante del docente, realizándose toracotomía anterolateral izquierda extendida con identificación y reparación de lesiones. Se anima a verbalizar las acciones, y conductas a seguir según hallazgos. Se cumple debriefing posterior a la cirugía. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta a las 2 semanas. El pabellón continúa siendo el entorno principal de enseñanza en residentes de cirugía, pues no todos los centros cuentan con simulación de alta fidelidad para todas las situaciones quirúrgicas a las que se pueden exponer en urgencias. En situaciones de urgencia y estrés, el vínculo educativo y comunicacional del docente con el alumno adquiere relevancia ya que permite el desarrollo de habilidades en contextos más adversos. Es fundamental el debreafing en equipo, el seguimiento del paciente y el análisis retrospectivo de las conductas. Se considera que el docente es quien debe generar el equilibrio entre supervisión y autonomía hasta donde sea correcto éticamente. Probablemente el impacto motivacional en los residentes es mayor al tener mas autonomía, aumentando el sentimiento de pertenencia y generando mayor aprendizaje significativo.

CIRUGÍA VASCULAR

MANEJO QUIRÚRGICO DE TROMBOSIS ARTERIAL ILIACA EN CONTEXTO DE ISQUEMIA AGUDA: REPORTE DE UN CASO.

Pamela Marín, Isidora Guajardo, Eliana Azuaje, Carla Marchesse, Carlos Díaz, Andre Mesías

Hospital El Pino, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: La isquemia aguda de extremidades ocurre por una disminución repentina de la perfusión que amenaza su viabilidad, la incidencia es de 1,5 casos por cada 10.000 personas al año. La trombosis de arteria iliaca es infrecuente y prácticamente no existe bibliografía nacional o internacional.

OBJETIVOS: OBJETIVO: Demostrar manejo quirúrgico alternativo de la isquemia aguda de extremidades inferiores secundaria a trombosis iliaca común.

MATERIAL Y MÉTODO: CASO CLÍNICO: Masculino de 81 años, con antecedente de enfermedad arterial oclusiva, acudió por dolor de extremidad inferior derecha y frialdad. Se evidenció palidez, cianosis, llene capilar mayor a 5 segundos, parestesia de los ortejos y ausencia de pulsos femorales. La angiotomografía mostró trombosis oclusiva de la arteria iliaca externa derecha con extensión a la arteria femoral común, asociado a aterosclerosis. Se realizó tromboendarterectomía de arteria iliaca común y externa, la cual fue exitosa recuperando inmediatamente desde pulso femoral hasta pedio.

RESULTADO: DISCUSIÓN: Es necesaria una buena anamnesis y examen físico para determinar el grado de isquemia a través de la escala de Rutherford. Además, la ecografía y angiotomografía son fundamentales para la confirmación. Respecto al debate entre las intervenciones abiertas y endovasculares, los metaanálisis no han demostrado grandes diferencias. La revascularización quirúrgica es de elección en clínica mayor a dos semanas, contraindicación de abordaje endovascular u oclusión suprainguinal. En el presente caso, se optó por una tromboendarterectomía de arteria iliaca común y externa, que resolvió la emergencia, logrando irrigación inmediata y con expectativa de buenos resultados a largo plazo, según estudios de casos femorales.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: La trombosis de arteria iliaca y sobre todo por ateromatosis, es sumamente infrecuente pero es de gran importancia ya que puede presentar eventos cardiovasculares, amputación o muerte, de no recibir una restauración inmediata del flujo. La decisión sobre el método de revascularización dependerá del grado de isquemia, ubicación de la oclusión, experiencia y recursos. Finalmente, la trombosis en sitios inusuales sigue siendo un tema poco estudiado que merece investigación continua.

UN NUEVO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PARA LA DISECCIÓN ESPONTÁNEA AISLADA DE LA ARTERIA CELÍACA

Mauricio Gonzalez-Urquijo, Leopoldo Marine, Jose Francisco Vargas, Michel Bergoeing, Francisco Valdes, Renato Mertens.

Pontificia Universidad Catolica de Chile

INTRODUCCIÓN: La disección espontánea aislada de la arteria celíaca sin disección aórtica es poco frecuente y su tratamiento sigue siendo incierto.

OBJETIVOS: El presente estudio tiene como objetivo describir las características clínicas y los resultados del tratamiento de pacientes con disección espontánea aislada del tronco celíaco (DEATC) atendidos en una sola institución chilena. Además, se implementa un nuevo sistema de clasificación.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes de un solo hospital académico con DEATC diagnosticados entre enero de 2003 y enero de 2023. El tratamiento conservador incluía antiagregantes plaquetarios (aspirina o clopidogrel), anticoagulación (de cualquier tipo) o ambos. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo con su disección morfológica. Tipo I, colgajo de disección con o sin trombosis de luz falsa; tipo II, hematoma intramural; y tipo III, dilatación aneurismática fusiforme o sacular.

RESULTADO: La cohorte incluyó a 26 pacientes, el 80,8% (n=21) eran del sexo masculino. La mediana de edad fue de 51,5 años (rango: 38-84 años). Diez (38,5%) pacientes se clasificaron como tipo I, 10 (38,5%) pacientes se clasificaron como tipo II y seis (23,1%) pacientes como tipo III. Catorce (53,8%) pacientes fueron tratados con antiagregantes plaquetarios, cinco (19,2%) pacientes con anticoagulación y siete (26,9%) con anticoagulación y antiagregantes plaquetarios. Un paciente fue tratado con terapia endovascular por pseudoaneurisma del tronco celíaco tras diez días de tratamiento anticoagulante. La mediana de seguimiento fue de 38 meses (rango: 2-204 meses).

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes con disección aislada espontánea de la arteria celíaca pueden ser tratados de forma conservadora con resultados aceptables. Se implementa una nueva clasificación donde se considera la dilatación del aneurisma.

ANEURISMA ILIACO COMUN AISLADO BILATERAL CON CANCER DE VEJIGA CONCOMITANTE.

D. Lazcano, C. Camp, D. Gutiérrez, A. Campos, J. Moreno, M. Robles.

Hospital Clínico Universidad de Chile(HCUCh)

INTRODUCCIÓN: Un aneurisma de arteria iliaca(AAI) es una dilatación focal de la arteria, que mide más del 50% del diámetro normal del vaso (> 1,5 cm de diámetro máximo). Los AAI aislados son extremadamente raros, siendo lo más frecuente su asociación a un aneurisma de aorta abdominal (AAA) en un 15 a 40%. En la población general se estima una incidencia del 0,03%, representando el 0,4-1,9% de la patología aneurismática. El 70% de los AAI corresponden a aneurismas de la arteria iliaca común (AIC) y el 25% a aneurismas de la arteria iliaca interna (AII); los aneurismas de la arteria iliaca externa(AIE) son excepcionales. Los AAI son más frecuentes en el sexo masculino en una proporción 7:1. Su incidencia se incrementa con la edad, siendo máxima en la 7ª y 8ª décadas de la vida.

OBJETIVOS: Presentar el manejo y resultado de un caso clínico poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: CASO CLINICO

RESULTADO: Paciente de 66 años con excelente capacidad funcional. Ingresa asintomático el 26/05/23 desde policlínico de la subespecialidad HCUCh para cirugía vascular electiva, tras hallazgo en tomografía computalizada(TC) de abdomen y pelvis compatible con aneurisma de AIC aislado bilateral, no complicado, de 4.5cm de diámetro a derecha y 2.5cm a izquierda que conservan cuello proximal de 1cm, realizada por estudio de dolor abdominal inespecífico y autolimitado. Además, se describe pólipo vesical compatible con carcinoma de células transicionales, sin signos de diseminación. Con antecedente de hipertensión y diabetes mellitus bien controlados, sin hábito tabáquico. El 29/05/23, en primer tiempo quirúrgico endovascular, se realiza embolización de la arteria hipogástrica derecha con coils y luego reparación de AIC ipsilateral con rama protésica protésica 15x15x120mm, aterrizando en AIE. Control angiográfico presenta endoleak tipo 1a que requirió extensión proximal de la prótesis con rama protésica 15x15x80mm, sin endoleak. El 02/05/23 se realiza RTU-V sin incidentes, con sangrado mínimo reportado. Destaca y se registra masa pulsátil subyacente a localización del tumor en la pared vesical que contacta con AIC izquierda. Luego, 5 días después, el 03/06/23, se realiza segundo tiempo quirúrgico endovascular, reparación de AIC izquierda con rama protésica 15x20x80mm y preservación de hipogástrica, sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente de sus 3 cirugías, por lo que es dado de alta el 05/06/23. Control al mes sin complicación clínica, biopsia informa cáncer de vejiga pT1b de TNM 2017.

CONCLUSIÓN: El manejo endovascular permite la resolución quirúrgica de manera mínimamente invasiva con recuperación clínica precoz del paciente, pudiendo corregir otras patologías asociadas durante la misma estadía hospitalaria sin incidentes.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO INFRARRENAL (EVAR), UNA ALTERNATIVA SEGURA EN PACIENTES DE RIESGO EN NUESTRO MEDIO.

C. Camp, A. Morales, R. Sánchez, D. Gutiérrez V, JP. Moreno, A. Campos, JM. Robles.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El aneurisma aórtico alcanza una prevalencia de hasta el 10% en >65, siendo la ubicación más frecuente la infrarrenal. Si bien, la tasa de ruptura bajo los 5.5 cm de diámetro máximo es menor al 1% al año, este riesgo aumenta de manera gradual desde 5.3% en los >5.5 cm, con una mortalidad de 58% en los que alcanzan a operarse. Últimamente, se ha podido operar a pacientes de mayor riesgo quirúrgico gracias a la reparación endovascular. Sin embargo, las experiencias publicadas son en centros internacionales y existe escasa literatura local.

OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo describir los resultados de un centro universitario local.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas electrónicas y protocolos operatorios. Se incluyeron todos los pacientes operados por aneurisma aórtico abdominal (>1,5 veces el diámetro esperado) con prótesis endovascular entre 2015 y 2022, en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Se realizó una descripción demográfica, comorbilidades y factores de riesgo, diámetro del aneurisma, tiempos quirúrgicos, intervención de urgencia vs. electiva, mortalidad a 90 días, complicaciones y estadía hospitalaria.

RESULTADO: Se incluyeron 101 pacientes. El 82% eran hombres, con una media de edad 71,63 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (83,17%), tabaquismo activo o inactivo (83,17%) y dislipidemia (49,5%). El diámetro promedio fue de 5,6 cm (3.5-9.8), con un 74,26% de intervenciones de manera electiva y un 25,74% de urgencia (sintomáticos o con signos inminentes de ruptura). El tiempo quirúrgico promedio fue de 86 minutos, con un tiempo de anestesia de 143 minutos. La mortalidad a 90 días fue de un 7,9%, la mediana de estadía hospitalaria de 4 (2-91). La complicación médica más frecuente fue la falla renal en un 34.33%. El 27,7% de los pacientes desarrollaron algún tipo de endoleak (16% de los electivos y 11.5% de los de urgencia), siendo esta la complicación de resorte quirúrgica más frecuente. El 11,9% de los pacientes requirió alguna reintervención en 2do tiempo, la mayoría en relación con endoleaks (4) u oclusiones de rama (6).

CONCLUSIÓN: El aneurisma aórtico infrarrenal es una patología frecuente, probablemente subdiagnosticada en nuestro medio. Los resultados de esta experiencia local son comparables a los internacionales, demostrando su aplicabilidad en nuestro medio. La baja mortalidad post quirúrgica y la baja tasa de reintervenciones descrita en esta cohorte, posiciona al EVAR como una buena alternativa en pacientes añosos y con comorbilidades, incluso durante los años de pandemia Covid-19.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR POR TÉCNICA DE CHIMENEA PARA PSEUDOANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL VISCERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paz Henríquez W. Sonia Curitol S. Luis Burgos D.

Universidad de la Frontera - Hospital Hernán Henríquez Aravena Temuco

INTRODUCCIÓN: El tratamiento endovascular aórtico se ha establecido como la alternativa de elección, sobre todo en pacientes mayores y con elevado riesgo quirúrgico. No obstante, el 20%-50% de los pacientes presentan anatomía desfavorable para este tratamiento. Por lo anterior han surgido modificaciones de la técnica endovascular. Dentro de estas opciones, se encuentran en primer lugar las prótesis prefabricadas avanzadas, sin embargo, debido a su poca disponibilidad, se ha propuesto como alternativa el uso de la técnica de chimenea.

OBJETIVOS: Reportar la técnica de chimenea como alternativa de tratamiento endovascular en una paciente mayor, con múltiples comorbilidades, con pseudoaneurisma aórtico abdominal que comprometía tronco celiaco y arteria mesentérica superior, en el Hospital de Temuco.

MATERIAL Y MÉTODO:.

RESULTADO: Paciente hipertensa, diabética insulinorrequiriente, dislipidemica, con artritis reumatoide, obesidad mórbida y cardiopatía coronaria. Por dolor abdominal, se realiza Tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis evidenciando masa con densidad de partes blandas que rodea la aorta suprarrenal, emergencia del tronco celiaco y arteria mesentérica superior de 10x6,5x3,5 cm. Se hospitaliza y se realiza biopsia percutánea, con resultado de material hemorrágico y exudado necrótico. En control tomográfico impresiona aneurisma sacular lobulado de aorta abdominal asociado a masa hipodensa periaórtica sugerente de pseudoaneurisma. Por comorbilidades y alto riesgo cardiovascular se descarta tratamiento convencional abierto, por lo que se decide reparación endovascular. Se consideró el tratamiento con prótesis multicapa moduladora de flujo (Cardiatis ®), sin embargo, se descarta por su escasa disponibilidad y el carácter de urgencia. Se opta por la técnica de chimenea para preservación de ramas viscerales. Se implantaron dos Stent Viabahn 8x100 en arteria mesentérica superior y una endoprótesis Zenith TX2 26x80, que se ubicó bajo la extremidad proximal del stent, excluyendo tronco celiaco, y confirmando su posicionamiento bajo visión angiográfica. TC de control saco aneurismático excluido y trombosado, leve componente permeable en emergencia del tronco celiaco, siendo filiforme en su origen, manteniendo similar calibre hacia distal y en relación con sus ramas. Arteria mesentérica superior, inferior y arterias renales mantienen calibre y permeabilidad. Presentó evolución quirúrgica adecuada, es dada de alta luego de dos semanas. Seguimiento durante 18 meses, con evolución clínica y tomográfica favorable. Paciente fallece a consecuencia de su insuficiencia cardiaca en diciembre 2022.

CONCLUSIÓN: La terapia endovascular clásica ha sufrido grandes modificaciones en el tiempo permitiendo adaptarse a diferentes zonas anatómicas y variabilidades entre pacientes, por lo que parece fundamental lograr identificar la técnica que más se acomode a la situación y complejidad de cada caso.

PSEUDOANEURISMAS ARTERIALES TRATADOS CON STENTS CUBIERTOS DURANTE EL PERIODO 2014-2022 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES

David Gálvez, Marcos Mora, Tomás Quezada, Sebastian Soto, Rodrigo Sagüés

Universidad de Magallanes - Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN: Los pseudoaneurismas arteriales son una patología poco frecuente. Últimamente su prevalencia ha ido en aumento debido al advenimiento de los procedimientos endovasculares. La sospecha clínica es fundamental, principalmente en pacientes con antecedentes de intervención arterial y/o traumatismo. La angiotomografía computada es la imagen ideal para su diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico y el manejo endovascular es una opción válida y segura.

OBJETIVOS: Describir los resultados obtenidos en la realización de procedimientos endovasculares en casos de pseudoaneurismas arteriales tratados con stents cubiertos en el Hospital Clínico de Magallanes.

MATERIAL Y MÉTODO: Serie de casos retrospectivo de pacientes diagnosticados con pseudoaneurismas arteriales a los que se les realizó reparación endovascular con stent cubierto en el periodo comprendido entre Enero-2014 y Marzo-2022. Se revisaron fichas clínicas y se realizó planilla que incluyó sexo, edad, imágenes diagnósticas, localización, etiología, tiempo del procedimiento y control postoperatorio.

RESULTADO: Se realizaron un total de 7 procedimientos. 5 de sexo masculino y 2 de sexo femenino. Edad media de 52 años. En todos los casos el diagnóstico imagenológico fue con una AngioTC. La localización fue en 3 casos en la arteria femoral (1 izquierda, 2 derecha), 1 caso en arteria axilar izquierda, 1 caso en arteria humeral izquierda, 1 caso de arteria tibial anterior izquierda y 1 caso de arteria mesentérica superior. La etiología en 3 de los casos fue producto de un traumatismo abierto causado por arma blanca, 2 casos post punción femoral para estudio angiográfico, 1 caso posterior a cirugía biliopancreática y 1 caso posterior al tratamiento quirúrgico secundario a fractura expuesta de pierna derecha. El tiempo empleado fue de 77.9 minutos en promedio. Se realizó seguimiento clínico con estudio vascular al mes de egreso hospitalario en donde en el 100% de los casos el control fue normal. No se reportó mortalidad postoperatoria (<30 días).

CONCLUSIÓN: A pesar de las limitaciones de nuestro estudio en relación al bajo número de pacientes, en nuestra serie podemos observar que el manejo de los pseudoaneurismas por vía endovascular mediante stents cubiertos parece ser una alternativa segura y eficaz con favorables resultados funcionales y mínima morbimortalidad a mediano y largo plazo.

REPORTE DE CASO: SCHWANNOMA COMO TUMOR DEL CUERPO CAROTÍDEO

Montserrat Chávez, Domingo Andreani, Paula Medina, Gabriel Cassorla, Gabriel Seguel.

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: El cuerpo carotídeo es un órgano quimiorreceptor que media el reflejo de la hiperventilación durante la hipoxemia activando el centro respiratorio. Los tumores del cuerpo carotídeo (TCC) son infrecuentes, siendo su incidencia reportada de un 0,6% de todos los tumores de cabeza y cuello. Se trata de tumores que se generan en la bifurcación carotídea, cuya histología habitualmente corresponde al paraganglioma. Los schwannomas por su parte, corresponden a tumores neoplásicos benignos de nervio periférico que se desarrollan como masas fusiformes excéntricas, contenidas por epineuro. Se originan a partir de las células de schwann, de la vaina de mielina de los nervios.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico infrecuente con descripción de su manejo quirúrgico, asociado a una revisión de la escasa literatura existente.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico.

RESULTADO: Paciente de género femenino de 46 años, sin antecedentes mórbidos, se realiza tomografía computada cervical en contexto de cuadro de amigdalitis complicada. Incidentalmente se evidencia imagen nodular de 13x14mm en la bifurcación carotídea derecha. Se realiza estudio dirigido diferido. Doppler carotídeo y vertebral resultan compatible con glomus carotídeo, observándose nódulo de 17x13x14mm en la bifurcación carotídea derecha, vascularizado. La resonancia magnética informa lesión ricamente vascularizada, sugerente de paraganglioma Shamblin 1. Se intenta embolización preoperatoria, la que se descarta dado hallazgo de tumor pobremente vascularizado a la angiografía. Se efectúa resección quirúrgica exitosa, describiéndose una masa de consistencia gomosa, de 40x30mm, que deformaba, pero no envolvía la bifurcación carotídea derecha. El estudio anatomopatológico definitivo, informó un Schwannoma, con tinción S100 positiva.

CONCLUSIÓN: Los TCC son infrecuentes y habitualmente corresponden a paragangliomas, es decir a tumores neuroendocrinos, derivados de la cresta neural. Algunos pueden ser hormonalmente activos, productores de catecolaminas. Más infrecuente aún, es la presentación de un schwannoma como TCC, como en el presente trabajo, existiendo muy pocos casos publicados en la literatura. El tratamiento de elección de los TCC es la resección quirúrgica. Para la planificación operatoria, es útil la clasificación de Shamblin, según su relación con los vasos e invasión local. Es importante definir preoperatoriamente la necesidad de reconstrucciones vasculonerviosas. No estaría indicado el estudio genético de rutina en el schwannoma, a diferencia del paraganglioma.

REVASCULARIZACIÓN ENDOVASCULAR INFRAPOPLÍTEA: EXPERIENCIA LOCAL.

Javiera Lisperguier C., Marcela Khamg O., Hugo Yañez M., Benigno Valda C., Camila Vallejo E., Jorge Cifuentes C., Catalina Videla M., Angeline San Martín C.

Hospital Regional de Antofagasta. Equipo de Cirugía Vascular. Universidad de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN: Introducción: La isquemia crítica es el estado final de la enfermedad vascular periférica. Su tratamiento es la revascularización por vía abierta o endovascular, siendo esta última la primera alternativa en muchos centros (endovascular first).

OBJETIVOS: Objetivos: Revisión de nuestra experiencia en el tratamiento endovascular a nivel infrapoplíteo.

MATERIAL Y MÉTODO: Material y Método: Cohorte retrospectiva. Los datos se obtuvieron de documentos hospitalarios de nuestro centro y Registro Civil, reclutando 236 procedimientos de 227 pacientes candidatos a angioplastia infrapoplítea entre los años 2015-2022. Los *outcomes* primarios fueron la sobrevida libre de amputación mayor y mortalidad.

RESULTADO: Resultados: El éxito técnico fue 89.4%. Edad promedio 65 años (34-90), 71% hombres. Un 91% era hipertenso, 84% diabético, 24% con tabaquismo y 8% enfermedad renal en diálisis. En 165 procedimientos se realizó el abordaje ipsilateral y 69 contralateral, sin diferencias en sobrevida libre de amputación entre ambos abordajes. Arterias revascularizadas: poplítea 44%, tronco tibioperoneo 25%, tibial anterior 36%, tibial posterior 22%, peronea 16%. 77 pacientes tuvieron revascularización a nivel suprapoplíteo simultáneamente. No se observaron diferencias significativas en la sobrevida libre de amputación en pacientes que tuvieron angioplastia supra e infrapoplítea (p=0,62). 25 fueron procedimientos frustros, 6 terminaron en baipás y 12 fueron amputados, solo 1 de ellos con bypass previo. 18 pacientes fueron reintervenidos, 6 mediante bypass y 12 por angioplastia. La media de seguimiento fue de 12 meses.

CONCLUSIÓN: Conclusión: La terapia endovascular es un procedimiento seguro, con un alto porcentaje sobrevida libre de amputación mayor en pacientes seleccionados.

ANEURISMA DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Jorge Cifuentes C., Javiera Lisperguier C., Camila Vallejo E., Benigno Valda C., Hugo Yañez M., Marcela Khamg O.

Hospital Regional de Antofagasta. Equipo de Cirugía Vascular. Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Introducción: La patología aneurismática temporal es infrecuente (400 casos publicados en la literatura). Solo un 5% de los casos corresponde a verdaderos aneurismas, el resto corresponde a pseudoaneurismas provocados por algún proceso traumático o iatrogénico en la región temporoparietal. El tratamiento de primera elección corresponde a la resección del aneurisma.

OBJETIVOS: Objetivo: Reporte de un caso clínico infrecuente y revisión de literatura

MATERIAL Y MÉTODO: Material y métodos: Recolección de datos mediante documentos hospitalarios de nuestro centro e imágenes tomadas durante la intervención quirúrgica

RESULTADO: Caso clínico: Mujer de 61 años consulta por primera vez el año 2014, por lesión pulsátil preauricular izquierda, la cual aparece posterior a traumatismo en la región. Como estudio complementario cuenta con AngioTAC que reporta lesión redondeada de 17 mm en eje mayor, con comportamiento vascular y Ecografía Doppler, la cual describe dilatación aneurismática de la arteria temporal superficial en su tercio medio con trombosis parcial. Es intervenida quirúrgicamente el año 2019, donde lesión alcanzaba un diámetro de 3 cms. Se realiza incisión arciforme en región preauricular, disección, sección y resección del aneurisma. La paciente es dada de alta a los 2 días, sin mayores incidentes

CONCLUSIÓN: Conclusión: La patología aneurismática de la arteria temporal superficial es una patología infrecuente. Es importante considerarla al momento de una consulta por un bulto en la región temporoparietal, sobre todo posterior a un trauma en la región. Su potencial de complicación es escaso.

LINFANGIOMA QUÍSTICO AXILAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN UNA PACIENTE ADULTA.

Jorge Cifuentes C., Javiera Lisperguier C., Camila Vallejo E., Benigno Valda C., Catalina Videla M., Angeline San Martín C., Hugo Yañez M., Marcela Khamg O.

Hospital Regional de Antofagasta. Equipo de Cirugía Vascular. Universidad de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN: Introducción: El linfangioma quístico es una malformación vascular congénita o adquirida de los vasos linfáticos e impide el correcto drenaje de la linfa hacia el sistema venoso. Su incidencia es de un 1/ 50.000 nacimientos. El 90% es diagnosticado en los dos primeros años de vida y es de excepcional aparición en el adulto.

OBJETIVOS: Objetivos: Reporte de un caso clínico de linfangioma quístico axilar que se presenta en una paciente adulta.

MATERIAL Y MÉTODO: Material y método: Datos obtenidos de la ficha clínica de la paciente y revisión de literatura.

RESULTADO: Resultados: Paciente femenina de 36 años, sin antecedentes. Consulta por aumento de volumen en región axilar derecha, no doloroso y no adherido a planos profundos. Se complementa estudio con Resonancia Magnética y se realiza diagnóstico de linfangioma quístico axilar derecho. Se realiza drenaje percutáneo guiado por ecografía, infiltración con 15 ml de polidocanol al 3% y tratamiento compresivo. Sin complicaciones y con resolución del cuadro.

CONCLUSIÓN: Conclusión: Los linfangiomas son de rara aparición en el paciente adulto. Sin embargo, es importante considerarlo como diagnóstico diferencial en el estudio de masas en el paciente adulto. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica de este, debido a que se asocia a un menor índice de recurrencia.

FÍSTULA AORTODUODENAL - MANEJO QUIRÚRGICO EN EMERGENCIA. REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Masia, Carlos Muñoz, Ignacio Cortés, Paola Dobbs

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Las fístulas aortoentéricas primarias presentan una incidencia del 0,04-0,07%. La gran mayoría son por aneurismas de aorta abdominal que comprometen la tercera porción del duodeno con una mortalidad inmediata cercana al 80% y una morbilidad postoperatoria a 30 días del 60-85%.

OBJETIVOS: Reporte de un caso de aneurisma de aorta abdominal, fistulizado a duodeno con sangrado activo y compromiso hemodinámico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 64 años, género masculino, con antecedente de peritonitis apendicular en la infancia, consulta por cuadro de dolor abdominal súbito, hematemesis y melena, sin compromiso hemodinámico. Tomografía computada de abdomen y pelvis revela aneurisma de aorta abdominal infrarrenal trombosado que contacta con tercera porción duodenal sin sangrado activo. Se hospitaliza en espera de resolución por subespecialidad, no logrando su externalización. A las 24 horas de su ingreso presenta quiebre clínico con dolor abdominal, hematemesis abundante y compromiso hemodinámico. Se decide exploración quirúrgica abierta por vía abdominal. Hallazgos: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal trombosado, infectado y fistulizado a tercera porción del duodeno, lumen intestinal con abundante sangre e importante fibrosis aortocava. Se realiza resección segmentaria de tercera y cuarta porción duodenal, reemplazo aórtico con prótesis de Dacrón y anastomosis duodenoyeyunal. El clampeo aórtico fue de 80 minutos, el sangrado de 800 cc y el tiempo quirúrgico de 7 horas. Dado la envergadura de la cirugía, se decide dejar laparostomizado. A las 48 horas se reexplora y cierra la laparotomía.

RESULTADO: Evoluciona con colección periprotésica laminar que es manejada de manera conservadora con terapia antimicrobiana. Egresa a domicilio en su 30vo día postoperatorio

CONCLUSIÓN: La tríada clásica de dolor abdominal, sangrado digestivo y masa pulsátil se encuentra en menos del 30% de los pacientes. Por ello, la experiencia del equipo quirúrgico es fundamental. Cuando el reemplazo aórtico no es factible, un bypass extraanatómico con derivación axilo-bifemoral es una alternativa.

DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA ASISTIDO POR ULTRASONIDO INTRAVASCULAR

Antonio Hernandez, Sebastian Saavedra, Andrea Raicich, Francisca Lopez, Alejandro Iglesias, Alonso Bulboa, Carlos Muñoz, Diego Soto

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La reparación aórtica endovascular torácica (TEVAR) es un procedimiento mínimamente invasivo para tratar condiciones que comprometen la aorta torácica descendente. En efecto, actualmente es reconocido como el abordaje de elección en la mayoría de las afecciones aórticas descendentes, ya que a diferencia de la reparación abierta no requiere una incisión grande, asociándose a menor morbimortalidad. En los últimos años, se ha utilizado el ultrasonido intravascular (IVUS) como una herramienta complementaria a TEVAR. El IVUS es una técnica de imagen que permite la visualización en tiempo real de la estructura y la patología de la pared aórtica, brindando información detallada sobre el diámetro y la forma de la aorta, así como la presencia de lumen falso y su relación con los vasos sanguíneos adyacentes.

OBJETIVOS: Presentación de caso clínico de paciente con disección aórtica toraco-abdominal manejado con reparación endovascular aórtico-torácica e IVUS

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica en forma retrospectiva y literatura. Caso clínico: Paciente masculino de 61 años con antecedentes de hipertensión y EPOC. Consulta por dolor torácico de inicio brusco asociado a náuseas y vómitos. Una vez descartado síndrome coronario agudo, se solicita angioTAC que describe disección aórtica toracoabdominal tipo B Standford. Ingresa para manejo médico de patología. Ante crecimiento de aneurisma aórtico de 4.9 a 5.2cm se realiza reemplazo de aorta ascendente y arco aórtico con prótesis en trompa de elefante para un mejor anclaje de futura prótesis en aorta descendente, por equipo de cardiocirugía. Posteriormente es derivada a equipo de cirugía vascular para manejo de disección aórtica y aneurisma de aorta descendente mediante TEVAR. En pabellón prótesis TEVAR se despliega a distal de ostium de subclavia izquierda, se identifica extremo caudal de endoprótesis a tronco celíaco y bifurcación aórtica, se decide complementar con tercera prótesis, se evidencia persistencia de lumen falso en aorta abdominal y se realiza modelamiento de sistema con balón coda a lo largo de TEVAR y Stent de disección, sin incidentes, todo con apoyo de ultrasonido intravascular (IVUS). Se confirma dilatación de lumen verdadero con notoria disminución de diámetro del lumen falso y flujo conservado de vasos viscerales.

RESULTADO: Evolución favorable en lo quirúrgico. Egreso hospitalario al 7° día

CONCLUSIÓN: La reparación endovascular de la aorta torácica (TEVAR) con ultrasonido intravascular (IVUS) es una opción segura y efectiva en el manejo de la disección aórtica, brindando una evolución favorable y un menor tiempo de hospitalización.

MANEJO DE ISQUEMIA AGUDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR CON ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA(EAO) SUBYACENTE

R. Díaz, D. Lazcano, C. Pereira, B. Retamales, I. Villablanca, E. Águila, L. Chica, A. Mella.

Hospital El Carmen

INTRODUCCIÓN: La enfermedad arterial oclusiva de extremidades superiores(EAOES) es una patología poco frecuente, en comparación con la enfermedad arterial de extremidades inferiores(EAEI), reportada en <10% de la población con EAO. Esta patología se presenta predominantemente a nivel arterias axilares y subclavias, siendo esta última la más frecuente con una incidencia de estenosis de un 2%, donde 1/3 es a nivel del tronco braquiocefálico. El 85-90% de las isquemias arteriales agudas de ES son de origen tromboembólico, pero su asociación como complicación de EAOES no está reportado. Respecto al tratamiento agudo está indicada la tromboembolectomía. El tratamiento de EAOES tiene opción de abordaje tanto abierto, como endovascular. El éxito del tratamiento endovascular es del 100% si se corrige una estenosis y hasta 95% si se corrige una oclusión completa.

OBJETIVOS: Presentar el manejo de un caso clínico poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: CASO CLINICO

RESULTADO: Paciente femenina de 62 años, con antecedentes de tabaquismo suspendido (IPA 20), hipertensión arterial y artritis reumatoide. Presentó 4 días de dolor en extremidad superior izquierda(ESI), frialdad de la mano, color violáceo y cianótico del dedo índice, pulso radial débil, con movilidad y sensibilidad conservada, sin curva de saturometría. Se solicitó Angio-Tac de ESI que impresionó obstrucción completa de arteria subclavia y segmentaria de arterias radial y cubital a distal, con opacificación parcial de arcos palmares. Se inició BIC de HNF e intervino por el Equipo de Cirugía de Urgencias mediante abordaje de arteria braquial izquierda a la altura de la bifurcación de esta, arteriotomía longitudinal, trombectomía con Fogarty retirando trombos proximales, desestimándose tromboembolectomía distal por presentar buen run-off. Sin embargo, al día siguiente se decidió reintervenir por Equipo de Cirugía Vascular, dada clínica Rutherford IIa, obteniendo trombo antiguo proximal y fresco a distal; arteriografía distal mostró adecuada perfusión, pero a proximal, a la altura del origen de la arteria subclavia, evidenció estenosis significativa, por lo que se decidió abandonar el procedimiento y programar pabellón híbrido. A través de arteria braquial, con guía hidrofílica se ingresó hasta aorta descendente, se predilató arteria subclavia estenótica con balón y desplegó stent Absolut-Pro 9x40mm desde proximal hasta su origen, obteniendo control angiográfico satisfactorio, arteria vertebral permeable.

CONCLUSIÓN: Paciente presentó isquemia aguda de la ESI por tromboembolismo arterial, con EAOES subyacente con estenosis subclavia en su origen. El manejo inicial por Cirugía de Urgencias tuvo un buen resultado inicial, pero al día siguiente presentó complicación secundaria a patología subyacente no tratada, lo cual significo una condición determinante para permitir la revascularización de la extremidad, la cual se realizó en 2 tiempos con resultado satisfactorio.

CASO CLÍNICO DISECCIÓN ARTERIAL DURANTE PTA: ¿QUÉ HACER?

B. OSSA, F. CORVALAN.

CLÍNICA SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN: La angioplastia, también conocida como angioplastia transluminal percutánea (PTA), es un procedimiento en el que se canaliza una arteria. Se realiza mediante la inserción de una guía de alambre guiada por rayos X y un catéter con un balón para control de estenosis u oclusiones. En algunos casos, se inserta un stent para mantener la arteria abierta. Aunque generalmente es un procedimiento seguro, existen complicaciones asociadas a la angioplastia. Estas incluyen sangrado, hematoma, amputación parcial o total de la extremidad, trombosis, embolia y disección arterial. En el caso de este ultima, gracias a los avances actuales se han desarrollado dispositivos de reentrada arterial que permiten alcanzar el verdadero lumen y realizar una angioplastia durante la misma cirugía en la que ocurrió la complicación.

OBJETIVOS: 1. Reconocer las complicaciones posibles durante una PTA 2. Reconocer las opciones terapéuticas para el manejo de una disección arterial durante PTA 3. Identificar los dispositivos de re entrada arterial

CONTENIDO DE VIDEO: Angioplastia transluminal percutánea de EEII en donde se observa una Estenosis crítica-total de la arteria femoral superficial distal derecha a nivel del canal de los aductores Durante el paso de la guía a través de la estenosis ocurre una disección hacia caudal de la AFS derecha, la cual fue manejada con un dispositivo de re entrada arterial que permito ingresar al lumen verdadero de la disección y poder realizar una angioplastia e insertar un stent, apreciando posteriormente en la angiografía de salida un buen flujo arterial sin lesión residual.

MANEJO MÉDICO QUIRÚRGICO DE ARTERIA CIÁTICA PERSISTENTE ANEURISMÁTICA COMO CAUSA DE ISQUEMIA DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Constanza Díaz G, Rocío Witto E, Evelyn Baeza N, Francisca Ortiz M, Daniel Wallach W, Pablo Carreño O, Francisco Moraga V, Nicole Díaz A, Gonzalo Contreras H, Julio Galaz L.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La arteria ciática sirve como suministro de sangre axial del miembro inferior en desarrollo durante la embriogénesis. Al tercer mes de gestación, la arteria femoral se encuentra completamente desarrollada y funcional, por lo que la arteria ciática involuciona, de la cual permanecen en el adulto la arteria glútea en su sector proximal y parte de la arteria poplítea y las arterias tibiales en su sector distal

OBJETIVOS: Presentar revisar literatura de caso clínico de paciente con anomalía congénita poco frecuente en extremidades inferiores

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de ficha clínica de paciente y atención directa del paciente

RESULTADO: Mujer de 71 años que consulta por claudicación intermitente de 50 metros de un año de evolución. AngioTAC estable el diagnóstico y arteriografía demuestra trombosis distal de arteria ciática; arteria femoral superficial hipoplásica que no llega a constituir a la arteria poplítea. Se realiza baipás femoro-tibial posterior con vena safena invertida, con evolución favorable y buen resultado quirúrgico: pulso tibial posterior presente y ausencia de claudicación.

CONCLUSIÓN: La arteria ciática persistente es una anomalía vascular congénita de baja frecuencia, reportándose en 0.01 a 0.05% de la población general. Compromete generalmente la extremidad inferior derecha (50%) y bilateral (20%), frecuentemente la arteria femoral es hipoplásica. El diagnóstico es incidental en pacientes asintomáticos o por complicaciones en su evolución: aneurisma, trombosis o embolización. De acuerdo con las clasificaciones de Ahn-Min y Pillet-Gauffre, el tratamiento puede ser endovascular o quirúrgico de acuerdo a la presencia de: arteria ciática completa/parcial, aneurisma y complicaciones.

ACODADURA DE ARTERIA RENAL. COMPLICACIÓN A TENER EN CUENTA

Cristóbal Perez Castillo, Josefa Erazo Neira, Francisco Arriagada Valdés, Valentina Duran Espinoza, Cristian Cancino

Universidad de Concepción, Pontificia Universidad Católica, Hospital Las Higueras

INTRODUCCIÓN: El trasplante renal es un procedimiento que presenta complicaciones. Una de ellas es la estenosis por acodadura de la arteria renal, que debe sospecharse de manera precoz por poner en riesgo la viabilidad del injerto. Existen pocos casos reportados en la literatura local, motivo por el cual presentamos un caso clínico en el cual la acodadura de arteria renal ocurre 2 veces dentro de la misma hospitalización.

OBJETIVOS: Presentar un caso de acodadura de arteria renal y discutir características de la complicación.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico, previo consentimiento y revisión de ficha clínica.

RESULTADO: Paciente de 37 años con antecedentes de enfermedad renal crónica, secundaria a nefropatía IGA, HTA, con fístula arteriovenosa trombosada en extremidad superior izquierda y bradicardia sinusal. Luego de 6 años de hemodiálisis se somete a trasplante renal en fosa iliaca derecha con donante cadáver, protocolo quirúrgico de acuerdo con el centro, destacando 18 horas de isquemia fría y 34 minutos de isquemia caliente. Primer día post trasplante, el paciente se presenta anúrico, se realiza una ecografía doppler renal destacando estenosis de la arteria renal, confirmada mediante arteriografía. Se realiza una laparotomía exploradora, con hallazgo intraoperatorio de acodamiento de la arteria renal del injerto en aproximadamente 360 grados, conservando un aspecto vital, se procede intra-pabellón a reacomodamiento. El postoperatorio cursa con anuria de 5 días, se realiza una nueva ecografía doppler evidenciando acodamiento de la arteria renal a nivel del tercio medio/distal. Cursa con dolor en flanco derecho de inicio brusco en relación con la herida operatoria. Se realiza AngioTAC de urgencia mostrando cambios postoperatorios, asociado a un hematoma en fosa iliaca derecha, sin compromiso de perfusión del injerto. Al 10mo día se evidencia un aumento de volumen de hematoma peri renal. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia riñón edematizado, con hallazgos macroscópicos compatibles con rotura y sangrado activo. Se decide nefrectomía por pérdida del injerto.

CONCLUSIÓN: La acodadura de la arteria renal es una complicación rara, la cual puede ser letal, es por esto que el equipo tratante debe tener un alto nivel de sospecha y un tratamiento precoz. La etiología de a acodadura de arteria renal son variadas, pueden ser una orientación anómala de la anastomosis en los vasos ilíacos respecto a la situación del riñón, una rotación de la arteria en el tiempo de realizar la anastomosis, una arteria redundante o que se produzca una rotación del riñón.

GLOMANGIOMA EXTREMIDAD SUPERIOR, REPORTE DE UN CASO

Nicole Díaz, Pablo Carreño, Daniel Wallach, Constanza Díaz, Gonzalo Contreras, Andrea Barreda, Roberto Rodriguez

Hospital clínico San borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: Los tumores glómicos son lesiones benignas derivadas del plexo neuromioarterial: células musculares lisas modificadas del cuerpo glómico. Se presentan clásicamente a mediana edad (4ª a 5ª décadas), con predilección por el sexo femenino. Los otros sitios donde se han informado incluyen el tracto gastrointestinal, genitourinario, hueso y nasofaringe. La tríada clásica de síntomas incluye dolor, sensibilidad y termoalgesia.

OBJETIVOS: Presentar el caso de paciente con tumor en extremidad superior manejado de manera quirúrgica e informado en la biopsia como Glomangioma; caso reportado en Hospital clínico San Borja Arriarán.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 29 años sin antecedentes mórbidos, con historia de 9 años de aumento de volumen doloroso en antebrazo izquierdo. Al examen físico destaca masa en cara medial de brazo derecho, sensible, con cambio de coloración verdosa, de 2x1cm. En ecografía informa masa ovalada heterogénea mal definida con estructuras serpiginosas, con flujo al doppler de característica venosa, conectadas a vena cefálica.

RESULTADO: Se realiza resección quirúrgica completa del tumor siendo enviada a biopsia diferida que informa masa irregular de 4x2,5cm con tejido vascular venoso de distintos calibres asociado a células de tipo glómico en nidos y trabéculas perivasculares (5% del volumen), sin atipias; histología compatible con Glomangioma.

CONCLUSIÓN: Los tumores glómicos, neoplasias benignas originadas en el plexo mioarterial, representan el 1,6% de los tumores de partes blandas. Esta entidad clínica es sumamente infrecuente y debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de GIST epitelioide en casos que involucren el tracto gastrointestinal, así como en el caso de tumores neuroendocrinos. En este contexto, se presenta el caso de un paciente con un glomangioma localizado en la extremidad superior, que fue abordado mediante cirugía, destacándose por su atipicidad tanto en términos epidemiológicos (sexo masculino) como en su localización anatómica (extremidad superior).

COMPLICACIONES VASCULARES POR TROMBOSIS A REPETICIÓN EN TRASPLANTE RENAL POR NEFROPATÍA IGA.

Josefa Erazo, Francisco Arriagada, Cristóbal Pérez, Cristian Cancino.

Universidad de Concepción, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Las Higueras de Talcahuano

INTRODUCCIÓN: La trombosis del injerto renal (TIR) es responsable del 2%-7% de las pérdidas tempranas del injerto, principalmente en postoperatorio temprano. Un 30% de pacientes con nefropatía por inmunoglobulina A (NIgA) progresan a enfermedad renal crónica (ERC) y eventual trasplante renal (TR), asociado con trombosis antes y después de este, poniendo en riesgo la viabilidad del injerto. Actualmente, el manejo de complicaciones vasculares carece de protocolos estandarizados, sin incorporación de manejo de TIR intraoperatorio.

OBJETIVOS: Describir un caso de TIR recurrente en el periodo postoperatorio temprano de paciente trasplantado por NIgA y discutir sus factores de riesgo, presentación clínica y manejo.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico, previo consentimiento informado y revisión de ficha clínica.

RESULTADO: Paciente masculino 44 años, en hemodiálisis hace 4 años, por ERC secundario a NIgA, ingresa para TR donante cadáver, riesgo inmunológico bajo y estudio pretrasplante completo. Intra Pabellón, se administra Metilprednisolona 250 mg endovenosa, previo desclampeo. Tras isquemia caliente de 53 minutos, se advierte ausencia de flujo arterial, mala perfusión del injerto, identificándose TIR y polar, extrayéndose con buena respuesta. Evoluciona con diuresis 50 mililitros en 14 horas, dolor en lecho operatorio, gestionándose ecografía doppler renal indicativo de ausencia de flujo arteria renal y posterior angioTAC de abdomen y pelvis evidenciando ausencia de flujo sanguíneo injerto renal y aire en su interior. Se procede a nefrectomía, encontrando el injerto inviable por trombosis venosa y arterial recurrente.

CONCLUSIÓN: Algunos factores involucrados en la patogenia del TIR son las patologías vasculares como placas de ateroma y arterias renales múltiples, tiempo prolongado de isquemia fría, errores técnicos quirúrgicos por lesión de disección intimal, canulación de perfusión, dosis altas de metilprednisolona intravenosa intraoperatorio. Las TIR arteriales y venosas se manifiestan con anuria y dolor en zona operatoria, mientras que los infartos segmentarios pueden manifestarse sólo por aumento de la presión arterial, cobrando relevancia la monitorización del paciente postoperado para la pesquisa precoz de complicaciones. La edematización del injerto y eventual hemorragia por rotura implica riesgo vital del paciente. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar la pérdida del injerto, requiriendo alto índice de sospecha por clínica y apoyándose de imagenología sin retrasar su manejo. No se identificaron factores de riesgo de TIR pretrasplante, ni de la técnica quirúrgica. Es necesario contemplar los factores de riesgo propios de la patología causante de TR y estudio de asociaciones de complicaciones intraoperatorias para guiar el manejo de eventuales complicaciones postoperatorias.

ANEURISMA MICÓTICO TRATADO CON TEVAR: REPORTE DE CASO

Cristian Marín Oviedo, Felipe Ulloa Otey

Hospital Sotero del Rio

INTRODUCCIÓN: Los aneurismas micóticos son un tipo de aneurisma causado por la infección del tejido del vaso sanguíneo, habitualmente secundaria a bacterias. Pueden estar localizados en cualquier segmento de la aorta, con prevalencia de un 75.7% en aorta descendente. Ocurren en aneurismas preexistentes que se infectan o se genera degeneración aneurismática y dilatación producto de la infección. Pacientes con enfermedad ateroesclerótica en pared de la aorta son más vulnerables a la colonización por bacterias, ya sea a través de bacteriemias o debido a procesos infecciosos adyacentes. La presentación clínica frecuentemente es inespecífica, y los síntomas más comunes incluyen fiebre, dolor torácico o dorsal, dolor abdominal y calofríos, además de síntomas compresivos por expansión local. El diagnóstico se basa en la presentación clínica, laboratorio (parámetros inflamatorios elevados, hemocultivos positivos) y hallazgos radiológicos en imágenes. En tratamiento consiste en uso de antibióticos endovenoso, control de presión arterial y manejo quirúrgico, tradicionalmente abierto, con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Actualmente se ha planteado el tratamiento endovascular como alternativa aceptable para la reparación de este tipo de aneurismas, con resultados similares en términos de sobrevida al comparar con cirugía abierta.

OBJETIVOS: El siguiente reporte trata de una paciente de 76 años con antecedente de Parkinson, asma y cáncer de vejiga tratado que consulta por cuadro de 7 días de tos y hemoptisis, sudoración nocturna intermitente de 1 mes previo a consulta y baja de peso no cuantificada. En exámenes de laboratorio del ingreso destacan recuento de leucocitos de 16.300, PCR 11.6 y AngioTAC que muestra absceso yuxtaaórtico de aorta descendente de 6.6 cms x 3.8 cms con tres pseudoaneurismas micóticos de 12,21 y 21 mm en aorta descendente, con aparente extensión al parénquima pulmonar paramediastínico del lóbulo superior izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción del caso

RESULTADO: Ingresa hemodinámicamente estable, con signos vitales normales, pero evolucionando a las 48 horas con hemoptisis, compromiso de conciencia e hipoperfusión distal. Es llevada a pabellón de urgencia, donde se realiza implante de endoprótesis aórtica torácica para exclusión de pseudoaneurismas micóticos rotos, desde distal a arteria subclavia izquierda hasta proximal a tronco celiaco. Se solicita drenaje de colección periaórtica por radiología intervencional, dando salida a liquido hemático purulento, con cultivo (+) para E. coli multisensible. Se continúa tratamiento ATB de manera ambulatoria, y se solicita control con imagen, donde se observa TEVAR sin endoleak, con resolución de colección periaórtica.

CONCLUSIÓN: El tratamiento endovascular de los aneurismas micóticos es una alternativa factible en pacientes de alto riesgo quirúrgico

TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO

Juan marin, paulo zuñiga, claudia marin

Huap

Introducción: los tumores del cuerpo carotideos son poco frecuentes, el tratamiento es quirúrgico, sin embargo, se complican por su gran irrigación con riesgo de sangramiento importante y daño de nervios craneales adyacentes al tumor.

Objetivos: presentar caso de tumor carotideo tratado con cirugía previa embolización del tumor.

Material y método: mujer de 60 años con masa cervical lateral derecha asintomática, cuya ecografía y Angiotac revelan tumor del cuerpo carotideo que separan ambas carótidas interna y externa

Resultado: se efectúa embolización previa mediante la intervención de neuro radiólogo y al día siguiente se opera sin evidenciar sangramiento con preservación de hipogloso mayor que esta encima del tumor, con buena evolución post-operatoria.

Conclusión: la embolización de los tumores de cuerpo carotideo es un excelente procedimiento para impedir perdidas sanguíneas importantes y no dañar nervios craneales comprometidos por el tumor.

INFECCION DE PROTESIS AORTICA: TRATAMIENTO QUIRURGICO ALTERNATIVO

Juan Marín P, Claudia Marín H

Huap

Introducción: la infección de prótesis aortica es un evento catastrófico con gran mortalidad. Tradicionalmente el tratamiento ha sido la extracción de la prótesis y la reconstrucción mediante puente extra anatómico

Objetivos: presentar caso de infección de prótesis aortica en paciente sometido a puente aortobifemoral mediante tratamiento alternativo al tradicional

Material y método: hombre de 64 años portador de aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal y oclusión de ambas iliacas que presenta a los dos meses infección de prótesis aortica. El cual es tratado en forma conservadora. Se efectúa drenaje de colecciones peri protésicas que estaban dentro del saco aneurismático, aseo y drenajes con colocación de epiplón mayor encima de prótesis aortica.

Resultado: buen resultado, si bien cultivo no demostró bacterias causantes debido a antibioterapia de amplio espectro preoperatorio, con controles de Angiotac que revelan ausencia de colecciones al año de tratamiento con doxiciclina de por vida

Conclusión: en algunas oportunidades cuando se encuentran colecciones asociadas al saco con incorporación de prótesis proximal y distal como en este caso, vale la pena intentar tratamiento conservador y antibioterapia de por vida.

ENDOLEAK DE TIPO 1A MASIVO Y TARDIO ASOCIADO A SHOCK Y ANEMIA AGUDA

JUAN MARIN P, FRANCISCO MORAGA V,CLAUDIA MARIN H.

Huap

Introducción: los endoleaks del tipo 1 ya sean 1a o b, son responsables de reproducción de los aneurismas con riesgo de ruptura importante

Objetivos: presentar caso de endoleak tipo 1a masivo y tardio en paciente que ingresa con reproducción de aneurisma y ruptura asociado a shock y anemia aguda que es tratado mediante cirugía tradicional

Material y método: hombre de 74 años, antecedente de aneurisma aórtico tratado con endoprotesis hace 6 años, que consulta por lipotimia e hipotensión en cesfam y que ingresa en shock grave y anemia aguda tratado mediante cirugía vascular abierta en donde se aprecia separación de la endoprótesis a la aorta proximal solo sujetada con ganchos del free flow. Se repara mediante extracción de free flow, e interposición de prótesis de dacrón a aorta proximal yuxtarenal y endoprótesis.

Resultado: buen resultado de la cirugía, sin embargo, el paciente fallece por neumonía aspirativa y sepsis debido a gran hernia hiatal en que estomago casi en su totalidad está en el torax.

Conclusión: si bien, frente a este problema grave en que existen alternativas endovasculares para tratar esta grave complicación, no siempre se cuentan con estos elementos asociado a la gran premura de shock grave por sangramiento y ruptura del aneurisma, en que se aconseja retiro de endoprótesis y reparación con puente aórtico abierto, nuestro tratamiento ofrece una alternativa con menos morbimortalidad considerando esta grave complicación en que se presentó este paciente

CASO CLÍNICO: TRAUMA ARTERIAL SUBCLAVIO, MANEJO ENDOVASCULAR

Felipe Ulloa O, Cristian Marín O.

Universidad del Desarrollo Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: El trauma vascular es de relevancia en las unidades de emergencia adulto, esto debido a las graves consecuencias de éste, ocasionando muchas veces la amputación de la extremidad o la muerte del paciente. Las lesiones traumáticas de la arteria subclavia son infrecuentes, varían en torno al 1-2% dentro de todos los traumatismos arteriales, y plantean dificultades en su diagnóstico y sobre todo en su abordaje terapéutico. Esta baja incidencia y complejidad se debe a su localización retro clavicular y a la protección que le confiere el tórax. Presenta una morbilidad del 25%, principalmente neurológica, con una mortalidad descrita hasta del 30%. La reparación tradicional se enfoca en un abordaje amplio, mediante resección de la clavícula o por esternotomía con extensión supraclavicular. Por otro lado, el manejo endovascular ha tomado mayor relevancia durante los últimos años al presentar baja morbimortalidad, aun así, menos de la mitad de los pacientes son susceptibles a este manejo. A continuación, se describe el siguiente caso clínico.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de trauma vascular de arteria subclavia derecha, provocado por lesión cortopunzante en paciente joven. Ilustrar la lesión observada y su manejo endovascular.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogieron datos de forma retrospectiva del caso clínico que incluyó ingreso urgencia, signos vitales, imágenes radiológicas, protocolo quirúrgico y evolución clínica.

RESULTADO: Paciente masculino 25 años, ingresado al servicio de urgencia posterior a herida por arma blanca en región supraclavicular derecha. Sin antecedentes mórbidos, con dolor en el sitio de lesión. Hemodinámica mente estable, consciente y orientado. Con respecto a la exploración vascular específica, presentaba únicamente una disminución de los pulsos en el miembro superior derecho, sin alteraciones neurológicas asociadas. Angiotac Cuello/Torax/Abdomen y fase con contraste oral: Herida penetrante en la región cervical baja derecha, con gran hematoma cervical profundo centrado el espacio carotídeo derecho de 3,7 x 2,8 cm y que se extiende por aproximadamente 8,5 cm en su eje longitudinal. Significativa irregularidad del contorno del segmento proximal de arteria subclavia derecha con foco de sangrado activo de la pared posteromedial. Se valoró al paciente y se decidió cirugía de urgencia bajo manejo endovascular. Disección, control vascular y punción de arteria humeral. Heparinización sistémica (6000 UI HNF IV). Canalización de tronco braquiocefálico y aorta ascendente. Angiografía con imagen de pseudoaneurisma proximal a origen de arteria vertebral y mamaria derecha. Se desplegó endoprótesis de balón expansible 10 mm x 5 cm, cubriendo orígenes de vertebral y mamaria interna. Angiografía de control muestra adecuada expansión de la endoprótesis y ausencia de imagen de pseudoaneurisma. Pulso radial presente al término del procedimiento. El paciente egresó a unidad monitorizada durante el postoperatorio. Alta tras 24 horas de observación.

CONCLUSIÓN: En pacientes estables con traumatismo de arteria subclavia, el manejo endovascular con endoprótesis de balón expansible representa una gran alternativa quirúrgica.

MANEJO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA OCCIPITAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO.

Carolina Bonomo, Cristóbal Orellana, Carlos Torrealba, Melissa Pavez, Mauricio Turu, José Ignacio Torrealba

Hospital La Florida Dra Eloísa Díaz Insunza

INTRODUCCIÓN: Los pseudoaneurismas postraumáticos de arterias extracraneales son complicaciones infrecuentes de traumatismo encéfalo-craneanos. Los pseudoaneurismas de la arteria occipital son entidades extremadamente raras, reportándose menos de 25 casos en la literatura. Su presentación clínica más frecuente es como una masa pulsátil en la región occipital. El diagnóstico suele realizarse con una imagen, generalmente tomografía computada o ecografía con doppler. Dado su potencial de complicación asociado a ruptura y hemorragia está indicado su manejo quirúrgico.

OBJETIVOS: Presentamos el caso de un paciente con pseudoaneurisma de arteria occipital izquierda de origen traumático que se manejó de forma endovascular en el Hospital de La Florida Dra. Eloísa Díaz.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de género masculino de 37 años, consultó en servicio de urgencias por aumento de volumen occipital sensible y pulsátil. Tenía antecedente de traumatismo con arma blanca en zona occipital izquierda 15 días previo a la consulta que se manejó en consultorio con sutura de herida superficial. Se solicitó ecografía doppler que muestra pseudoaneurisma de arteria suboccipital izquierda. Dado el sitio de difícil acceso quirúrgico, se decidió realizar tratamiento endovascular. Mediante acceso femoral derecho, se canuló selectivamente carótida común izquierda y luego carótida externa izquierda. Mediante microcatéter prograte se embolizó arteria occipital distal con microcoils. Angiografía de control no mostró extravasación de contraste. El Paciente evolucionó favorablemente con ecografía de control sin flujo en pseudoaneurisma.

RESULTADO: Los pseudoaneurismas de la arteria occipital son infrecuentes representando menos del 1% de sus localizaciones reportadas. El diagnóstico puede ser desafiante si no existe una alta sospecha clínica. Es importante considerarlos dentro del diagnóstico diferencial de aumento de volumen craneano en la zona occipital, sobre todo ante un paciente con antecedente de traumatismo previo en la zona. Existen múltiples formas de manejo, principalmente quirúrgico abierto y endovascular, sin consenso en la literatura respecto a un abordaje estandarizado. Se ha descrito que se recomienda manejo endovascular en pseudoaneurismas de menor tamaño asociándose está vía de manejo a menor riesgo de neuralgia occipital. Dado su baja incidencia hay escasa evidencia respecto a la modalidad óptima de manejo. En nuestro caso, la intervención endovascular tuvo buenos resultados sin complicaciones asociadas.

CONCLUSIÓN: El pseudoaneurisma de la arteria occipital es una entidad infrecuente. El diagnóstico precoz y su manejo oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones. Dado la baja frecuencia de presentación, no existe una vía de manejo única recomendada. El abordaje endovascular sería una alternativa segura y eficaz para tratar estos pseudoaneurismas.

COLGAJO MICROQUIRÚRGICO COMO PARTE DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LAS ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO COMPLICADO.

Carlos Morales M., Cristián Marín O., Diego Soto V.

Complejo Asistencial “Dr. Sótero del Río”

INTRODUCCIÓN: El principal factor de riesgo para amputaciones no traumáticas son complicaciones relacionadas a úlceras de pie diabético. La importancia de un adecuado abordaje a este tipo de patologías se traduce en aumento de sobrevida, reinserción laboral temprana y mejoría de calidad de vida. Un enfoque multidisciplinario es importante en el tratamiento de los diversos factores causantes de la ulceración severa del pie diabético.

OBJETIVOS: El objetivo es presentar un caso y realizar la revisión de un diagnóstico multifactorial, presentando una alternativa al manejo estándar y poco definido en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una recolección de los datos demográficos, presentación clínica, resultados de exámenes, procedimientos y detalles de la cirugía desde la ficha clínica. Se realizó una búsqueda en PubMed, se incluyeron trabajos sobre estudios que incluyeran úlceras complicadas de pie diabético. Se realizó un análisis del caso y de la literatura asociada.

RESULTADO: Paciente masculino de 60 años, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 insulino requiriente e hipertensión arterial, con regular adherencia a tratamiento, se presentó en urgencias con 6 días de evolución caracterizado por lesión tipo úlcera en relación a 2do y 3er metatarso, exudativa seropurulenta, con partes blandas flegmonosas y con importante edema en cara dorsal, pulsos pedio y tibial posterior presentes. Exámenes de laboratorio destaca PCR 341 Leucocitos 17200. Se realiza Rx AP de PIE Iº con presencia gas en espacio tisular. Ingresa a pabellón, se realiza amputación de 2do y 3er ortejo de pie izquierdo, desbridamiento de tejido desvitalizado quedando defecto de cobertura que se extiende 6 cm hacia cara dorsal del pie. Se mantiene herida abierta, requiriendo múltiples curaciones avanzadas por enfermería, 2 aseos quirúrgicos y manejo con terapia de presión negativa más antibioticoterapia, control metabólico estricto realizado por equipo de diabetes, evolucionando de manera satisfactoria con cultivos negativos sin embargo con gran defecto de cobertura que se extiende al menos 12*6cm hasta plano osteotendíneo en antepié. Se solicita Angiotac de extremidades inferiores reporta sin alteraciones, solicitado para evaluar estado vascular y posibles perforantes que serían empleados en la reconstrucción, Llevado posteriormente a pabellón por equipo de Cirugía plástica, herida con base residual de amputación limpia, granulante, se realiza elevación de colgajo libre SCIP(perforante de la arteria circunfleja superficial), evoluciona con adecuado control postoperatorio, una semana después el injertó prendió en toda su extensión. Es dado de alta, continuando en seguimiento multidisciplinario de forma ambulatoria.

CONCLUSIÓN: El colgajo para la reconstrucción del pie diabético es una opción en seleccionados pacientes como parte del abordaje multidisciplinario en úlceras por pies diabéticos logrando en algunos casos el salvataje de la extremidad lo cual conducirá a una mejor calidad de vida.

USO DE PRÓTESIS DE EPTFE EN LA REPARACIÓN DE TRAUMA DE LA ARTERIA SUBCLAVIA POR ARMA DE FUEGO

Sandra Osorio Véliz, Diego Ardiles López, Franklin González Lillo, Cristian Arriagada Godoy, María José Olea Rivera, Malao Raffo Román

Hospital San José

INTRODUCCIÓN: Las lesiones traumáticas en la arteria subclavia representan el 1-2% de todos los traumas arteriales, y están asociadas con una morbilidad superior al 40%, una mortalidad del 30%, y una tasa de amputación del miembro afectado de entre el 15% y el 35%. El incremento en el uso de armas de fuego ha llevado a un aumento en este tipo de traumas, presentándose predominantemente en hombres jóvenes con compromiso hemodinámico y sangrado activo o hematoma a tensión, requiriendo de reparación quirúrgica abierta de forma inmediata.

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia en reparación de arteria subclavia con prótesis de ePTFE por trauma vascular con arma de fuego.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos una revisión retrospectiva de tres casos atendidos en el Hospital San José de Santiago entre enero y julio 2023. En todos se realizó reparación de arteria subclavia con prótesis de ePTFE por lesión de arma de fuego

RESULTADO: Los tres pacientes eran hombres, con una edad promedio de 27 años, con lesión a nivel del tercio medio de la arteria subclavia asociado a estallido de clavícula y compromiso hemodinámico, dos con sangrado activo y uno con hematoma a tensión. Todos los pacientes requirieron poli transfusión de hemoderivados y debido a la gravedad de su condición, se optó por una reparación con prótesis de ePTFE. El tiempo quirúrgico promedio fue de 105 minutos y se llevó a cabo una embolectomía proximal y distal. En el postoperatorio se administró profilaxis antibiótica y anticoagulación. Dos de los pacientes requirieron ventilación mecánica, uno por 48 horas y el otro por 72 horas. No se presentaron infecciones y en el seguimiento se observó permeabilidad de la reparación.

CONCLUSIÓN: El trauma en la arteria subclavia conlleva un alto índice de morbimortalidad. Desafortunadamente, con el incremento en la prevalencia de las lesiones por arma de fuego, se ha observado una mayor incidencia de compromiso hemodinámico en los pacientes, lo que insta a una rápida intervención quirúrgica. A pesar de que el injerto venoso continúa siendo el tratamiento predilecto, el compromiso hemodinámico y la concurrencia de otras lesiones hacen que el recurso a las prótesis de ePTFE se convierta en una alternativa inmediata más viable. Según nuestra experiencia clínica, esta alternativa ha demostrado un bajo índice de complicaciones, principalmente en lo referente a infección y trombosis de la reparación.

HEMOPTISIS, MANERA POCO HABITUAL DE MANIFESTACIÓN DE ANEURISMA AORTA TORÁCICA COMPLICADO

Sandra Osorio Véliz, Franklin Gonzalez Lillo, Jose Herrera Valdés, Raimundo Vergara Goldzveig, Malao Raffo Román, Diego Ardiles López, María José Olea Rivera

Hospital San Jose

INTRODUCCIÓN: Introducción: Los aneurismas de la aorta torácica (AAT) crecen muy lentamente con clínica silente. La hemoptisis es un signo/síntoma de presentación poco frecuente de complicación de AAT. La erosión pulmonar del parénquima o de la vía aérea produce el desarrollo de tos con sangre y hemoptisis masiva; potencialmente peligrosa y mortal.

OBJETIVOS: Objetivo: Presentación de caso clínico de AAT con presentación clínica de hemoptisis resuelto con técnica endovascular

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 56 años con antecedente de HTA, Tabaquismo crónico y oh crónico, ingreso por cuadro catalogado de inicio como hemorragia digestiva alta, realizándose endoscopia con resultado normal. Paciente evoluciona estable y a los 7 días presenta nuevo episodio de sangrado, estudiándose con Angiotac de tórax que pesquisa fístula aorto bronquial y aneurisma torácico complicado con signos que sugieren rotura hacia pulmón izquierdo. Paciente con hemodinamia estable se traslada a pabellón, realizándose cirugía endovascular TEVAR, con drenaje de líquido cefalorraquídeo.

RESULTADO: Evoluciona satisfactoriamente extubado post cirugía, sin déficit neurológico. Dado de alta al tercer día.

CONCLUSIÓN: El AAT da pocos síntomas generalmente es un hallazgo en estudios realizados por otra causa. Existe poca información sobre la hemoptisis asociada con la rotura del AAT. Debido a que es una rara complicación. Es importante la sospecha y el estudio imagen lógico como radiografía de tórax y Angiotac. La resolución del AAT complicado por vía endovascular disminuye su morbimortalidad.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE TRANSECCIÓN AORTOILÍACA EN CONTEXTO DE POLITRAUMA GRAVE: REPORTE DE CASO

Catalina Pozo V, Matías Zamora M, Pablo Espinoza E, Daniela Chureo C, Rodrigo Sagües C.

Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN: El trauma vascular es una de las mayores complicaciones en un trauma penetrante o cerrado de alta energía, en este caso por mecanismos de desaceleración. La aorta es una de las estructuras más vulnerables, siendo su porción torácica la afectada en el 95% de los casos. A nivel abdominal el trauma vascular aórtico es poco frecuente, con una incidencia estimada de entre 0,01-0,07%, con solo el 19% del total involucrando la porción entre la arteria mesentérica inferior y la bifurcación iliaca, pero destaca que se asocia a una mortalidad de hasta 50%. Históricamente se han realizado abordajes abiertos de estos traumas, pero en los últimos años las técnicas endovasculares de reparación se han ido expandiendo en la práctica clínica.

OBJETIVOS: Compartir la experiencia de reparación endovascular en el caso de un politrauma grave con transección aortoilíaca.

MATERIAL Y MÉTODO: Datos de ficha electrónica y revisión de literatura.

RESULTADO: Paciente mujer de 33 años, politraumatizada grave por accidente de tránsito de alta energía. En Angio-TAC abdomen y pelvis se identifica transección aortoilíaca, se decide terapia endovascular. Aortografía con hallazgos de pérdida de continuidad en aorta distal con escasa extravasación de contraste que compromete ambas ilíacas comunes. Dada la gravedad del caso, se decide no heparinizar. Se insertan 2 stents cubiertos BeGraft 9x37 por derecha y 9x57 por izquierda, se inflan a burst con técnica kissing stent inmediatamente sobre bifurcación. Control angiográfico satisfactorio sin fugas, respetando hipogástricas. Sin incidentes durante procedimiento. Evoluciona de manera favorable, con seguimiento de 8 meses sin complicaciones vasculares.

CONCLUSIÓN: El trauma aórtico abdominal es una complicación en traumas cerrados de alta energía, de baja frecuencia, pero alta mortalidad. Dentro de estas, las lesiones de vasos ilíacos presentan muy alta mortalidad y son un desafío para el manejo quirúrgico. Se requiere un alto índice de sospecha y manejo precoz, existiendo actualmente abordajes quirúrgicos abiertos y endovasculares como opciones terapéuticas. La evidencia señala que los vasos ilíacos son susceptibles de reparación endovascular por la facilidad de llegada a los sitios lesionados. Este abordaje se asocia a menor mortalidad, pero a mayor tasa de complicaciones vasculares e infecciosas. Por otra parte, es relevante que dado el contexto de alta gravedad se debe evitar la heparinización durante el procedimiento, por lo que se debe elegir el material con menor riesgo de trombosis posible.

MANEJO HIBRIDO EN DOS TIEMPOS, ABIERTO Y ENDOVASCULAR, DE ARCO AÓRTICO DERECHO ASOCIADO A DIVERTÍCULO DEL KOMMERELL: REPORTE DE UN CASO

Yankovic Barcelo, Willy; Vidal Vergara, Ximena; Schmidt Mora, Bettina; Bustos Valenzuela, Alexis.

Hospital Guillermo Grant Benavente

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Kommerell es una anomalía congénita extremadamente rara que consiste en una degeneración aneurismática del origen de una arteria subclavia aberrante, que puede ocurrir desde un arco aórtico izquierdo como uno derecho. La presentación clínica puede ir desde hallazgo imagenológico en un paciente asintomático, hasta sintomatología respiratoria o disfagia y malestar torácico. La confirmación diagnóstica es imagenológica con tomografía computarizada o resonancia magnética. El riesgo reside en la posibilidad de ruptura o disección. No se han establecido aún pautas de tratamiento ni del momento en el cual intervenir ni tampoco la vía de abordaje de elección.

OBJETIVOS: Presentación de caso de una paciente portadora de divertículo de Kommerell sintomático del arco aórtico a derecha, abordado con estrategia hidrida en dos tiempos, abierta y endovascular, por el equipo de cirugía vascular en el Hospital Guillermo Grant Benavente el año 2023.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico y revisión de literatura

RESULTADO: Mujer de 64 años, consultó por 2 años de disfagia y disnea a moderados esfuerzos. Se realizó angioTC que confirmó anomalía congénita del arco aórtico a la derecha, retroesofágico y retrotraqueal, con arteria subclavia izquierda aberrante con divertículo de Kommerell. En la reconstrucción 3D se observó una variante anatómica donde el origen de las arterias desde el arco aórtico de proximal a distal era arteria carótida izquierda, arteria carótida derecha, arteria subclavia derecha, arteria subclavia izquierda. Tras una evaluación multidisciplinaria se decidió manejo híbrido en dos tiempos, realizándose en primera instancia un bypass carótido-subclavio protésico bilateral y posteriormente en segundo tiempo, abordaje endovascular instalándose prótesis aórtica por vía femoral. Con evolución post operatoria satisfactoria, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Al día de hoy, no se han establecido pautas para el tratamiento del divertículo de Kommerell hasta el momento. Los pacientes sintomáticos deben ser operados, mientras los asintomáticos pueden ser seguidos con tomografías computarizadas seriadas. Otros grupos recomiendan reparación quirúrgica en todos los divertículos de Kommerell encontrados debido a una tasa de ruptura y disección de hasta un 53%. El tamaño mínimo recomendado para la reparación incluye un divertículo de 30 mm y una distancia a la pared aórtica opuesta de 50mm. Ya que no se han establecido métodos terapéuticos standard para esta rara patología, y existen variaciones en los vasos aórticos, como se evidenció en nuestro caso, se requiere de una estrategia quirúrgica deliberada, dado la complejidad anatómica. En la actualidad las opciones terapéuticas incluyen reparación quirúrgica abierta, reparación endovascular hibrida y reparación endovascular total.

ONCOLOGÍA

ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES ADULTOS OPERADOS DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA CHILENA

Juan Stambuk M, Luymar Petit G, Alejandro Iglesias M, Francisca Lopez B, Pablo Perez C, Mauricio Letelier S, Gonzalo Masia L.

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas de partes blandas son un grupo de tumores poco frecuentes, representan menos del 1% de todas las neoplasias en el mundo. Pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, ya que se originan del tejido mesodérmico embrionario y existen más de 20 subtipos histológicos diferentes. La ubicación más frecuente es en extremidades, especialmente en extremidades inferiores. En la literatura chilena existen escasos estudios sobre experiencia quirúrgica en esta patología.

OBJETIVOS: Analizar sobrevida global de pacientes con diagnóstico de sarcoma de partes blandas operados en una institución pública chilena.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico de cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de sarcoma que fueron tratados quirúrgicamente en Hospital San Juan de Dios, entre enero 2017 a Diciembre 2022. Se excluyen de estudio pacientes menores de 15 años, sarcomas retroperitoneales y aquellos de origen ginecológico. Se realiza análisis mediante curvas tiempo-evento.

RESULTADO: Se operan un total de 32 pacientes, 11 hombres y 21 mujeres. 5 casos fueron de tronco y 27 de extremidades. Un total de 25 pacientes fueron tratados con RT neoadyuvante. 8 casos median <5cm, 23 casos >= 5cm y 1 caso se desconoce tamaño inicial por cirugía primaria fuera de la institución. La sobrevida a 3 años en sarcomas de tronco fue de 53% (IC 95% 21,4-100%) y en sarcoma de extremidades 83% (IC 95% 68-100%). En cuanto a etapificación, los casos T1 tuvieron una sobrevida a 3 años de 85,7% (IC 95% 63,3-100%) vs T2 una sobrevida de 75,7% (IC 95% 57,6-97%), log-rank: no significativo.

CONCLUSIÓN: Se comparte un estudio de sobrevida con tasas similares a la literatura, se destaca una diferencia menor a la esperada entre etapas, lo que es clínicamente relevante a pesar de no obtener significancia estadística debido al número de pacientes. El sarcoma de extremidades cuenta con una mejor sobrevida que casos ubicados en tronco.

PAPEL DEL REGISTRO EN LA CARACTERIZACIÓN GENÉTICA Y SEGUIMIENTO EN LAS FAMILIAS CON SÍNDROME DE LYNCH.

Benjamin Duble M, Dominique Krauss S, Carolina Bonomo M, Karin Alvarez V, Francisco Lopez K.

Universidad de los Andes, Clinica Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa de muerte por cáncer en Chile. Aproximadamente el 3-5% de los casos corresponde al síndrome de Lynch (SL), debido a una variante patogénica en los genes reparadores de mismatch del ADN (MLH1, MSH2, PMS2 y MSH6) con herencia autosómica dominante. Además del CCR, el SL predispone al desarrollo de múltiples neoplasias malignas, por lo cual pacientes con sospecha deben ser derivados a un registro heredofamiliar (RHF) para adecuado asesoramiento, con el fin de mejorar el manejo, seguimiento e identificación de familiares en riesgo.

OBJETIVOS: Caracterizar el primer cáncer diagnosticado en los pacientes con SL y su relación con la edad, sexo y gen mutado.

MATERIAL Y MÉTODO: Desde RHF, se identificaron 47 familias con SL, con 303 pacientes portadores (casos índices y familiares), quienes han sido seguidos por un promedio de 8.2 años. Se analizaron las variables: sexo, tipo de cáncer, edad de diagnóstico, gen mutado.

RESULTADO: El 48% de las familias porta una variante patogénica en el gen MLH1, seguido de MSH2 (27.7%), MSH6 (14.9%) y PMS2 (8.5%). De los 303 portadores, el 50,2% son hombres y el 77.6% ha desarrollado cáncer único o múltiple, con un total de 341 neoplasias registradas. En hombres, la gran mayoría fue diagnosticado con CCR como primera neoplasia (78%) en promedio a los 42 años; en mujeres fue CCR (52,7%; 42 años) seguido de ginecológico (23,6%; 48 años) y mamá (8,8%; 59 años). El estadio más frecuente del CCR fue II y III (40% cada uno). Pacientes con MLH1 mutado demostraron mayor frecuencia de CCR como primera neoplasia que pacientes con MSH2 mutado (72.9% y 49.1%), cuya edad promedio fue de 40.9 y 42.8, respectivamente. Portadores MSH6 y PMS2 mutado también fue CCR, pero con edad de presentación más tardía (61.5 y 53 años).

CONCLUSIÓN: Resumiendo, la gran mayoría de las familias con SL se explican por mutaciones en los genes MLH1 y MSH2 (75.6%). Diferencias según el género muestran que CCR es la primera neoplasia diagnosticada en ambos sexos, sin embargo 1 cada 3 mujeres debutan con cáncer ginecológico o mama. Independiente del gen mutado, el CCR fue el primer tumor más frecuente, seguido de cánceres ginecológicos especialmente para MSH2. Pacientes con MLH1/MSH2 dan cuenta de cánceres más tempranos, mientras MSH6/PMS2 canceres más tardíos. Estos resultados demuestran la importancia de la atención multidisciplinaria.

HEMATURIA AISLADA COMO PRESENTACIÓN DE CARCINOMA DE URACO EN PACIENTE DE 29 AÑOS: REPORTE DE UN CASO.

Francisco Arriagada, Josefa Erazo, Cristóbal Pérez, Cristian Cancino.

Universidad de Concepción, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Las Higueras de Talcahuano

INTRODUCCIÓN: El uraco es un canal embrionario que conecta la vejiga del feto con el alantoides, y que en la vida adulta deja como remanente el ligamento umbilical. El carcinoma de uraco es un cáncer poco frecuente, correspondiendo a menos del 1% de los cánceres de vejiga. El principal síntoma es hematuria, que rara vez es aislada. El examen diagnóstico clave es la cistocoscopía y biopsia por resección transuretral (RTU). Actualmente, la cirugía representa el pilar de tratamiento en enfermedad localizada, generalmente asociándose a quimioterapia que incluya platino.

OBJETIVOS: Describir un caso de carcinoma de uraco que se presentó como hematuria aislada en un paciente joven, considerando la escasa literatura disponible.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico, previo consentimiento informado y revisión de ficha clínica.

RESULTADO: Paciente masculino de 29 años sin antecedentes previos se presenta en servicio urología por macrohematuria de 1 mes de evolución. Se realiza uroTAC que muestra lesión intraabdominal infraumbilical supravesical de aspecto quístico con infiltración vesical de la cúpula de 7,5 x 7,6 x 5,9 centímetros. Posteriormente, se realiza cistoscopía que muestra tumor vesical en techo de 1 centímetro aproximadamente, con abombamiento secundario de pared por compresión extrínseca y se obtiene biopsia que muestra mucosa vesical infiltrada por adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, con permeación tumoral negativa. Se decide resolución quirúrgica con cistectomía parcial con onfalocetomía en bloque y linfadenectomía pelviana bilateral. La biopsia obtenida muestra un adenocarcinoma de uraco tipo entérico moderadamente diferenciado 7,5 x 5 centímetros, que compromete mucosa sin infiltración perineural ni linfovascular. Linfonodos pelvianos negativos (0/9). Bordes quirúrgicos negativos. Evoluciona favorablemente y de forma ambulatoria inicia quimioterapia con esquema FOLFOX. Actualmente, en seguimiento por oncología 2 años postcirugía. Tras 4 ciclos completos de quimioterapia, no hay evidencia de recidiva tumoral.

CONCLUSIÓN: Actualmente, siguen siendo escasos los reportes de adenocarcinoma de uraco presentados como hematuria aislada. Por otro lado, la mitad de los pacientes que se diagnóstican están entre la quinta y sexta década de edad, y su diagnóstico suele ser tardío y en estadíos más avanzados de la enfermedad, a diferencia de lo reportado en este caso. El porcentaje de recurrencia en el primer año es frecuente, alcanzando hasta el 54%. Los factores de riesgo de esta enfermedad no han sido definidos, y el reporte de casos como este, que distan de la presentación y curso esperado, podrían ayudar a esclarecerlos.

TUMORES PRIMARIOS SINCRONICOS: CÁNCER DE ENDOMETRIO Y CÁNCER NEUROENDOCRINO DE PULMÓN, A PROPOSITO DE UN CASO

Bárbara Merino, Joaquín Cisternas, Joshef Rivera, Alex Tapia, Juan Peraza

Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (NET) de pulmón son raros y tienen un comportamiento clínico generalmente menos agresivo. Representan el 1-2% de los cánceres de pulmón en adultos. Por otro lado, el cáncer de endometrio es la segunda causa más común de cáncer ginecológico en Chile. Los tumores serosos endometriales de alto grado son agresivos y tienen mayor capacidad de invasión y diseminación que los tumores de tipo 1. La presentación sincrónica de estos dos tipos de tumores es poco común, y ninguno de ellos es el tipo histológico más frecuente en su respectivo órgano.

OBJETIVOS: Dar a conocer un caso de tumores sincrónicos primarios en pulmón y endometrio.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de caso en ficha electrónica y revisión de la literatura.

RESULTADO: Paciente de 62 años presentó sangrado postmenopáusico y fue evaluada por equipo de ginecología del Hospital Las Higueras. Se encontró un cuello uterino sin lesiones y una prueba de Papanicolaou negativa, sin embargo, la biopsia endometrial reveló la presencia de un tumor seroso de endometrio de alto grado en diciembre de 2022. Se realizó una tomografía computarizada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis (TAP) con contraste para realizar etapificación, en esta se observó múltiples tumores pulmonares bilaterales no siendo esta la presentación típica de los NET. Se decidió realizar una biopsia para determinar el origen histológico de los tumores pulmonares y se llevó a cabo una resección en cuña para confirmar o descartar la posibilidad de metástasis y definir el plan de tratamiento. El resultado de la biopsia reveló un tumor carcinoide típico (tumor neuroendocrino de grado 1). Después de una revisión en un comité oncológico, se decidió iniciar quimioterapia y realizar controles regulares con el equipo de ginecología, así como controles por cirugía de tórax.

CONCLUSIÓN: Este caso clínico resalta la importancia de considerar la posibilidad de la coexistencia de diferentes tumores sincrónicos. Lo que conlleva un desafío tanto en el diagnóstico como en el manejo terapéutico. La evaluación multidisciplinaria y discusión en comité oncológico son fundamentales para tomar decisiones adecuadas en casos clínicos complejos como este, además es necesario tener el nivel de sospecha ante presentaciones imagenológicas atípicas.

SITUS INVERSUS TOTALIS CON POLIESPLENIA ASOCIADO A ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS: REPORTE DE CASO DE ESTA RARA COINCIDENCIA

Sebastian Bravo C.

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder. Servicio de Cirugía Digestivo Alto y Oncológico. Universidad San Sebastian, Posgrado de Cirugía General

INTRODUCCIÓN: El situs inversus totalis (SIT) es una variante anatómica poco frecuente que involucra estructuras toraco-abdominales, donde todas las vísceras están invertidas 180°. La tasa de incidencia está en el rango de 1 en 8000 a 1 en 25000. Está asociada a un mayor riesgo de malformaciones cardíacas, esplénicas y hepatobiliares. Esta anomalía no se considera una entidad premaligna, sin embargo, el *situs inversus* es una condición rara y el cáncer de páncreas asociado es aún más raro. Esta condición puede causar dificultades en el diagnóstico y manejo terapéutico de la patología abdominal. Se ha informado la importancia de la evaluación radiológica preoperatoria. Los pacientes reciben un diagnóstico mediante radiografía, ultrasonografía, tomografía computarizada y resonancia magnética. La cirugía de enfermedades abdominales en pacientes con SIT es técnicamente exigente debido a las variaciones anatómicas. A pesar de la rareza, la pancreatoduodenectomía en pacientes con lesiones resecables es segura siempre que se tenga especial consideración con la anatomía, además de una evaluación preoperatoria detallada, el uso de técnicas efectivas por parte del cirujano y el apoyo adecuado de los asistentes.

OBJETIVOS: Reportar un caso de *situs inversus totalis* con poliesplenia asociado a adenocarcinoma de páncreas.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de caso clínico.

RESULTADO: Paciente masculino de 68 años con historia de 4 meses de dolor abdominal inespecífico. Trae ecografía abdominal, que informó esplenomegalia, considerar proceso linfoproliferativo versus daño hepático crónico. Se realiza tomografía que describe *situs inversus totalis*, asociado a poliesplenia. Lesión corporal pancreática, de aspecto neoplásico, sugerente de un adenocarcinoma. Asociado a compromiso de la arteria mesentérica superior en un 50% y arteria cólica media en un 100%. Evaluado por equipo de cirugía, se complementa estudio con resonancia magnética: prominencia conducto de Wirsung en el cuello y con pérdida de visualización en la cabeza donde se aprecia imagen seudonodular mal delimitada hipovascular de aproximadamente 3,2cm de diámetro, con restricción a la difusión, sin compromiso vascular evidente. Bazo pequeño de numerosos esplénulos circundantes. El comité oncológico decide laparotomía con toma de biopsia. Durante el procedimiento las biopsias incisionales se informar como adenocarcinoma. Al presentar criterios de irresecabilidad, se indicó quimioterapia paliativa, sin embargo, el paciente progresa a ECOG 3, por lo que se indica manejo paliativo del dolor.

CONCLUSIÓN: Se debe prestar atención especial a los pacientes con anatomía anómala. La evaluación preoperatoria en pacientes con SIT asociados a cáncer de páncreas es un procedimiento complejo. Es crucial comprender la anatomía para realizar la cirugía de manera segura.

CARCINOMA OCULTO DE MAMA EN HOMBRE

David Cohn, Luis Alemán, Ricardo Tamayo

Fundación Arturo López Perez

INTRODUCCIÓN: El carcinoma oculto de mama se define como la demostración histológica de un carcinoma en los ganglios axilares sin evidencia clínica y diagnóstica por imagen del tumor primario en la mama homo o contraleteral. Se supone pues que se trata de metástasis de un carcinoma de mama infiltrante.

OBJETIVOS: Presentar un diagnóstico poco frecuente como el carcinoma oculto de mama en un grupo de baja tasa de presentación como el sexo masculino.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 72 años con antecedente de lesión palpable axilar derecha de 1 año de evolución. Se realizó extirpación por fragmentos el 22-03-23, fue enviado como "adenopatía de origen desconocida" Carcinoma poco diferenciado infiltrante en tejido conectivo. Mediante estudio de inmunohistoquímica y patología se determina que los hallazgos sugieren primario extracutáneo.

RESULTADO: Se realiza resección cutánea amplia + disección axilar derecha. Bp definitiva: Tumor de 3 cms., posiblemente desarrollado en mama axilar. CDI N.O.S; con diferenciación neuroendocrina.

CONCLUSIÓN: Considerar la posibilidad de un diagnóstico poco usual como el carcinoma oculto de mama, aún en paciente masculinos con baja probabilidad de cáncer de mama.

SIMULACIÓN, EDUCACIÓN

PREVALENCIA DE EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA EN FAMILIARES DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE POR EQUINOCOCOSIS HEPÁTICA

Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Claudio Rojas, Antonia Enríquez, Marcelo Lara

Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: La equinococosis quística (EQ), es una zoonosis endémica en Chile causada por la infección por *Echinococcus granulosus*. Su prevalencia en familiares de pacientes diagnosticados con EQ a nivel mundial varía entre 6% y 55%, pero en Chile no existen reportes.

OBJETIVOS: Determinar prevalencia de EQ en familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente por EQ hepática provenientes de la provincia de Cautín-Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de corte transversal. Se incluyeron familiares de primer (FPG) o segundo grado (FSG) que hubieran compartido vivienda con pacientes sometidos a cirugía por EQ hepática en el Hospital Regional y Clínica RedSalud Mayor de Temuco, entre 2000 y 2019. Se aplicó un muestreo no-probabilístico por conveniencia, sin cálculo de tamaño de la muestra. A los participantes (FPG y FSG), se les realizó ultrasonografía abdominal, radiografía de tórax e inmunodiagnóstico (ELISA-IgE y ELISA-IgG). La variable resultado principal fue “diagnóstico de EQ”, definido como “presencia de uno o más quistes en tórax o abdomen”. Se evaluaron, además, las variables secundarias edad, sexo, relación familiar, inmunodiagnóstico y características de los quistes. Se realizó un análisis exploratorio de los datos, se aplicó estadística descriptiva (estimación de proporciones, cálculo de promedios y desviación estándar); cálculo de prevalencias, OR y sus respectivos IC 95%.

RESULTADO: 288 FPG y FSG provenientes de 186 pacientes operados fueron incluidos. El 40,5% fueron FPG y 59,5%, de FSG. La edad promedio fue 41±8 años, y el 73,8% eran mujeres. Se diagnostico EQ en 42 familiares. El 76,2% y 73,8% de los casos, presentaron resultados negativos para ELISA-IgE y ELISA-IgG respectivamente. El diámetro promedio de los quistes diagnosticados fue 9,3±2,5 cm (61,9% presentó quiste único). El 28,6% fueron C1; 35,7% C2; y 35,7% C3. El 71,4% de los quistes principales se localizaron en hígado; 16,7% en pulmones; 7,1% en peritoneo; y 4,8% en bazo. La prevalencia global de EQ en el período de tiempo estudiado fue 14,6% (17,9% y 12,3% en FPG y FSG respectivamente; OR:1,56; IC 95%: 0,81; 3,01).

CONCLUSIÓN: Una elevada prevalencia de EQ fue determinada en familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente por esta patología (mayor en FPG). Estos hallazgos sugieren la importancia del tamizaje familiar en comunidades con alta prevalencia de EQ. La positividad del inmunodiagnóstico resultó inferior al 27%.

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS EN UNA UNIVERSIDAD ESTATAL REGIONAL.

Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Tamara Otzen

Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: El número de programas de doctorado en ciencias médicas y el de profesionales de la salud capacitados para realizar investigación clínica es escaso, especialmente en Chile.

OBJETIVOS: Reportar los resultados de un programa de Doctorado en Ciencias Médicas (PDCM) en una Universidad estatal regional de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de corte transversal. Se incluyeron todas las cohortes ingresadas al PDCM desde 2008 a 2022 (ambas incluidas). No se aplicaron técnicas de muestreo ni cálculo de tamaño de la muestra, porque se trabajó con el universo completo de los datos. Las variables de resultado principales fueron la tasa de graduación y la productividad científica de los graduados en términos de publicaciones en revistas de las bases de datos WoS y SCOPUS. Otras variables de interés fueron: características biodemográficas y académicas de los estudiantes y miembros del claustro (n=13 profesores), y productividad científica del Claustro (publicaciones WoS y SCOPUS), se aplicó estadística descriptiva.

RESULTADO: Durante el período de evaluación, 237 profesionales postularon al PDCM, 56 fueron aceptados (tasa de aceptación de 23,6%) y 22 se graduaron (tasa de graduación de 56%). La profesión de los matriculados fue 37,5% médicos; 25,0% odontólogos; y 37,5% de otras profesiones del ámbito sanitarios. El 85,6% de los matriculados tenían grado de Magíster, especialidad o ambos; y el 21,4% provenían de Universidades extranjeras. La productividad de los graduados fue de 172 artículos (128 en revistas de la base de datos WoS y 44 en SCOPUS), lo que representa un promedio de 7,8 publicaciones por graduado. El tiempo promedio de graduación fue 51,4 meses (8,6 semestres; 4,3 años). La productividad de los miembros del Claustro (n=13) fue de 495 artículos científicos en el quinquenio 2018-2022 (459 en revistas de la base de datos WoS, 22 en revistas SCOPUS y 14 en revistas SciELO); lo que representa un promedio de 38,1 publicaciones por académico en el período; equivalente a 7,6 publicaciones por académico por año en el quinquenio medido.

CONCLUSIÓN: Se presentan los resultados de un PDCM consolidado. Destacamos las tasas de aceptación y graduación, así como la productividad científica tanto de los graduados como de los miembros del Claustro.

COLANGIOHIDATIDOSIS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.

Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Claudio Rojas, Tamara Otzen, Antonio Sanhueza, Catalina Sotelo, Hugo Delgado

Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: La colangiohidatidosis (CH), es una complicación evolutiva de la equinococosis quística del hígado (EQH), asociada a un incremento de la morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: Describir la evidencia disponible respecto de las características clínicas, complicaciones postoperatorias y mortalidad hospitalaria de la CH.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión sistemática con metaanálisis. Se incluyeron estudios relacionados con CH; sin restricción idiomática ni de año de publicación. Se realizaron búsquedas sensibles en Trip Database, SciELO, BIREME-BVS, WoS, PubMed, EMBASE y SCOPUS. Se utilizaron términos MeSH y palabras libres, incluyendo artículos hasta abril de 2023. Las variables resultado principales fueron complicaciones postoperatorias (dicotomizada en sí/no y clasificada según propuesta de Clavien & Dindo) y mortalidad hospitalaria; las secundarias fueron: año de publicación, origen y diseño de los estudios primarios, manifestación clínica principal, localización anatómica y tipo de quistes, estancia hospitalaria, procedimiento quirúrgico realizado, y otro tipo de terapéutica asociada, necesidad de reintervenciones; y calidad metodológica (CM) de los estudios primarios, la que se valoró mediante las escalas MInCir-T y MInCir-P. Se aplicó estadística descriptiva, cálculo de promedios ponderados; y metaanálisis aplicando regresión logística de mínimos cuadrados.

RESULTADO: Se recuperaron 446 estudios, 102 de ellos cumplieron criterios de inclusión y exclusión; que representan un total de 1241 pacientes con CH. La mayor proporción de artículos se publicó en la última década (39,2%). Los reportes provienen principalmente de Turquía (28,4%) y Grecia (9,8%). Con una media ponderada de 14,3 días de estancia hospitalaria, el 26,2% de los pacientes desarrollaron complicaciones postoperatorias (74,3% Clavien y Dindo III y IV); 6,7% necesitaron reintervenciones y 3,7% fallecieron. Al comparar las variables complicaciones postoperatorias, mortalidad hospitalaria, reintervenciones y otras, en dos períodos de tiempo (1982-2006 vs. 2007-2023), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla adjunta). Al aplicar las escalas MInCir-T y MInCir-P, se verificó que la CM de los estudios primarios fue baja (9,6±1,1 y 14,5±4,3 puntos respectivamente). Variables 1982-2006 (Nº estudios=52) (Nº casos=592) 2007-2023 (Nº estudios =50) (Nº casos=649) p Complicaciones postoperatorias (%) 25.6±63.1 27.0±81.2 0.732 Mortalidad hospitalaria (%) 3.7±18.8 3.7±17.3 0.942 Re-intervenciones (%) 8.4±33.4 6.4±66.8 0.704 Estancia hospitalaria (días) 13.5±20.1 16.1±24.6 0.107 Seguimiento (meses) 70.6±154.8 66.2±141.9 0.791 CM escala MInCir-T (puntos) 9.6±1.0 9.6±1.2 0.961 CM escala MInCir-P (puntos) 14.2±2.3 14.8±5.7 0.918

CONCLUSIÓN: la CH se asocia a complicaciones postoperatorias graves, necesidad de reintervenciones y tasas de mortalidad hospitalaria, a pesar del paso del tiempo. Los estudios primarios son de baja CM.

GENOTIPOS DE ECHINOCOCCUS GRANULOSUS EN EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HUMANA ALREDEDOR DEL MUNDO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Claudio Rojas, Tamara Otzen.

Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: La equinococosis quística (EQ) o hidatidosis, es una zoonosis parasitaria causada por el parásito *Echinococcus granulosus*, que afecta a una variedad de huéspedes intermediarios, uno de los cuales es el hombre.

OBJETIVOS: Describir la evidencia disponible respecto de los genotipos de *Echinococcus granulosus* verificados en EQ humana a nivel mundial.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión sistemática y metaanálisis. Se incluyeron estudios relacionados con genotipos de *Echinococcus granulosus* en humanos, sin restricción de lenguaje ni método de secuenciación; publicados entre 1990-2023 (excluyéndose estudios contaminados con muestras de *E. alveolaris* y *E. multilocularis*). Se realizaron búsquedas sensibles en Trip Database, SciELO, BIREME-BVS, WoS, EMBASE, PubMed, SCOPUS, LILACS, IBECS y OPS-OMS. Se utilizaron términos MeSH y palabras libres y operadores booleanos. La variable resultado principal fue genotipo identificado. Otras variables de interés fueron: año de publicación, país de origen, número de muestras, órganos parasitados, marcador molecular utilizado y diseño de los estudios primarios. Se aplicó estadística descriptiva, cálculo de promedios ponderados.

RESULTADO: Se identificaron 748 artículos relacionados; 78 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, representando un total de 2176 muestras (la totalidad de los estudios son reportes y series de casos [nivel de evidencia tipo 4]). La evidencia existente fue publicada entre 1994 y 2023; y proviene principalmente de Irán, China, y Turquía (39,7%; 10,3% y 8,9% respectivamente). El método de secuenciación más utilizado fue amplificación por reacción de polimerasa en cadena (RPC), más secuenciación tipo Sanger con genotipificación del gen cox1 (79,5%). Los genotipos identificados con mayor frecuencia fueron G1 (48,3%) y el complejo G1/G3 (34,6%). Sólo en 58 artículos (74,4%), se describen órganos afectados (n=1.327 muestras). Las muestras provenían preferentemente de hígado (n=916; 53,9%). Sin embargo, la información que relaciona órgano con genotipo sólo la entregan 10 artículos (287 muestras; 13,2%).

CONCLUSIÓN: Las publicaciones relacionadas con genotipos de *Echinococcus granulosus* en humanos son escasas, heterogéneas y de bajo nivel de evidencia. El complejo *Echinococcus granulosus* G1/G3 representa la mayor parte de la carga global mundial.

DIAGNÓSTICO DE HABILIDADES QUIRÚRGICAS BASADO EN UN MODELO DE CONFECCIÓN DE OSTOMÍA Y PAUTA DE EVALUACIÓN DE ELABORACIÓN LOCAL

Christophe Riquoir, Javier Vela, Caterina Contreras, Úrsula Figueroa, Cristián Jarry, Julián Varas, Gonzalo Urrejola.

Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La confección y maduración de una ostomía es una situación clínica frecuente para todo cirujano general y no solo cirujanos colorrectales, donde una adecuada técnica y planificación son fundamentales para su pronóstico y prevenir complicaciones como filtración, dermatitis, prolapso, estenosis, retracción, hernia, entre otras.

OBJETIVOS: Presentar la elaboración de un simulador de confección de ostomía de alta fidelidad y una pauta de evaluación junto a los resultados de medición preliminares.

MATERIAL Y MÉTODO: Se desarrolló un simulador de confección de ostomía. Se iteró un modelo a partir de materiales sintéticos, evaluado por cirujanos coloproctólogos. Los aspectos evaluados fueron similitud anatómica y calidad de los tejidos. Se llevo a cabo este proceso hasta que el modelo permitiese un adecuado ejercicio de la técnica quirúrgica a juicio del equipo de coloproctología. Se desarrolló una pauta de evaluación del procedimiento basada en los pasos críticos de la técnica. Se utilizó este modelo para una prueba piloto en el diagnóstico de habilidades en confección de ostomías en cirujanos generales.

RESULTADO: Se elaboró un simulador reutilizable a partir de materiales sintéticos replicando los segmentos de la pared abdominal (epidermis, subcutáneo y aponeurosis), en formato de parche removible. Este parche se ubica en un modelo de torso humano. Este cuenta con una incisión de laparotomía media que permite el acceso a una cavidad simulando el espacio peritoneal, donde se ubica un tejido ex vivo (intestino vacuno). La exteriorización por el parche permite la maduración de la ostomía. La pauta de evaluación se compone de una evaluación de la calidad del producto final en una escala Likert de 5 puntos, una escala OSATS, medición del tiempo del procedimiento en minutos y una escala específica de evaluación de la técnica elaborada en base a seis elementos en formato checklist (elección de sitio de ostomía, manipulación de la piel, disposición del intestino y su meso, fijación de la ostomía, su maduración y la correcta coordinación con un ayudante en el procedimiento. En la prueba piloto, se evaluaron n=16 cirujanos generales. El puntaje promedio OSATS fue 23,4. La pauta especifica, tuvo un promedio de 8,9 puntos. El tiempo promedio para completar la prueba fue de 932 segundos (15.5 minutos).

CONCLUSIÓN: El presente trabajo presenta un modelo de confección de ostomía y una pauta de evaluación de elaboración local. Su uso en cirujanos generales permite medir su nivel de habilidad quirúrgica en el modelo. Esto representa una primera etapa en miras a desarrollar un programa de entrenamiento.

EVALUACIÓN DE LA CARGA MENTAL EN UN CURSO DE LAPAROSCOPÍA AVANZADA UTILIZANDO LA ENCUESTA NASA-TLX

Rafael Selman, Enrique Cruz, Úrsula Figueroa, Brandon Valencia, Gabriel Escalona, Cristián Jarry, Julián Varas

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: El dominio de la cirugía requiere un entrenamiento riguroso y enfrenta a los cirujanos a desafíos cognitivos y emocionales. La sobrecarga cognitiva puede influir en el aprendizaje y el rendimiento quirúrgico, sin embargo, dicha premisa no se ha evaluado mediante instrumentos validados en cirugía laparoscópica avanzada en ambiente simulado.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio, es evaluar la sobrecarga cognitiva conforme se progresa en un curso de laparoscopía avanzada.

MATERIAL Y MÉTODO: MÉTODOS: Se incluyeron participantes que realizaron de manera presencial el curso de laparoscopía avanzada en el centro de simulación de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quienes de manera voluntaria reportaron mediante el instrumento NASA-TLX su carga mental posterior a cada sesión. El curso consiste en 14 sesiones de dificultad progresiva que permiten finalmente la realización de una entero-entero anastomosis manual por vía laparoscópica. A su vez, la encuesta NASA-TLX evaluó la percepción de la carga mental en diferentes dominios, como demanda mental, esfuerzo percibido, frustración, nivel de dificultad y nivel de tensión. Cada dominio se calificó en una escala de 0 a 100, donde 0 representa una carga mental mínima y 100 una carga mental máxima. El puntaje total de la encuesta se obtuvo calculando la media ponderada de los puntajes de los diferentes dominios.

RESULTADO: RESULTADOS: Se incluyeron 10 participantes. El 100% de ellos reportó ser especialista en cirugía general. El análisis de la media ponderada reveló diferencias significativas en la carga mental experimentada por los cirujanos generales durante las diferentes sesiones del curso. La sesión 7 obtuvo la media más alta (70,53 puntos), indicando una mayor carga mental en comparación con las demás sesiones. Esta sesión correspondió a la primera anastomosis de cara posterior de las enterotomías. Las otras sesiones con una media de carga mental alta fueron la sesión 10 (69,4 puntos) y la sesión 1 (66,8 puntos), que consisten en el primer intento de las suturas intracorpóreas y de la anastomosis de cara anterior, respectivamente.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: El estudio identificó etapas específicas del curso de laparoscopía avanzada que generan una mayor carga mental en los cirujanos generales. Estos hallazgos, permiten desarrollar estrategias de enseñanza para reducir la carga mental y mejorar el aprendizaje en cirugía laparoscópica, contribuyendo así a la eficiencia y seguridad de los procedimientos.

CURSO DE CUIDADOS Y MANEJO DE OSTOMIÁ PARA PERSONAS OSTOMIZADAS Y FAMILIARES VIÁ REMOTA Y ASINCROŃICA

Rafael Selman, Úrsula Figueroa, Enrique Cruz, Valentina Durán, Ximena Meneses, Paula Soto, Cristián Jarry, Julián Varas

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: INTRODUCCIÓN: La educación de un paciente ostomizado constituye un pilar fundamental durante su hospitalización y posterior seguimiento. En nuestro medio, esta actividad implica una demanda importante de tiempo por parte del equipo de enfermería.

OBJETIVOS: El propósito de este estudio, es compartir una experiencia piloto con la aplicación de una nueva modalidad educacional remota y asincrónica basada en una plataforma digital, para la educación y seguimiento del paciente ostomizado.

MATERIAL Y MÉTODO: MÉTODOS: Se creó un curso educativo, en base a video-cápsulas que fue montado en una plataforma educacional que permite la entrega de feedback remoto y asincrónico sobre videos. Los contenidos incluyeron diversos aspectos del cuidado de ostomías, y preguntas para asentar conocimiento. Se incluyó una muestra aleatoria de pacientes ostomizados del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Hospital Sotero del Rio, a quienes se les instruyó en el uso de la plataforma con un instructivo breve, con el cual debían ingresar a la plataforma, curso, cambiar etapas y responder preguntas. La experiencia de usuario se evaluó mediante una encuesta de 14 preguntas que incluyó aspectos de facilidad de acceso, diseño y utilidad de contenidos, entre otros.

RESULTADO: RESULTADOS: Un total de 13 pacientes ostomizados participó de este piloto. La media de edad fue de 66 años (mediana 67, rango entre 63 y 76). El 61,53% (8 personas) reportó gran dificultad para el ingreso a la plataforma y el 23% (3 personas) logró ingresar de manera autónoma. De las personas que ingresaron a la plataforma, el 33% (1 persona) tuvo dificultad para abrir etapas y completarlas. En términos globales, la facilidad de navegación de la página obtuvo una calificación de 3.2 puntos (escala 1 a 7) y el 92,3% (12 pacientes) cree que esta plataforma podría ser útil en la atención clínica.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIÓN: Esta primera experiencia, evidenció la factibilidad de la educación a través de una plataforma digital para pacientes adultos mayores. Sin embargo, se encontraron desafíos significativos en cuanto a la accesibilidad y navegación de la plataforma, los cuales son necesarios de abordar, para desarrollar un curso más intuitivo que se adapte a las necesidades de este grupo etario.

TRAIN THE TRAINERS: FORMACIÓN Y COMPARACIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO CON PROFESORES DE UN CURSO DE LAPAROSCOPÍA BÁSICA

Enrique Cruz, Úrsula Figueroa, Rafael Selman, Cristián Jarry, Gabriel Escalona, Mateo Ferrer, Julián Varas

Pontificia Universidad Católica

INTRODUCCIÓN: La escasez de evaluadores expertos reviste una limitación para la expansión de programas de capacitación en simulación laparoscópica. En 2019 se validó una plataforma digital para la entrega de *feedback* remoto y asincrónico que permite la formación laparoscópica simulada a distancia. La literatura respalda que no-expertos pueden ser capacitados para convertirse en capacitadores efectivos, logrando resultados comparables a los instructores expertos. El presente estudio describe la aplicación de un curso de tipo “Train the Trainers” a estudiantes de medicina con la finalidad de convertirse en entrenadores de laparoscopía.

OBJETIVOS: Describir la aplicación de un curso de tipo “Train the Trainers” a estudiantes de medicina con la finalidad de convertirse en entrenadores de laparoscopía.

MATERIAL Y MÉTODO: Se reclutaron 4 alumnos de pregrado de medicina que completaron el curso “Train the trainers (TTT)” enfocado en la adquisición de habilidades en retroalimentación para enseñar laparoscopía básica mediante simulación. El curso consiste en revisar videos instructivos y entrenar el reconocimiento de errores para luego, en una segunda etapa, simular la evaluación y entrega de *feedback* mediante videos de alumnos reales. Posterior al TTT, los participantes fueron acreditados como tutores y evaluaron alumnos del curso o “Entrenamiento de habilidades en laparoscopía, etapa básica”, vía remota y asincrónica.

RESULTADO: Se capacitaron 4 alumnos de pregrado en evaluación de laparoscopía básica simulada a través de TTT de manera exitosa, todos aprobaron el curso y recibieron el *feedback* de sus evaluaciones. El grupo de alumnos de pregrado ha evaluado un total de 31 alumnos del curso de laparoscopía básica hasta la fecha sin presentar inconvenientes y asisten al equipo de expertos corrigiendo ejercicios del curso de simulación en laparoscopía básica.

CONCLUSIÓN: El curso TTT para simulación laparoscópica básica capacita eficazmente a estudiantes de pregrado en evaluación de laparoscopia simulada, lo que les permite proporcionar retroalimentación a los estudiantes del curso básico de laparoscopia. Este enfoque innovador ofrece una nueva perspectiva en la educación médica al utilizar a evaluadores de pregrado para ayudar a los expertos a corregir las actividades de posgrado, abordando la escasez de evaluadores expertos. Los estudios futuros deberían centrarse en realizar una validación de constructos para validar aún más la eficacia del programa TTT.

LAPP CLINIC: DESARROLLO DE UNA PLATAFORMA PARA EVALUACIÓN Y DOCENCIA DE CIRUGÍAS REALES.

Enrique Cruz, Rafael Selman, Úrsula Figueroa, Gabriel Escalona, Cristián Jarry, Julián Varas.

Pontificia Universidad Católica

INTRODUCCIÓN: En el campo de la educación quirúrgica, el modelo tradicional de aprendizaje en el pabellón tiene limitaciones en términos de estandarización y acceso a la retroalimentación de expertos. Han surgido estrategias como la educación virtual, adaptación curricular y entrenamiento simulado, ésta última presenta un crecimiento exponencial en la última década. Desde la educación quirúrgica, surge la necesidad de poder evaluar y aprender en base al análisis de procedimientos reales. Se plantea como objetivo desarrollar una plataforma online que permita asistir la evaluación y aprendizaje de cirugía general haciendo uso de *feedback* remoto y asincrónico.

OBJETIVOS: Desarrollar una plataforma online que permita asistir la evaluación y aprendizaje de cirugía general haciendo uso de *feedback* remoto y asincrónico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura sobre simulación quirúrgica, tele-tutoría y retroalimentación remota para identificar las mejores prácticas y requisitos tecnológicos. Se reclutó a una serie de profesionales de la salud, incluidos cirujanos generales, ginecólogos, veterinarios y un cirujano pediátrico con el objetivo de recibir sus comentarios y contribuciones. La plataforma Lapp-Clinic se diseñó como una plataforma de computación en la nube móvil centrada en el usuario, incluyendo herramientas interactivas audiovisuales para facilitar la retroalimentación remota y asincrónica personalizada. La plataforma se construyó utilizando herramientas de desarrollo web, incorporando capacidades de carga y almacenamiento de videos para permitir a los usuarios compartir sus videos. Finalmente, se estableció un componente de nube como servicio (CBaaS) para el procesamiento y almacenamiento de datos. Se definió la Colecistectomía laparoscópica como un procedimiento frecuente y estandarizado en base al cual validar la plataforma.

RESULTADO: Se diseñó una plataforma web robusta, aprovechando tecnologías de vanguardia como React y React Native. La plataforma emplea computación en la nube móvil y una arquitectura escalable con CBaaS, lo que garantiza el almacenamiento seguro de contenido audiovisual. Lapp-Clinic permite la carga de videos, la caracterización de cada uno de éstos (número de cirugía, contexto quirúrgico, asistencia necesaria por parte de un cirujano experto, entre otras), la evaluación mediante puntaje, la entrega de *feedback* y el registro de datos.

CONCLUSIÓN: La plataforma de Lapp Clinic representa un avance significativo en educación quirúrgica. Proporciona una plataforma estandarizada y accesible para la evaluación y corrección de colecistectomía laparoscópica mediante *feedback* remoto y asincrónico por parte de cirujanos expertos. Se puede concluir que este enfoque innovador tiene el potencial de mejorar las habilidades técnicas, promover una cultura de mejora continua entre cirujanos en formación y, en última instancia, acelerar la curva de aprendizaje en colecistectomía laparoscópica.

RECUPERACIÓN ACELERADA EN CIRUGÍA (ERAS)

PROTOCOLO ERAS APLICADO A PACIENTES OPERADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA DE APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA

Geyneider Castejon L

Universidad Católica del Maule/ Hospital regional de Talca

INTRODUCCIÓN: El protocolo ERAS es un programa multimodal diseñado para minimizar la disfunción de órganos en el post operatorio y devolver al paciente a la normalidad lo más rápido posible. Estudios demostraron que la estancia hospitalaria postoperatoria a pacientes operados de apendicitis aguda podía reducirse a menos de 3 a 4 horas cuando se instituía un enfoque coordinado para el control del dolor, las náuseas y los vómitos, además de la deambulación postoperatoria temprana.

OBJETIVOS: Esta serie de casos retrospectiva busca analizar la factibilidad local de la aplicación de un protocolo de recuperación acelerada a pacientes operados en el servicio de urgencia de una apendicitis aguda no complicada definida esta como aquella apendicitis inicial sin necrosis, perforación o peritonitis asociada, analizar si alguno de los factores preoperatorios, intraoperatorios o postoperatorios estaban en relación a predecir o encontrar complicaciones que ameritaran reconsultar al servicio de urgencias y de esta manera protocolizar el cuándo pueda ser aplicado, disminuyendo los costos asociados a hospitalizaciones prolongadas innecesarias, una reintegración precoz a la vida cotidiana, y mayor disponibilidad de camas en los servicios quirúrgicos; además de abrir la posibilidad de analizar a otras enfermedades quirúrgicas y la posibilidad de aplicarles dichos protocolos.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño: serie de casos retrospectiva. Población: pacientes operados de apendicitis aguda no complicada en el hospital regional de Talca, entre 15 a 65 años, con abordaje laparoscópico, de ambos sexos, con clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) I o II, con domicilio menor a 1 hora de un centro hospitalario, con buena red de apoyo y que fueron egresados en un periodo menor a 12 horas directamente desde la recuperación de anestesia, operados por un mismo profesional. Muestra: No aplica por ser una serie de casos Fuentes de información: fichas clínicas y sistema informático de registro del servicio de salud del Maule (SISMAULE).

RESULTADO: Se analizaron un total de 12 pacientes, el 100 % de los pacientes fueron operados de apendicitis aguda no complicada vía laparoscópica. El rango etario oscilaba entre 15 y 59 años, 6 pacientes eran masculinos y 6 de sexo femenino. De los pacientes analizados 10 eran catalogados como ASA I y 2 como ASA II con un tiempo medio de hospitalización de 7 horas. Se les consulto por la satisfacción usuaria por recibir un alta precoz en comparación de recibir una observación en hospitalización quirúrgica de forma tradicional, los cuales en promedio en una escala del 1 al 5 estuvieron sobre 4 de satisfacción usuaria con un promedio de 4,54 puntos, y se analizó el resultado de la biopsia diferida, de las cuales 10 eran positivas para apendicitis aguda no complicada, 1 con un tumor incidental neuroendocrino G1 en la punta de 0,2 cm y 1 paciente aún en espera de biopsia definitiva.

CONCLUSIÓN: Los programas ERAS han revolucionado la atención perioperatoria en cirugía electiva y sus efectos positivos son reconocidos mundialmente. Sin embargo, sigue siendo incierto si ERAS también puede beneficiar a los pacientes de emergencia, ya que la evidencia en la literatura sobre este problema aún es escasa. De lo presentado en este estudio se baja en un 50 a 100 % en promedio el tiempo de una recuperación estándar de una apendicectomía por apendicitis aguda no complicada y en ninguno de los 12 pacientes esto genero una complicación asociada a su alta precoz, además de la disminución de los costos directos e indirectos asociados a una hospitalización más prolongada. Es necesario ser estrictos con los criterios de selección, en cumplirlos y seguir aumentando el número de pacientes enrolados para analizar y cimentar la base de la evidencia en este aspecto. También es importante ver el impacto que genera el beneficio de la recuperación acelerada sobre la disponibilidad de camas en los servicios quirúrgicos, es sabido que a nivel nacional el número de camas en los centros hospitalarios tanto públicos como privados siempre son escasos, ameritando suspender cirugías por no poder hospitalizar a los pacientes por falta de las mismas, alargando cada vez más las listas de espera. Estrategias como las aplicadas en este estudio generan mayor disponibilidad de camas, que permite a su vez poder hospitalizar más pacientes y poder ir disminuyendo las listas de espera a nivel nacional. Es importante seguir investigando, seguir desarrollando estudios en recuperación acelerada en cirugías de urgencias, para en un futuro contar en cada centro de salud del país protocolos que nos permitan seguir obteniendo los beneficios de los protocolos ERAS.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS CANDIDATOS A PREHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Daniela Adjemian G, Ignacio Vergara H, Skender Xhemale R, Patricia Latorre G, Karen Rouliez A, Marcela Osorio G, Paula Malebran S, Andrea Riffo M, Alice Cárcamo E, Karin Papapietro V

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La prehabilitación son las intervenciones realizadas en el preoperatorio para mejorar el estado funcional y nutricional del paciente, tener una mejor respuesta al estrés quirúrgico y menores complicaciones

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es caracterizar una población quirúrgica candidata a prehabilitación entre diciembre de 2021 y febrero de 2023

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo por revisión de fichas clínicas. Se incluyeron 28 pacientes quirúrgicos interconsultados a la Unidad de Nutrición Intensiva por ser candidatos a prehabilitación. Se realizaron mediciones antropométricas (IMC, Hand grip), se describieron los tipos de cirugías y soporte nutricional, sesiones de kinesiología, complicaciones y mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva (Excel)

RESULTADO: Un 57% de los pacientes eran hombres. Los principales diagnósticos fueron cáncer de colon (32,1%), cáncer de páncreas (14,13%) y trasplante hepático (7,2%). Las cirugías más frecuentes fueron colectomías (50%). Un 71% presentó desnutrición calórico-proteica severa. La prealbúmina promedio fue 16,03 mg/dl (VN 15-36 mg/dl) y el *Hand grip* fue mayor en hombres (28,9 kg) que en mujeres (16,9 kg). Un 71% recibió nutrición oral exclusiva, 25 % nutrición enteral o parenteral complementaria y 3.6% parenteral exclusiva. Diez pacientes completaron kinesiología pre y postoperatoria (12,2 y 33,5 sesiones, respectivamente). La principal complicación fue íleo (16,13%) y hubo una mortalidad de 10,7%.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes tenía desnutrición calórico-proteica severa, por lo que son candidatos a prehabilitación preoperatoria de cirugía mayor. Se debe realizar un protocolo de prehabilitación kinésica y nutricional y considerar mediciones estándares para corroborar la eficacia de ésta.