



Tomo de Resúmenes 97 Congreso Chileno e Internacional de Cirugía 2025

Julio Yarmuch¹ 
Verónica Fonseca² 

¹Editor Revista de Cirugía

²Presidenta Sociedad Chilena de Cirugía



Contents.....	i
Editores.....	1
1. Sección: Sección: Cirugía Bariátrica.....	2
1, IMPACTO DEL PROTOCOLO ERAS EN LAS NÁUSEAS, VÓMITOS Y DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	3
185, CUANDO LA SOLUCIÓN SE VUELVE PROBLEMA: REVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE BYPASS GÁSTRICO UNA ALTERNATIVA FRENTE A COMPLICACIONES REFRACTARIAS.....	4
186, HIATOPLASTIA CON MALLA BIO A + FUNDUPLICATURA DE NISSEN ROBÓTICO.....	5
187, DESNUTRICIÓN CATASTROFICA DESPUÉS DE CIRUGÍA METABÓLICA. REPORTE DE UN CASO DE REVERSIÓN DE BYPASS EN Y DE ROUX.....	6
229, INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL RETRÓGRADA POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: REPORTE DE 2 CASOS.....	7
230, INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL Y DOBLE CANDY CANE POST BYPASS GÁSTRICO.....	8
2. Sección: Sección: Cirugía de cabeza y cuello.....	9
2, ABLACIÓN TIROIDEA POR RADIOFRECUENCIA: EXPERIENCIA EN COMPLEJO ASISTENCIAL DE PADRE LAS CASAS ENTRE 2023-2025.....	10
3, EXPERIENCIA INICIAL EN LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO ENDOSCÓPICA (VEIL) EN EL SUR DE CHILE. SERIE DE CASOS.....	11
4, FRECUENCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES EN BIOPSIAS POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA BETHESDA IV O SUPERIOR. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE SANTIAGO.....	12
5, CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y RIESGO DE MALIGNIDAD EN NÓDULOS TIROIDEOS CON CITOLOGÍA BETHESDA V: EXPERIENCIA DE 9 AÑOS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO DE CHILE.....	13
6, POROCARCINOMA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT.....	14
188, AVANCES TECNOLÓGICOS EN PLANIFICACIÓN PRE E INTRAOPERATORIA EN MALFORMACIÓN VASCULAR ARTERIOVENOSA FACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	15
189, TÉCNICA DE VERIFICACIÓN INTRAOPERATORIA EN RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR: ASISTENCIA CON FOTOGRAFIETRÍA 3D Y ARCO C.....	16
231, CARCINOMA MEDULAR Y PAPILAR DE TIROIDES SINCRÓNICOS: REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	17
232, LARINGECTOMÍA TOTAL POR CARCINOMA GLÓTICO AVANZADO EN PACIENTE CON IRRADIACIÓN CERVICAL PREVIA.....	18
233, CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO: REPORTE DE CASO.....	19

234, REPORTE DE CASO: CARCINOMA APOCRINO AXILAR PRIMARIO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	20
235, RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LINFOMA TIROIDEO: EXPERIENCIA EN UN CASO EXCEPCIONAL.....	21
236, PARAGANGLIOMA PRIMARIO DE LA GLÁNDULA TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	22
237, RECONSTRUCCIÓN CERVICOFACIAL TRAS FASCEITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ODONTOGÉNICO COMPLICADA: REPORTE DE UN CASO DE ANGINA DE LUDWIG CON RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA.....	23
238, RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA A QUIMIOTERAPIA EN CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL PERIOCLAR: PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA NEOPLASIA AGRESIVA.....	24
239, SANGRADO POSTOPERATORIO TARDÍO CON PRUEBAS DE COAGULACIÓN RUTINARIAS NORMALES: IMPORTANCIA DEL DÉFICIT ADQUIRIDO DE FACTOR XIII EN CIRUGÍA.....	25
240, TIROIDECTOMÍA TRANSORAL ROBÓTICA POR TIROIDES LINGUAL, REPORTE DE UN CASO.....	26
241, MANEJO DE LA TIROIDITIS DE RIEDEL, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	27
242, FÍSTULA DEL SENO PIRIFORME, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABSCEOS CERVICALES RECURRENTES.....	28
3. Sección: Sección: Cirugía de mama.....	29
7, MANEJO AXILAR EN PACIENTES OPERADAS POR CÁNCER DE MAMA POSTERIOR A NEOADYUVANCIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT.....	30
8, IMPLEMENTACIÓN DE LA MARCACIÓN SCOUT EN LA LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA DE TUMORES PARA CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE 6 CASOS.....	31
9, RESULTADO DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE Y CONDUCTA QUIRÚRGICA EN MAMA Y AXILA EN MUJERES JÓVENES Y MUY JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.....	32
10, CÁNCER DE MAMA EN POBLACIÓN JOVEN, EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO, CHILE.....	33
11, MANEJO AXILAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA CN2-N3 SOMETIDOS A NEOADYUVANCIA: EXPERIENCIA DE 17 AÑOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	34
12, MUTACIONES GENÉTICAS DEL CÁNCER DE MAMA EN POBLACIÓN JOVEN, ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO, CHILE.....	35
13, CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA EN CÁNCER DE MAMA: EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA LOCORREGIONAL A LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN BIOPSIAS POSTOPERATORIAS.....	36



14, CÁNCER DE MAMA EN ESTADÍO INICIAL: ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA? EXPERIENCIA LOCAL EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.....	37
15, “EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL PUERTO MONTE, CENTRO DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE”	38
243, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MOLECULARES DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES JÓVENES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....	39
244, ENFERMEDAD DE PAGET DE MAMA ULCERADA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN CÁNCER HER2 POSITIVO DE LARGA EVOLUCIÓN.....	40
245, CÁNCER DE MAMA EN TEJIDO ECTÓPICO: AXILA. REPORTE DE UN CASO.....	41
246, TUMOR MESENQUIMATOSO MAMARIO DE ALTO GRADO: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE UN TUMOR RARO EN LA MAMA.....	42
247, CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PATOLÓGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE ALTO RIESGO BRCA POSITIVO EN EL HOSPITAL FÉLIX BULNES ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2025.....	43
248, LINFANGITIS CARCINOMATOSA: DEBUT DE CÁNCER DE MAMA INFLAMATORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	44
249, MIOFIBROBLASTOMA MAMARIO EN MUJER DETECTADO EN CONTEXTO DE SCREENING: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	45
250, DE LA PIEL A LA MAMA: CARCINOMA MAMARIO DIAGNOSTICADO EN EL SEGUIMIENTO DE ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA AXILAR.....	46
251, CÁNCER DE MAMA DURANTE EL EMBARAZO: EXPERIENCIA DE UNA SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....	47
252, ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO INFRECUENTE Y ENFOQUE QUIRÚRGICO-ONCOLÓGICO MULTIDISCIPLINARIO.....	48
4. Sección: Sección: Cirugía general.....	49
17, PORCENTAJE Y CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA COMO AMBULATORIA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO ENTRE LOS AÑOS 2023-2024 EN CLÍNICA DÁVILA RECOLETA.....	50
18, CIRUGÍA ROBÓTICA MARS AMBULATORIA CON UN SOLO CIRUJANO: SERIE INICIAL DE 51 CASOS CON ALTA SATISFACCIÓN USUARIA.....	51
19, DIEZ AÑOS DE COOPERACIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA ENTRE CHILE Y CHAD: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA ALIANZA SANITARIA INTERNACIONAL.....	52
20, INTEGRACIÓN DE REALIDAD AUMENTADA Y VISUALIZACIÓN 3D CON CIRUGÍAS ROBÓTICAS MARS: PRIMEROS CASOS CLÍNICOS CON TECNOLOGÍAS DE VANGUARDIA COMBINADAS.....	53



22, CARACTERIZACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA EN ADULTOS EN CHILE: ANÁLISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL PERÍODO 2013-2023.....	54
23, ESTADO ACTUAL DE LA ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN UN CENTRO.....	55
24, IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO CON CONTRASTE HIDROSOLUBLE ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA.....	56
190, COLECISTECTOMÍA Y APENDICECTOMÍA PROFILÁCTICA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS.....	57
192, GIRO INESPERADO: BAZO ERRANTE Y VÓLVULO INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO.....	58
254, PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL CON NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL EN TEJIDO ECTÓPICO PANCREÁTICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	59
255, SÍNDROME DE COCOON O PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE PRIMARIA. SERIE DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	60
256, APENDICITIS AGUDA INDUCIDA POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE UNA RARA COMPLICACIÓN.....	61
257, VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	62
258, MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE ABSCESOS HEPÁTICOS POR VÍA PERCUTÁNEA GUIADO POR ECOGRAFÍA. REPORTE DE CASOS Y EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL EMERGENTE DEL NORTE GRANDE DE CHILE.....	63
259, EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE HERNIAS ABDOMINALES COMPLEJAS: SERIE DE CASOS EN UN CENTRO TERCIARIO.....	64
260, VÓLVULO GÁSTRICO EN PACIENTE CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	65
261, HEMORRAGIA DIGESTIVA POR GIST YEYUNAL, REPORTE DE CASO.....	66
262, DIVERTICULITIS YEYUNAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE UN CASO.....	67
263, SÍNDROME DE FLOOD EN MUJER DE 70 AÑOS – REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	68
264, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A METÁSTASIS PERITONEAL DE CÁNCER DE MAMA OCULTO, REPORTE DE UN CASO.....	69
265, FASCITIS NECROTIZANTE DE MUSLO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE DIVERTICULITIS PERFORADA: PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE.....	70
266, ADENOCARCINOMA DE YEYUNO, UNA NEOPLASIA POCO FRECUENTE.....	71
267, RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA HIATAL GIGANTE TIPO III: REPORTE DE CASO Y CONSIDERACIONES ACTUALES DEL TRATAMIENTO.....	72
268, DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL. REPORTE DE UN CASO.....	73



269, SÍNDROME DE VALENTINO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA.....	74
270, FUGA BILIAR POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: MANEJO Y SUS COMPLICACIONES. REPORTE DE CASO.....	75
271, HERNIA DE PETIT COMPLICADA CON PERFORACIÓN COLÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	76
272, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA SECUNDARIA A LINFOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	77
273, IMPLANTACIÓN ALTA DEL CONDUCTO CÍSTICO: UN DESAFÍO ANATÓMICO EN CIRUGÍA DE URGENCIA.....	78
274, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HEMOBEZOAR: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA.....	79
275, SOBREVIDA DE ISQUEMIA MESENTÉRICA ARTERIAL EN HOSPITAL NODO VILLARRICA: REPORTE DE CASO.....	80
276, SÍNDROME DE MIRIZZI COMO PRESENTACIÓN DE COLECISTITIS CRÓNICA REAGUDIZADA. REPORTE DE CASO.....	81
277, TORSIÓN MESENTÉRICA SECUNDARIA A MALROTACIÓN INTESTINAL EN UN ADULTO: REPORTE DE CASO.....	82
278, PERITONITIS PRIMARIA HEMATÓGENA POR CATÉTER FEMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	83
279, APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR, REPORTE DE SERIE DE 3 CASOS CLÍNICOS.....	84
280, NEOPLASIA EPITELIAL PSEUDOPAPILAR SÓLIDA GIGANTE EN MUJER DE 24 AÑOS: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	85
281, CAUSA INFRECUENTE DE HERNIA INGUINAL COMPLICADA, HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN DE CASO.....	86
282, SÍNCOPE COMO MANIFESTACIÓN DE VÓLVULO GÁSTRICO COMPLICADO SECUNDARIO A HERNIA HIATAL. REPORTE DE CASO.....	87
283, CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA COLELITIASIS EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2021-2024.....	88
284, ASCITIS QUILOSA COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.....	89
285, HERNIA DE AMYAND COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	90
286, HERNIA DE AMYAND TIPO IV DE LOSANOFF COMO HALLAZGO INTRAOPERATORIO: UNA ENTIDAD INUSUAL.....	91
287, APENDICITIS AGUDA EN SITUS INVERSUS TOTALIS, UN DESAFÍO ANATÓMICO Y TÉCNICO.....	92



288, SÍNDROME DE COCOON: RELEVANCIA DE LA LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA EN CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON IMÁGENES AMBIGUAS.....	93
289, ANÁLISIS DE 2.208 COLECISTECTOMÍAS GES REALIZADAS ENTRE 2019 Y 2023 EN DOS HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE.....	94
291, HERNIA DIAFRAGMÁTICA OCULTA POR TRAUMA CERRADO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	95
292, MÁS ALLÁ DEL COLON: PRESENTACIÓN Y MANEJO DE DIVERTICULITIS YEYUNAL COMPLICADA.....	96
293, TUMOR GIST COMO ETIOLOGÍA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	97
294, CUANDO LA VESÍCULA NO ESTÁ DONDE SE ESPERA: SINISTRAPOSICIÓN VESICULAR EN DOS PACIENTES SIN SITUS INVERSUS.....	98
295, FÍSTULA TUMORAL A COLON SIGMOIDES DE ORIGEN GINECOLÓGICO: CAUSA INFRECIENTE DE ABDOMEN AGUDO.....	99
296, PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR INGESTA DE HUESO DE POLLO: REPORTE DE UN CASO.....	100
297, QUISTE ESPLÉNICO CON REEMPLAZO MASIVO DEL PARÉNQUIMA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN.....	101
298, TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL MÚLTIPLE EN YEYUNO: REPORTE DE UN CASO.....	102
299, PERFORACIÓN ILEAL POR BEZOAR DE DURVILLAEA ANTARCTICA (COCHAYUYO)...	103
300, CISTOGASTROANASTOMOSIS VIDEOLAPAROSCÓPICA COMO MANEJO DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS SINTOMÁTICOS. REPORTE DE CASOS.....	104
301, PILEFLEBITIS, UNA COMPLICACIÓN POST QUIRÚRGICA A CONSIDERAR.....	105
302, TUBERCULOSIS PERITONEAL SIMULANDO APENDICITIS AGUDA Y ABSCEOS TUBOOVÁRICOS BILATERALES: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	106
303, ROTURA ESPONTÁNEA DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO EN SÍNDROME DE HELLP, ENFRENTAMIENTO DEL CIRUJANO DE URGENCIA.....	107
304, ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN CIRUGÍA GENERAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA INTERNACIONAL (2010-2024).....	108
305, PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO YEYUNAL: REPORTE DE CASO.....	109
306, USO DE VAC PARA EL MANEJO DE FISTULA ENTEROATMOSFERICA COMPLEJA PROXIMAL DE ALTO DÉBITO EN PACIENTE BARIATRICA. REPORTE DE CASO.....	110
307, NEOPLASIA APENDICULAR OCULTA, CUANDO LA CLINICA SUPERA LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....	111
308, PERITONITIS BACTERIANA SIN PERFORACIÓN DE VÍSCERA, EN COLITIS GRAVE POR C. DIFFICILE EN PACIENTE GRAN QUEMADO.....	112
309, EHLERS DANLOS: LO QUE EL CIRUJANO GENERAL DEBE SABER. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	112



310, ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CASOS DE DIVERTÍCULOS DE MECKEL, EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2025. TRABAJO CORREGIDO...	114
311, INCIDENCIA DE NEOPLASIAS APENDICULARES EN PACIENTES SOMETIDOS A APENDICECTOMÍA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL DE QUILLOTA ENTRE 2020 Y 2025.....	115
312, APENDICITIS NEONATAL; CASO CLÍNICO	116
313, HERNIA EPIGÁSTRICA CONGÉNITA CON CONTENIDO HEPÁTICO EN ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	117
314, SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR EN RELACIÓN AL POSTOPERATORIO DE SIGMOIDECTOMÍA POR CÁNCER DE RECTO: REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL EL PINO.....	118
315, ¿IMPORTA LA HORA? IMPACTO DEL MOMENTO QUIRÚRGICO EN LAS COMPLICACIONES TRAS LAPAROTOMÍA URGENTE EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD.....	119
316, SÍNDROME DE RAPUNZEL: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UN TRICOBEOZAR GIGANTE EN PACIENTE JOVEN.....	120
317, MUCOCELE APENDICULAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: CASO CLÍNICO.....	121
318, PILEFLEBITIS SÉPTICA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE, PERO TEMIDA. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.....	122
319, SUPERVIVENCIA SIN NUTRICIÓN PARENTERAL TRAS RESECCIÓN MASIVA INTESTINAL POR TRAUMA MESENTÉRICO: REPORTE DE CASO.....	123
320, DOLICOSIGMA CON FECALOMA GIGANTE COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UN PACIENTE JOVEN.....	124
322, GIST EXTRAINTestinal: EL TAMAÑO NO LO ES TODO. UTILIDAD COMBINADA DE LOS CRITERIOS DE FLETCHER Y REITH EN EL PRONÓSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	125
324, ABSCESO DEL PSOAS COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA CECAL.....	126
325, NEUROFIBROMA APENDICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	127
326, MANEJO QUIRÚRGICO VERSUS CONSERVADOR EN APENDICITIS NO COMPLICADA EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	128
327, USO DE ABTHERA PARA APOYO A LA ANASTOMOSIS PRIMARIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: REPORTE DE UN CASO.....	129
328, HERNIA INTERNA DEL LIGAMENTO FALCIFORME COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.....	130
329, FÍSTULA BILIODIGESTIVA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	131



5. Sección: Sección: Cirugía plástica y reparadora.....	132
26, VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL A 6 MESES EN PACIENTES SOMETIDOS A ABDOMINOPLASTIA EN CLÍNICA ALEMANA DE VALDIVIA.....	133
27, PROGRAMA DE ABDOMINOPLASTÍA PARA PACIENTES CON ABDOMEN FLÁCIDO AFILIADOS A FONASA.....	134
28, EXPERIENCIA EN USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL COMO COBERTURA DE HERIDAS COMPLEJAS EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO (2023-2025).....	135
29, "MASCULINIZACIÓN TORÁCICA, UN PASO MÁS ALLÁ. TÉCNICA COMBINADA, DIFNG Y LIPOINYECCIÓN PECTORAL".....	136
30, UTILIDAD DE LA SUPERMICROCIRUGÍA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE COBERTURA COMPLEJOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	137
31, ANÁLISIS DE CRITERIOS Y REQUISITOS PREOPERATORIOS EN CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO POR CIRUJANOS PLÁSTICOS QUE EJERCEN EN CHILE: ALINEACIÓN CON ESTÁNDARES INTERNACIONALES Y DISPARIDADES EN LA PRÁCTICA.....	138
32, RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSTONCOLÓGICA EN UNA COHORTE CHILENA (2020–2025): CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN EL CENTRO RED UC CHRISTUS.....	139
33, COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POSTOPERATORIAS TEMPRANAS TRAS REDUCCIÓN MAMARIA Y VARIABLES DE RIESGO ASOCIADAS: EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA.....	140
34, EFICACIA DEL BLOQUEO INTERMUSCULAR DE LA PARED ABDOMINAL SIN ECOGRAFÍA EN ABDOMINOPLASTÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO EN UNA SERIE DE CASOS.....	141
35, DE LA PALABRA AL CRONÓMETRO: FÓRMULA PRÁCTICA PARA PLANIFICAR LA CIRUGÍA DEL GRAN QUEMADO.....	142
36, IMPACTO FUNCIONAL DEL USO DE DRENAJE EN ABDOMINOPLASTÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO EN UNA SERIE DE PACIENTES.....	143
330, DEL DOLOR CRÓNICO A LA SOLUCIÓN ESTÉTICA: EVOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ONICECTOMÍA PARCIAL SELECTIVA EN ONICOCRIPTOSIS COMPLICADA CON FÍSTULA UNGUEO CUTÁNEA.....	144
331, DE CICATRIZ A CARCINOMA, ABORDAJE QUIRÚRGICO EN ÚLCERAS DE MARJOLIN.....	145
332, COMPARACIÓN DEL USO DE TELFA VS JELONET PARA QUEMADURAS TIPO AB EN EL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI, ARICA, 2025.....	146
333, EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA FRENTE A CURACIONES CONVENCIONALES EN FRACTURAS EXPUESTAS: METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS.....	147



334, COBERTURA DE URGENCIA CON COLGAJO CRUZADO BRAQUIO-TORÁCICO EN HERIDA COMPLEJA TRAUMÁTICA DE EXTREMIDAD SUPERIOR, CON EXPOSICIÓN DE ARTERIA BRAQUIAL: REPORTE DE UN CASO.....	148
335, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDAD DE VON RECKLINHAUSEN FACIAL Y PALPEBRAL.....	149
336, TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN CON COMPROMISO ANOGENITAL EXTENSO MANEJO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINARIO EN TANDEM. REPORTE DE UN CASO.....	150
337, RECONSTRUCCIÓN NASAL COMPLEJA CON COLGAJO FRONTAL IPSILATERAL AUTONOMIZADO TURNOVER ASOCIADO A COLGAJO FRONTAL CONTRALATERAL DE COBERTURA.....	151
338, RESULTADO DEL USO DE INJERTOS DERMOEPIDÉRMICOS EN QUEMADURAS TIPO B EN EL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI DURANTE EL AÑO 2025.....	152
339, COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO RECTO ABDOMINAL VERTICAL (VRAM) COMO RECURSO VALIOSO Y DE BAJA MORBILIDAD EN RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS PERINEALES. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE LA FLORIDA.....	153
340, LIFTING DE CEJAS DE PLANO PROFUNDO CON REVOLUMINIZACIÓN CILIAR: DESCRIPCIÓN DE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA.....	154
341, RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN CON INJERTO DE PIEL DE LABIOS MENORES: REPORTE DE CASO.....	155
342, EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE QUELOIDES DE LA RED DE SALUD UC CHRISTUS A 5 AÑOS DE SU INICIO.....	156
343, RESECCIÓN INTESTINAL, ANASTOMOSIS Y ABDOMINOPLASTIA DE ASEO EN PACIENTE CON HERNIA INCISIONAL GIGANTE: RESOLUCIÓN INTEGRAL EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO.....	157
344, RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL BILATERAL TRAS EVISCERACIÓN OCULAR POR QUEMADURA QUÍMICA FACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	158
345, COLGAJO ABDOMINAL MODIFICADO (GLOVE FLAP) PARA RECONSTRUCCIÓN POST-FASCITIS NECROTIZANTE DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR: REPORTE DE 2 CASOS.....	159
346, INFECCIÓN NECROSANTE SUBTERFUGIA EN PIODERMA GANGRENOSO SEVERO: REPORTE DE UN CASO Y CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO.....	160
6. Sección: Sección: Coloproctología.....	161
37, EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA DEL COLON EN CHILE ENTRE 2001 Y 2022: TENDENCIAS NACIONALES Y ANÁLISIS EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS.....	162
38, USO DE MALLA EN CIERRE DE ILEOSTOMÍA. ¿ES SEGURO?.....	163



39, RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO DE CIRUGÍA COLORRECTAL AVANZADA EN HOSPITAL REGIONAL FRANCO RAVERA ZUNINO DURANTE EL PERÍODO 2017-2024.....	164
40, CARACTERIZACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE LAS NEOPLASIAS APENDICULARES INCIDENTALS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL VRR DE LOS ÁNGELES: PERIODO 2020 A 2025.....	165
41, RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE RECTOPEXIAS VENTRALES CON MALLA, CON O SIN COLPOPEXIA.....	166
43, DERRIBANDO MITOS EN CIRUGÍA COLORRECTAL POR CÁNCER EN NONAGENARIOS. SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.....	167
44, TÉCNICA DE ELEVACIÓN DE HENDIDURA O "BASCOM CLEF LIFT" PARA LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCIGEA. EXPERIENCIA INICIAL.....	168
45, RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO POST-HARTMANN EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO, CHILE. COHORTE DE 9 AÑOS.....	169
47, REPORTE DE LA EXPERIENCIA DE 7 AÑOS, EN EL MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO CON EL USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EXCLUSIVO Y COMBINADO CON MALLA DE TRACCIÓN EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ DE OSORNO.....	170
48, CARACTERIZACIÓN COMPARATIVA DE PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER COLORRECTAL EN MENORES Y MAYORES DE 50 AÑOS.....	171
49, SEGURIDAD ONCOLÓGICA DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL.....	172
50, MANEJO DE ASCITIS REFRACTARIA MEDIANTE PIPAC EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL: RESULTADOS DE UNA SERIE PROSPECTIVA.....	173
51, NEOPLASIAS APENDICULARES INCIDENTALS: ¿QUÉ TAN PROBABLE ES ENCONTRAR UN TUMOR APENDICULAR EN UNA APENDICECTOMÍA EN MAGALLANES? REVISIÓN DE 3.271 BIOPSIAS DE APENDICECTOMÍAS REALIZADAS EN PUNTA ARENAS Y PUERTO NATALES EN 10 AÑOS.....	174
52, "RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE TERAPIA NEOADYUVANTE TOTAL CON ESQUEMA DE RADIOTERAPIA CORTA SEGUIDO DE QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDACIÓN EN PACIENTES TRATADOS POR CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO EN EL HOSPITAL DR. FRANCO RAVERA ZUNINO".....	175
53, TRATAMIENTO DE FISTULAS PERIANALES COMPLEJAS MEDIANTE USO DE FIBRINA RICO EN PLAQUETAS Y LEUCOCITOS (L-PRF).....	176
54, MORBILIDAD DE LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL EN CÁNCER DE RECTO.....	177
55, RESULTADOS ONCOLÓGICOS SOBRE EL ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE COLON TRANSVERSO.....	178
56, CIERRE DE ILEOSTOMÍA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL DIPRECA.....	179



57, PERFIL CLÍNICO Y DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON PERFORACIÓN COLÓNICA POST COLONOSCOPIA EN UN CENTRO TERCIARIO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO.....	180
58, ENDOMETRIOSIS COLORRECTAL, RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO.....	181
59, INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA REGIÓN DE LOS LAGOS: ANÁLISIS DE TASAS CRUDAS Y AJUSTADAS 2013–2024.....	182
60, MACROLIGADURA HEMORROIDAL EN EL HOSPITAL DIPRECA: RESULTADOS A 5 AÑOS Y SU IMPACTO EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA.....	183
61, DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA COLORRECTAL: RESULTADOS INICIALES EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.....	184
62, COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS, MANEJO Y RESULTADOS FUNCIONALES EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLORRECTAL: EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. FRANCO RIVERA ZUNINO.....	185
63, CIRUGÍA SINCRÓNICA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS EN CÁNCER COLORRECTAL: ¿UNA ESTRATEGIA SEGURA Y EFECTIVA? EXPERIENCIA CLÍNICA DE UNA DÉCADA EN UN CENTRO PRIVADO EN CHILE.....	186
64, EXPERIENCIA A CORTO PLAZO EN CIRUGÍA TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA PACIENTES CON LESIONES DE RECTO MEDIO Y BAJO.....	187
65, IMPLEMENTACIÓN DE DISECCIÓN PROTOCOLIZADA POR SEPARADO DE ZONAS GANGLIONARES EN LA PIEZA QUIRÚRGICA EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA CON LINFADENECTOMÍA D3 LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE COLON DERECHO: SERIE DE CASOS.....	188
66, EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL.....	189
67, LINFOMA PRIMARIO COLORRECTAL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL DEL SALVADOR, CHILE.....	190
68, ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE RESULTADOS EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE COLON CON ETAPIFICACIÓN T4 TRATADO EN FORMA QUIRÚRGICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.....	191
69, EVALUACIÓN INICIAL DE UN PROTOCOLO PROSPECTIVO DE CIRUGÍA MAYOR COLORRECTAL EN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD, VILLARRICA: SELECCIÓN DE CASOS, PREPARACIÓN PERIOPERATORIA Y RESULTADOS CLÍNICOS.....	192
70, VALIDACIÓN DEL POLARS EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA CHILENA: ¿REALMENTE PREDICE LA INCIDENCIA DE LARS MAYOR?.....	193
71, TAMIZAJE UNIVERSAL POR INMUNOHISTOQUÍMICA EN CÁNCER COLORRECTAL: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DMMR Y PREVALENCIA DE SÍNDROME DE LYNCH EN EL HOSPITAL DR. FRANCO RIVERA ZUNINO, RANCAGUA.....	194



72, CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON DERECHO OPERADOS CON D2, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO (2015–2023).....	196
73, VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA EN PACIENTE CHILENOS.....	197
74, CARACTERIZACIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS EN PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS.....	198
75, ANÁLISIS COMPARATIVO DEL USO DE LEVOSULPIRIDE Y PRUCALOPRIDA EN LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN INTESTINAL DESPUÉS DE CIRUGÍA ELECTIVA COLORRECTAL.....	199
76, DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LARS MAYOR EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE CHILE.....	200
77, TERAPIA ENDOVAC EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DEL CÁNCER DE RECTO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO.....	201
78, RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO CON COMPROMISO GANGLIONAR EXTRAMESORRECTAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2019–2024.....	202
79, ANÁLISIS COMPARATIVO DE EXENTERACIÓN PELVICA CON Y SIN SACRECTOMÍA EN BLOQUE.....	203
80, EL MICRORNA HSA-MIR-5193 SE ASOCIA A QUIMIOSENSIBILIDAD A 5-FU Y OXALIPLATINO EN LÍNEAS CELULARES DE CÁNCER COLORRECTAL AVANZADO.....	204
81, CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE REGIONAL: COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS.....	205
82, EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON EN CHILE: ANÁLISIS NACIONAL 2001–2022.....	206
83, PREDICCIÓN DE SOBREVIDA TRAS RESECCIÓN CURATIVA DE CÁNCER COLORRECTAL MEDIANTE MODELOS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO INTEGRANDO FACTORES PRONÓSTICOS MÁS ALLÁ DEL TNM.....	207
84, ANALGESIA POSTOPERATORIA TRAS HEMORROIDECTOMÍA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, COMPARANDO UNGÜENTO ANESTÉSICO VS PLACEBO EN CONTEXTO DE ANALGESIA MULTIMODAL.....	208
85, ANÁLISIS DEL 1º Y 2º PERIODO DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (PRENEC) REALIZADO EN OSORNO ENTRE DIC.DEL 2017 AL 2024.....	209
86, INCREMENTO DE INCIDENCIA Y DISPARIDAD PRONÓSTICA EN NEOPLASIAS APENDICULARES: COHORTE CHILENA ENTRE 2011 Y 2023.....	210
193, COLECTOMÍA SEGMENTARIA DE COLON TRANSVERSO.....	211
194, LINFADENECTOMÍA LATERAL VIDEOLAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN VASCULAR EN CANCER DE RECTO EXTRAPERITONEAL.....	212
196, ABORDAJE POR VIA LAPAROSCOPICA DE TUMOR PRESACRO.....	21



197, CUERPO EXTRAÑO RECTAL COMPLICADO.....	214
199, MARSUPIALIZACIÓN DE SENO PRESACRO POR TAMIS.....	215
200, EXENTERACIÓN PÉLVICA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL: ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA.....	216
201, COLGAJO DE MARTIUS PARA MANEJO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL BAJA.....	217
202, HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR CIRUGÍA MAGNÉTICA: PRUEBA DE CONCEPTO.....	218
203, ANASTOMOSIS COLORRECTAL TRANSMESOCÓLICA EN COLECTOMÍA IZQUIERDA.....	219
204, REINTERVENCIÓN POR PROLAPSO RECTAL RECIDIVADO TRAS RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CONSIDERACIONES EN UN CASO CLÍNICO.....	220
205, CIRUGÍA DE MILES CON SECCIÓN EXTRA ELEVADOR VÍA LAPAROSCÓPICA.....	221
206, PROCTOCOLECTOMÍA ROBÓTICA CON RESERVORIO ILEAL.....	222
348, EXENTERACIÓN PELVIANA CON RESECCIÓN EN BLOQUE DEL HUESO PÚBICO: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y SERIE PRELIMINAR.....	223
349, FÍSTULA ENTERO-VESICAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UN LINFOMA T INTESTINAL EPITELOTRÓPICO MONOMÓRFICO (MEITL): REPORTE DE CASO.....	224
349, ABORDAJE QUIRÚRGICO COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS INTESTINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	225
350, ENFERMEDAD DE BOWEN PERIANAL: REPORTE DE UN CASO.....	226
351, DIVERTICULITIS COMPLICADA CON FÍSTULA COLOUTERINA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN CLÍNICA.....	227
352, TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL DE BAJO GRADO CON METÁSTASIS LINFÁTICA AL COMPARTIMENTO LATERAL PÉLVICO: REPORTE DE UN CASO.....	228
353, ABSCESO APENDICULAR CON HALLAZGO DE ENDOMETRIOSIS APENDICULAR EN PACIENTE EN EDAD NO REPRODUCTIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	229
354, ADENOCARCINOMA MUCINOSO ORIGINADO EN FÍSTULA ANORRECTAL CRÓNICA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	230
355, PIOMIOSITIS AGUDA DE LA PELVIS Y MUSLO SECUNDARIA A PERFORACIÓN POR RECURRENCIA DE CÁNCER DE RECTO INFERIOR.....	231
356, USO DEL CONDÓN DE RIVERA EN EL MANEJO DE UNA DEHISCENCIA MUCOCUTÁNEA TOTAL DE UNA OSTOMÍA.....	232
357, DESAFÍOS Y RESULTADOS DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN PERIANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	233
358, HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE PERINEAL: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UN TUMOR VASCULAR RARO. REPORTE DE CASO.....	234

359, HAMARTOMA PARARRECTAL EN PACIENTE JOVEN: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE ABORDAJE POSTERIOR TIPO KRASKE.....	235
360, SÍNDROME DE MCKITTRICK - WHEELLOCK: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	236
361, ADENOCARCINOMA COLORRECTAL DIAGNOSTICADO EN ABSCESO PERIANAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	237
362, ADENOCARCINOMA DE YEYUNO QUE SIMULA CÁNCER DE COLON: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN CLÍNICA.....	238
363, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL BAJA SECUNDARIA A INTUSUSCEPCIÓN ILEOCECAL MALIGNA.....	239
364, MIGRACIÓN RECTAL DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO: RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA SEGURA DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE.....	240
365, SARCOIDOSIS GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO.....	241
366, FIBROMATOSIS DESMOIDE MESENTÉRICA: PRESENTACIÓN COMO MASA INFLAMATORIA EN ÍLEON TERMINAL.....	242
367, COLITIS ULCEROSA EN PACIENTE CON DOBLE ESTENOSIS DEL COLON. REPORTE DE CASO.....	243
368, VÓLVULO DE SIGMOIDES COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN SERVICIO DE URGENCIAS. REPORTE DE UN CASO.....	244
369, VÓLVULO DE CIEGO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN SERVICIO DE URGENCIAS, REPORTE DE UN CASO.....	245
370, LINFOMA PRIMARIO DE COLON: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	246
371, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO PERITONEAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN.....	247
372, USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN PROLAPSO RECURRENTE DE COLOSTOMÍA: REPORTE DE CASO.....	248
373, PERFORACIÓN DE COLON SECUNDARIA A INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UNA URGENCIA QUIRÚRGICA.....	249
374, MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN TUMOR DESMOIDE PERINEAL GIGANTE EN UN CENTRO TERCIARIO.....	250
375, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON PERFORACIÓN DE SIGMOIDES EN DOLICOSIGMOIDES POR FECALOMA: CASO CLÍNICO.....	251
376, TÉCNICA DE PULL-THROUGH RETROILEAL COMO ALTERNATIVA PARA UNA ANASTOMOSIS COLORRECTAL LIBRE DE TENSIÓN: UNA SERIE DE CASOS.....	252
377, ¿APENDICITIS AGUDA O DIVERTICULITIS APENDICULAR? REPORTE DE UN CASO.....	253
378, RESULTADOS INICIALES DE LOS PRIMEROS 40 CASOS DE RESECCIÓN TOTAL DE MESORRECTO POR VÍA TRANSANAL (TATME) EN CÁNCER DE RECTO EN UN HOSPITAL REGIONAL.....	254



379, DOLOR PELVIANO COMO PRESENTACIÓN DE QUISTE RETRORRECTAL: REPORTE DE CASOS.....	255
381, ANÁLISIS COMPARATIVO DE RECOMENDACIONES GENERADAS POR UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL VERSUS LAS DECISIONES DE UN COMITÉ ONCOLÓGICO MULTIDISCIPLINARIO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO.....	256
382, NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ESCAMOSA RECTAL DE ALTO GRADO: UN HALLAZGO POCO FRECUENTE EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA.....	257
383, INTUSUSCEPCIÓN COLÓNICA SECUNDARIA A LIPOMA SUBMUCOSO: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA CON INTENCIÓN ONCOLÓGICA.....	258
384, TUBERCULOSIS PERITONEAL Y PERIANAL EN INMUNOCOMPETENTES: GRANDES SIMULADORES.....	259
7. Sección: Sección: Endoscopia.....	260
87, EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE ESD PARA CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.....	261
88, COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL REGIONAL.....	262
89, MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA ORAL EN ANTOFAGASTA, TRATAMIENTO DE LA ACALASIA EN LA SEGUNDA REGIÓN DE CHILE.....	263
90, EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE ESD PARA CÁNCER ESOFÁGICO TEMPRANO EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.....	264
91, DETERMINANTES DE RESECCIÓN COMPLETA (R0) EN ESD EN ADENOCARCINOMAS GÁSTRICOS: SERIE DE 49 CASOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA.....	265
385, MANEJO ENDOSCÓPICO DE INTUSUSCEPCIÓN COLÓNICA POR LIPOMA INTRALUMINAL DE GRAN TAMAÑO.....	266
386, TERAPIA ENDOSCÓPICA DE VACÍO PARA RESOLUCIÓN DE PERFORACIÓN DUODENAL POST-ERCP: REPORTE DE CASO.....	267
387, USO DE PRÓTESIS METÁLICA DE APOSICIÓN DE LUZ (LAMS) PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE NECROSIS AMURALLADA PANCREÁTICA: REPORTE DE UN CASO.....	268
388, EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TRICOBEOZOAR ESOFÁGICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.....	269
389, OBSTRUCCIÓN BILIAR POR COÁGULOS, UNA NUEVA COMPLICACIÓN POST CPRE.....	270
391, ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA ENDOBILIAR EN NEOPLASIA PERIAMPULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	271

8. Sección: Sección: Esofagogástrico.....	272
92, HERNIA PARAESOFÁGICA AGUDA CON VÓLVULO GÁSTRICO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.....	273
93, FUNDUPLICATURA DE NISSEN A MÁS DE UNA DÉCADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.....	274
94, GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA, RESULTADOS ACTUALIZADOS DEL NUEVO ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO PARA CÁNCER GÁSTRICO.....	275
95, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.....	276
96, NUEVA VARIANTE PATOGENICA CTNNA1 ASOCIADA A CÁNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITARIO EN SUDAMÉRICA. PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE.....	277
97, FUNDOPLICATURA TOTAL VERSUS PARCIAL POSTERIOR EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA REFLUJO GASTROESOFÁGICO.....	278
99, ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE: COMPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA FLOT, CIRUGÍA PRIMARIA Y TERAPIA ADYUVANTE EN UNA COHORTE CHILENA.....	279
100, IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DIGESTIVA MAYOR EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....	280
101, ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO EN ETAPA II CON Y SIN NEOADYUVANCIA, EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO ENTRE 2015 Y 2025.....	281
102, CAMBIO DE LA INCIDENCIA DE ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN EL PERIODO PANDEMIA COVID EN CHILE.....	282
103, FASE ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA EN ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA VIDEOTORACOSCÓPICA CON TÉCNICA MCKEOWN. ANÁLISIS COMPARATIVO.....	283
104, MANEJO DE FILTRACIONES DE ESOFAGO YEYUNO ANASTOMOSIS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO.....	284
105, FACTORES DE RIESGO EN FISTULA DEL MUÑON DUODENAL POST GASTRECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO.....	285
106, SOBREVIVENCIA GLOBAL EN CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO: ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA.....	286
107, QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA FLOT VERSUS CIRUGÍA PRIMARIA CON ADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: UN ANÁLISIS COMPARATIVO.....	287
108, EXTRACCIÓN DE DATOS NO ESTRUCTURADOS DE UN INFORME DE BIOPSIA DE CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE LLM (LARGE LENGUAJE MODELS): COMPARACIÓN CON LA EXTRACCIÓN HUMANA.....	288
110, SOBREVIVENCIA GLOBAL EN CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE: ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA.....	289

111, DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DEL ESTADÍO LINFÁTICO EN EL CÁNCER GÁSTRICO.....	290
207, GIST DUODENAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA: PRECISIÓN, PRESERVACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN.....	291
208, REOPERACIÓN POR HERNIA HIATAL POST NISSEN: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO.....	292
209, GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA Y LINFADENECTOMÍA D2 POR CÁNCER GÁSTRICO GUIADA POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA.....	293
340, CÁNCER GÁSTRICO POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA, REPORTE DE CASO.....	294
341, PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A CARCINOMA EPIDERMÓIDE.....	295
343, SÍNDROME DE WILKIE EN PACIENTE JOVEN: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA TRAS FALLA DE MANEJO CONSERVADOR.....	296
344, ESTRATEGIAS EN HERNIA HIATAL CON VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE 5 CASOS CONSECUTIVOS.....	297
345, INVAGINACIÓN ANTERÓGRADA DEL REMANENTE GÁSTRICO: CAUSA INUSUAL DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO.....	298
348, REGRESIÓN TUMORAL COMPLETA TRAS RADIOTERAPIA HEMOSTÁTICA SEGUIDA DE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO: REPORTE DE DOS CASOS DESDE UNA COHORTE INSTITUCIONAL.....	299
351, HEMORRAGIA EN REMANENTE GÁSTRICO POST-BYPASS: REPORTE DE UN CASO.....	300
352, ALTERNATIVA DE REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL GIGANTE CON CONTRACTILIDAD ESOFÁGICA AUSENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	301
353, TERAPIA ENDOLUMINAL DE VACÍO PROFILÁCTICA PARA ANASTOMOSIS ESOFAGOEYUNALES. REPORTE DE DOS CASOS.....	302
354, USO DE TERAPIA ASISTIDA POR VACÍO ENDOLUMINAL EN LESIÓN PENETRANTE DE ESÓFAGO CERVICAL, A PROPOSITO DE UN CASO.....	303
355, DIVERTICULOS DEL ESOFAGO CERVICAL: SERIE DE CASOS INCLUYENDO UN INFRECUENTE DIVERTICULO DE KILLIAN-JAMIESON.....	304
393, ESOFAGITIS MICÓTICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ACALASIA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	305
394, SEPTOTOMÍA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA EN ESTENOSIS POSTERIOR A RESECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA (ESD) POR CÁNCER GÁSTRICO.....	306
395, VÓLVULO GÁSTRICO ASOCIADO A BAZO ERRANTE: UNA ASOCIACIÓN ANATÓMICA INFRECUENTE.....	307
396, FÍSTULA GASTRO-PLEURAL NO TRAUMÁTICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....	308
397, SÍNDROME DE RAPUNZEL CON DOBLE TRICOBEOZOAR SIMULTÁNEO GÁSTRICO E INTESTINAL: REPORTE DE CASO.....	309



9. Sección: Sección: Hepatobiliar.....	310
112, UNA DÉCADA DE HEPATECTOMÍAS: EVOLUCIÓN TÉCNICA Y RESULTADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.....	311
113, USO DE A-PRF EN RECONSTRUCCIÓN DE PANCREATODUODENECTOMÍA. SERIE DE CASOS.....	312
114, TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL EMBARAZO: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA.....	313
115, MANEJO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA COLEDOCOLITIASIS DURANTE EL EMBARAZO. TÉCNICA QUIRÚRGICA, DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO Y RESULTADOS: EXPERIENCIA PIONERA EN UN HOSPITAL DE CHILE.....	314
116, NAVEGANDO LA FALLA HEPÁTICA FULMINANTE: ANÁLISIS DE 12 AÑOS DE RESULTADOS EN TRASPLANTE HEPÁTICO.....	315
117, TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO EN FALLA HEPÁTICA FULMINANTE: SERIE DE CINCO PACIENTES CON INJERTOS DE LÓBULO DERECHO.....	316
118, ANÁLISIS CLÍNICO Y MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO EN CHILE.....	317
119, CIRUGÍA PRESERVADORA DE PARÉNQUIMA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RÍO.....	318
120, IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PERFUSIÓN HEPÁTICA EX VIVO: EXPERIENCIA INICIAL Y PARÁMETROS DE VIABILIDAD EN LOS PRIMEROS 10 CASOS.....	319
121, PANCREATITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD.....	320
122, DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA CON MANEJO QUIRÚRGICO EN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA REGIÓN DE MAGALLANES Y LA ANTÁRTICA CHILENA ENTRE LOS AÑOS 2015 Y 2025.....	321
123, RENDEZVOUS DIFERIDO. MANEJO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN PRESENCIA DE COLELITIASIS Y AUSENCIA DE GRUPO ENDOSCÓPICO DE APOYO INTRAOPERATORIO.....	322
124, ESPLENECTOMÍA ROBOT ASISTIDA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....	323
125, RESULTADOS DE RESECCIÓN PANCREÁTICA EN PACIENTES OCTOGENARIOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CHILENO.....	324
126, EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HEPÁTICA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO.....	325
127, EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN TÉCNICA DE ALPPS EN HOSPITAL DEL SALVADOR EN PERIODO 2012-2025.....	326



128, CONSULTAS EN SERVICIO DE URGENCIA Y REHOSPITALIZACIONES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO: FACTORES ASOCIADOS Y CARACTERIZACIÓN TEMPORAL EN UNA COHORTE PERTENECIENTE A UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.....	327
129, COMPLICACIONES POSOPERATORIAS, MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS Y ESTANCIA HOSPITALARIA ASOCIADAS CON LA RECURRENCIA POSOPERATORIA DE EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HEPÁTICA. UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO.....	328
130, COMPARACIÓN DE TRES ÍNDICES DE FRAGILIDAD PARA PREDECIR RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA DE EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA HEPÁTICA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO.....	329
210, CANASTILLO DE DORMIA RETENIDO EN VÍA BILIAR TRAS COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA POR COLEDOCOLITIASIS. REPORTE DE CASO.....	330
211, RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE BILIAR TIPO IVA.....	331
212, RECONSTRUCCIÓN LAPAROSCÓPICA DE DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA EN PACIENTE CON ESTENOSIS POSTQUIRÚRGICA POR QUISTE COLEDOCIANO.....	332
213, NECROSECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE PANCREATITIS NECROTIZANTE.....	333
347, NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL MIXTO COMO SIMULADOR DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO IRRESECABLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	334
356, MANEJO QUIRÚRGICO DE RECIDIVA LOCAL VASCULAR Y METASTÁSICA EN TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO: REPORTE DE CASO.....	335
357, COMPLICACIONES RELACIONADAS A COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: RESULTADOS DESDE LA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN SANTIAGO DE CHILE.....	336
358, NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA CON PRÓTESIS ESOFÁGICA EN MANEJO ESCALONADO DE NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA.....	337
360, PERFORACIÓN DUODENAL: USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ENDOLUMINAL ASOCIADO A RAFIA PRIMARIA COMO PREVENCIÓN DE FILTRACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO EXITOSO.....	338
361, FACTORES ASOCIADOS A FUGA BILIAR POST HEPATECTOMÍA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE 10 AÑOS.....	339
362, EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR LAPAROSCÓPICA CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CON SEGUIMIENTO PROSPECTIVO.....	340
364, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE: REPORTE DE UN CASO.....	341
365, NEOPLASIA SEROSA QUÍSTICA PANCREÁTICA MULTIFOCAL EN PACIENTE JOVEN.....	342
366, HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO.....	343



367, RESULTADOS POSTOPERATORIOS TRAS HEPATECTOMÍA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.....	344
368, LEIOMIOSARCOMA SUPRARRENAL CON INVASIÓN DE VENA CAVA RETROHEPÁTICA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	345
369, COLANGITIS AGUDA INTRAHEPÁTICA SECUNDARIA A LINFOMA DE HODGKIN INTRAHEPÁTICO, UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE.....	346
370, TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS REUTILIZADOS: EXPERIENCIA EN CHILE.....	347
10. Sección: Sección: Hernias.....	348
131, HERNIOPLASTÍA INGUINAL ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL MAURICIO HEYERMANN DE ANGOL: ANÁLISIS DE 570 CASOS CONSECUTIVOS (2022-2025)	349
132, PREHABILITACIÓN EN CIRUGÍA DE HERNIA COMPLEJA: PROTOCOLO MULTIDISCIPLINARIO DE UN HOSPITAL ACADÉMICO.....	350
133, RESULTADOS EN CIRUGÍA DE URGENCIA DE LA HERNIA CRURAL.....	351
134, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE HERNIAS INGUINALES EN SETTING DE URGENCIAS, SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL DOCENTE.....	352
136, EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES OPERADOS DE HERNIAS INCISIONALES Y HERIDAS COMPLEJAS CON EL USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN INCISIONES CERRADAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO DE CHILE: UN ESTUDIO DE SERIE DE CASOS.....	353
214, HERNIOPLASTIA RETRORECTAL EN HERNIA A TRAVÉS DE VAINA POSTERIOR DE LOS RECTOS, ABORDAJE POSTERIOR, A RAÍZ DE UN CASO.....	354
215, DISEÑO DE UN MODELO ANATÓMICO PARA ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN HERNIOPLASTIA INGUINAL TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL.....	355
371, HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE CON DESLIZAMIENTO VESICAL COMPLETO: REPORTE DE CASO.....	356
372, HERNIA DE SPIEGEL COMPLICADA: REPORTE DE UN CASO, ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y MANEJO.....	358
374, HERNIA DE AMYAND, HALLAZGO INCIDENTAL INTRAOPERATORIO EN PACIENTE CON HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA: REPORTE DE CASO.....	359
375, MANEJO INTEGRAL DE UNA HERNIA INCISIONAL COMPLEJA CON UNA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA CON PREPARACIÓN PREOPERATORIA CON TOXINA BOTULÍNICA.....	360
376, MESHOMA: UNA COMPLICACIÓN DEL USO DE MALLA PROTÉSICA.....	361
377, HERNIA DE AMYAND, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	362
379, ABORDAJE DE HERNIA INCISIONAL GIGANTE COMPLICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	362

381, DIAGNÓSTICO DE HERNIA DE LITRE, ENTIDAD RARA DEJANDO ATRÁS EL REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	364
382, MANEJO AVANZADO DEL CIERRE DE PARED ABDOMINAL CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA TRAS HERNIOPLASTÍA VENTRAL COMPLICADA EN CONTEXTO DE URGENCIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR.....	365
383, TÉCNICA DE REPARACIÓN SANDWICH MODIFICADA COMO ALTERNATIVA PARA EL ABORDAJE DE HERNIAS ABDOMINALES COMPLEJAS.....	366
384, QUISTE DE NUCK EN MUJER ADULTA, UN HALLAZGO EXCEPCIONAL: REPORTE DE CASO Y ANÁLISIS DE BIBLIOGRAFÍA.....	367
11. Sección: Sección: Oncología.....	368
137, IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA: EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT.....	369
216, CIRUGÍA MULTIVISCERAL COMPARTAMENTAL EN LIPOSARCOMAS DEL RETROPERITONEO; ASPECTOS TÉCNICOS ONCOLÓGICOS.....	370
217, GASTRO-YEYUNOANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO: UNA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN CUIDADOS PALIATIVOS.....	371
347, ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO persistentemente elevado como MARCADOR DE CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES: REPORTE DE UN CASO.....	372
385, IMPACTO CLÍNICO DE LA CLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CÁNCER COLORRECTAL: UN PASO CRUCIAL HACIA LA MEDICINA PERSONALIZADA.....	373
386, PSEUDOMIXOMA PERITONEAL COMO HALLAZGO DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÉNDICE CECAL: REPORTE DE UN CASO.....	374
387, RESECCIÓN RADICAL DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE. REPORTE DE CASO EN HOSPITAL SAN PABLO, COQUIMBO.....	375
388, DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE EN PACIENTE CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO OBSTRUCTIVO: REPORTE DE UN CASO.....	376
12. Sección: Sección: Simulación-Educación.....	377
138, ENTRENAMIENTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA EN ETAPA DE PRE INTERNADO: EXPERIENCIA DE UN CURSO PRÁCTICO EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.....	378
139, DESARROLLO DE UN MODELO ANATÓMICO IMPRESO EN 3D PARA ENTRENAMIENTO EN TRAQUEOSTOMÍA: HERRAMIENTA REPRODUCIBLE PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA.....	379
140, DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO ANATÓMICO DE ENTRENAMIENTO DE CRICOTIROIDOTOMÍA IMPRESO EN 3D PARA RESIDENTES: INNOVACIÓN REPRODUCIBLE EN EDUCACIÓN QUIRÚRGICA.....	380

141, POTENCIANDO LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA MEDIANTE RETROALIMENTACIÓN REMOTA Y ASINCRÓNICA DE GRABACIONES QUIRÚRGICAS.....	381
142, ENTRENAMIENTO AUTÓNOMO EN CONTROL DE HEMORRAGIAS CON TORNQUETE TIPO CAT: EVALUACIÓN ESTRUCTURADA DEL DESEMPEÑO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA EN UN ENTORNO SIMULADO.....	382
143, PANCREATODUODENECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA: DESARROLLO DE HABILIDADES A TRAVÉS DE ENTRENAMIENTO EN SIMULACIÓN.....	383
144, EVALUACIÓN ASINCRÓNICA DE LA VISIÓN DE SEGURIDAD DURANTE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	384
145, IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA INVESTIGACIÓN EN LATINOAMÉRICA.....	385
146, ¿INFLUYEN LOS TATUAJES DEL CIRUJANO EN LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES?.....	386
147, INTEGRACIÓN DEL APRENDIZAJE Y LA EVALUACIÓN BASADOS EN VIDEOS: HACIA UNA IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA EN PROGRAMAS DE CIRUGÍA GENERAL.....	387
148, RETENCIÓN DE DESTREZAS EN TORACOCENTESIS Y PARACENTESIS TRAS MICROCREDENCIALES EN SIMULACIÓN: ANÁLISIS LONGITUDINAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	388
149, DISCREPANCIAS EN LA PERCEPCIÓN SOBRE EL FEEDBACK ENTRE RESIDENTES DE SUBESPECIALIDAD Y DOCENTES: ESTUDIO CUALITATIVO.....	389
218, OPTIMIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL: APLICACIÓN INICIAL EN SIMULACIÓN.....	390
389, SIMULACIÓN COMO METODOLOGÍA DE ENTRENAMIENTO PROCEDIMENTAL EN TORACOCENTESIS PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA EN LA ASIGNATURA DE CIRUGÍA.....	391
390, EXPOSICIÓN Y PERCEPCIÓN DEL ULTRASONIDO FAST EN RESIDENTES DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU.....	392
391, RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE BOCIO MULTINODULAR INTRATORÁCICO CON EXTENSIÓN MEDIASTÍNICA: VALOR DE LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA ASISTIDA POR MODELO 3D EN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....	393
13. Sección: Sección: Tórax.....	394
151, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES MEDIASTINALES: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT.....	395
152, CORRELACIÓN BIOPSIAS EBUS-TBNA Y LINFADENECTOMÍAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA REALIZADAS EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.....	396
153, QUISTES BRONCOGÉNICOS: RESULTADOS, DESAFÍOS Y CONSOLIDACIÓN TÉCNICA. EXPERIENCIA 12 AÑOS INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.....	397



154, QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR: ANÁLISIS DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE.....	398
155, CIRUGÍA POST-QUIMIOINMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER PULMONAR: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.....	399
156, ANÁLISIS CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE.....	400
157, RATS EN TRAQUEOBRONQUIOMALACIA SEVERA: TRAQUEOBRONCOPLASTÍA CON MALLA E INSTALACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEAL POR BRONCOSCOPÍA INTERVENCIONAL.....	401
158, VOLUMEN QUIRÚRGICO DE PROGRAMA DE FORMACIÓN DE SUBESPECIALISTAS EN CIRUGÍA TORÁCICA EN CHILE, COMPARADO CON ESTÁNDARES INTERNACIONALES.....	402
159, OSTEOSÍNTESIS COSTAL EN TRAUMA TORÁCICO GRAVE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y CALIDAD DE VIDA EN UN CENTRO REGIONAL.....	403
160, HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN ADULTOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT (2016–2024).....	404
161, CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA EN HOSPITAL PÚBLICO DOCENTE EN CHILE: ANÁLISIS DE 79 CASOS DEL PRIMER PROGRAMA NACIONAL.....	405
162, TIMOMAS OPERADOS POR RATS: SERIE DE CASOS INTERVENIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....	406
162, RESECCIONES SEGMENTARIAS ANATÓMICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA. RESULTADOS PERIOPERATORIOS ENTRE NOVIEMBRE DE 2024 Y OCTUBRE DE 2025.....	407
164, USO DE VERDE INDOCIANINA EN LA LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR MEDIO DE CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA.....	408
165, ESOFAGECTOMÍA RATS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN, ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.....	409
166, ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOBECTOMÍAS POR VIDEOTORACOSCOPÍA (VATS) VS CIRUGÍA ROBÓTICA ASISTIDA (RATS) EN CÁNCER DE PULMÓN.....	410
167, RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN PULMONAR EN CIRUGÍA TORÁCICA TRAS 1 AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....	411
168, COMPROMISO GANGLIONAR N2 OCULTO EN CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.....	412
219, UNIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY (UVATS) + LOBECTOMIA MEDIA EN UN HOSPITAL ONCOLÓGICO DE GUAYAQUIL-ECUADOR.....	413



220, ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO EN LA RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DE PARTES BLANDAS.....	414
221, USO DE VERDE INDOCIANINA PARA DEFINIR MÁRGENES QUIRÚRGICOS ADECUADOS EN RESECCIÓN ANATÓMICA DE SEGMENTO ANTEROMEDIAL (8) Y LATERAL (9) IZQUIERDO POR VIDEOTORACOSCOPIA.....	416
222, REPARACIÓN DE LESIÓN TRAQUEAL DE DIAGNÓSTICO TARDÍO CON PARCHES PEDICULADO DE PERICARDIO AUTÓLOGO.....	417
223, SUBSEGMENTECTOMÍA DEL SEGMENTO APICAL (S1) IZQUIERDO CON PRESERVACIÓN DEL SEGMENTO POSTERIOR (S2) POR VÍA UNIORTAL.....	418
224, REPARACION POR VATS DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA, REPORTE DE CASO.....	419
225, LOBECTOMIA SUPERIOR DERECHA+ LINFADENECTOMIA NIVEL 7R-8R-10R Y 11R ASISTIDA POR ROBOT EN UN HOSPITAL ONCOLOGICO DE GUAYAQUIL- ECUADOR.....	420
392, ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTÍNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	421
393, MEDIASTITIS DESCENDENTE CRIPTOGENICA: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA, REPORTE DE UN CASO.....	422
394, CAVERNOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN NEUMONÍA NECROTIZANTE MULTILÓBAR.....	423
395, BRONCOTOMÍA DEL BRONQUIO LOBAR MEDIO EN ADULTO: ALTERNATIVA QUIRÚRGICA ANTE CUERPO EXTRAÑO IMPACTADO.....	424
396, TRANSMOGRIFICACION PLACENTARIA DEL PULMON. REPORTE DE UN CASO.....	425
397, QUISTE HIDATÍDICO: LOCALIZACIONES TORÁCICAS INFRECUENTES. REPORTE DE 3 CASOS EN HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE.....	426
398, MANEJO QUIRÚRGICO Y CONSERVADOR DE FRACTURAS COSTALES: SERIE DE CASOS EN UN CENTRO DE TRAUMA DE ALTA COMPLEJIDAD EN CHILE.....	427
399, CIRUGÍA TORÁCICA FRENTE AL DESAFÍO: MANEJO DE UN QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR GIGANTE CON EVOLUCIÓN FAVORABLE.....	428
400, SÍNDROME DE DOEGE-POTTER. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	429
401, HEMATOMA MEDIASTÍNICO SECUNDARIO A TRAUMA PENETRANTE TORÁCICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	430
402, SIMPATECTOMÍA TORÁCICA EXTENDIDA COMO RESCATE EN SUDORACIÓN COMPENSATORIA SEVERA: REPORTE DE UN CASO CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA.....	431
403, TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL GIGANTE: REPORTE DE CASO.....	432
404, PLEURODESIS VÍA VIDEOTORACOSCOPIA EN DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO REGIONAL.....	433
405, HIDATIDOSIS PERICÁRDICA RECIDIVANTE: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO EN ZONAS ENDÉMICAS.....	434



406, ABORDAJE SECUENCIAL BILATERAL EN HIDATIDOSIS PULMONAR MÚLTIPLE: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	435
407, DERRAME PLEURAL PERSISTENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE UÑAS AMARILLAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	436
408, MANEJO ENDOVASCULAR DE UNA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR SINTOMÁTICA.....	437
409, SÍNDROME DE HAMMAN EN PACIENTE GERIÁTRICO CON FIBROSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN AGUDA Y MANEJO CONSERVADOR EXITOSO.....	438
410, RECONSTRUCCIÓN COSTODIAFRAGMÁTICA POR HERNIA PULMONAR ADQUIRIDA: EXPERIENCIA CON MALLA Y OSTEOSÍNTESIS COSTAL EN HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL.....	439
411, HIPERHIDROSIS PLANTAR SEVERA TRATADA CON SIMPATECTOMÍA LUMBAR MÍNIMAMENTE INVASIVA: ¿UNA ALTERNATIVA CURATIVA?.....	440
412, CASO CLÍNICO: TUMOR FIBROSO DE LA PLEURA GIGANTE OPERADO EN HOSPITAL DE LA SERENA.....	441
413, ENDOMETRIOSIS TORÁCICA SINTOMÁTICA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS.....	442
414, "OSTEOBLASTOMA COSTAL GIGANTE: RESECCIÓN EN BLOQUE Y RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA. REPORTE DE CASO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX".....	443
415, VIDEOTORACOSCOPIA EN QUILOTÓRAX ESPONTÁNEO ASOCIADO A DASATINIB: EXPERIENCIA DE UN CASO CLÍNICO.....	444
417, EXÉRESIS ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTÍNICO POR TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA ROBÓTICA (RATS): REPORTE DE CASO.....	445
418, TUMOR FIBROSO DE LA PLEURA SERIE DE CASOS EN HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE.....	446
420, TUMOR GIGANTE DE CELULAR GERMINALES DEL MEDIASTINO: A PROPOSITO DE UN CASO.....	447
421, TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES PREESTERNAL: REPORTE DE CASO.....	448
422, NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO A HIDATIDOSIS PULMONAR EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	449
423, ENDOMETRIOSIS ABDOMINOPÉLVICA DEBUTANDO COMO NEUMOTÓRAX CATAMENIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	450
424, TERATOMA MEDIASTÍNICO GIGANTE: IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA ELECCIÓN DEL ABORDAJE Y RELEVANCIA DE LA CIRUGÍA ABIERTA EN LA ERA MÍNIMAMENTE INVASIVA.....	451
425, TRASPLANTE PULMONAR EXITOSO USANDO DONANTE CON MIOCARDIOPATÍA SEVERA Y DILATACIÓN DE ARTERIA PULMONAR.....	452
426, MANEJO NO QUIRÚRGICO DEL PECTUS CARINATUM: PRIMERA SERIE NACIONAL DE CASOS TRATADOS CON ORTESIS DE COMPRESIÓN DINÁMICA.....	453



427, LOBECTOMÍA DE URGENCIA POR HEMOPTISIS MASIVA SECUNDARIA A BRONQUIECTASIAS EN PACIENTE CON FISTULA ARTERIOBRONQUIAL.....	454
428, NEUMOTÓRAX, NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERITONEO; UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE POSTBRONCOSCOPIA. REPORTE DE UN CASO.....	455
429, EMPIEMA NECESSITANS EN PACIENTE ADULTO: PRESENTACIÓN Y MANEJO EXITOSO.....	456
430, RESECCIÓN DE TUMOR DESMOIDE PARAVERTEBRAL RECIDIVADO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE UNA RECIDIVA TORÁCICA COMPLEJA.....	457
431, "TUMORES MALIGNOS DE PARED TORÁCICA: SERIE DE 4 CASOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA ENTRE LOS AÑOS 2020–2025.....	458
432, GRANULOMATOSIS PLEUROABDOMINAL POR CUERPO EXTRAÑO BILIAR POST-COLECISTECTOMÍA: UN IMITADOR DE NEOPLASIA TORÁCICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	459
433, CÁNCER PULMONAR (ESTADIO IIIA) CON RESECCIÓN DE VENA CAVA SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	460
14. Sección: Sección: Trauma.....	461
169, LAPAROSTOMÍA CONTENIDA: EXPERIENCIA DE 12 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....	462
170, TORNADOS EN ZONA CENTRO-SUR DE CHILE, ¿ESTAMOS PREPARADOS?.....	463
172, EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN FIJACIÓN COSTAL: PRIMERA SERIE DE CASOS EN CHILE EN TRAUMA TORÁCICO CERRADO.....	464
173, CARACTERIZACIÓN DE TRAUMATISMOS ABDOMINALES CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN CHILE ENTRE 2019 Y 2023.....	465
226, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO INCIDENTAL DE UNA HERIDA PENETRANTE CARDIACA.....	466
434, TORACOTOMÍA DE REANIMACIÓN COMO SALVATAJE EN PARO CARDIACO POR HEMORRAGIA EXANGUINANTE.....	467
435, PENETRANTE CARDIACA SIN HEMOPERICARDIO: UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECIENTE.....	468
436, LESIÓN PANCREATODUODENAL GRADO V POR ARMA DE FUEGO: MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO EN UN ESCENARIO DE ALTA LETALIDAD.....	469
437, HERNIA TRAUMÁTICA CON HEMOPERITONEO E INJURIA MESORRECTAL POST COLISIÓN DE ALTA ENERGÍA: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA CONVERTIDA A LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.....	470
438, TRAUMA CARDIACO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL . A PROPÓSITO DE UN CASO....	471
439, EL DILEMA QUIRÚRGICO DEL MANEJO PERICÁRDICO EN EL TRAUMA CARDÍACO. REVISIÓN DE LA LITERATURA EN BASE A UN CASO UN CASO CLÍNICO.....	472



440, PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO 2023–2025: UNA SERIE DE CASOS LOCALES.....	473
441, BILIOTÓRAX TRAS TRAUMA TORACOABDOMINAL CERRADO. REVISIÓN DE LITERATURA EN BASE A UN CASO.....	474
442, ESTALLIDO VESICAL SECUNDARIO A TRAUMA CERRADO: REPORTE DE CASO.....	475
443, FÍSTULA ARTERIOVENOSA FEMORAL POSTRAUMÁTICA. REPORTE DE CASO.....	476
444, SÍNDROME POST PERICARDIOTOMIA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.....	477
445, FECONOTÓRAX SECUNDARIO A HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA COMPLICADA: REPORTE DE UN CASO.....	478
446, MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO DE TRAUMA CARDIACO PENETRANTE POR ARMA BLANCA CON TAPONAMIENTO: TORACOTOMÍA DE EMERGENCIA Y RAFIA VENTRICULAR.....	479
448, EVISCERACIÓN TRAUMÁTICA CONTENIDA. REPORTE DE UN CASO.....	480
15. Sección: Sección: Vascular.....	481
174, RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR CON RAMAS INTERNAS (IBEVAR) PARA PATOLOGÍAS AÓRTICAS COMPLEJAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.....	482
175, USO DE LA TROMBOASPIRACIÓN ARTERIAL CON DISPOSITIVO PENUMBRA EN ISQUEMIA DE EXTREMIDADES INFERIORES.....	483
176, STEP BY STEP. EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO VERSUS EN EL HOGAR EN PERSONAS CON ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA PERIFÉRICA.....	484
177, REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA AORTOILIACA CON TECNICA" KISSING STENT". EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.....	485
178, RESULTADOS PRELIMINARES DE LA TROMBECTOMÍA POR ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA PROXIMAL DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES UTILIZANDO TROMBECTOMÍA ASISTIDA POR VACÍO COMPUTARIZADO: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO AUSTRALIANO.....	486
179, TROMBOSIS VENOSA DE EXTREMIDADES SUPERIORES POR SÍNDROME DE OPÉRCULO TORÁCICO VENOSO: EXPERIENCIA DE 25 AÑOS EN SU TRATAMIENTO EN UN CENTRO ACADÉMICO EN CHILE.....	487
180, REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS RESULTADOS TEMPRANOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR AÓRTICO CON RAMAS INTERNAS (IBEVAR) PARA PATOLOGÍAS AÓRTICAS COMPLEJAS – EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO AUSTRALIANO.....	488
181, RESULTADOS A CORTO PLAZO EN LA VIDA REAL DEL USO DE ATRECTOMÍA INFRAINGUINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE RETROSPECTIVA.....	489



182, RESULTADOS A LARGO PLAZO DE REVASCULARIZACIÓN INFRAPOPLÍTEA CON PRÓTESIS DE PTFE, FÍSTULA ARTERIOVENOSA DISTAL ADYUVANTE Y PARCHE DE LINTON.....	490
183, TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PATOLOGÍA AÓRTICA ABDOMINAL COMPLEJA: SERIE DE 7 AÑOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE 2018-2025.....	491
184, RESULTADOS DE DISPOSITIVOS RAMIFICADOS ILIACOS EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS AORTOILIACOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO TERCIARIO DEL SERVICIO METROPOLITANO SUR EN LA ÚLTIMA DÉCADA.....	492
228, SERIE DE CASOS. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA EN TERRITORIO INFRAINGUINAL CON ATERECTOMÍA LÁSER. PRIMERA EXPERIENCIA EN SUDAMÉRICA.....	493
350, RESECCIÓN AÓRTICA PARA TRATAMIENTO DE SCHWANNOMA RETROPERITONEAL: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINARIO.....	494
449, SÍNDROME DE MAY-THURNER: MANEJO ENDOVASCULAR EN PACIENTE SINTOMÁTICA PERSISTENTE CON HALLAZGO INTRAOPERATORIO DE VARIACIÓN ANATÓMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	495
450, REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE COARTACIÓN AÓRTICA SEVERA EN ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	496
451, ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SECUNDARIA REPARACIÓN TRAUMATOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	497
452, COMPROMISO VASCULAR MAYOR TUMORAL Y SU MANEJO QUIRÚRGICO: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS CON RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN.....	498
454, ROTURA AORTA TORÁCICA CONTENIDA EN ACCIDENTE DE PARAPENTE: RESOLUCIÓN MEDIANTE CIRUGÍA ENDOVASCULAR.....	499
455, FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS. REPORTE DE CASO Y MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL.....	500
457, PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO EN BYPASS FEMOROAXILAR, REPARACIÓN ENDOVASCULAR: REPORTE DE CASO.....	501
458, RECONSTRUCCIÓN VASCULAR CON VENA SAFENA EN ESPIRAL EN CÁNCER COLORRECTAL LOCALMENTE AVANZADO: ENFOQUE DE TRATAMIENTO EN CAMPOS POTENCIALMENTE CONTAMINADOS.....	502
460, DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DUPLICACIÓN DE VENA CAVA INFERIOR Y SD. DE CONGESTIÓN PÉLVICA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS.....	503
461, SÍNDROME AORTODUODENAL SECUNDARIO A ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO.....	504
462, MANEJO ENDOVASCULAR EXITOSO DE ANEURISMA ESPLÉNICO GIGANTE DE DIAGNÓSTICO INCIDENTAL: REPORTE DE UN CASO.....	505



Editores

Yarmuch-Gutiérrez Julio¹, Fonseca-Salamanca Verónica²

¹Editor Jefe Revista de Cirugía

²Presidenta Sociedad Chilena de Cirugía

correspondencia a:

Dr. Julio Yarmuch G.

info@cirujanosdechile.cl

Orcid y rol

Julio Yarmuch <https://orcid.org/0000-0001-7858-3929>, revisión, edición

Verónica Fonseca <https://orcid.org/0000-0003-1246-3005>, aprobación

Recibido y aceptado el 2025-12-08

N°	Sección	Cantidad
1	Cirugía Bariátrica	6
2	Cirugía de cabeza y cuello	19
3	Cirugía de mama	19
4	Cirugía general	82
5	Cirugía plástica y reparadora	28
6	Coloproctología	98
7	Endoscopia	11
8	Esofagogástrico	37
9	Hepatobiliar	37
10	Hernias	18
11	Oncología	8
12	Simulación-Educación	16
13	Tórax	65
14	Trauma	19
15	Vascular	33

1. Sección: Sección: Cirugía Bariátrica



1, IMPACTO DEL PROTOCOLO ERAS EN LAS NÁUSEAS, VÓMITOS Y DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: Daniela Yustiz Aparicio, Pascale Sallaberry Schlesinger, Ignacia Tabach Socías, Alex Escalona Pérez, Pilar Hevia Villalobos, Enrique Lanzarini Sobrevía, Rodrigo Muñoz Claro

Clínica Universidad De Los Andes

Introducción: Los protocolos de recuperación acelerada tras cirugía (ERAS) están diseñados para optimizar los resultados perioperatorios mediante un enfoque multimodal basado en evidencia. En cirugía bariátrica, las náuseas, vómitos y el dolor postoperatorio son síntomas frecuentes que afectan la experiencia del paciente y pueden prolongar la estadía hospitalaria.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar si la implementación del protocolo ERAS reduce la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NV) y el dolor durante el mismo día luego de realizada la cirugía en nuestro centro, el cual cuenta con acreditación oficial como Centro ERAS por la ERAS® Society.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectivo aprobado por el Comité de Ética de Clínica Universidad de los Andes. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía bariátrica registrados en la plataforma ERAS® Interactive Audit System, divididos en dos grupos: pre-ERAS y ERAS. Se evaluó la incidencia y severidad de NV, dolor postoperatorio (medido mediante escala visual análoga [EVA]), y uso de opioides en el mismo día luego de realizada la cirugía. Se aplicó análisis descriptivo y estadístico según la naturaleza de las variables. Se calcularon riesgo relativo (RR), número necesario a tratar (NNT).

Resultado: Se incluyeron 170 pacientes (pre-ERAS n=50, ERAS n=120). No se observaron diferencias significativas en las características basales: edad promedio (39.8 vs 41.7 años), IMC (35.0 vs 35.8 kg/m²), proporción de mujeres (71.1% vs 70%), ni tipo de cirugía realizada (gastrectomía en manga 85.6% vs 73.8%, bypass gástrico 14.4% vs 26.3%; p>0,05 para todos). La incidencia de NVPO se redujo significativamente de 34,0% a 11,7% en el grupo ERAS (RR 0,34; IC95% 0,19–0,62; p=0,0013), con eliminación completa de vómitos severos (4,0% a 0%; p=0,12). La mediana de dolor fue similar en ambos grupos (EVA 4,0 cm), sin diferencia en la media (3,62±2,33 vs 3,83±2,76; p=0,613). El dolor severo (EVA ≥7) tuvo una tendencia a ser mayor en el grupo ERAS (pre-ERAS 12,0% vs ERAS 19,2% (RR 1,60; p=0,37), mientras que el uso de opioides disminuyó significativamente de 54,0% a 32,5% (p=0,014).

Conclusión: La implementación del protocolo ERAS en cirugía bariátrica redujo significativamente la incidencia de náuseas y vómitos en el postoperatorio inmediato, mejorando la tolerancia del paciente. Sin embargo, pese a una menor utilización de opioides, no se logró un mejor control del dolor, lo que evidencia la necesidad de ajustar las estrategias analgésicas.

185, CUANDO LA SOLUCIÓN SE VUELVE PROBLEMA: REVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE BYPASS GÁSTRICO UNA ALTERNATIVA FRENTE A COMPLICACIONES REFRACTARIAS.

Autores: Nissell Quiroz S., Andrés Torrealba A., Pedro Soto G., Vanessa Ahumada F., Andrés Marambio G.

Hospital Eloísa Díaz De La Florida

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BPG-RY) es reconocido globalmente como uno de los procedimientos quirúrgicos más efectivos para el manejo de la obesidad mórbida y sus comorbilidades asociadas. A pesar de sus múltiples beneficios y seguridad, una minoría de pacientes puede experimentar complicaciones postoperatorias significativas. Estas complicaciones, aunque infrecuentes, pueden ser severas y refractarias a las terapias convencionales. En tales escenarios, la reversión del bypass gástrico (R-BPG) surge como una medida terapéutica, buscando reestablecer la continuidad del tracto gastrointestinal y mitigar los efectos adversos de las complicaciones. Las indicaciones para la R-BPG son diversas e incluyen malnutrición severa, síndrome de intestino corto, síndrome de dumping, dolor abdominal crónico, úlceras anastomóticas recurrentes, entre otros. La R-BPG es un procedimiento quirúrgico complejo, con una morbilidad potencialmente mayor que la cirugía bariátrica primaria, y su factibilidad por vía laparoscópica fue reportada por primera vez por Himpens en 2006. Si bien en la literatura el reporte de casos es cada vez mayor, en nuestra práctica, la R-BPG es un procedimiento infrecuente.

Objetivos: Presentar la experiencia exitosa de nuestro centro en la reversión laparoscópica de un BPG-RY en una paciente que desarrolló complicaciones refractarias a tratamiento convencional.

Contenido del video: Descripción del Caso Clínico: Paciente femenina de 50 años, con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux realizado en otro centro en marzo de 2024. A los 6 meses postoperatorios, consulta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal difuso, asociado a náuseas, vómitos y disfagia. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis, que evidenció una úlcera marginal perforada en la anastomosis gastroyeyunal con colección peri-anastomótica. El manejo inicial se realizó mediante drenaje de la colección y terapia con endovac por vía endoscópica. La paciente evolucionó tórpidamente, desarrollando una estenosis severa de la anastomosis gastroyeyunal, refractaria dilataciones endoscópicas con balón y a la posterior colocación de stent. Ante la persistencia de la estenosis, la imposibilidad de una adecuada ingesta y el deterioro de su calidad de vida, se tomó la decisión de revertir el bypass gástrico. **Técnica Quirúrgica:** Colocación de trocar 11 mm supraumbilical, 12 mm flanco derecho e izquierdo y 5 mm subxifoideo y flanco izquierdo. Liberación de adherencias con energía ultrasónica, sección de pouch gástrico sobre anastomosis con 2 cargas verdes de echelon flex 60 mm. Se identifica y preserva arteria gástrica izquierda. Se realiza gastro-gastro anastomosis latero-lateral con carga azul 60 mm, cierre de gastrotomía con vycril 3-0 continuo y fuerzo de ángulos con vycril 3-0 discontinuo. Sección de asa alimentaria bajo anastomosis con carga blanca de echelon flex 60 mm. Asa alimentaria de aprox. 100 cc hasta entero-entero anastomosis. Se mide asa biliar, mide también aprox. 100 cm desde entero-entero anastomosis hasta Treitz. Sección de asa biliar al llegar a entero-entero anastomosis y se realiza entero-entero anastomosis latero-lateral entre asa alimentaria y biliar con carga blanca de echelonflex 60 mm, cierre de enterotomía con vycril 3-0 continuo. refuerzo de ángulos con vycril 3-0. Cierre de brecha mesentérica con seda 3-0. Se instala drenaje Jackson-Pratt a cara posterior de gastro-gastro anastomosis que se exterioriza por flanco izquierdo,

186, HIATOPLASTIA CON MALLA BIO A + FUNDUPLICATURA DE NISSEN ROBÓTICO.

Autores: Maher Musleh Katan, Fernando Maluenda Gatica, Sebastian Sapiain Gonzalez, Nizar Richani Hilal
Clínica Las Condes

Introducción: Paciente femenina de 76 años con antecedentes de ca de mama derecha en estatus post Qx, post RT, post Qt, cesárea, colecistectomía por laparoscopia y hernia hiatal desde 2015, quien es referida desde el hospital de Melipilla hacia CLC en junio del 2025 la cual es valorada clínica y para clínicamente y se decide llevar a mesa operatoria para reparación de hernia hiatal con malla de Bio A + funduplicatura Nissen con abordaje Robótico, la paciente evoluciona satisfactoriamente y se controla a la semana y al mes de la cirugía con buena tolerancia a la vía oral y sin síntomas de disfagia o reflujo gastroesofágico.

Objetivos: Proporcionar una guía visual para cirujanos y profesionales interesados en las técnicas avanzadas de reparación herniaria, promoviendo una mayor comprensión y adopción de métodos seguros y efectivos a través del abordaje mínimamente invasivo.

Contenido del video: Este video presenta un paso a paso detallado de la técnica quirúrgica para la reparación de una hernia hiatal gigante, utilizando un abordaje robótico. Se muestra la colocación de una malla bioabsorbible tipo A y la realización de una funduplicatura de Nissen, destacando los aspectos técnicos en la cirugía mínimamente invasiva.



187, DESNUTRICIÓN CATASTROFICA DESPUÉS DE CIRUGÍA METABÓLICA. REPORTE DE UN CASO DE REVERSIÓN DE BYPASS EN Y DE ROUX

Autores: Nicolás Ide W., Andrea Vera F., Carlos Cárcamo I., Gabriela Ochoa S.

Universidad Austral De Chile. Hospital Base Valdivia

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux sigue siendo una herramienta efectiva que se utiliza a menudo en el manejo quirúrgico de la obesidad. Sin embargo, no está exento de riesgos, uno de los cuales es la desnutrición severa después del procedimiento. En este grupo de pacientes, debe considerarse el manejo quirúrgico y la reversión anatómica del bypass.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente que se sometió a reversión de bypass gástrico en nuestra institución debido a malnutrición severa

Contenido del video: Presentamos a un paciente masculino de 37 años, con antecedentes de obesidad mórbida e hipertensión arterial, que en 2023 se sometió a una cirugía metabólica en otro hospital, donde se realizó un bypass en Y de Roux, que necesitó ser convertido a cirugía abierta debido a adherencias severas en el abdomen. Antes de la cirugía, pesaba 160 kg con un índice de masa corporal de 45 kg/m². Seis meses después, el paciente comenzó a presentar fatiga, astenia y edema generalizado. Fue evaluado por un gastroenterólogo que ordenó exámenes y consultó a cirugía. En los exámenes se diagnosticó anemia y desnutrición severa. Su peso en ese momento era de 66 kg con un IMC de 18 kg/m² y con edema generalizado. El paciente fue hospitalizado para optimizar la nutrición. Se realizó una tomografía computarizada en la que se encontró: abundante líquido intrabdominal libre, anasarca y ascitis. También se realizó una endoscopia en la que no se encontró estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal. Se llevó a cabo una laparoscopia exploratoria en la que se encontró que el asa biliar medía 2 metros y el asa alimentaria aproximadamente 70 cm, lo que explica las complicaciones nutricionales del paciente. Por lo tanto, se realizó la reversión del bypass gástrico en Y de Roux de forma laparoscópica. El paciente tuvo un resultado postoperatorio favorable, con una ingesta progresiva de alimentos por vía oral. En los controles médicos ambulatorios ha recuperado peso, alcanzando 101 kg y un IMC de 28 kg/m². Mantiene controles para apoyo psicológico y nutricional para mantener un peso saludable.

229, INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL RETRÓGRADA POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: REPORTE DE 2 CASOS

Autores: Laura Mancilla Bunster, María José Mendoza Ibacache, Wenceslao Zegers Vial, Felipe Velásquez G, Hernán Arancibia Aitken, Dominique Schatte Vidal, Catalina Hernandez Campos, Nyckolas Torres Alfaro

Hospital Gustavo Frick

Introducción: La intususcepción intestinal retrógrada es una causa poco común de obstrucción intestinal posterior a un bypass gástrico en Y de Roux en adultos (1). La etiología y el tratamiento óptimo para esta patología sigue siendo desconocida.

Objetivos: Describir y analizar casos clínicos de intususcepción intestinal retrógrada en pacientes adultos con antecedentes de bypass gástrico en Y de Roux (RYGB), destacando su presentación clínica, abordaje quirúrgico y evolución. Revisar la literatura existente sobre la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de esta complicación poco frecuente, con énfasis en su incidencia, mecanismos fisiopatológicos y técnicas quirúrgicas efectivas.

Contenido del E-Poster: Se obtuvo consentimiento informado para ambos casos y se siguieron protocolos éticos adecuados. Se utilizaron datos de ficha clínica electrónica, donde se detallan registro clínico de servicio de urgencia, análisis de laboratorio, descripción de imágenes, protocolo quirúrgico y condición durante hospitalización.

Resultado: Presentamos 2 casos clínicos de intususcepción intestinal retrógrada posterior a bypass gástrico en Y de Roux en adultos: Masculino de 43 años con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux con intususcepción intestinal de 40 cm a nivel de yeyuno-yeyuno anastomosis. Laparoscopia exploradora, conversión, desinvaginación yeyunoyeyunal y resección intestinal con entero-entero anastomosis isoperistáltica manual. Femenina de 41 años con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux que presentó intususcepción intestinal de 50 cm de yeyuno-yeyuno anastomosis. Laparotomía exploradora, desinvaginación yeyuno-yeyunal y resección intestinal con entero-entero anastomosis isoperistáltica manual.

Conclusión: La intususcepción retrógrada es una complicación poco frecuente pero cada vez más reconocida tras el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB). Aunque inicialmente se consideraba rara, estudios recientes sugieren que su incidencia podría estar subestimada, especialmente en mujeres jóvenes con antecedentes de pérdida de peso significativa tras la cirugía (2)(4). La fisiopatología exacta sigue sin conocerse, aunque se postula que la dismotilidad intestinal secundaria a la alteración anatómica y la presencia de marcapasos ectópicos en el intestino pueden contribuir a su desarrollo (1)(4). El diagnóstico suele ser un reto debido a la inespecificidad de los síntomas y puede llevar a retrasos en el tratamiento (5). La tomografía computarizada es la herramienta diagnóstica de elección, permitiendo identificar la intususcepción y su localización (5). El manejo es predominantemente quirúrgico, siendo la resección intestinal con reconstrucción anastomótica la opción más efectiva para reducir el riesgo de recurrencia (2)(5). La reducción simple se asocia con una alta tasa de recurrencia, mientras que la resección y anastomosis presentan mejores resultados a largo plazo (2)(5). El aumento global de cirugías bariátricas ha llevado a un incremento proporcional de casos reportados de intususcepción retrógrada, lo que subraya la importancia de considerar esta complicación en pacientes con antecedentes de RYGB que presenten síntomas abdominales agudos (1)(2). El diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica adecuada son fundamentales para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas. Es esencial que los equipos quirúrgicos mantengan un alto grado de sospecha ante pacientes con antecedentes de RYGB y dolor abdominal agudo, para así optimizar los resultados clínicos y prevenir complicaciones severas.

230, INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL Y DOBLE CANDY CANE POST BYPASS GÁSTRICO

Autores: Javiera Araya S, Cristian Gallegos C, Italo Braghetto M, Owen Korn B

Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La intususcepción intestinal y el síndrome de Candy Cane (CC) son complicaciones raras tras el bypass gástrico en Y de Roux. Ambas son complicaciones tardías con síntomas inespecíficos.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos de una paciente con antecedentes de bypass gástrico por obesidad, cuyo estudio y posterior cirugía revelaron la presencia de una intususcepción intestinal y un doble Candy cane.

Contenido del E-Poster: Obtención de datos y exámenes a través de ficha clínica electrónica de la paciente. Revisión de la literatura empleando los términos: "síndrome de Candy cane" e "Intususcepción intestinal post bypass gástrico".

Resultado: Paciente mujer de 73 años con antecedentes de bypass gástrico por obesidad hace 20 años, que consulta por síntomas digestivos variables e intermitentes desde hace 3 o 4 años caracterizados por dolor epigástrico, intolerancia alimentaria, vómitos postprandiales episódicos, los que refiere se incrementan en frecuencia e intensidad en último tiempo. A estos síntomas se agrega un episodio reciente de dolor abdominal intenso cuyo estudio con TC sugiere intususcepción intestinal. Este evento agudo cede espontáneamente y en TC posterior la imagen desaparece, lo que permite completar el estudio. La endoscopia, el tránsito gastroyeyunal baritado y el TC de abdomen demostraron la elongación de 12 cm del cabo ciego de la gastro-yeyuno, configurando un Candy cane. En la cirugía se evidenció también la elongación del cabo ciego del asa biliar a nivel de la entero-entero anastomosis (11 cm) y era este Candy cane biliar el que se invaginaba hacia el asa alimentaria a través de una anastomosis entero-enteral amplia. Ambos segmentos elongados se resecaron, seccionándolos en su base con sutura mecánica. La paciente evoluciona sin incidentes con resolución de sus síntomas.

Conclusión: La hernia interna es la complicación obstructiva más conocida del Bypass gástrico. El síndrome de Candy cane y la intususcepción intestinal son más raras y la concomitancia de ambas en un paciente es excepcional. Ambas entidades se traducen en sintomatología obstructivas, pero su presentación suele ser subaguda, intermitente, muchas veces crónica. El dolor abdominal episódico con la ingesta de alimentos, de intensidad variable, sin relación con lo ingerido y vómitos postprandiales suelen ser síntomas asociados a estas entidades y que frecuentemente son subestimados o inadecuadamente estudiados. Una vez diagnosticadas, la resolución es quirúrgica debiendo resecarse los segmentos intestinales elongados, lo que lleva al alivio sintomático y la mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

2. Sección: Sección: Cirugía de cabeza y cuello



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

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

Complejo Asistencial Padre Las Casas

Introducción: La ablación tiroidea por radiofrecuencia es un procedimiento nuevo en Chile que permite el tratamiento de nódulos tiroideos benignos sintomáticos y/o con afección estética. Los síntomas de presión comúnmente conocidos incluyen dolor, disfagia, sensación de cuerpo extraño, malestar, abultamiento del cuello y tos. La ablación por radiofrecuencia utiliza calor generado por corriente alterna (CA) entre 200 y 1200 kHz (normalmente 350-500 kHz). Las ondas de radiofrecuencia se crean en un generador y se transmiten al nódulo a través de un electrodo conectado, pasando de forma segura a través del electrodo e introduciendo la energía en el tejido en el sitio de la punta activa. La energía de RF agita los iones del tejido cercano, aumentando la fricción y la temperatura dentro del tejido tumoral. Este calor altamente localizado produce la destrucción del tumor proximal a la punta del electrodo activo.

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

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo de serie de casos prospectiva. Se revisaron veintitrés pacientes con nódulo tiroideos sintomáticos, comprobados citológicamente benignos (dos punciones por aguja fina Bethesda II) que fueron tratados con RFA desde noviembre de 2023 a mayo 2025. Se usó el equipo Mygen V - 1000 RF Medical y electrodos "Thyblate RFTP0707". Se aplicó RFA introduciendo un electrodo en cada nódulo bajo guía ecográfica en tiempo real. El volumen se evaluó ecográficamente y los síntomas con escala de 0 - 10 clasificados en digestivos (atoro, disfagia, sensación de cuerpo extraño), respiratorios (tos, disnea, ronquido, sensación opresiva cervical, intolerancia al decúbito), estéticos, y fueron evaluados previos a la ablación y posterior a la misma en controles ulteriores. Asimismo, se evaluó estadía hospitalaria y complicaciones del procedimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: El uso de esta técnica mínimamente invasiva tuvo resultados similares a la técnica abierta desde el punto vista oncológico, con menores complicaciones. Se presenta como una alternativa cuya implementación requiere recursos ya existentes en la mayoría de los hospitales de nuestro país. El presente trabajo representa la mayor serie de casos reportada a nivel nacional generando un aporte en el conocimiento de la técnica.

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

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

Hospital Militar De Santiago - Universidad De Los Andes

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

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

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

Resultado: Un total de 182 pacientes fue sometido a PAAF, de los cuales 132 (72,53%) obtuvieron como resultado un Bethesda IV o mayor. Un 11,54% (21 pacientes) fueron clasificados como Bethesda IV, de los cuales un 42,86% (10 pacientes) tuvieron un diagnóstico histopatológico benigno de la pieza quirúrgica. Por otro lado, un 47,62% fue cáncer papilar de tiroides, un 4,76% fue cáncer folicular de tiroides y un 0% fue cáncer medular de tiroides. Un 28,57% (52 pacientes) del grupo estudiado fue clasificado como Bethesda V, de los cuales la mayoría correspondía a patología maligna con un 96,15% de los casos (50 pacientes). Un 94,23% fueron cáncer papilar de tiroides y sólo un 1,92% fue cáncer folicular de tiroides, con 0% de cáncer medular en este grupo. Por otro lado, del 32,42% de los pacientes clasificados como Bethesda VI (59 casos), con 98,3% de los casos correspondientes a patología maligna. Un 96,61% fueron cáncer papilar de tiroides, un 0% fue cáncer folicular de tiroides y un 1,69% fue cáncer medular de tiroides

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

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

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

Hospital San Juan De Dios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: Los hallazgos identificados en nuestros pacientes se asemejan a la literatura internacional respecto a edad avanzada, localización y comportamiento localmente agresivo, sin embargo, la tasa de casos representa un valor mayor a los datos internacionales. La profundidad tumoral e invasión linfovascular son predictores pronósticos. El diagnóstico diferencial se beneficia del uso de panel inmunohistoquímico (positividad para CK, EMA, CEA, CD117). El estudio de Linfonodo Centinela (LNC) es relevante, dado que hasta el 20% puede metastatizar. El porocarcinoma es un tumor raro, de diagnóstico desafiante. La cirugía con márgenes oncológicos es el pilar fundamental del tratamiento. El seguimiento estrecho es esencial para la detección de recidivas. La baja frecuencia de esta entidad justifica la necesidad de reportes clínicos locales con el fin de caracterizar y familiarizarse con diagnósticos de baja prevalencia.

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

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

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

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

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

Contenido del video: Caso Clínico Paciente de sexo femenino de 34 años, con antecedentes de tabaquismo y consumo ocasional de cannabis. Desde el año 2009 presenta diagnóstico de malformación arteriovenosa (MAV) ciliar izquierda confirmada por biopsia, manejada desde 2012 mediante múltiples embolizaciones por radiología intervencional. Se describe MAV de 6x6 cm con extensión órbita temporal, compromiso de más del 50% de la órbita e imposibilidad de apertura ocular, con irrigación desde ramas de las arterias temporal superficial, maxilar y oftálmica. Intento de resección quirúrgica fue frustrado, siendo derivada a nuestro centro para continuar manejo. Se completó el estudio con test de oclusión carotídeo izquierdo, demostrando adecuada circulación colateral a través del polígono de Willis. La evaluación oftalmológica descartó compromiso ocular. Se planificó resección quirúrgica con posible necesidad de exenteración orbitaria y reconstrucción mediante colgajo libre, apoyada en planificación virtual y modelado tridimensional (3D) del defecto. Durante la cirugía, guiada por sistema de navegación electromagnética (BrainLab™), se logró reseccionar MAV, preservando estructuras anatómicas clave del ojo izquierdo (párpado superior, tarso y músculo orbicular), con cierre mediante colgajo local. La paciente presentó evolución postoperatoria favorable, fue dada de alta al segundo día y en controles posteriores mantiene agudeza visual y motilidad ocular conservadas, con hipoestesia supraciliar como único hallazgo neurológico residual. Actualmente, la paciente se encuentra en excelente estado general, sin signos de recidiva de la MAV, con funcionalidad ocular íntegra y resultados estéticos satisfactorios, constituyendo un caso exitoso de tratamiento multimodal de MAV órbita temporal compleja. **Discusión** En este caso, una MAV órbita temporal de gran tamaño, previamente tratada sin éxito, fue resuelta mediante resección quirúrgica planificada con apoyo del test de oclusión carotídeo, que confirmó una circulación colateral adecuada. La impresión 3D del defecto orbitario facilitó el análisis anatómico y la planificación reconstructiva, mientras que la navegación electromagnética con sistema BrainLab™ permitió una resección precisa, evitando la exenteración ocular y preservando estructuras funcionales clave. La paciente tuvo una recuperación rápida, sin complicaciones mayores, con conservación visual completa. Este resultado respalda el valor de integrar herramientas tecnológicas avanzadas en el manejo quirúrgico de MAV orbitarias complejas.

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

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

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

Introducción: La evaluación del correcto posicionamiento de segmentos de fíbula tanto en la cavidad glenoidea, la posición de la articulación temporomandibular remanente, la posición correcta de los segmentos en relación a los extremos de la mandíbula y oclusión dental en el intraoperatorio, tienen beneficios funcionales, disminuyen el trismus post operatorio y el riesgo de secuelas funcionales posteriores, permitiendo una funcionalidad de manera precoz y facilitar una mejor calidad de vida para los pacientes. El posicionamiento correcto de segmentos óseos de manera primaria permite una recuperación precoz, rehabilitación funcional y evita trismus post operatorio. El uso de tecnología de imágenes intraoperatorias (scanner, O-arm) y navegación son una ayuda precisa para la correcta posición de segmentos mandibulares, pero son de alto costo y requieren de entrenamiento de los cirujanos. El uso de elementos de chequeo intraoperatorio como arco C y fotogrametría 3D en hospitales públicos es una herramienta útil, disponible a un bajo costo que impacta favorablemente el correcto resultado anatómico - funcional de este grupo de pacientes.

Objetivos: Reportar y dar a conocer una técnica de verificación intraoperatoria en reconstrucción microquirúrgica mandibular mediante un video descriptivo de dos casos clínicos realizados en Instituto Nacional del Cáncer durante 2025, que requirieron hemimandibulectomía con reconstrucción microquirúrgica de fíbula. En los casos se utilizó la técnica de asistencia intraoperatoria basada en imágenes de Arco C (mediante adquisición por fluoroscopia y proyecciones anteroposterior y proyección Lateral) complementado con el uso de fotogrametría 3D con el scanner de superficie modelo Creality Ferret Pro 3D y procesamiento de imágenes en softwares CrealityScan y AutodeskFusion-360 para la verificación de posicionamiento de segmentos de fíbula en la mandíbula y su posición en la cavidad glenoidea.

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

231, CARCINOMA MEDULAR Y PAPILAR DE TIROIDES SINCRÓNICOS: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autores: Francisca Honold G, María Francisca Correa V, Gonzalo Rossel De La Maza

Hospital Del Salvador

Introducción: El cáncer de tiroides es el tumor endocrino más frecuente, y suele corresponder a carcinomas diferenciados como el papilar y el folicular, con buen pronóstico. En cambio, el carcinoma medular es menos común y se origina en las células C, produciendo calcitonina. Encontrar ambos tipos en la misma glándula al mismo tiempo es muy poco frecuente. Reconocer esta combinación es clave para planificar la cirugía y el seguimiento del paciente de forma adecuada.

Objetivos: Presentar un caso clínico con carcinoma medular y papilar de tiroides diagnosticados de manera sincrónica, resaltando la importancia de la evaluación preoperatoria completa y del estudio anatomopatológico detallado

Contenido del E-Poster: Paciente hombre de 70 años, que consultó inicialmente por baja de peso y se descubrió un nódulo tiroideo derecho con características sospechosas (TIRADS 5). La biopsia inicial (PAAF) mostró atipías (Bethesda III), por lo que se solicitó calcitonina sérica, encontrándose muy elevada (1669 pg/ml). Se confirmó carcinoma medular con inmunohistoquímica positiva para calcitonina y sinaptofisina. La ecografía de etapificación mostró nódulos sospechosos en lóbulo derecho e istmo, pero sin adenopatías. Los estudios de extensión y búsqueda de otros tumores fueron negativos. Se indicó y realizó tiroidectomía total con disección central y lateral bilateral, de acuerdo con las guías ATA: tumor mayor de 1 cm, puede tener metástasis ocultas en compartimento central en 60 a 70% de los casos, y los elevados niveles de Calcitonina preoperatoria, fueron determinantes para indicar también el vaciamiento yugular lateral.

Resultado: El informe histopatológico confirmó carcinoma medular en el lóbulo derecho (1.9 × 1.8 cm) con invasión vascular venosa, márgenes negativos pero muy cercanos. Además, en el lóbulo izquierdo se encontró un microcarcinoma papilar variante folicular (0.6 × 0.5 cm) con invasión capsular, peritiroidea y linfática. Hubo metástasis linfática del carcinoma papilar en linfonodos centrales y yugulares izquierdos, mientras que el lado derecho no mostró metástasis. La evolución postoperatoria fue buena, sin complicaciones. Los controles posteriores mostraron calcitonina muy baja (2.1 pg/ml) y tiroglobulina indetectable con anticuerpos negativos

Conclusión: Este caso muestra la coexistencia poco común de carcinoma medular y papilar en la misma glándula tiroides. Destaca la necesidad de incluir calcitonina en la evaluación preoperatoria de nódulos tiroideos sospechosos y la importancia de un estudio histopatológico minucioso para definir de manera precisa el diagnóstico y planificar el tratamiento. El trabajo en equipo y el enfoque integral son claves para lograr un manejo adecuado en estas situaciones complejas.

232, LARINGECTOMÍA TOTAL POR CARCINOMA GLÓTICO AVANZADO EN PACIENTE CON IRRADIACIÓN CERVICAL PREVIA.

Autores: Katherine Hernández O, Tomás Reyes M, Diego Reyes D., Karina Toledo V.

Hospital De Puerto Montt

Introducción: El tratamiento del cáncer laríngeo en pacientes previamente irradiados presenta desafíos quirúrgicos y reconstructivos mayores, por la fibrosis tisular y el mayor riesgo de complicaciones. La resección oncológica radical asociada a reconstrucción con colgajo constituye una opción válida, especialmente cuando existen lesiones extensas con compromiso hipofaríngeo.

Objetivos: Reportar un caso clínico de laringectomía total por carcinoma glótico avanzado en paciente con irradiación cervical previa.

Contenido del E-Poster: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultado: Masculino de 72 años, antecedentes de radioterapia laríngea por cáncer de laringe previo (cuerdas vocales verdaderas, T1 en el 2011), cáncer epidermoide nasal operado en el 2021, Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, consumo OH y tabaquismo suspendido hace 30 años, con 4 meses de evolución de disfagia sin pérdida de peso. Nasofibroscopia: parálisis cordal izquierda y lesión sospechosa de neoplasia en seno piriforme izquierdo. Laringoscopia directa con tumor ulcerado de pared medial y lateral de seno piriforme izquierdo que no sobrepasa línea media, biopsia informó carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado infiltrante en pared medial y lateral de seno piriforme izquierdo. Se realizó laringectomía total, faringectomía parcial en bloque asociado a vaciamiento cervical izquierdo niveles I al IV, traqueostomía y reconstrucción con colgajo pectoral, biopsia rápida informó márgenes negativos, ampliándose el más cercano (borde faríngeo lateral a 3mm). Al día 19 postoperatorio presenta fiebre y secreción purulenta a través de drenajes cervicales. Tomografía de cuello evidenció dos colecciones subcutáneas (76x15 mm y 33x13 mm). Se realiza aseo quirúrgico, instalación de drenaje y antibioticoterapia dirigida por Staphylococcus aureus resistente a meticilina. Se realiza gastrostomía quirúrgica debido a micro aspiraciones durante alimentación por sonda nasogástrica (SNG). Evolución posterior favorable, sin fístulas. A los 46 días post operatorio es dado de alta con hospitalización domiciliaria para rehabilitación kinésica.

Conclusión: La cirugía radical es factible y efectiva en carcinomas laríngeos avanzados sobre irradiados, incluso en pacientes añosos y con comorbilidades. Asimismo, el uso de colgajos pediculados como el pectoral mayor ha demostrado reducir significativamente el riesgo de fístulas y dehiscencias en pacientes irradiados, aportando vascularización adicional en tejidos comprometidos por fibrosis post irradiación. La detección precoz de complicaciones mediante imagenología y el manejo quirúrgico oportuno fueron claves junto con la planificación individualizada y el abordaje integral para una resolución exitosa.

233, CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO: REPORTE DE CASO

Autores: Marco Fabricio Bombon C, Emilio Criollo V.

Solca- Guayaquil

Introducción: Cualquier anomalía de la embriogénesis de la glándula tiroidea puede generar persistencia de remanentes del conducto tirogloso, que a su vez puede originar la aparición de quiste del conducto tirogloso. Dicha patología cervical congénita es más frecuente en la infancia, poco habitual en adultos. El contenido del quiste en ocasiones presenta tejido tiroideo aberrante, que puede degenerar en células cancerígenas en menos del 1% de los casos, encontrándose en mayor porcentaje de tipo papilar. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, siendo la aparición de una masa cervical ubicada principalmente en la línea media anterior la más usual. La resolución quirúrgica con la técnica Sistrunk/Sistrunk modificada, sigue siendo el gold estándar en cuanto al tratamiento, con bajas tasas de recidivas.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente adulto, que presenta una masa en cuello en estudio, haciendo énfasis a la incidencia, las principales manifestaciones clínicas, manejo y tratamiento adecuado. Abordar de una manera adecuada el tratamiento recomendado para este tipo de patología, comparando en la literatura médica las técnicas quirúrgicas utilizadas con menos riesgo de recidiva y con mejores resultados en nuestro medio.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de un paciente varón de 62 años, con antecedente patológico de hipotiroidismo de larga data en tratamiento con Levotiroxina 75 mcg diaria, sin antecedentes quirúrgicos ni familiares de importancia que acude por presentar aparente masa cervical, que produce dolor moderado y aumento de volumen de cuello desde hace 10 años aproximadamente y que se exacerba en los últimos meses. No se evidenciaron síntomas o signos neurológicos o digestivos. Al examen físico, se observaba un aumento del volumen cervical, con presencia de masa cervical anterior de 20 cm aproximadamente, bilobulada, blanda, móvil. Se realiza exámenes complementarios, entre los cuales constan, una Resonancia Magnética de cuello con contraste intravenoso que identifica: voluminosa formación sólido/quística multilobulada en el aspecto anterior de la región cervical que se extiende de la línea media hacia la región latero-cervical derecha, con márgenes bien definidos y regulares con septos internos; mide aproximadamente 86 x 75 x 53 mm. A considerar dentro de los diagnósticos diferenciales como primera alternativa quiste conducto tirogloso.

Resultado: El paciente fue sometido a una cervicotomía exploratoria + exéresis de conducto tirogloso. El reporte de patología de la pieza quirúrgica evidenció: carcinoma papilar de tiroides variante folicular asociado a pared de quiste tirogloso. El tejido adiposo, tejido óseo y remanentes de la pared del quiste: negativos para neoplasia. No existieron complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. El paciente fue dado de alta a las 48 horas del período postquirúrgico. Debido a los hallazgos, el caso es valorado y analizado por el Comité de Tiroides SOLCA- GUAYAQUIL, que recomienda observación y seguimiento con laboratorios e imágenes complementarios. Los controles posteriores evidencian buena evolución clínica, no se evidencia recurrencias.

Conclusión: El conducto tirogloso (QCT) es una entidad rara en la población adulta, su incidencia solo constituye el 7% de los casos presentados, pues es más común en niños. La cirugía de resección del quiste es el gold-standard, y para ello tenemos disponible: la técnica de Sistrunk, con una tasa de recidiva del 4% y la técnica Sistrunk modificada que presenta una tasa del 2.4 al 29%.

234, REPORTE DE CASO: CARCINOMA APOCRINO AXILAR PRIMARIO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Autores: Catalina Pozo V., Rodrigo Miranda P., Francisco Rodríguez M., Vivian Parada F., Loreto Vásquez R., Benjamín Fernández M., Patricio Gac E.

Departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El carcinoma apocrino primario de la glándula sudorípara (CAPGS) es extremadamente rara y de buen pronóstico. Debido al limitado número de informes sobre este cáncer, aún no se han establecido criterios diagnósticos ni directrices de tratamiento. El único tratamiento curativo conocido es la escisión local amplia.

Objetivos: Se presenta un caso excepcional de un paciente masculino con CAPGS axilar, cuyo tratamiento fue la resección local amplia. Además, se propone la realización habitual de biopsia ganglio centinela, la cual fue incorporada en este paciente.

Contenido del E-Poster: Se presenta un caso clínico evaluado en el Hospital Clínico Universidad de Chile, cuyos datos fueron obtenidos mediante entrevista clínica y ficha electrónica.

Resultado: Paciente masculino de 76 años con historia de 30 años de evolución de lesión axilar derecha. La ecografía describe lesión compatible con dermatofibroma de 2,4 x 0,9 x 1,5 cm. Se realiza Biopsia excisional informando cáncer apocrino axilar derecho de 1 cm con bordes quirúrgicos negativos a menos de 1 mm con compromiso perineural. Se descartó enfermedad mamaria con ecografía y mamografía. La linfocintigrafía para marcación de ganglio centinela marcó 2 ganglios centinelas en fosa axilar derecha. Se realiza ampliación de márgenes de cicatriz axilar derecha y resección de 2 ganglios centinelas y un ganglio sospechoso, siendo este último y un centinela positivo para carcinoma en la biopsia intraoperatoria, realizándose finalmente la disección ganglionar derecha completa. La biopsia diferida informa ampliación de márgenes sin neoplasia y 5 de 17 ganglios comprometidos por carcinoma apocrino. El PET-CT post quirúrgico no muestra tumor residual. Se decide en comité oncológico radioterapia adyuvante.

Conclusión: Dada la rareza del CAPGS axilar y la escasa cantidad de ensayos y reportes clínicos dificulta el establecer pautas de tratamiento. La exéresis local amplia con márgenes libres, con o sin disección de ganglios linfáticos regionales, se ha confirmado como la opción terapéutica principal. La biopsia con ganglio centinela se ha utilizado según reportes de casos, considerándose un abordaje quirúrgico razonable, orientando la necesidad de disección ganglionar y su estadio respectivo, recomendando este tipo de manejo. En comparación con la quimioterapia, la radioterapia puede tener un papel tanto curativo como en disminuir la recurrencia. Algunos expertos sugieren la radioterapia adyuvante en casos de tumores grandes (≥ 5 cm), márgenes de resección positivos, con diferenciación moderada o pobre, o invasión vascular o linfática. En el caso de este paciente presentó invasión linfática por lo que se indica radioterapia. La publicación de nuevos informes y revisiones de la literatura será fundamental para definir criterios diagnósticos claros y determinar las modalidades de tratamiento más eficaces.

235, RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LINFOMA TIROIDEO: EXPERIENCIA EN UN CASO EXCEPCIONAL

Autores: Paula Asima F., Benjamín Ossa R., Daisy Baltierra R, Pablo Paladines Z., ignacio Ariztia P.

FHospital Clínico Fuerza Aérea De Chile (Fach)

Introducción: El Linfoma de tiroides es una entidad infrecuente, representa menos del 5% de los tumores tiroideos. Su tratamiento generalmente es con quimioterapia e inmunoterapia, quedando la cirugía reservada para casos de diagnóstico incierto, complicaciones compresivas o progresión local.

Objetivos: Describir caso clínico que destaca el abordaje quirúrgico como método alternativo en el Linfoma tiroideo con extenso compromiso de partes blandas y síntomas compresivos, destacando el rol de la cirugía como alternativa al tratamiento habitual médico-oncológico.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso con revisión bibliográfica. Información clínica, de laboratorio, imagenología, anatomopatológica y quirúrgica, se recopilaron de la ficha clínica del Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. La revisión bibliográfica se realizó mediante PubMed, SciELO, Google Scholar y UpToDate.

Resultado: Mujer de 80 años con antecedente de Linfoma no Hodgkin (LNH) difuso de células grandes B tratado en 2022 con quimioterapia y radioterapia, y adenocarcinoma de recto tratado con quimioterapia, radioterapia y cirugía en 2023. En marzo 2024 presenta disnea nocturna, ortopnea y aumento de volumen cervical. Estudios imagenológicos con ecografía tiroidea mostraron tejido hipoecogénico paratraqueal izquierdo de contornos mal definidos y adenopatías latero-cervicales; TC cabeza y cuello evidencia bocio difuso a expensas de LTI; PET-CT impresiona adenopatías cervicales izquierdas hipermetabólicas, con infiltración de la glándula tiroides y extensión hacia el mediastino, además de múltiples nódulos pulmonares de probable origen metastásico. Se intentó sin éxito en dos oportunidades realizar biopsia tiroidea percutánea; ante alta sospecha de cáncer de tiroides, se indicó biopsia incisional con biopsia rápida para definir conducta. En la cirugía se identificó masa tumoral de mayor tamaño que en estudios imagenológicos, firmemente adherida a estructuras vasculares y con desplazamiento de la tráquea. La biopsia rápida fue compatible con LNH, por lo que, dadas las difíciles condiciones anatómicas, se optó por finalizar y solo realizar una tiroidectomía parcial izquierda más ligadura de la vena yugular izquierda comprometida por la masa tumoral. Durante el postoperatorio mediato evolucionó con disnea y aumento progresivo de volumen cervical, por lo que se inició de forma precoz tratamiento con corticoterapia e inicio de quimioterapia, con buena respuesta. La biopsia diferida informó LNH difuso de células grandes B, variante rica en linfocitos T e histiocitos.

Conclusión: La cirugía en linfoma tiroideo es una alternativa excepcional y reservada para casos seleccionados. Destaca en este caso la necesidad del abordaje quirúrgico, el cual sirve de diagnóstico y en determinados pacientes de forma terapéutica, especialmente si presentan compromiso cervical extenso y síntomas compresivos de la vía aérea.

236, PARAGANGLIOMA PRIMARIO DE LA GLÁNDULA TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Francisca Honold G, Francisco Villalobos Miranda, Gonzalo Rossel De La Maza

Hospital Del Salvador

Introducción: Los nódulos tiroideos son muy comunes y la mayoría corresponden a carcinomas diferenciados, de buen pronóstico y con tratamiento bien establecido. Sin embargo, existen diagnósticos poco frecuentes como el paraganglioma primario de la glándula tiroides, que puede simular lesiones foliculares en exámenes preoperatorios. Los paragangliomas suelen originarse en estructuras del cuello como el cuerpo carotídeo y son muy raros dentro del parénquima tiroideo. Por eso, reconocer esta posibilidad es importante para ajustar el enfoque diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Exponer un caso clínico de paraganglioma primario de la glándula tiroides descubierto tras tiroidectomía por sospecha de neoplasia folicular, destacando lo inusual del hallazgo y la importancia de considerarlo en el diagnóstico diferencial.

Contenido del E-Poster: Paciente mujer de 52 años, con antecedentes de hipotiroidismo, asintomática. Durante controles de rutina se detectó un nódulo en el lóbulo tiroideo derecho de 24 × 18 mm, con aspecto heterogéneo y contornos lobulados, clasificado como TIRADS 4 en la ecografía. La PAAF fue informada como neoplasia folicular (Bethesda IV). Se realizó ecografía de etapificación, que descartó presencia de adenopatías, por lo que se indicó tiroidectomía total como procedimiento.

Resultado: El examen histopatológico reveló un paraganglioma bien diferenciado de 2.0 × 1.2 cm, con patrón típico en nidos celulares y bajo riesgo proliferativo. La paciente tuvo una evolución postoperatoria favorable, permaneciendo eutiroides bajo reemplazo hormonal. En comité oncológico se decidió un manejo de seguimiento expectante, dado el carácter benigno del tumor, la resección completa y la ausencia de otras lesiones o antecedentes familiares. El diagnóstico sorprendió por su ubicación primaria en la glándula tiroides, algo extremadamente inusual (menor al 0,1% de todos los tumores tiroideos) y con escasos reportes en la literatura.

Conclusión: El paraganglioma primario de la glándula tiroides es una entidad extremadamente rara que puede pasar desapercibida antes de la cirugía, simulando lesiones foliculares. Aunque es difícil de diagnosticar de forma preoperatoria, considerarlo en el diagnóstico diferencial de nódulos tiroideos atípicos ayuda a planificar mejor la cirugía y a orientar el seguimiento. Difundir estos casos es fundamental para aumentar el conocimiento sobre esta presentación tan inusual y enriquecer la práctica clínica.

237, RECONSTRUCCIÓN CERVICOFACIAL TRAS FASCEITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ODONTOGÉNICO COMPLICADA: REPORTE DE UN CASO DE ANGINA DE LUDWIG CON RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA.

Autores: Camilo Huerta M, Valentina Núñez P, Soledad Le Roy L, Vivian Parada F, Carlos Dominguez C

Hospital Clínico de la Universidad De Chile, Servicio de Cirugía

Introducción: La angina de Ludwig es una infección cervicofacial de rápida progresión, clasificada como una forma de fascitis necrotizante cervical, que compromete los espacios sublingual, submentoniano y submandibular. Su evolución puede conllevar la pérdida tisular extensa, compromiso de la vía aérea y necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas, incluyendo fases de reconstrucción complejas. Factores como diabetes no controlada, mal estado nutricional y consumo de sustancias aumentan la morbimortalidad de estos cuadros.

Objetivos: El objetivo es describir el manejo quirúrgico escalonado de un caso severo de angina de Ludwig de origen odontogénico complicado con fascitis cervical, enfatizando el abordaje reconstructivo mediante colgajo regional en un paciente con comorbilidades importantes.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de un hombre de 44 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y consumo crónico de cocaína. Consultó por aumento de volumen cervical derecho, en contexto de infección aguda y descompensación metabólica. La tomografía computada evidenció compromiso inflamatorio extenso del piso de boca y espacio submandibular, con reducción crítica de la vía aérea. Se realizó manejo en unidad crítica, antibióticoterapia de amplio espectro y drenaje quirúrgico temprano. El paciente fue sometido a seis procedimientos quirúrgicos, incluyendo escarectomías amplias, drenajes de múltiples compartimentos cervicales y aplicación de terapia de presión negativa (VAC). Los cultivos evidenciaron infección mixta (*Streptococcus anginosus*, *Candida tropicalis* y *Staphylococcus epidermidis* MR). Tras estabilización del lecho, se realizó reconstrucción con colgajo fasciocutáneo deltopectoral, adaptado para cubrir la región cervical anterior.

Resultado: El manejo quirúrgico progresivo permitió controlar eficazmente la infección, evitar la progresión a mediastinitis y estabilizar al paciente, a pesar de su perfil de riesgo elevado. La reconstrucción con colgajo regional permitió lograr un cierre funcional y estéticamente aceptable, sin requerir técnicas microquirúrgicas, adecuándose al contexto clínico. El paciente evolucionó favorablemente con cicatrización adecuada, sin secuelas funcionales graves.

Conclusión: La angina de Ludwig, en contextos de comorbilidad y evolución hacia fascitis necrotizante, requiere un enfoque multidisciplinario y escalonado. La combinación de drenaje quirúrgico agresivo, uso de VAC y posterior reconstrucción con colgajos regionales representa una estrategia eficaz para preservar función y morfología. La selección del tipo de cobertura debe considerar tanto las condiciones locales como el estado general del paciente, priorizando soluciones seguras y técnicamente reproducibles. Este caso resalta la importancia de una planificación quirúrgica dinámica que permita adaptarse a la evolución clínica y a las necesidades reconstructivas en infecciones cervicofaciales complejas.

238, RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA A QUIMIOTERAPIA EN CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL PERIOCULAR: PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA NEOPLASIA AGRESIVA

Autores: Pablo Andres Herrera Plaza, Pablo Herrera P., María José Martínez S. Claudia Hurtado S, Ingrid Plass D. Cirugía Cabeza Y Cuello, Instituto Nacional Del Cáncer, Santiago, Chile. Cirugía General, Clínica Alemana - Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo neuroendocrino raro y agresivo con alta tasa de recurrencia local y metastásica. Su diagnóstico es complejo, especialmente en localizaciones atípicas como la región periocular, donde puede confundirse con otras neoplasias.

Objetivos: Presentar un caso de CCM periocular con diagnóstico inicial erróneo como linfoma y discutir la importancia del diagnóstico inmunohistoquímico y el manejo integral, incluyendo el rol de la quimioterapia.

Contenido del E-Poster: Se reporta el caso de una paciente de 88 años con antecedente de cáncer mamario tratado, que presentó lesión nodular inflamatoria en párpado superior derecho. Se revisaron biopsias, estudios de imagen (TC, RNM, PET-CT) y estudios inmunohistoquímicos para diagnóstico y estadificación.

Resultado: Paciente femenina de 88 años, con antecedente de cáncer mamario tratado. Consulta en septiembre de 2024 por lesión nodular inflamatoria en párpado superior derecho. Biopsia inicial sugiere neoplasia maligna indiferenciada de probable origen linfóide; se deriva a oncología y se indica tratamiento con quimioterapia (R-CHOP) por sospecha de linfoma. Consulta en este centro por segunda opinión. TC maxilofacial muestra masa periocular derecha de 45 × 55 × 37 mm, preseptal, en contacto con globo ocular, junto a adenopatías intra parotídeas. RNM de órbitas evidencia engrosamiento palpebral sin compromiso orbitario ni óseo. PET-CT sin diseminación a distancia; linfonodos supraclaviculares derechos inespecíficos (SUV máx 2.9). TC cervical muestra persistencia tumoral (39 × 25 × 8 mm), sin adenopatías ni invasión ósea. Revisión histopatológica con inmunohistoquímica en 2 centros distintos confirma carcinoma de células de Merkel, con positividad para CK20 en patrón paranuclear, cromogranina A, sinaptofisina, CD56, PAX-5, CD138, BCL-2 y Ki-67 >95%. La paciente presenta resolución clínica completa de lesión tras solo 1 ciclo de quimioterapia (R-CHOP). Es discutida en comité oncológico, se decide suspender terapia sistémica y mantener seguimiento estricto con PET-CT en 6 meses.

Conclusión: El CCM periocular es infrecuente y puede simular otras neoplasias, lo que puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento. La inmunohistoquímica es esencial para confirmar el diagnóstico, destacando la positividad para CK20, cromogranina A, sinaptofisina y un alto índice de proliferación (Ki-67). El manejo óptimo es multidisciplinario, con cirugía y radioterapia en enfermedad localizada y terapia sistémica en enfermedad avanzada. La quimioterapia, principalmente basada en regímenes con platino y etopósido, ha mostrado tasas de respuesta iniciales de 50-70%, pero con respuestas de corta duración y alta toxicidad, sin evidencia concluyente de mejora en la supervivencia global. Por ello, las guías actuales recomiendan la quimioterapia en casos donde la inmunoterapia no es posible o ha fracasado, o para control paliativo rápido de síntomas. Los inhibidores de PD-(L)1 han revolucionado el tratamiento sistémico, relegando la quimioterapia a un papel secundario. Un diagnóstico oportuno y un manejo multidisciplinario son claves para mejorar el pronóstico.

239, SANGRADO POSTOPERATORIO TARDÍO CON PRUEBAS DE COAGULACIÓN RUTINARIAS NORMALES: IMPORTANCIA DEL DÉFICIT ADQUIRIDO DE FACTOR XIII EN CIRUGÍA.

Autores: María Francisca Correa Vega, Sofía Abedrapo L., Carolina Morales C., María Francisca Correa V.

Equipo Cabeza Y Cuello, Servicio De Cirugía, Hospital Del Salvador. Universidad De Chile

Introducción: El sangrado postoperatorio (PO) tardío en pacientes con pruebas de coagulación rutinarias normales representa un desafío para el cirujano. El factor XIII (FXIII) juega un rol clave en la estabilización final del coágulo de fibrina, y su deficiencia puede manifestarse con sangrados espontáneos, desproporcionados y/o tardíos, sin alteraciones en los exámenes de coagulación de rutina. El déficit adquirido de FXIII, relacionado a estrés quirúrgico, enfermedades autoinmunes o consumo en pacientes críticos, es subdiagnosticado y puede conllevar reintervenciones innecesarias.

Objetivos: Describir un caso de sangrado cervical tardío recurrente PO en un paciente sin alteraciones en pruebas de coagulación, en quien se diagnosticó déficit adquirido de FXIII, resaltando su valor diagnóstico y clínico en un contexto quirúrgico.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 38 años con antecedente de gran quemado y hospitalización prolongada complicada con coagulopatía no especificada (2018), ingresó por amigdalitis complicada con absceso retrofaríngeo por lo que se realizó un drenaje quirúrgico, sin incidentes. Al segundo día PO, evoluciona con un hematoma cervical a tensión que requirió exploración cervical, sin identificarse foco activo de sangrado, solo observándose sangrado en napa desde tejidos musculares y subcutáneos. A los 5 días posteriores, presentó un nuevo sangrado masivo, lo que condujo a una tercera cirugía con hallazgos similares. La evaluación hematológica reveló exámenes de coagulación rutinarios normales, por lo que, ante la recurrencia, se profundizó el estudio evidenciando una actividad de FXIII de un 43,9%, compatible con déficit leve-adquirido.

Resultado: El paciente requirió 2 reintervenciones quirúrgicas por sangrado PO tardío sin foco identificable, con estudios de coagulación rutinarios normales. El estudio dirigido reveló actividad reducida de FXIII. Con la administración posterior de ácido tranexámico prolongado (>14 días) y medidas hemostáticas conservadoras, el paciente evolucionó favorablemente sin nuevos episodios de sangrado, evitando de manera exitosa nuevas complicaciones y necesidad de reintervenciones.

Conclusión: El caso ilustra una causa infrecuente pero clínicamente relevante de sangrado PO: déficit adquirido de FXIII. Esta alteración no se evidencia en pruebas rutinarias y requiere alta sospecha clínica para su pesquisa. La literatura reporta su asociación con sangrados tardíos (PO ≥ 72 hrs) y volumen aumentado de pérdida hemática dado el rol del FXIII en la estabilidad final del coágulo de fibrina. Su sospecha permite un diagnóstico precoz y un manejo adecuado, evitando reintervenciones innecesarias, con un tratamiento dirigido y mejorando el pronóstico. En pacientes con sangrados PO tardíos sin causa evidente y pruebas de coagulación rutinarias normales, debe considerarse este diagnóstico y solicitarse actividad de FXIII. La difusión de estos casos entre cirujanos puede mejorar significativamente la calidad del manejo perioperatorio, previniendo complicaciones y disminuyendo la morbilidad del paciente.

240, TIROIDECTOMÍA TRANSORAL ROBÓTICA POR TIROIDES LINGUAL, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Arturo Madrid M. (1), Luis Arratia T. (2), Daniel Rappoport W. (1), Rebeca Cordero G (3).

(1) Cirujano De Cabeza Y Cuello, Clínica Alemana De Santiago. (2) Residente De Cirugía De Cabeza Y Cuello, Clínica Alemana De Santiago - Universidad Del Desarrollo. (3) Cirujano De Cabeza Y Cuello Hospital San José De Santiago

Introducción: La presencia de tejido tiroideo ectópico es poco frecuente, con una prevalencia estimada entre 1:10.000 y 1:100.000 hab. Esta condición se produce por una falla en el descenso del tejido tiroideo desde el foramen cecum hacia su posición pretraqueal durante la embriogénesis. Es más común en mujeres, la localización lingual la más frecuente. El manejo suele ser conservador, reservando la cirugía para pacientes sintomáticos (disfagia, disfonía, sangrado, sensación de cuerpo extraño faríngeo o síndrome de apnea del sueño). Históricamente, los abordajes abiertos como glosotomía media transoral, transcervical o transmandibular han presentado una alta morbilidad asociada a complicaciones estéticas, riesgo de fístulas faríngeo-cutáneas, mala unión ósea, necesidad prolongada de nutrición enteral y estancias hospitalarias prolongadas. La introducción de tecnologías mínimamente invasivas como la cirugía robótica transoral (TORS) añade magnificación, visión 3D y opciones de energía avanzada haciendo posible realizar intervenciones menos mórbidas, sin incisiones cutáneas ni osteotomías, reduciendo las complicaciones, permitiendo realimentación precoz y alta hospitalaria temprana.

Objetivos: Describir una experiencia clínica en el manejo quirúrgico de tejido tiroideo ectópico en base de lengua utilizando cirugía robótica transoral (TORS), mostrando la técnica quirúrgica, además destacando las ventajas perioperatorias y funcionales.

Contenido del E-Poster: Reporte de un caso clínico tratado con cirugía robótica transoral en Clínica Alemana de Santiago durante el año 2024, incluyendo esquemas, fotos y videos del proceso.

Resultado: Paciente mujer, 28 años, hipotiroidismo en tratamiento. Refería desde hace 5 años sensación de cuerpo extraño faríngeo, voz engolada, ronquidos, y disfagia progresiva en los últimos meses. Al examen físico se observó un tumor en la base de lengua, en la nasofibroscopia se describió tumoración de 3 cm. en región del foramen cecum, extendiéndose hasta la epiglotis, sin alteraciones mucosas. TC de cuello mostró una lesión compatible con tejido tiroideo ectópico en base de lengua (26×20×25 mm). Ecografía cervical confirmó ausencia de glándula tiroidea. En comité multidisciplinario se decidió manejo mediante cirugía robótica transoral (TORS). La paciente fue intervenida bajo anestesia general, intubación nasotraqueal, en decúbito supino, utilizando separador Dingman y Robot Da Vinci Xi transoral (3 brazos: cámara 30°, grasper y monopolar). Se logró la resección completa en bloque de la lesión, controlando el sangrado con monopolar y hemostasia tópica (subgalato de bismuto). La biopsia rápida confirmó tejido tiroideo benigno con márgenes libres. Tiempo operatorio total: 50 min; tiempo de consola: 35 min. Cursó el postoperatorio sin complicaciones, sin sangrado, analgesia multimodal efectiva, realimentación progresiva con papilla y alta al tercer día. La biopsia definitiva reportó tejido tiroideo ectópico sin signos de malignidad. Se decidió seguimiento. A los 6 meses de seguimiento, sin dolor, disfagia ni otras molestias faríngeas, realizando actividades diarias con normalidad. Se mantuvo dosis previa de levotiroxina.

Conclusión: La cirugía robótica transoral (TORS) en cabeza y cuello permite abordajes mínimamente invasivos, con mayor precisión disminuyendo considerablemente la morbilidad quirúrgica asociada a los procedimientos abiertos tradicionales, así como el dolor y la estancia hospitalaria, siendo especialmente útil en el manejo de tiroides ectópicas linguales.

241, MANEJO DE LA TIROIDITIS DE RIEDEL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Catalina Pozo V., Valentina Núñez E., Rodrigo Miranda P., Francisco Rodríguez M., Vivian Parada F., Benjamín Fernández M., Patricio Gac E., Loreto Vásquez R.

Departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La tiroiditis de Riedel es una enfermedad fibrótica poco frecuente que afecta la glándula tiroides y, a menudo, invade las estructuras circundantes. Se presenta con mayor frecuencia con síntomas obstructivos como disnea, disfagia y ronquera, por afección de estructuras paratiroides. Sobre su etiología, diversas teorías sugieren que podría ser una variante de tiroiditis autoinmune, parte de un trastorno fibrosante sistémico o una enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4). Su sello es la sustitución de tejido tiroideo por tejido fibrótico denso. Entre los trastornos que causan tiroiditis, la tiroiditis de Riedel es extremadamente rara en comparación con la tiroiditis de Hashimoto o la tiroiditis granulomatosa subaguda, estimándose una incidencia de 1,06 casos por cada 100.000 personas.

Objetivos: Reportar un caso extremadamente raro en la literatura, para recordar o aprender su presentación y discutir acerca de las opciones terapéuticas.

Contenido del E-Poster: Se presenta un caso clínico evaluado en el Hospital Clínico Universidad de Chile, cuyos datos fueron obtenidos mediante entrevista clínica y ficha electrónica.

Resultado: Mujer de 49 años, derivada a nuestro Hospital por bocio gigante, asintomática. Con pruebas tiroideas normales y ecografía de tiroides que informa tiroides severamente aumentada de tamaño de forma difusa, sin nódulos identificables, con signos de tiroiditis. Se realiza tiroidectomía total de manera electiva. Como hallazgo intraoperatorio destaca una tiroides indurada de forma difusa, blanquecina, sin infiltración a estructuras vecinas. La biopsia diferida informa tiroiditis crónica fibrosante asociada a IgG4, compatible con tiroiditis de Riedel. La paciente evoluciona de manera favorable, sin hipocalcemia ni disfonía.

Conclusión: No existe un tratamiento estandarizado para la tiroiditis de Riedel debido a la falta de estudios de resultados debido a la rareza de la enfermedad. La tiroidectomía total está indicada en los casos sintomáticos, evitando las complicaciones locales debido a la falta de planos tisulares entre el tejido tiroideo fibrótico y el normal, complejizando la cirugía, predisponiendo a tasas más altas de complicaciones. Además, tiene importancia en el descarte de los diagnósticos diferenciales como el carcinoma anaplásico de tiroides, el linfoma de tiroides y el sarcoma de tiroides, cuyas presentaciones clínicas son similares. Por otro lado, el tratamiento médico inicia con glucocorticoides y puede incluir también tamoxifeno, aunque ninguno está validado al ser una afección rara. Proponemos que se mantenga la cirugía como terapia estándar, ya que con esta se confirma el diagnóstico histológico y se previenen las complicaciones locales infiltrativas por fibrosis como el hipoparatiroidismo o el compromiso de los nervios laríngeos recurrentes. Dado estos puntos es de suma importancia que la cirugía sea llevada a cabo por cirujanos subespecialistas en cabeza y cuello para un mejor resultado clínico.

242, FÍSTULA DEL SENO PIRIFORME, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABSCESOS CERVICALES RECURRENTES

Autores: Daniela Haas Howard, María Ignacia Velasco Campino, María Trinidad Larraín Barthel, María Jesús Braun Walder, Patricio Javier Gac Espinoza

Universidad De Los Andes

Introducción: La fístula del seno piriforme es una malformación congénita, que comunica el seno piriforme con espacios cervicales o tiroideos producto de un defecto en el desarrollo del 3 y 4° arco branquial. Las anomalías branquiales representan un 30% de las masas cervicales congénitas, siendo un 95% del segundo arco branquial, 4% del primero y menos del 1% del tercero y cuarto. Suelen ser asintomáticas, lo que retrasa su diagnóstico hasta la adultez en más de un 50% de los casos. No obstante, se deben sospechar ante infecciones cervicales recurrentes como abscesos o tiroiditis aguda supurativa, siendo el 95% del lado izquierdo. El estudio endoscópico e imagenológico permite confirmar el diagnóstico. En caso de infección aguda, se debe tratar con analgesia y antibióticos, seguido de una resolución quirúrgica definitiva mediante técnica endoscópica, convencional o combinación de estas.

Objetivos: Se presenta un caso de fístula de seno piriforme, describiendo su diagnóstico y manejo quirúrgico.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 6 años, con antecedente de quiste branquial izquierdo operado al mes de vida. Consulta de forma ambulatoria por cuadros a repetición de abscesos cervicales izquierdos con 4 hospitalizaciones en el último año. Se solicita TAC de cuello que evidencia trayecto sinusoidal izquierdo desde el seno piriforme hasta el lóbulo tiroideo ipsilateral, compatible con una malformación fistulosa del 4° arco branquial.

Resultado: Se decide resolución quirúrgica con técnica combinada de vía endoscópica más lobectomía tiroidea y resección completa de la fístula en conjunto con otorrinolaringología, con buena evolución postoperatoria.

Conclusión: La fístula del seno piriforme corresponde a una malformación congénita de difícil diagnóstico debido a su baja frecuencia. Se debe sospechar frente a procesos infecciosos cervicales izquierdos recurrentes en pacientes pediátricos sin causa aparente. La identificación temprana de esta entidad permite la planificación de un manejo quirúrgico oportuno, para evitar recurrencias y complicaciones, contribuyendo a una mejor calidad de vida de los pacientes.

3. Sección: Sección: Cirugía de mama



7, MANEJO AXILAR EN PACIENTES OPERADAS POR CÁNCER DE MAMA POSTERIOR A NEOADYUVANCIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT

Autores: Francisca Becar C., Nastassja Duran N., Sofía Lopez I.; Pablo Esse P., Renate Hormazábal A., Katherine Hinojosa M., Francisca Bustamante U., Camila Bustamante U., Cristóbal Maiz H.

Hospital Puerto Montt, Facultad De Medicina, Departamento De Cirugía, Unidad De Patología Mamaria, Universidad San Sebastián

Introducción: El manejo axilar en pacientes con cáncer de mama que reciben tratamiento neoadyuvante ha evolucionado significativamente en la última década, buscando mantener la seguridad oncológica y al mismo tiempo reducir la morbilidad quirúrgica. Este trabajo presenta la experiencia quirúrgica de los últimos años en el tratamiento axilar de este grupo de pacientes, describiendo las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos a corto plazo en un hospital público

Objetivos: Analizar el manejo quirúrgico de la axila en pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento neoadyuvante, describiendo el estado inicial de la misma, la intervención realizada y los resultados inmediatos en el Hospital de Puerto Montt

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de una base prospectiva, que incluyó 238 cirugías por cáncer de mama en pacientes previamente tratadas con neoadyuvancia entre septiembre de 2021 y marzo de 2025. Se analizaron el estado axilar al momento del diagnóstico, la cirugía realizada según el mismo y los resultados inmediatos, especialmente los de aquellas pacientes sometidas a disección axilar guiada (DAG).

Resultado: En las 645 pacientes operadas por cáncer de mama en el periodo analizado, se realizaron 238 cirugías posterior al uso de tratamiento neoadyuvante, la gran mayoría de estos, quimioterapia. 4 pacientes se sometieron a hormonoterapia neoadyuvante exclusiva. El promedio de edad al diagnóstico fue de 53 años (rango 24-87). 92 casos se presentaron con axila clínicamente negativa (cN0), sometiéndose la gran mayoría (86 casos, 93,5%) a biopsia de linfonodo centinela (BLNC). De ellos, 12 casos debieron someterse a DA, 10 en el mismo procedimiento (9 por hallazgo de metástasis ganglionares en biopsia intraoperatoria y un caso por técnica frustrada) y 2 en diferido (metástasis en biopsia diferida). 3 casos se sometieron a disección axilar de entrada y en 3 no se operó la axila por tratarse de recidivas previamente disecadas (2 casos) y en una por tratarse de cáncer in situ concurrente a un cáncer contralateral que requirió quimioterapia neoadyuvante. Entre los 146 casos que se presentaron con axila clínicamente positiva (cN+), la mayoría (86, 58,9%) se sometió a DA de entrada. Sin embargo, una proporción no despreciable (60 casos, 41,1%), se sometió a BLNC. De estos, 31 debieron completarse a DA durante el mismo procedimiento y una en diferido, por el hallazgo de adenopatías metastásicas. De las 105 pacientes sometidas a BLNC, en 5 de ellas, se decidió no completar la DA, pese al hallazgo de metástasis axilares, en 4 de ellas se encontraron células tumorales aisladas y en otra, 1/7 ganglios comprometidos. Todas fueron tratadas con radioterapia a lechos ganglionares. Con el fin de disminuir la tasa de falsos negativos de la BLNC post QTN en pacientes con axila inicialmente N+, en todos los casos realizamos técnica dual, procuramos resecar 3 o más ganglios y nos aseguramos de resecar el ganglio inicialmente metastásico mediante su marcación con clip al inicio y posterior resección guiada por arpon (DAG).

Conclusión: La experiencia de nuestro centro demuestra que es posible optimizar el manejo axilar en pacientes con cáncer de mama tratadas con neoadyuvancia mediante la aplicación de técnicas actualizadas, como la disección axilar guiada. Aún nos falta evaluar a mediano y largo plazo, la seguridad oncológica de esta estrategia que ya ha sido probada en grandes estudios.

8, IMPLEMENTACIÓN DE LA MARCACIÓN SCOUT EN LA LOCALIZACIÓN PRE-QUIRÚRGICA DE TUMORES PARA CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE 6 CASOS

Autores: María Jesús Jugo D., María Ignacia Von Bennewitz B., Antonia Vela H., Lia Moyano R., Dania Blanche P., Sofía Guarello., Isidora Arévalo., María Mañana D., Juan Pablo Quinteros P.

Hospital Militar De Santiago - Universidad De Los Andes

Introducción: El cáncer de mama es el tipo de cáncer más comúnmente diagnosticado entre las mujeres y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. La cirugía conservadora de mama en lesiones no palpables requiere de una marcación tumoral previa a la cirugía, para lo cual el método más ampliamente utilizado hasta ahora ha sido la marcación con alambre. Sin embargo, se han desarrollado nuevas tecnologías sin alambre y libres de radiación. El sistema de localización de tumores Savi Scout® (SSL) es un sistema de implante sin alambre, no radiactivo y de reflexión de ondas que permite la resección tumoral con ciertas ventajas respecto a la marcación con alambre.

Objetivos: Mostrar la experiencia de marcación tumoral prequirúrgica en pacientes con cáncer de mama con el sistema Savi Scout® (SSL) en una serie de 6 casos en el Hospital Militar de Santiago.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo en el que se realizó una revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes que fueron a cirugía conservadora de mama con marcación prequirúrgica utilizando el sistema Savi Scout® (SSL) entre los años 2024 y 2025 en el Hospital Militar de Santiago.

Resultado: Se instalaron 6 Savi Scout® entre el 2024 y 2025, todos en pacientes con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de mama (CDI) sometidas a tratamiento primario con mastectomía parcial, de las cuales 3 (50%) corresponden a CDI Luminal A y 3 (50%) a Luminal B. El promedio de edad de las pacientes fue de 68 años, con un rango entre los 58 y los 77 años. El 100% de las instalaciones del marcador Savi Scout® fueron exitosas, con un promedio de días entre la instalación y la cirugía resectiva de 7,1 días, con un mínimo de 4 días en 3 de los casos (50%), y un máximo de 18 días en uno de los casos (16,6%). Todas las biopsias intraoperatorias fueron informadas con margen tumoral negativo o a al menos 5 mm de la muestra. En solo uno de los casos (16,6%) se amplió el margen intraoperatorio por sugerencia de anatomía patológica. Todas las biopsias definitivas informaron márgenes negativos o a más de 5 mm, por lo que ninguna paciente requirió reintervención para ampliación de márgenes. Ninguna paciente tuvo complicaciones después de la instalación de Savi Scout® ni post operatorias.

Conclusión: El sistema de localización de tumores Savi Scout® es una alternativa segura al método tradicional con alambre para la marcación de tumores de mama no palpables. Este permite ciertas ventajas como mayor comodidad para la paciente y flexibilidad en la programación quirúrgica. Series de casos publicadas en la literatura han reportado resultados comparables e incluso superiores a la marcación con alambre en cuanto a márgenes libres de tumor y baja incidencia de complicaciones. Nuestra serie de casos muestra una tasa de éxito similar a la literatura actualmente disponible, lo que posiciona al sistema Savi Scout® como una herramienta valiosa en la cirugía oncológica de mama. Futuros estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo permitirían consolidar aún más su uso en la práctica clínica.

9, RESULTADO DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE Y CONDUCTA QUIRÚRGICA EN MAMA Y AXILA EN MUJERES JÓVENES Y MUY JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Autores: Marcela Amar C., Camila Carrillo L., Militza Petric G., Valentina Salvador U., Ana Maria Donoso R., Jeanne Palet, Camila Concha F., Manuel Manzor V., Camila Seymour, Laura Mantilla M.

Clínica Dávila

Introducción: El cáncer de mama en las pacientes jóvenes y muy jóvenes (menores de 40 y menores de 35) es el más frecuente en este grupo etario y tiene características biológicas más agresivas, por lo que en un número importante de casos se trata con quimioterapia neoadyuvante seguido de cirugía.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar la respuesta al tratamiento y la conducta quirúrgica adoptada.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis descriptivo de corte transversal a partir de una base de datos prospectiva. Se incluyeron 165 pacientes jóvenes con cáncer de mama, lo que correspondió al 9,7% del total de pacientes tratadas (n=1687), con una mediana de edad de 36,1 años. Al momento del diagnóstico, el 60% se encontraba en estadios tempranos (0 a IIa).

Resultado: El 40% de las pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante (QNA), clasificadas en tres grupos según la indicación: enfermedad localmente avanzada (53%, n=35), intención de mejorar el pronóstico (35%, n=23) y búsqueda de conservación mamaria (12%, n=8). En cada grupo se evaluó la respuesta patológica completa (pCR) y la conducta quirúrgica en mama y axila. El subtipo más frecuente en todos los grupos fue Luminal B, seguido por HER2 positivo. Grupo 1 – Enfermedad localmente avanzada: Se logró cirugía conservadora en el 62% de los casos. De las pacientes que requirieron mastectomía total (MT), el 50% fue reconstruida de forma inmediata (RMI). La cirugía axilar más común fue la disección axilar directa o precedida por ganglio centinela (GC) en el 74% de los casos. Se obtuvo pCR en 22 pacientes; en 7 de ellas se identificó una mutación genética. Grupo 2 – Mejorar pronóstico: La cirugía más frecuente fue la MT (60%), con RMI en el 64%. La disección axilar fue también predominante (52%), incluyendo 4 casos con GC positivo. Se alcanzó pCR en 11 pacientes, 4 de las cuales presentaban mutaciones. Grupo 3 – Conservación mamaria: Se logró cirugía conservadora en el 75% de los casos; el resto recibió MT con RMI. Se obtuvo pCR en 4 pacientes (50%) y no se encontraron mutaciones genéticas.

Conclusión: La cirugía conservadora se realizó con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad localmente avanzada, lo que llama la atención mientras que en los grupos con mejor pronóstico se optó por mastectomía total. Esta diferencia no se correlacionó con mayor frecuencia de mutaciones, lo que plantea la necesidad de reevaluar los criterios quirúrgicos en mujeres jóvenes con cáncer de mama.

10, CÁNCER DE MAMA EN POBLACIÓN JOVEN, EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO, CHILE

Autores: María Trinidad González D, Jamile Camacho N, Carolina Barriga S, María Eugenia Bravo M, Pia Pincheira T, Marcela Gallegos A.

Centro De La Mama, Clínica Alemana De Santiago, Universidad del Desarrollo Santiago.

Introducción: El cáncer de mama es el cáncer más diagnosticado a nivel mundial y la segunda causa principal de muerte por cáncer. Aunque afecta predominantemente a mujeres mayores de 40 años, entre el 5 y el 7% de los casos ocurren en menores de 40 años en países desarrollados. A pesar de su menor incidencia en mujeres jóvenes, sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en este grupo, lo que resalta la necesidad de comprender mejor su biología, tratamiento y resultados en pacientes jóvenes.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo analizar las características clínicas y patológicas de los casos de cáncer de mama tratados en la Clínica Alemana de Santiago, Chile, durante la última década, y compararlos con datos a nivel mundial. Los objetivos específicos incluyen evaluar la biología tumoral, el motivo de consulta, el tipo de cirugía realizada, los patrones de recurrencia y la mortalidad.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo sobre la presentación clínica, características del tumor, tratamientos y fertilidad en 200 mujeres de ≤ 40 años con cáncer de mama durante 10 años en la Clínica Alemana, Santiago, Chile.

Resultado: Entre la cohorte total, un 23% se presentó como carcinoma in situ, un 69% en estadio temprano I y II, un 5% en estadio III y un 3% en estadio metastásico, IV. En cuanto a los resultados inmunohistoquímicos de los carcinomas infiltrantes, se obtuvo un 36.4% de Luminal A, un 31.2% de Luminal B, un 22% de HER 2 (+) y un 10.4% de Triple negativo. En relación a la conducta quirúrgica, un 52% fueron sometidas a mastectomía conservadora y un 48% a mastectomía total. A su vez, el 17,7 % se sometió a preservación de la fertilidad antes del tratamiento. La radioterapia adyuvante se administró al 58,9 %, la quimioterapia (neoadyuvante/adyuvante) al 40,6 % y la hormonoterapia al 79,1 %, de los cuales el 96,7 % recibió Tamoxifeno y el 3,3 % inhibidores de la aromatasa. La recurrencia ocurrió en el 6,8 %, con un 38,5 % de metástasis locales, 7,7 % regionales y 53,8 % a distancia. En el seguimiento, el 97,4 % estaba vivo; cinco muertes se debieron a enfermedad metastásica. Las variables restantes analizadas se encuentran descritas en tablas y figuras.

Conclusión: La distribución de los estadios tumorales en nuestra cohorte es consistente con los patrones observados en países de altos ingresos, con un 69% de los casos diagnosticados en estadio I o II y un 3 % en estadio metastásico. Aunque el cáncer de mama en mujeres menores de 40 años generalmente se asocia con subtipos más agresivos, nuestra cohorte mostró tasas más bajas de tumores HER2 (+) (18%) y triple negativos (8%) en comparación con los promedios reportados. Además, la incidencia acumulada a 5 años de metástasis a distancia fue notablemente menor en nuestra población (4,7% frente a 18–24%), y la tasa de supervivencia global a 5 años fue más alta (97,4 % frente a 89–93%).

11, MANEJO AXILAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA CN2-N3 SOMETIDOS A NEOADYUVANCIA: EXPERIENCIA DE 17 AÑOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Autores: Miguel Yosef Kreisberg W, Francisco José Domínguez C, Paz Guesalaga R-t, Mauricio Camus A, Catalina Vargas A, César Sánchez R, Francisco Acevedo C.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: El manejo axilar del cáncer de mama ha evolucionado hacia técnicas cada vez menos invasivas, desde la disección axilar completa hacia la biopsia de linfonodo centinela, con el objetivo de reducir morbilidad sin comprometer resultados oncológicos. Tradicionalmente, las pacientes con cáncer de mama y adenopatías palpables se sometían siempre a disección ganglionar. No obstante, la evidencia más reciente sugiere que aquellas pacientes que alcanzan una respuesta axilar completa tras la neoadyuvancia obtienen resultados comparables ante ambos procedimientos. Esta evidencia, sin embargo, continúa siendo limitada: los estudios son escasos y se han centrado principalmente en pacientes inicialmente clasificados como N1. En consecuencia, actualmente no existe consenso sobre el manejo de las pacientes cN2–N3. El propósito de este estudio es describir el manejo realizado en un centro universitario durante los últimos 17 años en pacientes clínicamente clasificadas como cN2–N3 M0, sometidas a quimioterapia neoadyuvante con respuestas parciales o completas.

Objetivos: Describir la evolución del manejo axilar y caracterizar los resultados en pacientes con cáncer de mama cN2-N3 M0 tras neoadyuvancia, en un centro universitario.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de una cohorte de 5000 pacientes discutidos en comité de cáncer de mama, se identifican pacientes cN2-N3 M0 tratadas con neoadyuvancia y respuesta axilar entre 2008 y 2025. Se analizaron datos extraídos de la revisión de fichas clínicas, informes de patología e imágenes.

Resultado: Se incluyeron 43 pacientes, todas de sexo femenino, con una mediana de edad de 50 años (IQR: 44-63). La cohorte se dividió de manera casi equitativa entre estadios clínicos iniciales N2 (51.2%) y N3 (48.8%). Del total, el 40% tuvo respuesta clínica y radiológica completa tras la neoadyuvancia, y el 27.9% demostró respuesta patológica completa sin tumor residual en el análisis patológico. La disección axilar se realizó en el 62.8%, la biopsia de linfonodo centinela en el 27.9% y el 9.3% restante requirió una disección ganglionar posterior al centinela. En las pacientes N2, el centinela y la disección se utilizaron en proporciones similares (40.9% y 50.0%, respectivamente), en cambio, en las pacientes N3 se optó mayoritariamente por la disección (76.2%). El manejo axilar se asoció con la respuesta clínica a la quimioterapia: de las 16 pacientes en quienes se optó por realizar un centinela, el 81.3% había alcanzado una respuesta axilar completa. De los 11 pacientes con respuesta axilar completa y manejo único con centinela, ninguno tuvo linfonodos con metástasis en el análisis patológico. Se evidencia una tendencia temporal hacia la biopsia del linfonodo centinela. Previo a 2019 solo se realizó en una paciente, llegando a alcanzar actualmente el 57% de los casos en el periodo de 2022 a 2025.

Conclusión: En conclusión, la biopsia de linfonodo centinela para pacientes cN2-N3 que responden a neoadyuvancia representa una opción de tratamiento válida, por lo que se realiza en forma cada vez más frecuente en nuestro centro. Impresiona ser una alternativa que permite omitir la disección axilar y la morbilidad asociada a ella en aquellas pacientes que alcanzan una respuesta patológica completa, dado que serán sometidas a radioterapia de regiones ganglionares.

12, MUTACIONES GENÉTICAS DEL CÁNCER DE MAMA EN POBLACIÓN JOVEN, ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO, CHILE

Autores: María Trinidad González D, María José Mullins P, Carolina Barriga S, María Eugenia Bravo M, Daniel Carvajal H, Jamile Camacho N

Centro De La Mama, Clínica Alemana De Santiago, Universidad Del Desarrollo Santiago.

Introducción: Aproximadamente entre el 5 y el 10% de los casos de cáncer de mama están relacionados con una predisposición genética, principalmente por variantes germinales patogénicas en los genes BRCA1 y BRCA2, que confieren un riesgo de por vida del 80–90% y 60–85%, respectivamente. Otros genes como CHEK2, BRIP1 y PALB2 están asociados con riesgos moderados (20–40%). Si bien las variantes patogénicas pueden predisponer al cáncer de mama triple negativo, la mayoría de los casos ocurren sin estas mutaciones. Las pacientes de alto riesgo pueden optar por pruebas genéticas y mastectomía profiláctica, la cual reduce el riesgo de desarrollar cáncer de mama y mejora la supervivencia libre de enfermedad, aunque no elimina completamente el riesgo ni mejora la supervivencia global.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo analizar las mutaciones genéticas y las variantes de significado incierto en casos de cáncer de mama tratados en Clínica Alemana, Santiago, durante los últimos diez años, y compararlos con datos a nivel mundial. También examina cómo estos hallazgos influyen en el manejo clínico, incluyendo la realización de mastectomías profilácticas.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de mutaciones genéticas en 200 mujeres de 40 años o menos con cáncer de mama, durante un período de 10 años en la Clínica Alemana, Santiago, Chile.

Resultado: En este estudio, el 47,4% de las pacientes recibió consejería genética y de ellas un 100% fueron sometidas a un estudio genético. Se identificaron mutaciones patogénicas en 18 pacientes, principalmente en BRCA1 y BRCA2, mientras que 28 presentaron variantes de significado incierto, en su mayoría en el gen CHEK2. Los resultados relacionados con las mutaciones genéticas y variantes de significado incierto específicas se presentan en tablas y figuras adjuntas en el estudio.

Conclusión: La genética está implicada en aproximadamente el 10% de los casos de cáncer de mama, lo cual es consistente con nuestro hallazgo de un 9,4% de pruebas genéticas positivas. Las variantes de significado incierto (VUS) se presentan en un 2–7% de las pruebas que analizan solo BRCA1/2 y hasta en un 10–41% de los paneles multigénicos; en nuestro estudio, se encontró un 14,6% de VUS tras el uso de paneles multigénicos. Las variantes patogénicas en BRCA1/2 estuvieron presentes en el 4,2% de los casos, lo que se alinea con las tasas reportadas de 3–4%. Las tasas de mastectomía profiláctica varían entre un 40–80% en portadoras de mutaciones de alta penetrancia y son menores en genes de penetrancia moderada. En nuestra cohorte, el 63% de las portadoras de mutaciones en BRCA1/2 y el 10% de aquellas con mutaciones en genes de riesgo moderado se sometieron a mastectomía profiláctica.

13, CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA EN CÁNCER DE MAMA: EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA LOCORREGIONAL A LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN BIOPSIAS POSTOPERATORIAS

Autores: María Ignacia Von Bennewitz B. (1), María Jesús Jugo D. (1), Rafael Selman A. (1), Antonia Vela H. (2), Dania Blanche P. (2), Sofía Guarello F. (2), Isidora Arévalo. (1), Francisca García C. (3), María Mañana D. (4), Juan Pablo Quinteros P. (4)

(1) Residente Cirugía General Universidad De Los Andes (2) Interna De Medicina, Universidad De Los Andes (3) Alumna De Medicina, Universidad De Los Andes (4) Equipo Cirugía Oncológica, Hospital Militar De Santiago

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante (QTNA) tiene indicaciones bien definidas en el tratamiento actual del cáncer de mama. La evaluación de la respuesta se realiza de manera clínica e imagenológica, sin embargo, la concordancia de la respuesta clínica/imagenológica con la respuesta histopatológica es de sólo un 60-70%.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre la respuesta clínica/radiológica e histopatológica a nivel locorregional posterior a quimioterapia neoadyuvante (QTNA) y compararla con lo reportado en la literatura, en el contexto de un hospital terciario en Santiago.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de pacientes con cáncer de mama que recibieron QTNA entre el 2018 y 2024 en el Hospital Militar de Santiago. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y frecuencia para evaluar respuesta clínica e histopatológica a QTNA.

Resultado: De un total de 264 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2018 a 2024, 77 pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante. De ellas, un 77.9% presentó algún grado de respuesta a quimioterapia neoadyuvante, con un 62.3% de respuesta parcial y un 19.4% de respuesta completa a modo general. De las pacientes que presentaron respuesta clínica completa, el 46.6% fueron a mastectomía total y un 53.3% fueron a mastectomía parcial. Las pacientes con compromiso ganglionar avanzado previo a la quimioterapia fueron a disección axilar (53.3%), las demás fueron a biopsia de linfonodo centinela (46.7%). El 80% de las pacientes tuvo respuesta patológica completa mamaria y un 93.3% presentó respuesta patológica completa linfonodal.

Conclusión: En esta serie retrospectiva que analiza 77 pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante los resultados obtenidos de respuesta clínica se condicen con la literatura. Respecto a la concordancia clínica- histopatológica post QTNA, el 93.3% de los pacientes que presentaron respuesta clínica completa linfonodal tuvieron asimismo una respuesta patológica completa. El 80% de las pacientes con respuesta clínica completa a nivel mamario presentaron una respuesta patológica completa. Estos datos apoyan la importancia de una buena evaluación radiológica post QTNA con el objetivo de una eventual desescalada de tratamiento en el futuro.

14, CÁNCER DE MAMA EN ESTADÍO INICIAL: ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA? EXPERIENCIA LOCAL EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.

Autores: Rafael Selman A., María Ignacia Von Bennewitz B., María Jesús Jugo D., Antonia Vela H., Dania Blanche P., Sofía Guarello F., Isidora Arévalo., María Mañana D., Juan Pablo Quinteros P.

Universidad De Los Andes

Introducción: La biopsia de linfonodo centinela (BLC) ha sido durante décadas el estándar para evaluar el compromiso axilar en el cáncer de mama. No obstante, esta técnica no está exenta de complicaciones tales como el linfedema (hasta 13% a un año) y limitación funcional del miembro superior ipsilateral (22% en el postoperatorio inmediato). Actualmente el rol de la BLC ha sido reevaluado en estudios como SOUND e INSEMA, donde en pacientes con cáncer de mama inicial no se observaron beneficios en sobrevida ni control regional. La guía ASCO, publicada en 2025 recomendó omitir la BLC en mujeres ≥ 50 años, posmenopáusicas, con tumores ≤ 2 cm, luminal A o B, HER2(-) y sin ganglios comprometidos según clínica y ecografía, debido a su baja probabilidad de compromiso axilar y los riesgos asociados al procedimiento, sin comprometer el resultado oncológico.

Objetivos: Describir la frecuencia de compromiso ganglionar en pacientes con cáncer de mama etapa IA sometidas a BLC en el Hospital Militar de Santiago de Chile, y evaluar la concordancia con los criterios de omisión propuestos por ASCO 2025.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de mujeres operadas por cáncer de mama entre 2018 y 2024 en el Hospital Militar de Santiago. Se incluyeron a pacientes mayores de 50 años, estadio IA, con tumores luminal A o B, HER2(-), sin compromiso ganglionar clínico ni imagenológico. Se analizaron características tumorales, tipo de cirugía, resultado de biopsia linfonodal y tratamiento adyuvante. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y frecuencias.

Resultado: Se incluyeron 57 pacientes, con edad promedio de 70 años. Treinta y cuatro presentaron tumores luminal A y 23 luminal B. Se realizaron 51 mastectomías parciales y 6 totales. Cuarenta y nueve pacientes recibieron radioterapia adyuvante, 53 hormonoterapia adyuvante, y 2 quimioterapia adyuvante por alto riesgo según score de Onco-type DX. A todas se les realizó BLC, con una mediana de 3 ganglios resecados. Solo 2 pacientes (3.5%) presentaron ganglio centinela positivo, y fueron tratadas con radioterapia sin disección axilar. No se registraron recidivas axilares durante el seguimiento. La sobrevida fue 100% a 3 años de seguimiento.

Conclusión: Nuestra serie demuestra una baja tasa de compromiso ganglionar en pacientes con cáncer de mama IA y subtipo luminal, coincidente con los criterios propuestos por ASCO para omitir la BLC. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de adoptar estrategias de desescalamiento quirúrgico, priorizando la selección adecuada de pacientes para reducir morbilidades sin comprometer resultados oncológicos. La práctica clínica local valida los datos de ensayos internacionales y respalda la implementación progresiva de estas recomendaciones. Palabras clave: Cáncer de mama, Etapa IA, Linfonodo centinela, Desescalamiento quirúrgico.

15, “EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT, CENTRO DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE”

Autores: Francisca Becar C., Sofía Lopez I.; Pablo Esse P., Katherine Hinostroza M., Nastassja Duran N., Francisca Bustamante U., Camila Bustamante U., Renate Hormazábal A., Carol Vargas Q., Cristobal Maiz H.

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

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. La caracterización clínica y terapéutica local permite evaluar la adherencia a guías y generar oportunidades de mejora. Este trabajo describe el comportamiento clínico, quirúrgico y oncológico de una cohorte institucional perteneciente a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital de Puerto Montt, centro de referencia del sur de Chile que atiende a pacientes del Servicio de Salud Reloncaví (provincias de Llanquihue y Palena) y del Servicio de Salud Chiloé

Objetivos: Describir las características clínico-patológicas, tipos de cirugía y tratamientos sistémicos utilizados en pacientes con cáncer de mama operadas entre 2021 y 2025, analizando su distribución por etapa, subtipo molecular y evolución

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de base prospectiva, que incluyó 645 pacientes con cáncer de mama operadas entre septiembre de 2021 y marzo de 2025. Se analizaron variables como edad, sexo, lateralidad, etapa TNM AJCC 8ª, subtipo molecular, tipo de cirugía, uso de quimioterapia (neo y adyuvante), radioterapia, hormonoterapia, recidiva y mortalidad. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, y se aplicó prueba de chi-cuadrado para comparación de proporciones

Resultado: La edad promedio al diagnóstico fue de 57,5 años, con una mediana de 57 años. La dispersión de la muestra se reflejó en una desviación estándar de 13,2 años, varianza de 174,7 y un rango intercuartílico de 20 años, con edades que oscilaron entre los 24 y los 92 años. La gran mayoría de las pacientes fueron mujeres (99,4%). En cuanto al compromiso mamario, se observó una distribución entre lado izquierdo (52,4%), derecho (45,4%) y casos bilaterales (2,2%), sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p = 0,487$). Las etapas más frecuentes fueron IA (34%), IB (22,2%) y 0 (9,6%), representando más del 65% de los casos. Predominaron los subtipos Luminal A (37,1%) y Luminal B (34,9%). Un 68% recibió cirugía conservadora (MP), mientras que un 30% fue tratada con mastectomía (MT o MRM), según criterios oncológicos. El manejo axilar se realizó con ganglio centinela en 71% y disección axilar en 19%. Se indicó QT neoadyuvante en 47% y adyuvante en 32%, especialmente en subtipos biológicamente agresivos. La mediana de seguimiento actual es de 17 meses desde la cirugía, en una cohorte con vigilancia clínica aún en curso. La mortalidad global fue de 4,8%, sin fallecimientos atribuibles al acto quirúrgico.

Conclusión: La mayoría de las pacientes fue diagnosticada en etapas precoces, lo que permitió un abordaje quirúrgico conservador y ajustado a guías internacionales. Las terapias sistémicas se indicaron en forma adecuada según etapa y subtipo molecular. La ausencia de mortalidad quirúrgica y la baja mortalidad global reflejan una atención multidisciplinaria efectiva y un impacto positivo del diagnóstico oportuno en el sistema público del sur de Chile

243, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MOLECULARES DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES JÓVENES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE

Autores: Javiera Sosa Benz, Matias Chaparro Sapunar, Patricio Tapia Acevedo, Grecia Edde, Jorge Gamboa
Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El cáncer de mama en mujeres jóvenes representa un subgrupo clínicamente desafiante, asociado con mayor agresividad biológica, diagnóstico en estadios avanzados y peores resultados oncológicos. La caracterización clínica y molecular de esta población es fundamental para orientar estrategias diagnósticas y terapéuticas personalizadas.

Objetivos: Describir las características clínicas, histopatológicas, moleculares y tratamiento inicial del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años diagnosticadas en un hospital público chileno.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional, retrospectivo, basado en revisión de fichas clínicas. Se incluyeron pacientes mujeres menores de 40 años con diagnóstico histológico de cáncer de mama entre los años 2015 y 2025 tratadas en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se recolectaron variables demográficas, comorbilidades, antecedentes familiares, subtipo histológico, perfil molecular, estadio al diagnóstico y tratamiento oncológico inicial.

Resultado: Se incluyeron 237 mujeres, con una edad promedio de 35 años. El 40% (n=95) presentaba enfermedades crónicas, y el 70.9% (n=168) no tenía antecedentes familiares de cáncer de mama. En cuanto al tipo histológico, el 85.2% correspondió a carcinoma ductal invasor (n=202), 1.3% a carcinoma lobulillar invasor (n=3) y el resto a carcinoma ductal in situ. Respecto al perfil molecular, se observó una distribución heterogénea: 28.3% luminal A (n=67), 25.7% luminal B HER2 negativo (n=61), 12.2% luminal B HER2 positivo (n=29), 24.9% triple negativo (n=59) y 8.9% HER2 enriquecido (n=21). Al momento del diagnóstico, el 7.2% (n=17) se encontraba en estadio IV. En cuanto al manejo quirúrgico, 42.6% (n=101) fueron sometidas a mastectomía total y 46.4% (n=110) a vaciamiento axilar. Un 56.1% (n=133) recibió quimioterapia neoadyuvante y el 45.1% (n=107) quimioterapia adyuvante, reflejando un enfoque multimodal.

Conclusión: El cáncer de mama en mujeres jóvenes se presenta predominantemente como carcinoma ductal invasor, con una alta proporción de subtipos moleculares agresivos como triple negativo y HER2 positivo. La mayoría de las pacientes no presentaban antecedentes familiares, lo que subraya la necesidad de estrategias de pesquisa que no dependan exclusivamente del riesgo hereditario. Los hallazgos refuerzan la importancia de un abordaje diagnóstico temprano y tratamiento multidisciplinario intensivo en esta población.

244, ENFERMEDAD DE PAGET DE MAMA ULCERADA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN CÁNCER HER2 POSITIVO DE LARGA EVOLUCIÓN

Autores: Francisca Bernardita Becar Castañeda, Francisca Becar C., Nastassja Durán N., Carol Vargas Q., Cristóbal Maiz H.

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

Introducción: La enfermedad de Paget de la mama representa una forma poco frecuente de cáncer mamario (1–4%), asociada a carcinoma ductal in situ o invasor en hasta el 90% de los casos. Se manifiesta clínicamente con lesiones eritemato-descamativas del complejo areola-pezones, lo que puede retrasar el diagnóstico al simular dermatosis benignas. A pesar de los avances en el diagnóstico por imagen y técnicas quirúrgicas conservadoras, persiste controversia sobre el manejo óptimo de los casos avanzados. Este trabajo describe un caso clínico de presentación ulcerada y evolución prolongada, abordado mediante estrategia multimodal

Objetivos: Describir las características clínicas, el tratamiento y los resultados de un caso avanzado de enfermedad de Paget de mama HER2 positivo, enfatizando el rol del enfoque multidisciplinario en la toma de decisiones quirúrgicas

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión retrospectiva del caso clínico a partir de antecedentes documentados en ficha electrónica, protocolos oncológicos, informes imagenológicos y anatomopatológicos, registrados en el Hospital de Puerto Montt. El abordaje diagnóstico incluyó biopsia incisional, estudios de extensión con TAC TAP, cintigrama óseo y ecocardiograma. El tratamiento fue definido en comité oncológico multidisciplinario, con inicio de quimioterapia neoadyuvante esquema AC-TH, seguimiento clínico-ecográfico, y planificación quirúrgica según respuesta. La evaluación terapéutica y el seguimiento fueron registrados en controles ambulatorios posteriores

Resultado: Mujer de 63 años, con antecedente de lesión crónica en pezón derecho tratada como dermatitis. Tras biopsia incisional, se diagnosticó carcinoma tipo Paget infiltrante HER2 enriquecido, estadio clínico cT4bN1M0. Se realizaron estudios de extensión (TAC TAP, ecocardiograma, cintigrama óseo), con hallazgos de compromiso cutáneo mamario, adenopatías axilares derechas, y ausencia de metástasis. Se discutió en comité oncológico, iniciando quimioterapia neoadyuvante con esquema AC-TH. Se planificó mastectomía total y eventual biopsia de ganglio centinela según respuesta. La paciente toleró adecuadamente el tratamiento sistémico con regresión parcial de la masa ulcerada y estabilización clínica. Se programó cirugía resectiva con márgenes oncológicos y abordaje axilar. El caso ejemplifica la presentación avanzada de una neoplasia potencialmente curable, donde la sospecha clínica tardía condicionó una mayor agresividad local. La participación de unidad de curaciones, radiología, oncología médica y cirugía fue crucial en el éxito terapéutico. Dado que se trata de un reporte de caso individual, no se realizó análisis estadístico.

Conclusión: La enfermedad de Paget de mama puede presentarse como una lesión ulcerada de larga evolución, subestimada clínicamente. La identificación oportuna y la biopsia precoz son esenciales. En casos avanzados, el tratamiento debe ser personalizado e interdisciplinario, incorporando quimioterapia neoadyuvante, cirugía oncológica y eventual reconstrucción. La evidencia actual apoya la cirugía conservadora en casos seleccionados, aunque en estadios localmente avanzados, la mastectomía sigue siendo el estándar.

245, CÁNCER DE MAMA EN TEJIDO ECTÓPICO: AXILA. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Dayana Astorga R, 1 Yannina Ageno B1, Pedro Pinto G1, María Vidaurre V1, Katherine Ramírez R1, Alejandra Valdebenito T1, Tomás Hillmann F1.

Unidad De Patología De Mama Del Hospital Regional De Coyhaique- Región De Aysén.

Introducción: El carcinoma primario del tejido mamario ectópico es una entidad rara e infrecuente, constituyendo un 0,3%-0,6% de todos los casos de cáncer de mama. Se caracteriza por el desarrollo de tejido mamario maligno fuera de la glándula mamaria normal, siendo la localización más habitual la línea mamaria embrionaria, en particular la región axilar. Este reporte adquiere relevancia clínica y académica por tratarse de una presentación inusual, cuya identificación temprana resulta fundamental para establecer un manejo adecuado y oportuno.

Objetivos: Describir un caso de cáncer de mama ectópico con localización axilar, detallando los hallazgos clínicos, los estudios de imagen, el análisis histopatológico y el abordaje terapéutico, con el propósito de contribuir al reconocimiento de esta entidad en la práctica médica.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 43 años, nuligesta, con prótesis mamarias bilaterales. Sin comorbilidades ni antecedentes familiares conocidos de cáncer. Derivada a la Unidad de Patología Mamaria por ecografía alterada, con un nódulo axilar irregular de 9.2x7.5 mm y con al menos 4 linfonodos con engrosamiento cortical en región axilar izquierda BI-RADS 5. Mamografía con hallazgos benignos. BI-RADS 2. Resonancia mamaria que no muestra lesiones a nivel mamario. A la inspección se palpa mama ectópica en región axilar izquierda con nódulo de 1 cm.

Resultado: Se realizó biopsia core de nódulo y adenopatía axilar izquierda, que reporta un carcinoma ductal infiltrante G1, Luminal B, adenopatía con escasa muestra negativa. Presentada en comité oncológico donde se decide cirugía de entrada. Frente a la posibilidad del centinela con una sola técnica azul patente, se decide realizar resección de tejido mamario ectópico más el vaciamiento axilar, con biopsia quirúrgica pT1cN1a, borde medial en contacto el cual se realiza ampliación. Se indica quimioterapia por riesgo estimado pero la paciente rechaza. Realiza radioterapia de tejido ectópico, axila y mama ipsilateral (40gy/25fx) y se mantiene en seguimiento y terapia endocrina con tamoxifeno.

Conclusión: El cáncer de mama ectópico en axila representa un desafío diagnóstico, dada su baja frecuencia y localización atípica. La ecografía y la resonancia magnética son herramientas clave en su detección y caracterización, especialmente en mujeres jóvenes. El manejo debe ser multidisciplinario, siguiendo principios similares a los del cáncer de mama ortotópico, adaptados a las particularidades anatómicas y técnicas del caso. El diagnóstico precoz es fundamental para obtener resultados oncológicos comparables a los de los tumores en glándulas mamarias normotópicas. Hacer énfasis que ante una masa axilar, incluso sin signos mamarios convencionales, es crucial considerar tejido mamario ectópico y actuar con un enfoque diagnóstico y terapéutico completo.

246, TUMOR MESENQUIMATOSO MAMARIO DE ALTO GRADO: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE UN TUMOR RARO EN LA MAMA

Autores: Francisca Becar C., Katherine Hinojosa M., Cristóbal Maiz H.

Hospital Puerto Montt, Unidad De Patología Mamaria. Universidad San Sebastián, Sede De La Patagonia.

Introducción: El Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) es un tumor mesenquimatoso poco frecuente, de comportamiento localmente agresivo pero con baja probabilidad de diseminarse a distancia. Su aparición en la mama es sumamente inusual, lo que puede dificultar su identificación precoz y retrasar el tratamiento adecuado. En estos casos, el pronóstico está estrechamente ligado a una cirugía inicial efectiva, con márgenes libres de enfermedad, y a un enfoque multidisciplinario bien coordinado

Objetivos: Presentar la experiencia clínica de un caso sospechoso de DFSP intramamario en una mujer postmenopáusica, destacando el valor del estudio inmunohistoquímico, la toma de decisiones en comité oncológico y las recomendaciones quirúrgicas vigentes

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión retrospectiva del caso a partir de antecedentes consignados en ficha clínica, imágenes de etapificación, protocolos operatorios e informes anatomopatológicos e inmunohistoquímicos disponibles en el Hospital de Puerto Montt. Se documentó la evolución clínica desde el ingreso, con énfasis en los criterios diagnósticos, la indicación quirúrgica discutida en comité oncológico, y la conducta terapéutica adoptada ante sangrado activo de la lesión, requiriendo transfusión de hemoderivados. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante estudio histológico del espécimen quirúrgico, complementado con inmunohistoquímica con STAT6

Resultado: Paciente de 62 años, nuligesta, con antecedentes de hipotiroidismo y dislipidemia, consulta por una masa exofítica ulcerada de aproximadamente 10x10 cm en el cuadrante superno interno (CSI) de la mama derecha, de 1,5 años de evolución. Destaca la ausencia de adenopatías axilares. Dada la sospecha de cáncer de mama localmente avanzado se solicita biopsia core y etapificación sistémica. A la espera de dichos resultados, la paciente comienza con sangrado profuso de la lesión descrita, de difícil manejo, requiriendo incluso transfusión de hemoderivados. El caso fue discutido en comité oncológico, que propuso una mastectomía parcial y biopsia del ganglio centinela, aún sin resultado de biopsia core. El estudio de etapificación con CO y TAC TAP no arrojó signos de diseminación, solo una masa mamaria en CSI de 9.2x9.3x10.7 cm, con múltiples vasos de neoformación. Sin adenopatías asociadas. La cirugía se realizó sin complicaciones. La biopsia quirúrgica demostró un tumor mesenquimatoso fusocelular, con caracteres de malignidad (sarcoma) grado 2, de 11 cm, con márgenes negativos a >1 cm. La inmunohistoquímica con STAT6 confirmó el diagnóstico de DFSP de la mama. La paciente ha tenido una evolución favorable, sin signos de recidiva clínica en los controles posteriores. La estrategia quirúrgica adoptada estuvo alineada con las guías actuales, que recomiendan márgenes quirúrgicos de 2 a 3 cm, o bien cirugía micrográfica de Mohs si está disponible. La resección completa en el primer intento es fundamental para evitar recurrencias, como lo respaldan múltiples estudios multicéntricos.

Conclusión: Este caso pone en evidencia los desafíos diagnósticos y terapéuticos que implica un DFSP intramamario. La baja frecuencia de esta presentación requiere un alto índice de sospecha, un estudio histopatológico detallado y un abordaje quirúrgico preciso, que garantice márgenes amplios. La experiencia del equipo quirúrgico, la posibilidad de reconstrucción mamaria y el trabajo conjunto de distintas especialidades son factores decisivos para ofrecer un tratamiento integral y mejorar el pronóstico en este tipo de tumores raros.

247, CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PATOLÓGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE ALTO RIESGO BRCA POSITIVO EN EL HOSPITAL FÉLIX BULNES ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2025

Autores: Ana Luz Muñoz Cornejo, Alberto Breamadrid

Hospital Félix Bulnes

Introducción: El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial. En Chile, según datos de GLOBOCAN en el año 2020, se diagnosticaron 55,0 casos por cada 100.000 mujeres y la mortalidad alcanzó 17,3 por cada 100.000. Entre sus causas se reconocen factores genéticos, familiares y conductuales, siendo entre un 5-10 % de origen hereditario y más del 85 % esporádico. La frecuencia de las mutaciones del gen BRCA1 / 2 puede variar entre grupos étnicos, sin embargo, se ha detectado hasta en más del 25% de los casos de cáncer de mama hereditario, pudiendo aumentar el riesgo de cáncer de ovario en un 54% y un 19%, y de cáncer de mama en un 78% y un 56%, respectivamente.

Objetivos: Caracterizar la población con mutaciones BRC 1 y 2 en seguimiento y presentados a comité oncológico en el Hospital Félix Bulnes (HFB) entre los años 2019 y 2025

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron resultados de test genéticos, biopsias y registros clínicos de estas pacientes desde noviembre 2019 hasta junio del 2025. Se analizaron variables genéticas (presencia mutación BRC1- BRC2), demográficas (edad de detección, nacionalidad) clínicas (recidiva, focalidad, estadio clínico de enfermedad al ingreso, cirugía de reducción de riesgo), anatomopatológicas, (tipo histológico, Grado histológico, tipo molecular), y antecedentes familiares de cáncer

Resultado: Se encontraron en la búsqueda, un total 9 pacientes, con edad promedio de presentación de 37 años, de estas un 55% corresponden a la mutación BRC1 y un 44% a BRC2. La edad de presentación promedio para BRCA1 fue de 52 años y BRC2 31 años. El estadio clínico al diagnóstico fue 11% para IA, 33% IIA, 22% IIB, IIIA 11%, IIIB 22%, todos los estadios III corresponden a mutaciones BRC2, solo el 33% presentaba antecedentes familiares de cáncer de ovario o mama, el 100% de los carcinomas fue de tipo ductal, de estos el 44% fue de tipo triple negativo correspondiendo en un 88% a BRCA1, un 44% luminal B, y 11% luminal A, estos dos últimos corresponden al 100% de los BRCA2. Los grados histológicos más frecuentes fueron GH 3 un 55% y GH 2 un 44%. En cuanto a su presentación clínica un 33% eran multifocales, un 22% se presentó de forma bilateral y un 22% de estas pacientes presentaron recidiva dentro de los primeros 10 años, todas las pacientes tenían nacionalidad chilena, y un 88% se sometieron a cirugía de reducción de riesgo.

Conclusión: En conclusión, en nuestra revisión se muestran características frecuentemente descritas en la población con BRCA mutado, como edades tempranas de presentación sin embargo en nuestro grupo se observa esto principalmente en BRCA 2 a diferencia de lo descrito. Además, se corresponde con la presentación de altos grados histológicos correspondiendo en su mayoría a G III, y con porcentajes elevados de cáncer triple negativo para la mutación BRCA 1 y tipos luminales para BRCA2. Por otra parte, también destaca la presencia de bilateralidad y cáncer multifocal y la asociación en un 33% a antecedentes familiares de cáncer de mama y ovario. Por último, la presencia de alta recidiva en estas pacientes respalda el seguimiento de por vida en portadoras de BRCA1 y BRCA2 y la necesidad de la cirugía de reducción de riesgo.

248, LINFANGITIS CARCINOMATOSA: DEBUT DE CÁNCER DE MAMA INFLAMATORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Javiera Sosa Benz, Grecia Edde, Jorge Gamboa

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, con 2,3 millones de casos nuevos anuales según la OMS (2020). En Chile, su incidencia alcanza 44,5 por cada 100.000 mujeres. Dentro de sus variantes, el cáncer de mama inflamatorio (CMI) representa hasta el 5% de los casos y se caracteriza por su alta agresividad, rápida progresión y mal pronóstico. Clínicamente, suele presentarse con eritema, edema en piel de naranja y linfadenopatías axilares o cervicales inflamadas. Su diagnóstico se confirma mediante biopsia con invasión dermolinfática, y el tratamiento incluye quimioterapia neoadyuvante, cirugía y radioterapia. La supervivencia a 5 años es del 40%, considerablemente menor que en otras formas no inflamatorias (~90%). El diagnóstico suele retrasarse debido a su similitud con infecciones mamarias.

Objetivos: Describir un caso clínico atípico de cáncer de mama inflamatorio en paciente adulta mayor, con presentación inicial sugestiva de infección de partes blandas, con el fin de destacar la importancia de sospechar CMI en pacientes con linfadenopatías inflamatorias dolorosas, especialmente ante sintomatología no habitual y ausencia de masa mamaria evidente.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de una paciente mujer de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, que consultó por dolor en región costal y cervical izquierda de 24 horas de evolución, asociado a lesiones eritematosas dolorosas. Al examen físico presentaba adenopatías cervicales y axilares izquierdas eritematosas y dolorosas, además de edema mamario izquierdo. Se realizó estudio imagenológico con escáner de cuello y tórax, el cual evidenció engrosamiento cutáneo mamario y adenopatías ipsilaterales. Inicialmente se diagnosticó infección de partes blandas, iniciándose antibióticos.

Resultado: Dado que no hubo mejoría clínica con antibióticoterapia, la paciente fue derivada a unidad de patología mamaria, donde se realizó ecografía mamaria y ganglionar, observándose adenopatías patológicas cervicales y axilares izquierdas. Se efectuó una biopsia core, cuyo resultado fue carcinoma ductal invasor HER2 positivo, sin evidencia de metástasis óseas en el estudio complementario. Se indicó radioterapia paliativa.

Conclusión: El CMI puede manifestarse inicialmente con adenopatías inflamatorias dolorosas, simulando infecciones como mastitis o linfadenitis, lo que retarda su diagnóstico y tratamiento. A diferencia de las metástasis ganglionares clásicas, usualmente indoloras, la presencia de eritema, calor y dolor en ganglios debe alertar sobre la posibilidad de CMI, incluso ante la ausencia de masa tumoral evidente. Este caso destaca la necesidad de considerar esta entidad en pacientes afeos con síntomas inflamatorios atípicos, promoviendo un enfoque diagnóstico precoz y dirigido.

249, MIOFIBROBLASTOMA MAMARIO EN MUJER DETECTADO EN CONTEXTO DE SCREENING: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autores: Sofía Andonice C., Juan Pablo Duran A., Katheryne Koury L.

Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad De Chile.

Introducción: El miofibroblastoma mamario (MFB) es una neoplasia benigna del estroma mamario extremadamente infrecuente, descrita por primera vez en 1987. Representa menos del 1% de los tumores mamarios, afecta principalmente a hombres y mujeres posmenopáusicas. Su hallazgo es habitualmente incidental y puede simular lesiones malignas tanto clínica como radiológicamente, su sospecha es difícil dada la ausencia de hallazgos clínicos e imagenológicos específicos lo que destaca la importancia del diagnóstico histopatológico.

Objetivos: Describir un caso clínico infrecuente de MFB mamario en una paciente asintomática, detectado en contexto de screening. Analizar los hallazgos clínico-radiológicos y su correlato histopatológico.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.

Resultado: Mujer de 63 años con antecedentes de HTA e hipotiroidismo, en contexto de screening anual se realiza mamografía que describe microcalcificaciones retroareolares y en CSE de mama izquierda. BI-RADS 3. ACR B. Se realiza proyección magnificada que demuestra pequeño grupo de microcalcificaciones retroareolares, algunas redondeadas y otras ligeramente heterogéneas con extensión de 0.2-0.3 cm. BI-RADS 4a. Se realiza ecografía mamaria en donde se describe en mama izquierda UCI área ecogénica de 11x5 mm, podría corresponder a lipoma. BI-RADS 3. Se realiza biopsia estereotáxica de las microcalcificaciones RA izquierdas. En informe anatomopatológico se describen varios grupos de células fusiformes entremezcladas con bandas de colágeno rosado tipo hialinizado. No se observan mitosis ni atipias. IHQ: CD34, BCL2 y desmina positivos, betacatenina negativo. Hallazgos compatibles con miofibroblastoma.

Conclusión: El MFB corresponde a una causa infrecuente de nódulo palpable mamario, en ocasiones puede presentarse como un hallazgo imagenológico, su clínica y estudio con imágenes es inespecífico. Su diagnóstico se realiza mediante un informe histopatológico compatible. El conocimiento de esta entidad y su presentación atípica es fundamental para evitar sobre tratamientos.

250, DE LA PIEL A LA MAMA: CARCINOMA MAMARIO DIAGNOSTICADO EN EL SEGUIMIENTO DE ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA AXILAR

Autores: Catalina Acuña M., Isidora Belletti S., Luis Meneses C.

Universidad Andrés Bello, Hospital El Pino, Unidad De Patología Mamaria.

Introducción: La Enfermedad de Paget Extramamaria (EPE) es una neoplasia rara, intraepitelial, usualmente localizada en regiones anogenitales y axilares. Su diagnóstico puede ser incidental, especialmente en pacientes evaluadas por lesiones dermatológicas. La EPE de localización axilar puede coexistir con cáncer mamario, sobre todo en presencia de mama accesoria, aunque su correlación es infrecuente.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con diagnóstico inicial de enfermedad de Paget Extramamaria axilar y posterior hallazgo de carcinoma mamario infiltrante pesquisado en seguimiento de EPE.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso descriptivo observacional de paciente con diagnóstico inicial de EPE axilar y evolución posterior a carcinoma mamario infiltrante, manejada quirúrgicamente en el Hospital El Pino (HEP), entre 2016 y 2024. Se efectuó evaluación clínica, ecografía de partes blandas, biopsias cutáneas, estudio de extensión con EDA, colonoscopia, ecografía transvaginal, tomografía de extensión, mamografías seriadas, biopsia escisional y tratamiento quirúrgico con mastectomía parcial, re-mastectomía, biopsia de ganglio centinela, radioterapia y hormonoterapia.

Resultado: Paciente femenina de 76 años, evaluada inicialmente en 2016 por lipomatosis dorsal. Como hallazgo incidental se identificó lesión pigmentada axilar derecha, confirmada como Enfermedad de Paget Extramamaria mediante biopsia incisional (con receptores de estrógeno positivos focalmente). Estudio de extensión sin hallazgos relevantes y resección oncológica con márgenes libres en 2023. Es derivada a unidad de patología mamaria con mamografía solicitada como parte de su estudio de extensión la cual evidenciaba densificación asimétrica derecha, más densa que en estudio previo (BIRADS 4), al examen físico destacaba lesión pseudonodular palpable de 23mm en cuadrante superoexterno de mama derecha, sin adenopatías, cicatriz en mamá axilar de cirugía oncológica previa. Se complementó con compresión sin hallazgos patológicos y ecografía mamaria BIRADS 1. Dado antecedente de enfermedad de Paget extramamaria con receptores estrogénicos se planteó quimio prevención con hormonoterapia sin embargo se decidió mantener sólo en observación estricta. En control anual se pesquisó progresión de densidad asimétrica descrita previamente con aparición de espículas en mamografía (BIRADS 4), por lo cual se realizó mastectomía parcial y estudio histopatológico de la misma. Biopsia demostró carcinoma mamario ductal infiltrante G2 (5 mm x 4 mm) asociado a componente in situ (15 mm x 10 mm), clasificación Inmunohistoquímica luminal A. Se realizó re-mastectomía parcial por compromiso de borde profundo y biopsia de ganglio centinela, resultando ausencia de enfermedad residual infiltrante y 7 ganglios linfáticos negativos con lo cual se etapificó como un carcinoma mamario derecho luminal A (pT1N0M0), etapa IA. Se completó tratamiento con radioterapia y hormonoterapia.

Conclusión: Este caso destaca la importancia del seguimiento estrecho ante hallazgos cutáneos atípicos como la enfermedad de Paget extramamaria, especialmente cuando se localiza en la región axilar por su potencial asociación a carcinoma mamario. El diagnóstico precoz del cáncer mamario permitió un tratamiento conservador, con márgenes negativos y ausencia de diseminación ganglionar.

251, CÁNCER DE MAMA DURANTE EL EMBARAZO: EXPERIENCIA DE UNA SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Autores: Javiera Sosa Benz, Patricio Tapia Acevedo, Matias Chaparro Sapunar, Benjamin Campusano Diaz, Sergio Palma De Ferrari, Diego Muñoz Salamanca, Grecia Edde, Jorge Gamboa

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El cáncer de mama durante el embarazo (CME) es una condición infrecuente pero de creciente relevancia debido al retraso en la edad materna. Su diagnóstico y tratamiento plantean desafíos clínicos y éticos, al requerir decisiones terapéuticas que resguarden tanto la salud materna como fetal. La evidencia en contextos de salud pública en Latinoamérica sigue siendo escasa.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, biológicas y terapéuticas de una serie de pacientes con CME diagnosticadas en un hospital público en Santiago de Chile.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de 10 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama durante el embarazo entre los años 2015 y 2025 en Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se recolectaron variables demográficas, antecedentes personales y familiares, características histológicas y moleculares del tumor, tratamientos oncológicos realizados durante la gestación y tipo de cirugía.

Resultado: La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 34 años. El 40% presentaba comorbilidades y el 30% tenía antecedentes familiares de cáncer de mama. Todos los casos correspondieron a carcinoma ductal invasor. El perfil molecular mostró una distribución heterogénea: 30% luminal A, 20% luminal B HER2 positivo, 30% HER2 puro y 30% triple negativo. Ninguna paciente presentaba metástasis al momento del diagnóstico. Solo 3 pacientes pudieron acceder a estudio genético, encontrándose una mutación BRCA positiva. El 70% recibió quimioterapia neoadyuvante durante el embarazo. Se realizó mastectomía total en 5 pacientes y cirugía conservadora en las restantes. No hubo ninguna pérdida fetal.

Conclusión: La experiencia muestra que es posible diagnosticar y tratar CME en un centro público. La baja tasa de acceso a test genético refleja una brecha importante en el manejo integral. El CME es una entidad clínicamente compleja, cuyo tratamiento durante el embarazo puede realizarse con intención curativa sin comprometer significativamente la seguridad materno-fetal. El fortalecimiento de protocolos específicos y del acceso a medicina personalizada es fundamental en el sistema público.

252, ANGIOSARCOMA PRIMARIO DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO INFRECUENTE Y ENFOQUE QUIRÚRGICO-ONCOLÓGICO MULTIDISCIPLINARIO

Autores: Isidora Mandujano Muñoz, Eugenio Román Lucero, María Eugenia Bravo Marquez, Fernando Cádiz Vial
Clínica Alemana De Santiago

Introducción: El angiosarcoma primario de mama es una neoplasia maligna rara y agresiva, que representa menos del 0,05% de todos los tumores mamarios malignos y cerca del 8% de todos los angiosarcomas del cuerpo. Su diagnóstico clínico es complejo, ya que suele manifestarse como una masa indolora de crecimiento rápido, sin signos inflamatorios evidentes ni alteraciones cutáneas iniciales. La imagenología convencional, como mamografía o ecografía, muchas veces resulta inespecífica, lo que contribuye al retraso diagnóstico. La ausencia de guías clínicas estandarizadas y su baja prevalencia dificultan la toma de decisiones terapéuticas. Aunque no existe un consenso claro, la mayoría de la literatura recomienda realizar una mastectomía total con márgenes amplios como tratamiento quirúrgico inicial. El rol de la quimioterapia adyuvante o neoadyuvante continúa en estudio, y en tumores de alto grado o localmente avanzados se ha sugerido un posible beneficio en recurrencia o sobrevida. La radioterapia postoperatoria puede considerarse en casos con tumores grandes, márgenes positivos o recidiva local. En este contexto, el presente trabajo busca aportar evidencia clínica relevante mediante la presentación de un caso de angiosarcoma primario de mama, con el fin de enriquecer el debate científico y fomentar el desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas más precisas frente a esta neoplasia infrecuente y de mal pronóstico.

Objetivos: Presentar un caso clínico infrecuente de angiosarcoma primario de mama de alto grado, destacando su diagnóstico, manejo quirúrgico radical y tratamiento adyuvante en un contexto multidisciplinario.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo tipo reporte de caso clínico. Se cuenta con evidencia fotográfica del caso reportado, incluyendo documentación visual del aspecto clínico inicial, estudios imagenológicos, hallazgos histopatológicos y resultados postoperatorios.

Resultado: Paciente de 47 años consultó por un nódulo mamario izquierdo de rápido crecimiento que compromete toda la mama, sin signos inflamatorios ni antecedentes personales de patología mamaria. La biopsia core reveló un angiosarcoma primario de mama de alto grado. La resonancia magnética mostró compromiso mamario extenso y el PET/CT no evidenció metástasis. Se realizó una mastectomía total bilateral con resección subtotal del músculo pectoral mayor y piel circundante, con cobertura inmediata con colgajo fasciocutáneo, logrando márgenes macroscópicamente libres de al menos 3 cm. El postoperatorio fue favorable, con alta hospitalaria al día siguiente. Se indicó quimioterapia adyuvante con doxorubicina y ciclofosfamida, seguida de radioterapia postoperatoria. En el seguimiento ambulatorio, la paciente se encuentra asintomática, sin complicaciones ni signos de recidiva local o a distancia.

Conclusión: Este caso aporta evidencia clínica relevante sobre el manejo del angiosarcoma primario de mama, destacando la necesidad de un alto índice de sospecha ante lesiones atípicas y de rápido crecimiento. La estrategia terapéutica se adaptó al contexto oncológico y anatómico, con cirugía radical, tratamiento adyuvante y reconstrucción inmediata, sin comprometer el control tumoral. Se refuerza la importancia del abordaje multidisciplinario en patologías raras, donde la ausencia de guías estandarizadas exige decisiones individualizadas basadas en discusión clínica experta. Este enfoque permitió un manejo integral, eficaz y seguro, contribuyendo a la experiencia clínica sobre una entidad de difícil diagnóstico y escasa frecuencia.

4. Sección: Sección: Cirugía general



17, PORCENTAJE Y CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA COMO AMBULATORIA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO ENTRE LOS AÑOS 2023-2024 EN CLÍNICA DÁVILA RECOLETA.

Autores: Constanza Laplagne Jiménez, Katherina Herrera Torres, Francisco Acuña Donoso.

Clínica Dávila Recoleta

Introducción: La colecistectomía laparoscópica ambulatoria, se ha consolidado como el tratamiento estándar de la coledolitiasis no complicada en numerosos centros quirúrgicos de nuestro país, debido a su bajo riesgo, rápida recuperación y eficiencia en el uso de recursos hospitalarios. No obstante, un porcentaje de pacientes va a requerir hospitalización no planificada, lo cual genera un impacto económico, logístico y clínico. La hospitalización imprevista puede deberse a complicaciones intraoperatorias, dificultades anestésicas, evolución clínica desfavorable, factores sociales, entre otros. La identificación preoperatoria de estas permite optimizar la selección de pacientes candidatos a cirugía ambulatoria, fortalecer los protocolos de admisión y reducir las tasas de ingreso no programado, mejorando así la seguridad de la atención quirúrgica.

Objetivos: Determinar el porcentaje y las causas más frecuentes de hospitalización en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica programada como ambulatoria, en Clínica Dávila entre los años 2023-2024.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en Clínica Dávila Recoleta, basado en la revisión de registros clínicos de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica entre los años 2023-2024. Se incluyeron todos los casos de cirugía ambulatoria que posteriormente requirieron hospitalización. Los datos fueron anonimizados para proteger la confidencialidad de los pacientes. Se analizaron las variables: número total de colecistectomías laparoscópicas ambulatorias realizadas, año y causa de hospitalización.

Resultado: Durante el año 2023 se realizaron 1853 colecistectomías laparoscópicas ambulatorias, de las cuales 97 pacientes requirieron hospitalización no planificada, lo que corresponde a un 5,2%. Las principales causas fueron: indicación de anestesia (22,6%), cirugía laboriosa (20,6%), error de admisión (19,5%), indicación del cirujano (como vesícula inflamada) (15,4%), falta de red de apoyo y complicación intraoperatoria con un (8,2%) cada una, mala evolución clínica (7,2%) y conversión a cirugía abierta (1%). En el año 2024, se realizaron 1945 colecistectomías laparoscópicas ambulatorias, con 116 hospitalizaciones correspondientes al 5,9%. Las principales causas de hospitalización fueron: cirugía laboriosa (22,4%), error de admisión (19,8%), mala evolución clínica (25%), indicación de anestesia (14,6%), complicaciones intraoperatorias (5,1%), falta de red de apoyo y solicitud del paciente (4,3%) cada una, indicación del cirujano (2,5%) y conversión a cirugía abierta (1,7%).

Conclusión: La hospitalización no planificada posterior a colecistectomía laparoscópica ambulatoria en Clínica Dávila Recoleta, osciló entre 5,2% y 5,96% en los años evaluados, similar a lo reportado internacionalmente (3-8%). Las causas más frecuentes fueron cirugía laboriosa, error de admisión y mala evolución clínica. Estos hallazgos subrayan la necesidad de optimizar los criterios de selección preoperatoria y permiten afirmar que, si bien la colecistectomía laparoscópica ambulatoria es segura, depende no sólo del acto quirúrgico, sino de un abordaje integral que combine la selección rigurosa, trabajo multidisciplinario, comunicación efectiva con el paciente, y la capacidad institucional del cumplimiento de protocolos más precisos.

18, CIRUGÍA ROBÓTICA MARS AMBULATORIA CON UN SOLO CIRUJANO: SERIE INICIAL DE 51 CASOS CON ALTA SATISFACCIÓN USUARIA

Autores: Julio Jiménez L., Natasha Paravic R., Marcelo Yáñez L., Matías Hidalgo P., Ignacio Robles G., Isidora Méndez V., Theare Astudillo B., Benjamín Campusano D.

Hospital Luis Tisné - Universidad De Chile

Introducción: La cirugía robótica asistida por magnetismo (Magnetic-Assisted Robotic Surgery, MARS) es una nueva plataforma desarrollada para maximizar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, al mismo tiempo que mejora el control y la visualización del cirujano. El sistema está compuesto por dos brazos robóticos que permiten al cirujano controlar la cámara laparoscópica y un grasper magnético intraperitoneal desplegable, diseñado para proporcionar retracción sin incisiones.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de la plataforma MARS tras su uso en colecistectomías laparoscópicas ambulatorias realizadas por un solo cirujano, así como examinar las percepciones de los pacientes sobre este enfoque.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de una base de datos mantenida prospectivamente que incluyó a todos los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria con puertos reducidos asistida por MARS por coleditiasis sintomática, entre enero y agosto de 2024, en un hospital de tercer nivel. Todos los procedimientos se realizaron sin asistente quirúrgico. Los desenlaces primarios fueron morbilidad a 30 días, reingresos a 30 días, tiempo operatorio y satisfacción del paciente evaluada mediante una versión modificada del Cuestionario de Satisfacción Quirúrgica (SSQ) a los 30 días.

Resultado: Se identificaron 51 pacientes con una edad media de 47.3 ± 13.9 años, siendo la mayoría mujeres ($N = 45$; 88.2%). El tiempo operatorio promedio fue de 52.8 ± 16.3 minutos. Todos los pacientes fueron dados de alta antes de 6 horas postoperatorias. No se registraron morbilidades ni reingresos a los 30 días. Cuarenta pacientes (78.4%) completaron el SSQ modificado a los 30 días, reportando altos niveles de satisfacción en cuanto al manejo del dolor, recuperación de la funcionalidad basal y la experiencia quirúrgica global. El 92.5% se mostró "muy satisfecho" con el uso del sistema MARS, y el 97.5% lo recomendaría a otros pacientes.

Conclusión: Este estudio demuestra la seguridad y factibilidad de la plataforma MARS para colecistectomías laparoscópicas ambulatorias con puertos reducidos realizadas por un solo cirujano, con un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes. El sistema MARS resultó especialmente útil para la retracción simultánea de la vesícula biliar y la manipulación de la cámara laparoscópica por parte del cirujano operador, eliminando así la necesidad de un asistente quirúrgico.

19, DIEZ AÑOS DE COOPERACIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA ENTRE CHILE Y CHAD: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA ALIANZA SANITARIA INTERNACIONAL

Autores: Enzo Castiglioni Del Río, Enzo Castiglioni, Juan Pablo Tarzijan, Nicolás Craig, Eleonore Henderson, Noskar Navarro, Francisca Belmar, Pedro Sfeir, Jorge Martínez, Rodrigo López, Santiago Besa

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: Chad, país de África central con cerca de 19 millones de habitantes, enfrenta profundas brechas sociales y sanitarias, con altos niveles de pobreza multidimensional, baja esperanza de vida y escasez crítica de profesionales médicos. En este contexto, el Complejo Hospitalario-Universitario El Buen Samaritano (CHU-BS), ubicado en la capital N'Djamena, cumple un rol clave como centro asistencial y formador. Desde 2009, la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) ha establecido una colaboración sostenida con esta institución, desarrollando 18 operativos médico-quirúrgicos y docentes. Esta alianza ha permitido no solo la resolución de patologías quirúrgicas complejas, sino también la formación bilateral en distintas áreas de la salud, consolidándose como un modelo de cooperación académica y sanitaria internacional.

Objetivos: 1) Realizar un estudio descriptivo del proyecto de colaboración con el CHU-BS y actividades realizadas hasta el momento. 2) Efectuar una recolección de datos históricos de la colaboración enfocada en el ámbito quirúrgico, con una posterior descripción estadística. 3) Identificar barreras y facilitadores para la sostenibilidad de la cooperación quirúrgica a futuro.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional descriptivo que analiza de forma retrospectiva las actividades quirúrgicas desarrolladas en los últimos 10 años (2016-2025) en el marco de una cooperación internacional entre la PUC y el CHU-BS en N'Djamena, Chad. a) Población y muestra: Se incluyeron todas las intervenciones quirúrgicas realizadas durante los operativos médicos desarrollados. b) Fuentes de información: Se utilizaron registros clínicos locales e informes de trabajo. c) Datos: Se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias absolutas y porcentajes según tipo de variable. Los datos fueron procesados mediante Microsoft Excel.

Resultado: Durante el periodo 2016–2025, los operativos en Chad permitieron llevar a cabo un total de 396 intervenciones quirúrgicas. El año peak fue 2018 abarcando un 26% de las operaciones totales. El 16% del total correspondió a intervenciones de urgencia. La mortalidad perioperatoria fue de un 2,5%. Cirugía general (34%), cirugía reconstructiva (15%) y urología (14%) acumularon más del 60 % del total de las intervenciones quirúrgicas, manteniéndose esta tendencia en 2025. El tipo de intervenciones quirúrgicas y la mortalidad perioperatoria se han mantenido estables en estos 10 años. Los hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer el registro perioperatorio y fomentar las especialidades de mayor demanda.

Conclusión: La alianza sostenida entre la PUC y el CHU BS constituye un modelo replicable de cooperación quirúrgica con impacto bidireccional. Entre 2016 y 2025 se efectuaron 396 operaciones que resolvieron patologías complejas en una población con acceso restringido a cirugía especializada. Más allá del beneficio asistencial, la iniciativa ofrece un valor formativo sustancial: fortalece las competencias del personal médico y de enfermería chadiano y, simultáneamente, proporciona al staff médico y residentes un entorno de aprendizaje inmersivo en cirugía de alta complejidad con recursos limitados, fortaleciendo competencias en salud global; hasta la fecha, más de 70 profesionales de la PUC han participado en esta iniciativa. Superar las brechas logísticas (por ejemplo, la conectividad limitada), de recursos humanos y de registro será esencial para consolidar la sostenibilidad y expandir el alcance del programa.

20, INTEGRACIÓN DE REALIDAD AUMENTADA Y VISUALIZACIÓN 3D CON CIRUGÍAS ROBÓTICAS MARS: PRIMEROS CASOS CLÍNICOS CON TECNOLOGÍAS DE VANGUARDIA COMBINADAS

Autores: Julio Jimenez L., Natasha Paravic R., Ignacio Robles G., Marcelo Yáñez L., Matías Hidalgo P., Isidora Méndez V., Theare Astudillo B., Benjamín Campusano D.

Hospital Luis Tisné - Universidad De Chile

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (CMI) enfrenta desafíos persistentes, como la limitada percepción de profundidad en sistemas 2D, la dependencia de asistentes quirúrgicos y la necesidad de múltiples puertos.

Objetivos: Este estudio evalúa la integración clínica de tres tecnologías avanzadas: el sistema robótico MARS (Magnetic-Assisted Robotic Surgery), visualización 3D (EinsteinVision) y realidad aumentada (RA) mediante el visor Meta Quest 3, para abordar estas limitaciones.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo aprobado por el comité de ética institucional que incluyó 10 pacientes sometidos a cirugía laparoscópica con puertos reducidos (colecistomías, cirugías ginecológicas, bariátricas y reparación de hernia hiatal) en octubre de 2024. El sistema combinó: (1) MARS para retracción magnética, reduciendo puertos; (2) cámara 3D para percepción de profundidad mejorada; y (3) RA con Meta Quest 3, eliminando monitores externos y lentes polarizados. Se analizaron tiempos operatorios, complicaciones y percepciones quirúrgicas.

Resultado: La mediana de tiempo operatorio fue de 108 minutos (rango: 44–218), comparable a técnicas convencionales. Las colecistomías requirieron 72.25 minutos (rango: 57–97) y se realizaron sin asistente humano. No hubo complicaciones ni reingresos a 30 días. Todos los cirujanos reportaron visualización "significativamente mejorada" con la plataforma integrada, destacando la eliminación de monitores externos y la percepción 3D precisa.

Conclusión: La integración sinérgica de MARS, visualización 3D y RA optimiza la CMI, reduciendo invasividad y mejorando la precisión quirúrgica sin comprometer la seguridad. Futuros estudios deberán evaluar impacto económico, ergonomía y aplicaciones en entrenamiento quirúrgico

22, CARACTERIZACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA EN ADULTOS EN CHILE: ANÁLISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL PERÍODO 2013-2023

Autores: Constanza Baeza B., Maximiliano Puebla H., Úrsula Figueroa F., Manuel Figueroa G.

Departamento De Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile.

Introducción: La obstrucción intestinal alta representa hasta el 15% de todas las cirugías de urgencia. Presenta una morbimortalidad significativa y alta recurrencia, por lo que es importante caracterizar esta patología a nivel nacional.

Objetivos: Describir la incidencia de casos según diagnóstico etiológico, variaciones en subgrupos temporales y características demográficas de la población estudiada a nivel nacional.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal. Se obtuvieron datos de egresos hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información de Salud entre 2013 y 2023. Se identificaron 14 códigos CIE-10 con etiologías de obstrucción intestinal alta y se incluyeron adultos sobre 20 años. Se excluyeron etiologías correspondientes a obstrucción intestinal baja. El periodo de estudio fue subdividido en 4 subgrupos (2013 a 2015, 2016 a 2018, 2019 a 2021 y 2022 a 2023). Se compararon además los periodos 2017–2019 (pre COVID) y 2020–2022 (post COVID) mediante pruebas de chi-cuadrado. Se realizó análisis descriptivo y analítico mediante pruebas no paramétricas utilizando el software estadístico R.

Resultado: Se obtuvo un total de 82.832 casos, de los cuales el 51,7% correspondió a mujeres y el 48,3% a hombres. La mayoría de los casos se concentró entre los 60 y 80 años (40,6%). Las regiones con mayor incidencia de casos fueron la Región de Magallanes y de Aysén con 76,82 y 68,3 casos por 10.000 habitantes respectivamente. Las regiones con menor incidencia reportada fue en las regiones de Arica y Parinacota y de Antofagasta (13,31 y 35,57 casos por 10.000 habitantes respectivamente). Las etiologías más prevalentes fueron adherencias y bridas constituyendo un 48,9% del total, seguidas por patología herniaria (39%), con menor frecuencia de íleo biliar (0,8%) y misceláneas (11,2%). El análisis temporal mostró un aumento de la incidencia con una tendencia estable, con aumento de la incidencia promedio anual de 205 casos por año y una incidencia anual general de 4 casos x 10.000 habitantes ($p = 0.013$). En la comparación entre periodos pre y post COVID, se observó una disminución significativa ($p < 0.001$) en hernias inguinales y femorales (aproximadamente 22% y 10% menos respectivamente), sin diferencia estadística en otras etiologías. No se encontraron diferencias significativas al ajustar por sexo ni grupo etario.

Conclusión: La obstrucción intestinal alta mostró una incidencia estable a nivel nacional, predominando las adherencias y bridas como causa principal. Se evidenciaron variaciones geográficas relevantes y una disminución significativa en hernias post pandemia.

23, ESTADO ACTUAL DE LA ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN UN CENTRO

Autores: Eduardo Vera F, Catalina Hernández C, Cristóbal Ulloa A, Benjamín Omegna D.

Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: La úlcera péptica perforada (UPP) constituye una entidad grave, con una mortalidad que puede alcanzar el 15-30%, secundaria a shock séptico en la mayoría de los casos. A pesar de la tendencia hacia la disminución de la enfermedad ulcerosa en los últimos años, esta complicación se ha mantenido constante. La proporción general de UPP es 7 veces menor que la atribuible a la hemorragia. Sin embargo, la UPP causa el 40% de todas las muertes relacionadas con úlcera péptica, con una tasa de mortalidad 5 veces mayor que la hemorragia por úlceras.

Objetivos: Evaluar aspectos epidemiológicos vigentes de los pacientes con úlcera péptica perforada, rol e importancia actual de los distintos factores de riesgo, ubicación dominante de la UPP, resultados inmediatos y a corto-mediano plazo del tratamiento quirúrgico a través de datos obtenidos de casos ingresados en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, de la ciudad de Viña del Mar.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo de registros clínicos de adultos hospitalizados por UPP en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del mar, entre los años 2021 y 2024.

Resultado: Se analizaron 72 pacientes con una mediana de edad de 59 años (20-83) y relación hombre:mujer de 3:1. En el 94,4% la perforación fue el debut clínico; el resto presentó dolor epigástrico urente previo. Un 41,6% tenía antecedentes de alcoholismo, 22,2% consumo crónico de cocaína o pasta base, 45,8% tabaquismo y 9,7% uso habitual de AINES. El síntoma principal fue dolor epigástrico súbito (93%). Un 68,7% presentó irritación peritoneal y 41,6% shock séptico. La mediana de tiempo hasta la consulta fue 4,7 horas (30 min-180 h). El 72,2% consultó antes de 24 h, 6,9% entre 24-48 h, 5,5% entre 48-72 h y 12,5% después. Desde el ingreso hasta la cirugía, el 41,6% fue operado antes de 2 h, 43% entre 2-6 h, 11,1% entre 6-12 h y 4,1% después. Todos fueron intervenidos. En 62 casos la úlcera estaba en el estómago y en 10 en el duodeno. De las gástricas, 1 fue en cardias, 8 en cuerpo, 43 prepilóricas y 10 pilóricas. El tamaño promedio (68% de casos) fue de 14 mm (2-60 mm, DE 10,5 mm). El 77,7% fue operado por vía abierta y 22,2% por laparoscopia. Se realizaron 6 ulcerorrafias simples, 60 con parche de Graham modificado, 4 piloroplastias, 2 exclusiones duodenales y 3 gastrectomías subtotales con GYA en Y de Roux. El 34,7% tuvo complicaciones postoperatorias, destacando colecciones, íleo y shock séptico. La mediana de estadía hospitalaria fue de 5,5 días (3-152). 33 pacientes requirieron UCI. La mortalidad a 30 días fue del 11,1% y a 90 días del 15,2%, mayoritariamente de origen séptico. En 51 casos se tomó biopsia: 47 mostraron úlcera péptica/gastritis y 4 adenocarcinoma gástrico. Solo 29 pacientes (40,2%) fueron seguidos por endoscopia. Se identificaron 5 úlceras activas y 4 cánceres gástricos. H. pylori fue detectado en 13 pacientes (8 gástricas y 5 duodenales).

Conclusión: La perforación de una úlcera péptica se mantiene como una complicación grave de la patología ulcerosa, con una morbimortalidad significativa y patrón nacional de incidencia que está evolucionando, probablemente por un notorio aumento del consumo de drogas, alcohol y AINES. Lo que podría explicar la mayor incidencia de úlceras gástricas perforadas, a diferencia de lo publicado en las series nacionales previas (mayor incidencia de úlceras duodenales).

24, IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO CON CONTRASTE HIDROSOLUBLE ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA

Autores: Enrique Cruz, Cristian Gallegos, Bárbara Carreño, Ramón Hermosilla, Iñaki Castro, Manuel Soto, Maohi Bonansco, Manuel Figueroa

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El contraste hidrosoluble oral se ha consolidado como una herramienta diagnóstica y terapéutica efectiva en el manejo inicial de la obstrucción intestinal por bridas. En 2017 se introdujo un protocolo institucional para su uso sistemático en un hospital universitario chileno. Este estudio describe la implementación progresiva del protocolo y sus resultados clínicos y económicos entre 2017 y 2024.

Objetivos: Describir la implementación progresiva de un protocolo institucional de uso sistemático de contraste hidrosoluble oral para el manejo inicial de la obstrucción intestinal alta por bridas.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de obstrucción intestinal alta por bridas, manejados inicialmente con tránsito intestinal con contraste hidrosoluble oral entre enero de 2017 y diciembre de 2024. Se excluyeron aquellos con indicación quirúrgica de urgencia y obstrucciones de causa tumoral. Se evaluaron variables clínicas, tasa de cirugía, días de hospitalización, mortalidad a 90 días, reingresos y costos hospitalarios. Los resultados se analizaron por periodos bianuales (4 grupos), y se realizó un análisis de tendencia temporal para desenlaces clínicos y económicos.

Resultado: Se incluyeron 110 pacientes. La tasa de paso de contraste fue de 79,3% en 2017–2018 y aumentó a 86,7% en 2023–2024. La tasa de cirugía disminuyó de 20,7% a 13,3%. La mediana de hospitalización varió entre 3,0 y 6,0 días, con menor duración en los últimos años (diferencia significativa entre 2019–2020 y 2023–2024; $p = 0,032$). La mortalidad a 90 días fue nula salvo en el periodo 2023–2024 (3,3%, un fallecido de causa respiratoria). La tasa de reingreso fluctuó entre 6,9% y 26,1% según periodo (1: 6,9%; 2: 26,1%; 3: 25,0%; 4: 16,7%; $p = 0,22$). Los costos hospitalarios mostraron una variación significativa entre periodos ($p = 0,028$), alcanzando una mediana máxima en 2019–2020 (2.403 USD) y una disminución progresiva hasta 1.361 USD en 2023–2024.

Conclusión: Tras ocho años de implementación continua, el protocolo demostró un uso progresivo seguro con resultados comparables, con bajo requerimiento quirúrgico y mortalidad. Su adopción progresiva refuerza su viabilidad como estrategia institucional.



190, COLECISTECTOMÍA Y APENDICECTOMÍA PROFILÁCTICA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS

Autores: María José Mendoza Ibacache, Jacqueline Johanna Villanueva Benguria, Diego Hernán Godoy Reyes, Laura Mancilla Bunster, Felix Calleja Truyol.

Hospital Naval Almirante Nef

Introducción: El situs inverso total es una anomalía congénita poco frecuente, con una incidencia estimada de 1 en 10.000 a 1 en 20.000 nacimientos, caracterizada por una disposición especular de los órganos toracoabdominales. Esta condición anatómica representa un desafío significativo para los cirujanos, especialmente en procedimientos mínimamente invasivos, debido a la inversión de las referencias anatómicas habituales. En el Hospital Naval, no solo se realizan cirugías programadas habituales como la colecistectomía laparoscópica, sino también procedimientos profilácticos como la apendicectomía en personal embarcado que será destinado a zonas aisladas, como la Antártica, donde el acceso a atención quirúrgica de urgencia es limitado o inexistente. La combinación de un procedimiento doble (colecistectomía y apendicectomía laparoscópica) en un paciente con situs inverso presenta una oportunidad única para mostrar la planificación, adaptación técnica y ejecución quirúrgica en un entorno quirúrgico real.

Objetivos: 1. Mostrar la estrategia quirúrgica y adaptación técnica requerida para realizar una colecistectomía laparoscópica en un paciente con situs inverso total. 2. Ilustrar la factibilidad y el abordaje de una apendicectomía laparoscópica profiláctica en el mismo paciente, en el contexto de una política sanitaria militar preventiva. 3. Resaltar los desafíos anatómicos, ergonómicos y de orientación espacial propios del situs inverso durante la cirugía laparoscópica. 4. Contribuir a la formación de cirujanos generales frente a condiciones anatómicas infrecuentes mediante un enfoque práctico y reproducible.

Contenido del video: - Breve presentación del caso clínico, destacando antecedentes, indicaciones quirúrgicas y hallazgos preoperatorios. - Descripción de la instalación del paciente y configuración del equipo quirúrgico, subrayando los ajustes realizados respecto a la orientación clásica (posición del cirujano, monitor, trocares). - Colecistectomía laparoscópica paso a paso, enfatizando el reconocimiento seguro de la anatomía biliar invertida, la obtención de la "visión crítica de seguridad" y el control vascular. - Apendicectomía laparoscópica, destacando la localización del ciego en el cuadrante superior izquierdo, la disección del mesoapéndice y la sección del apéndice con técnica estándar. - Comentarios intraoperatorios sobre dificultades técnicas específicas (dominancia de la mano no habitual, orientación invertida, inversión de maniobras).

192, GIRO INESPERADO: BAZO ERRANTE Y VÓLVULO INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Autores: Josefina Campos S., Ricardo Urzúa L., Gabriela Fuentes B., Hernan Zúñiga G., Felipe Bellolio R.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: El bazo errante es una condición muy rara caracterizada por la hipermovilidad del bazo en la cavidad abdominal, debida a la laxitud o ausencia de sus ligamentos de fijación. Esta condición puede originar complicaciones graves como torsión del pedículo esplénico, infarto esplénico y, en raros casos, obstrucción intestinal. Usualmente, el mecanismo obstructivo es compresivo; sin embargo, la torsión intestinal sobre el hilio esplénico no ha sido previamente documentada en la literatura.

Objetivos: Reportar un caso clínico de obstrucción intestinal alta secundaria a rotación intestinal sobre el hilio esplénico en una paciente con bazo errante y describir mediante un video el abordaje quirúrgico laparoscópico con esplenopexia como resolución.

Contenido del video: Presentamos el caso de una mujer de 28 años, con antecedentes de hemicolectomía derecha extendida por vólvulo crónico de colon transversal, quien consultó por dolor abdominal y signos clínico-radiológicos de obstrucción intestinal. La tomografía computarizada evidenció asas dilatadas de íleon y punto de transición en hipocondrio izquierdo en relación con anastomosis íleo - colónica, con rotación órgano-axial del colon sigmoidees. Ingresó inicialmente para desvolvulación endoscópica y luego se decidió realizar la resección del segmento afectado por riesgo de recurrencia. Intraoperatoriamente se identificó torsión del segmento ileocolónico en torno al hilio esplénico, asociado a bazo errante en flanco izquierdo. Se realizó esplenopexia con fijación al retroperitoneo y epiplón mayor remanente. El postoperatorio fue favorable, con recuperación precoz y alta a las 24 horas postquirúrgicas.

254, PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL CON NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL EN TEJIDO ECTÓPICO PANCREÁTICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Francisco Navarro S., Aline Jamet D., Paz Bello V., Alejandro Ortega V., Karina Rondon D., Juan Maturana A.

Hospital Regional De Arica Dr. Juan Noé Crevani. Universidad De Tarapacá

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, generalmente asintomática en adultos. Las complicaciones más comunes incluyen diverticulitis, obstrucción y hemorragia, mientras que la perforación es una presentación poco frecuente pero potencialmente grave. La perforación es una complicación infrecuente, especialmente cuando se asocia a tejido pancreático ectópico y neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN), un hallazgo excepcional.

Objetivos: Reportar un caso infrecuente de DM perforado con tejido pancreático ectópico y IPMN, con compromiso inflamatorio del colon sigmoidees por contigüidad, simulando una diverticulitis aguda.

Contenido del E-Poster: Análisis de un caso clínico en el Servicio de Urgencia del Hospital Juan Noé Crevani y revisión de la literatura disponible.

Resultado: Hombre de 52 años consulta en servicio de urgencia por dolor en fosa ilíaca izquierda. Antecedente de diverticulitis aguda tratada ambulatoriamente. En laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados. TC abdominal mostró signos inflamatorios sugerentes de diverticulitis aguda complicada. Se decide laparotomía exploradora. En intraoperatorio se pesquiza plastrón entre íleon con DM y colon sigmoidees, perforándolo, a su vez, por contigüidad. Se resecta divertículo de Meckel y de segmento de colon sigmoidees comprometido. Paciente evoluciona favorablemente en postoperatorio. La anatomía patológica reveló DM perforado, con tejido pancreático ectópico y una IPMN de bajo grado con diferenciación gástrica e intestinal y displasia de bajo grado.

Conclusión: La coexistencia de una perforación de DM con una lesión preneoplásica obliga a un seguimiento clínico estrecho y destaca la importancia del estudio histopatológico sistemático de los divertículos resecados, incluso cuando se consideran hallazgos incidentales. Por otro lado, este caso enfatiza la necesidad de incluir al divertículo de Meckel en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, aun cuando el dolor se localice en zonas atípicas. Aunque infrecuente, el tejido pancreático ectópico presente en un porcentaje significativo de estos divertículos puede desarrollar lesiones similares a las del páncreas ortotópico, incluyendo IPMN y adenocarcinoma.

255, SÍNDROME DE COCOON O PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE PRIMARIA. SERIE DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autores: Cristian Gallegos C, Javiera Araya S, Lorena Sánchez P, Rustam Paredes M, Grover Ergueta, Ángela Marín, Geraldine Moraga, Owen Korn B, Jorge Rojas C.

Equipo De Cirugía Esófago Gástrica, Departamento De Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile.

Introducción: La peritonitis esclerosante encapsulante primaria, también conocido como síndrome de Cocoon, es una rara entidad clínica que se caracteriza por la formación de una membrana fibrocolágena que envuelve las asas del intestino delgado, provocando obstrucción intestinal. Dada la escasa frecuencia de esta entidad, resulta importante reportar los casos para orientar posibles causas, estudio, manejo y evaluar su seguimiento.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos de 4 pacientes con obstrucción intestinal secundaria a peritonitis esclerosante encapsulante primaria. Revisión de la literatura disponible al respecto.

Contenido del E-Poster: Se recopilaron datos de la ficha clínica electrónica, registros de protocolos, estudios de imágenes preoperatorias y resultados anatomopatológicos de 4 pacientes tratados en nuestro centro. Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando los términos "peritonitis esclerosante encapsulante" y "síndrome de Cocoon".

Resultado: Se presentan 4 pacientes de sexo masculino entre 18 y 67 años, ingresados en contexto de dolor abdominal y vómitos de forma intermitente. Todos los pacientes presentaron bajas de peso de al menos 10 kg y la evolución de los cuadros fue entre 3 y 12 meses. El diagnóstico preoperatorio de peritonitis esclerosante se efectuó en 3 de los casos mediante TC y en 1 fue un hallazgo intraoperatorio. En todos los pacientes el nivel de obstrucción se presentó a nivel del ángulo de Treitz con importante dilatación duodenal y gástrica de forma retrograda. Todos se abordaron por laparotomía, efectuando una liberación del intestino delgado atrapado, mediante una meticulosa adherenciólisis y resección de la cápsula fibrosa. En el seguimiento posterior (a 11 años) 1 paciente presentó un nuevo cuadro de obstrucción intestinal adherencial que se resolvió quirúrgicamente sin incidentes, todos lograron recuperar de forma paulatina el peso perdido.

Conclusión: La peritonitis esclerosante encapsulante primaria o síndrome de Cocoon es una patología adquirida, infrecuente y que resulta de difícil diagnóstico. Aunque en sus primeras descripciones era considerada una entidad más asociada en mujeres de zonas tropicales, hoy la literatura muestra una fuerte tendencia al sexo masculino sin mayor asociación demográfica. Su presentación puede simular diversos trastornos digestivos. Aunque su presentación clínica es inespecífica, los síntomas cardinales incluyen pérdida de peso, vómitos y dolor abdominal. El tratamiento es quirúrgico, realizando una cuidadosa adherenciólisis y resección de la membrana fibrosa que envuelve el intestino delgado, con lo cual se obtienen una mejoría clínica satisfactoria. La TC abdominal es el examen de elección y puede orientar de forma certera el cuadro. Si bien su etiología no está clara, pareciera que mecanismos inmunomediados podrían estar implicados, en la generación de una reacción peritoneal del tipo autoinmune.

256, APENDICITIS AGUDA INDUCIDA POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE UNA RARA COMPLICACIÓN.

Autores: Agustín Tapia P, Lorena Ancieta S, Ignacio Donoso M, Catherin Marulanda S, Vania Rojas C

Hospital Regional De Talca

Introducción: La apendicitis aguda secundaria a cuerpo extraño es una causa extremadamente infrecuente de inflamación apendicular, representando apenas el 0,0005% de los casos reportados. Esta condición puede presentarse en forma aguda o crónica, y es inducida por la impactación de material no digerible en la luz del apéndice, generando obstrucción, daño mucoso, reacción inflamatoria local y, en etapas avanzadas, perforación o formación de abscesos. Aunque la mayoría de los cuerpos extraños ingeridos transitan sin incidentes por el tracto gastrointestinal, en raras ocasiones pueden alojarse en el apéndice y desencadenar este tipo de complicación. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, apoyado en la anamnesis dirigida, la exploración física y los estudios de imagen que permitan localizar el objeto en la fosa ilíaca derecha o identificar signos indirectos de complicación. El tratamiento de elección es la apendicectomía, idealmente por vía laparoscópica, lo que permite resolver el proceso inflamatorio y extraer el cuerpo extraño con buenos resultados postoperatorios.

Objetivos: Describir una presentación inusual de apendicitis aguda secundaria a cuerpo extraño, enfatizando los desafíos diagnósticos derivados de su evolución prolongada y la utilidad del seguimiento imagenológico en la decisión quirúrgica oportuna.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 78 años consultó por dolor abdominal tipo cólico en fosa ilíaca derecha, de tres meses de evolución, posterior a ingesta accidental de cuerpo extraño metálico. Se indicó manejo conservador con seguimiento ambulatorio, realizándose 19 radiografías abdominales y 4 tomografías computadas, que evidenciaron migración del objeto por intestino delgado hasta fosa ilíaca derecha. Ante persistencia de síntomas y signos de irritación peritoneal, se indicó apendicectomía abierta por vía media infraumbilical.

Resultado: Durante la cirugía se identificó apéndice cecal de 6 x 2 cm con perforación apical y cuerpo extraño tipo tornillo metálico en su lumen. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones, con alta hospitalaria en buenas condiciones generales.

Conclusión: La presencia de cuerpos extraños en el apéndice es extremadamente rara. Su ingreso al lumen apendicular depende de factores anatómicos y de motilidad intestinal, y su expulsión espontánea es poco frecuente una vez alojados. Aunque muchos casos son asintomáticos, otros pueden complicarse con inflamación, obstrucción o perforación, como en este caso. El seguimiento clínico estrecho e imagenológico permite identificar a los pacientes que requerirán resolución quirúrgica. En casos seleccionados, la extracción endoscópica podría considerarse si el objeto aún se encuentra en estómago o duodeno. Este caso enfatiza la necesidad de vigilancia prolongada en pacientes con síntomas persistentes tras ingesta de cuerpos extraños.

257, VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores: María Fernanda Rodríguez Izquierdo, Ana Liscar Sutherland Michelangeli, Carlos Alexander Muñoz Morales, Jesús Alejandro Soublett Rivas, Ana María Marín Marín, Jesus Leonardo Coa Bracho, Steffi Anne-marie Wachtendorff Salinas, Honorio Antonio Hernández González

Hospital Provincial De Talagante

Introducción: El vólvulo de la vesícula biliar es una causa infrecuente dentro de las patologías del sistema hepatobiliar, con aproximadamente 500 casos documentados en la literatura desde finales del siglo XIX. Se describe como una torsión de la vesícula biliar alrededor de su eje, afectando la arteria y el conducto cístico. Esta condición rara, cuya etiología sigue siendo desconocida, puede ocurrir debido a la ausencia de mesenterio en la vesícula biliar o el conducto cístico, o a la presencia de un mesenterio amplio y móvil, lo que lleva a un aspecto de "vesícula flotante". Es más común en mujeres de 70 a 80 años, y su diagnóstico preoperatorio es complicado debido a la similitud con la colecistitis aguda. Esto resalta la necesidad de un diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno.

Objetivos: Describir un caso clínico de vólvulo de vesícula biliar. Analizar la presentación clínica y el diagnóstico diferencial. Resaltar la importancia de la intervención quirúrgica temprana.

Contenido del E-Poster: Se presenta caso clínico de paciente femenina de 88 años que consulto por dolor abdominal de 72 horas de evolución, localizado en hipocondrio y flanco derecho, con náuseas y vómitos. Se realizan Exámenes con Parámetros inflamatorios elevados y perfil hepático normal, en la Tomografía computarizada reveló estructura quística con un cálculo en el interior y signos de inflamación, compatible con vólvulo vesicular.

Resultado: Se realizó una laparoscopia observando plastrón vesicular formado por omento mayor, el ángulo hepático del colon y el estómago. Por dificultad se optó por convertir a una cirugía abierta. Se constató una vesícula biliar de 15 x 10 cm, rotada sobre su eje mayor a 180°, lo que condiciono gangrena de las paredes en el fondo y el cuerpo de la vesícula. Se identificaron el conducto cístico, la arteria cística y la vía biliar principal. La colecistectomía se realizó de urgencia, logrando la desvolvulación y resección de la vesícula gangrenada. En el Postoperatorio evolución fue favorable con egreso a 3 días.

Conclusión: El vólvulo de vesícula biliar es una entidad infrecuente pero grave que requiere un alto índice de sospecha clínica, especialmente en adultos mayores. La identificación temprana mediante estudios de imagen y la colecistectomía urgente son fundamentales para prevenir complicaciones significativas y mejorar el pronóstico.

258, MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE ABSCESOS HEPÁTICOS POR VÍA PERCUTÁNEA GUIADO POR ECOGRAFÍA. REPORTE DE CASOS Y EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL EMERGENTE DEL NORTE GRANDE DE CHILE.

Autores: Pablo González B., Joaquín Aracena A., Camila Aracena A., Macarena Martínez C, Ana Gómez A., Joaquín Zambrano F., Mariana Naranjo T.

Servicio De Cirugía. Servicio De Radiología. Hospital Carlos Cisternas, Calama

Introducción: Los abscesos hepáticos (AH) son una patología infrecuente, pero con alta morbimortalidad. Su incidencia varía según región estudiada, igual que su etiología (principalmente piógenos y polimicrobianos). El manejo percutáneo precoz permite disminuir complicaciones optimizando terapias y mayor resolutiveidad.

Objetivos: Presentar la experiencia inicial del manejo mínimamente invasivo de AH en un hospital del norte de Chile reinaugurado en el año 2017 aumentando su nivel de complejidad y resolución.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte descriptivo de pacientes diagnosticados y sometidos a manejo mínimamente invasivo por drenaje percutáneo ecográfico entre marzo 2024-Julio 2025. Procedimientos realizados en pabellón central, toma de muestra para cultivo bacteriológico, utilización de catéteres de drenaje Neo-Hydro® 12Fr, seguimiento clínico-imagenológico. Se recopilaban datos prospectivamente, analizando variables demográficas, quirúrgicas, complicaciones y recidiva. AH mayores de 5 cm como criterio de inclusión, se excluyeron pacientes con AH complicados o inestables.

Resultado: Serie de 10 pacientes con AH tratados durante el periodo marzo 2024-julio 2025, promedio de edad de 54 años, 50% nacionalidad boliviana, 50% nacionalidad chilena, predilección masculina (90%). 20% presentaban diabetes mellitus tipo 2. Presentación clínica fue dolor abdominal y fiebre en el 90% (9/10) de los casos. 10% (1/10) presentó ictericia obstructiva en el debut de los síntomas. Todos los pacientes tuvieron tomografía computarizada de ingreso en urgencia y ecografía pre-procedimiento, con un tamaño promedio de 94 mm. Se decidió manejo percutáneo en todos los pacientes, guiada ecográficamente con técnica de punción directa. Se realizó cultivo de todas las muestras, obteniendo en un 30% resultado positivo, encontrando *Enterococcus* spp como germen principal (20%). La totalidad de los pacientes cumplió tratamiento antimicrobiano, con un mínimo de 21 días. Promedio de estadía hospitalaria 10 días, completando un total de tratamiento antibiótico asociado con cobertura anaerobia entre 4-6 semanas, con traslape a tratamiento oral al momento de egreso y controles seriados. No se obtuvo mortalidad ni recidiva de la serie observada durante el periodo de tiempo.

Conclusión: Los abscesos hepáticos son una patología infrecuente y con alta morbimortalidad, pese a ello, en nuestro medio observamos una prevalencia e incidencia aumentada en un corto periodo de tiempo, que puede estar determinado por las características demográficas locales de nuestra población. El manejo mediante antibióticos y drenaje percutáneo, resultó útil en reducir la morbimortalidad de estos pacientes con disminución en los tiempos de hospitalización, por lo que este manejo se recomienda de existir apoyo con radiólogos o cirujano entrenado en ecografía en esta experiencia inicial.

259, EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE HERNIAS ABDOMINALES COMPLEJAS: SERIE DE CASOS EN UN CENTRO TERCIARIO

Autores: Vicente Fernández Rodríguez, Montserrat Chávez Raimann, Sebastián Sapiain González, María De Los Ángeles Vargas Cruz, Tomás González Arestizábal

Hospital Padre Hurtado

Introducción: Las hernias abdominales complejas representan un desafío quirúrgico significativo debido a su elevada tasa de complicaciones, recurrencia y la frecuente presencia de comorbilidades. Este estudio presenta una serie de casos intervenidos en un centro de alta complejidad, describiendo características clínicas, técnicas preoperatorias y quirúrgicas empleadas además de evolución postoperatoria.

Objetivos: Presentar una serie de casos de pacientes con hernias abdominales complejas y su manejo tanto preoperatorio como evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Se incluyeron 6 pacientes con diagnóstico de hernia compleja abdominal intervenidos entre 2023 y 2025. Se analizaron variables clínicas, comorbilidades, índice de masa corporal, características de la hernia, técnicas preoperatorias, separación de componentes y evolución postoperatoria.

Resultado: La cohorte estuvo compuesta por 4 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 54,7 años (rango: 33–67). Tres pacientes presentaban hipertensión arterial y dos diabetes mellitus. El 17% tenía obesidad (IMC ≥ 30). En todos los casos se trató de hernias ventrales o incisionales de gran tamaño, algunas recidivadas. Se emplearon técnicas abiertas con refuerzo protésico en la mayoría de los casos. Dos pacientes (33%) presentaron complicaciones de la herida operatoria, principalmente infecciones, una de ellas con necesidad de hospitalización prolongada. No se registraron fallecimientos en el postoperatorio.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico de las hernias abdominales complejas debe considerar estrategias preoperatorias que optimicen el cierre fascial y reduzcan complicaciones. En esta serie, aunque no todos los pacientes recibieron manejo preparatorio, se reconoce el valor del neumoperitoneo progresivo preoperatorio, técnica útil para incrementar la capacidad abdominal y disminuir el riesgo de síndrome compartimental postoperatorio, especialmente en casos con pérdida de dominio. Asimismo, el uso de toxina botulínica tipo A ha emergido como una herramienta eficaz en relajar la musculatura lateral del abdomen, permitiendo una mejor aproximación fascial sin tensión, y en algunos estudios ha mostrado reducir la necesidad de separación de componentes. La incorporación sistemática de estas medidas podría mejorar los resultados funcionales y reducir las tasas de complicaciones, particularmente en pacientes con defectos extensos o recidivantes. Su implementación debería considerarse en centros de referencia como parte de un abordaje multimodal y personalizado. El tratamiento de hernias abdominales complejas exige un enfoque individualizado y multidisciplinario. Pese al uso de técnicas reconstructivas avanzadas, la morbilidad sigue siendo relevante. Se sugiere incorporar estrategias preoperatorias como neumoperitoneo progresivo y toxina botulínica, especialmente en defectos mayores, como parte del protocolo de manejo integral.

260, VÓLVULO GÁSTRICO EN PACIENTE CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Florencia Sanzana O., Josefa Cerda E., Catalina Barra R., Bryan Schulz O., María Jesús Sanzana O., Valentina Vega Q.

Universidad Católica De La Santísima Concepción

Introducción: El vólvulo gástrico asociado a hernia diafragmática es una entidad clínica infrecuente pero de alta complejidad y potencialmente mortal, que se caracteriza por la torsión del estómago sobre su eje anatómico, lo que puede derivar en isquemia, necrosis y perforación gástrica. Su diagnóstico se dificulta por una presentación clínica inespecífica, impidiendo un abordaje quirúrgico precoz, algo fundamental para reducir la morbilidad. Este reporte describe el manejo quirúrgico de un caso complejo con compromiso isquémico severo, enfatizando la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica en pacientes con hernias diafragmáticas para optimizar resultados y prevenir complicaciones severas y/o mortales.

Objetivos: Presentar un caso de baja incidencia, pero sin embargo de alta mortalidad, por su importancia clínica y que pudiese representar un reto diagnóstico para el médico.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso de paciente intervenido en Hospital Clínico Herminia Martín, Chillán en 2025. Revisión bibliográfica en base de datos Pubmed con términos de búsqueda: "gastric volvulus" y "diaphragmatic hernia".

Resultado: Paciente masculino de 64 años, con antecedente de hipertensión arterial, consulta por dolor abdominal intenso de tres días de evolución, irradiado a tórax y dorso, tipo urente, EVA 10/10, asociado a vómitos. Al examen físico se evidencia abdomen distendido, dolor epigástrico y Blumberg positivo. Se solicita angiotomografía de tórax, abdomen y pelvis que revela hernia diafragmática izquierda con ascenso parcial del estómago al hemitórax, sobre-distendido, con signos inflamatorios y derrame pleural. Ingresa a laparotomía de urgencia. En pabellón se encuentra estómago volvulado, con necrosis en curvatura mayor y compromiso de epiplón. Se realiza gastrectomía total, aseo de cavidades, pleurostomía y laparostomía con bolsa de Bogotá. Ingresa a unidad de cuidados críticos (UCI), con plan de instalación de VAC Abthera a las 48 horas, pero presenta evisceración al segundo día de hospitalización, ingresando a aseo quirúrgico de urgencia e instalación de VAC. Tras estabilización en UCI, al décimo día se realiza esófago-yeyuno-anastomosis en Y de Roux y cierre de pared abdominal. Evolucionó favorablemente y es dado de alta el día 15 de hospitalización con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: El vólvulo gástrico asociado a hernia diafragmática es una condición poco frecuente, pero con alta mortalidad, especialmente si el diagnóstico es tardío. Las hernias diafragmáticas pueden ser asintomáticas durante años y descubrirse incidentalmente, lo que dificulta su identificación precoz. Esto retrasa el tratamiento y puede derivar en complicaciones graves, como el vólvulo gástrico y necrosis, comúnmente manejado con gastrectomía total. Por ello, es crucial mantener un alto grado de sospecha en Atención Primaria, realizar una anamnesis cuidadosa y utilizar imágenes diagnósticas como radiografías o tomografía computarizada para favorecer un abordaje oportuno y reducir la mortalidad asociada.

261, HEMORRAGIA DIGESTIVA POR GIST YEYUNAL, REPORTE DE CASO

Autores: Gloria Trepatal Vidal, Trepatal Vidal, G.; Astorga Larrondo, C.

Hospital Villarrica

Introducción: Los Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST) del intestino delgado son los sarcomas mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal. Se originan de las células intersticiales de Cajal, células marcapasos que regulan la motilidad intestinal. Tumores raros, con una incidencia anual estimada de 10-15 casos por millón de personas. Afectan predominantemente a adultos mayores, con una edad media de diagnóstico de 60-70 años, y sin predilección por género. Los GIST del intestino delgado representan aproximadamente el 20-30%. El diagnóstico a menudo comienza con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, sangrado gastrointestinal, anemia u obstrucción. Los estudios de imagen como la tomografía computarizada o la resonancia magnética son cruciales para localizar el tumor y evaluar su extensión. La expresión de CD117 es el marcador diagnóstico más importante, presente en más del 95% de los casos. La resección quirúrgica completa es el pilar del tratamiento para los GIST localizados y resecables. Para tumores irresecables o metastásicos, la terapia dirigida con imatinib, es el tratamiento de primera línea y ha revolucionado el pronóstico de estos pacientes. La terapia adyuvante con imatinib post-quirúrgica se recomienda para pacientes con alto riesgo de recurrencia.

Objetivos: Presentar un caso clínico de hemorragia digestiva secundaria a GIST Yeyunal, como diagnóstico diferencial.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 67 años, con antecedente de HTA múltiples consultas en urgencia por episodios de hematoquezia sin diagnóstico. Última atención en urgencia en octubre de 2024; pesquizando anemia moderada se complementa estudio con endoscopia y tomografía que evidencia sangrado activo en nódulo parietal yeyunal con diagnóstico diferencial GIST. Laparoscopia exploradora y Resección de segmento yeyunal a 40 cm de Treitz con lesión evidente en pared de 3 cm, entero-entero anastomosis. Evolución favorable alta al tercer día post-operatorio. Biopsia: GIST 2,5 cm de bajo grado (índice mitótico 0-1) con CD117 (+).

Resultado: Actualmente 9 meses de seguimiento sin evidencia de recidiva.

Conclusión: El GIST es una causa rara pero potencialmente mortal de hemorragia digestiva, el diagnóstico temprano mediante endoscopia y tomografía computarizada es crucial para pesquisa y tratamiento exitoso. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, con Imatinib como terapia complementaria o en aquellos pacientes inoperables o metastásicos. El pronóstico depende de varios factores; tamaño tumoral, tasa de mitosis y márgenes libres de tumor, siendo la tasa de supervivencia a 5 años del 50-70% para GIST de alto riesgo.

262, DIVERTICULITIS YEYUNAL COMO CAUSA INFRECIENTE DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE UN CASO

Autores: Pía González Rojas, Catalina Lagos Avalos, Jorge Barraza Ossandón, Belén Pedraza Jaque

Hospital Félix Bulnes Cerda

Introducción: La enfermedad diverticular es frecuente en el mundo occidental, afectando hasta un 80% de la población y aumentando con la edad. Aunque compromete usualmente el colon, también puede afectar el intestino delgado, principalmente duodeno y con menor frecuencia en el yeyuno, con una prevalencia reportada de 0.02–2%. Los divertículos yeyunales son falsos divertículos generados por mecanismo de pulsión en el borde mesentérico, y se asocian a alteraciones de motilidad intestinal. Son más comunes en yeyuno proximal (75%) y coexisten con divertículos en otras localizaciones gastrointestinales. Suelen ser asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos; cuando se inflaman o complican, pueden causar dolor, sangrado, obstrucción o perforación. La diverticulitis yeyunal (DY) representa el 2–6% de las diverticulitis del intestino delgado, con mortalidad de hasta 24%, estrechamente relacionada con el momento del diagnóstico. La tomografía computada de abdomen y pelvis, (TC AP) con contraste es clave en su diagnóstico, identificando engrosamiento de pared, hiperdensidad de grasa mesentérica y niveles hidroaéreos. El diagnóstico diferencial incluye enfermedad de Crohn, úlceras medicamentosas y cuerpos extraños. El manejo inicial incluye antibióticos y restricción dietaria; la cirugía se reserva para casos complicados, buscando resección limitada para evitar síndrome de intestino corto. La vía de abordaje depende de la condición clínica, habilidades quirúrgicas y recursos disponibles. En colecciones localizadas, puede considerarse drenaje percutáneo guiado por imágenes.

Objetivos: Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de un caso de DY complicada.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo y descripción de un caso a través de revisión de ficha clínica.

Resultado: Mujer de 89 años, consulta por dolor abdominal, vómitos y constipación, identificándose elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza TCAP que evidencia 2 colecciones de 4 cm en hipocondrio izquierdo, divertículo duodenal, diverticulosis colónica, sin neumoperitoneo ni líquido libre. En vista de diagnóstico no claro en imágenes, bajo contexto clínico de paciente se decide realizar laparotomía exploradora donde se evidencia plastrón en relación a diverticulitis yeyunal aguda, resecando solamente segmento comprometido y realizando anastomosis primaria. Paciente evoluciona favorablemente, es dada de alta al 5° día de hospitalización y posteriormente biopsia confirma DY.

Conclusión: El caso presentado representa a un diagnóstico poco frecuente, por lo que el diagnóstico puede llegar a ser un desafío imagenológico y clínico. En un inicio la TC no fue capaz de definir el diagnóstico y fue necesario realizar una laparotomía exploradora por persistencia de síntomas. Es importante tener un alto índice de sospecha, sobre todo considerando que el diagnóstico diferencial de abdomen agudo es amplio y los síntomas de este cuadro son inespecíficos. Una alta sospecha clínica e imagenológica es esencial para un manejo oportuno. El seguimiento estricto en caso de duda y la reevaluación continua constituyen la base para disminuir los riesgos en esta patología infrecuente pero potencialmente grave.

263, SÍNDROME DE FLOOD EN MUJER DE 70 AÑOS – REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Catalina Acuña M., Isidora Belletti S., Oscar Ibarra B., Eduardo Castro A., Mesly Albarracín C., Christian Torres V.

Universidad Andrés Bello, Hospital El Pino, Servicio Cirugía.

Introducción: El Síndrome de Flood es una complicación infrecuente pero grave de la hernia umbilical, con elevada mortalidad (30% - 50%). Se presenta exclusivamente en pacientes con daño hepático crónico (DHC) avanzado y ascitis refractaria de larga data. La ruptura espontánea del saco herniario puede desencadenarse por aumentos bruscos de la presión intraabdominal, como tos, vómitos o maniobras de Valsalva. El manejo quirúrgico en estos pacientes representa un desafío debido al alto riesgo de morbilidad.

Objetivos: Presentar un caso clínico de Síndrome de Flood, destacando el manejo quirúrgico como alternativa efectiva y segura en pacientes con DHC en contextos seleccionados.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso observacional, descriptivo y transversal, de paciente con Síndrome de Flood con resolución quirúrgica exitosa en Hospital El Pino (HEP), San Bernardo, junio 2025. Se realizó evaluación clínica, exámenes de laboratorio, tomografía abdominopélvica (TC AP) y cirugía de urgencia.

Resultado: Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de DHC Child B, várices esofágicas, ascitis a repetición y hernia umbilical en espera de resolución quirúrgica. Ingresó a HEP por hemorragia digestiva alta variceal, para ligadura endoscópica. TC AP de ingreso: signos de hipertensión portal, acentuada ascitis, hernia umbilical con contenido adiposo, líquido ascítico y colon. Durante hospitalización, contrae Diarrea por C. Difficile y tras maniobra de Valsalva al defecar, presenta salida súbita de aproximadamente 1.500 cc de líquido ascítico por úlcera en región umbilical, compatible con ruptura herniaria, fístula ascítica y evisceración intestinal. Se decide cirugía de urgencia. Hallazgos intraoperatorios: anillo herniario de 5x4 cm, saco multiloculado de 10x10 cm con epiplón y asas intestinales viables. Se realizó reducción del contenido, herniorrafia con técnica de Small Bites, refuerzo con malla absorbible de Vicryl en posición onlay e instalación de drenaje subcutáneo. Evolución postoperatoria satisfactoria, completa tratamiento antibiótico y es dada de alta en buenas condiciones.

Conclusión: El Síndrome de Flood representa una urgencia quirúrgica potencialmente fatal. Si bien históricamente la reparación herniaria en pacientes con cirrosis descompensada se evitaba por el alto riesgo quirúrgico, evidencia reciente sugiere que, en pacientes cirróticos con ascitis controlada y hernia no complicada, la mortalidad postoperatoria es comparable a la de pacientes no cirróticos. Si bien nuestra paciente requirió cirugía de urgencia, la difusión de este caso refuerza la importancia de un enfoque activo y preventivo frente a hernias umbilicales en pacientes con DHC, permitiendo evitar complicaciones severas y mejorar el pronóstico.

264, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A METÁSTASIS PERITONEAL DE CÁNCER DE MAMA OCULTO, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Francisca Belmar Riveros, Christophe Riquoir Altamirano, Eugenio Grasset Escobar

H. Del Salvador, H. Luis Tisné

Introducción: El cáncer de mama constituye la neoplasia de mayor incidencia y mortalidad en mujeres en nuestro país. Si bien presenta un patrón bien definido de diseminación, con metástasis frecuentes a huesos, pulmón e hígado, la afectación del colon es una localización excepcional, descrita en menos del 5% de los casos. En la literatura, estas metástasis suelen reportarse en pacientes con diagnóstico mamario establecido. Su presentación como primera manifestación de la enfermedad es infrecuente, lo que implica un desafío diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con diagnóstico inicial de obstrucción intestinal secundaria a una lesión colónica, cuyo estudio histológico reveló una metástasis de carcinoma mamario triple negativo, constituyéndose como presentación inicial de un cáncer de mama.

Contenido del E-Poster: Mujer de 70 años consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal de una semana de evolución, asociado a ausencia de deposiciones por cuatro días y vómitos esporádicos. Al ingreso, se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis, que evidencia un cambio de calibre a nivel del ángulo esplénico del colon en relación a un engrosamiento asimétrico, con dilatación hacia proximal y válvula ileocecal competente. Se inicia manejo médico por obstrucción intestinal y se realiza estudio endoscópico, evidenciando una lesión infranqueable que biopsia. Tras fracaso del manejo conservador a 48 horas del ingreso, se realiza una laparotomía exploradora que revela un deserosamiento del colon ascendente, microperforaciones y una masa tumoral en el ángulo esplénico adherida al bazo. Se realiza una colectomía subtotal con ileostomía terminal. En el postoperatorio, desarrolla una colección en lecho esplénico, manejada exitosamente mediante drenaje percutáneo guiado por imágenes.

Resultado: El estudio histológico de la colonoscopia descarta tumor de origen gastrointestinal, mientras que la pieza quirúrgica informa metástasis bifocal de carcinoma de probable origen mamario, con inmunohistoquímica positiva para CK7 y GATA3, negativo para receptores hormonales y HER2, y Ki67 de 80%. Márgenes quirúrgicos negativos. Se inicia estudio con mamografía y ecografía mamaria, que evidencian lesiones bilaterales BIRADS 3. Posteriormente, se completa el estudio con PET-CT y resonancia magnética mamaria, que no revelan lesiones compatibles con tumor primario mamario, solo presencia de adenopatías axilares izquierdas, sin otras metástasis, clasificándose como cáncer de mama oculto.

Conclusión: Menos de un 5% de las pacientes con cáncer de mama metastásico presenta metástasis al trazo gastrointestinal. Es por esto que una presentación inicial de cáncer de mama oculto sea secundario a una obstrucción intestinal es extremadamente infrecuente. Su diagnóstico representa un desafío clínico que requiere sospecha elevada, estudios de imágenes incluyendo resonancia magnética mamaria y PET-CT, además de confirmación histológica. Este caso resalta la importancia de considerar etiologías no habituales en cuadros de abdomen agudo obstructivo. El abordaje multidisciplinario fue clave para el diagnóstico oportuno y la orientación terapéutica.

265, FASCITIS NECROTIZANTE DE MUSLO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE DIVERTICULITIS PERFORADA: PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE

Autores: Danitza Escobar H, Pablo Urrutia A, Heribando Landa S, Giovanni Concha M, Jeziel Vilchez U, Javiera Brodsky S, Camila Escauriaza R, Sebastian Espinoza F, Daniel Millaldeo B, Monserrat Mora R

Servicio De Cirugía, Hospital Rafael Avaria De Curanilahue

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es una infección agresiva, de rápida progresión y alta mortalidad, comúnmente asociada a traumatismos o infecciones cutáneas. Su origen intraabdominal es excepcional y plantea un desafío diagnóstico, particularmente cuando se manifiesta inicialmente en extremidades sin síntomas abdominales evidentes. Existen pocos reportes en la literatura internacional y, hasta donde sabemos, ninguno en Chile. Este caso ilustra una presentación atípica de FN secundaria a perforación diverticular, con énfasis en la importancia de la sospecha clínica precoz y el enfoque multidisciplinario.

Objetivos: Describir un caso de FN de muslo izquierdo secundaria a perforación sigmoidea de 2 mm, destacando los hallazgos clínicos e imagenológicos atípicos, el abordaje quirúrgico de urgencia y las lecciones diagnósticas para contextos similares.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 86 años, con antecedentes de hipertensión, cardiopatía isquémica y coxartrosis, consultó por dolor intenso en muslo izquierdo proximal por cara medial, de rápida progresión. Se observó eritema con centro cianótico y crepitación. Los exámenes demostraron parámetros inflamatorios elevados. Se solicitó tomografía computada de pelvis y extremidad inferior, que reveló burbujas de gas en tejidos blandos y absceso retroperitoneal comunicado con colon sigmoides. Evolucionó rápidamente con taquicardia e hipotensión, por lo que se ingresó a pabellón para exploración quirúrgica de la extremidad y cavidad abdominal. Se constató fascitis necrotizante con compromiso retroperitoneal, e identificación de una perforación diverticular de 2 mm en la cara lateroposterior del colon sigmoides. Dado que la paciente se encontraba en estado de inestabilidad hemodinámica extrema, con uso de doble droga vasoactiva y episodios de bradicardia con riesgo inminente de paro, se optó por rafia primaria como medida resolutive inmediata. Se efectuó además lavado retroperitoneal y desbridamiento radical del muslo. La paciente ingresó a UCI con antibioticoterapia de amplio espectro.

Resultado: El cultivo de tejidos reveló infección polimicrobiana por *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis*. A pesar del manejo quirúrgico agresivo y el soporte intensivo, la evolución fue desfavorable. La paciente falleció al día 14 por falla multiorgánica.

Conclusión: La FN secundaria a perforación diverticular puede presentarse inicialmente como compromiso proximal de extremidad, sin síntomas abdominales, retrasando su identificación. La tomografía abdominopélvica precoz es crucial en pacientes geriátricos con infecciones de tejidos blandos sin foco claro. Este caso refuerza la importancia de un enfoque diagnóstico integral y quirúrgico oportuno ante esta patología grave y poco frecuente.

266, ADENOCARCINOMA DE YEYUNO, UNA NEOPLASIA POCO FRECUENTE

Autores: Valentina Paz Vega Quintana, Florencia Vivian Sanzana Ortega, Paulina Antonia Perez Vergara, Valentina Francisca Velásquez Matus, Samuel Nauto Belmar, Fernando Gerardo Velásquez Pérez.

Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán. Universidad Católica De La Santísima Concepción, Chillán.

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado corresponde a aproximadamente el 2% de los cánceres gastrointestinales, y a su vez, el adenocarcinoma de yeyuno corresponde a un 29% de este grupo. Su diagnóstico suele retrasarse por su baja incidencia y clínica inespecífica, como dolor y distensión abdominal, náuseas, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva, entre otros. Además, el yeyuno presenta especial dificultad de acceso en la endoscopia digestiva alta convencional, favoreciendo al pronóstico adverso de esta neoplasia, donde sólo un 40 a 60% de los pacientes es curable al momento del diagnóstico.

Objetivos: Exponer caso correspondiente a adenocarcinoma de yeyuno con el fin de promover su sospecha precoz para evitar diagnósticos tardíos y de esta forma realizar una resolución quirúrgica que permita aumentar la sobrevida de los pacientes.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 51 años, con antecedente de hipotiroidismo. Presenta historia de epigastralgia urente persistente, náuseas, baja de peso y anemia microcítica severa asociada. En estudios se realiza enteroscopia anterógrada asistida con monobalón donde se encuentra tumor de yeyuno proximal infranqueable, cercano a ángulo de Treitz, que se biopsia informando adenocarcinoma de yeyuno. Se toma scanner de tórax, abdomen y pelvis, sin evidencia de metástasis. En conjunto a comité oncológico, se decidió cirugía primaria. En laparotomía, se evidenció tumor estenosante de yeyuno proximal a 25 cm del ángulo de Treitz, con dilatación e intestino de lucha proximal al tumor, con múltiples adenopatías en mesenterio, sin líquido libre, carcinomatosis ni lesiones hepáticas sugerentes de compromiso secundario. Se procedió a reseccionar el tumor descrito, con sección de meso en cuña hasta raíz del mesenterio, incluyendo adenopatías descritas. Se realizó sección de yeyuno con stapler con buen margen de seguridad, con posterior anastomosis yeyunoyeyunal manual en dos planos isoperisáltica. La pieza quirúrgica biopsiada reveló adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, con componente mucinoso, de 7,5 cm en su eje mayor, con compromiso de subserosa, infiltración perineural positiva y bordes quirúrgicos negativos. Todos los linfonodos resecados sin evidencia de neoplasia (0/16). Finalmente se estadificó como pT3N0. Se discutió caso con comité oncológico, con resultado de biopsia, decidiendo completar tratamiento con quimioterapia adyuvante.

Resultado: Con un estudio previo que facilitó la planificación quirúrgica, se realizó cirugía primaria en paciente con adenocarcinoma yeyunal, con resección del tumor y anastomosis yeyunoyeyunal. Se fue de alta tras buena evolución clínica, tolerando alimentación enteral.

Conclusión: El adenocarcinoma de yeyuno es extremadamente infrecuente. Su diagnóstico suele ser tardío por la sintomatología inespecífica, pero puede verse optimizado por el estudio mediante técnicas como enteroscopia anterógrada asistida con monobalón o cápsula endoscópica. Su tratamiento curativo es quirúrgico. Promover su sospecha precoz frente a paciente con sintomatología gastrointestinal inespecífica puede mejorar la sobrevida de los afectados.

267, RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA HIATAL GIGANTE TIPO III: REPORTE DE CASO Y CONSIDERACIONES ACTUALES DEL TRATAMIENTO

Autores: Valentina Paz Vega Quintana, Gloria Katherina Belén Heutger Melita, Florencia Vivian Sanzana Ortega, Nicolas Andrés Valenzuela García, Marcos Antonio González González, Fernando Gerardo Velásquez Pérez.

Hospital Clínico Herminda Martín, Servicio De Urgencias, Chillán. Universidad Católica De La Santísima Concepción, Chillán.

Introducción: La hernia hiatal gigante (HHG) es una entidad poco común, definida por la presencia de más del 30% del estómago ascendido hacia el tórax. Se reconocen 4 tipos de hernias hiatales (HH), de las cuales la tipo 3 presenta una incidencia del 5%. Su sintomatología es inespecífica, incluyendo vómitos, dolor torácico o epigástrico, tos, y complicaciones graves como vólvulo, obstrucción intestinal o úlceras de Cameron. Suelen ser un hallazgo incidental en radiografía de tórax. Su tratamiento es quirúrgico, con diversas técnicas disponibles según el contexto clínico.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con hernia hiatal gigante tipo III, con ascenso gástrico superior al 80%, describiendo su cuadro clínico con manifestaciones tanto respiratorias como digestivas, el enfoque diagnóstico realizado y el tratamiento quirúrgico individualizado, con el propósito de destacar la importancia del manejo oportuno para prevenir complicaciones y reducir la morbilidad asociada.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial, reflujo gastroesofágico, resistencia a la insulina y asma, quien consultó por dolor retroesternal y epigástrico de ocho años de evolución, además de episodios recurrentes de bronquitis. Se realizaron estudios iniciales, destacando una endoscopia digestiva alta que evidenció una hernia hiatal gigante tipo III, hallazgo confirmado mediante tomografía computarizada de tórax y abdomen. Se programó intervención quirúrgica electiva por vía laparoscópica transabdominal. Durante el procedimiento se constató 4/5 del estómago herniados hacia el tórax. Se efectuó herniorrafia del hiato y funduplicatura de Nissen calibrada con sonda de 36 Fr.

Resultado: El correcto estudio de la paciente permitió una intervención programada y segura, adecuada al contexto clínico, escogiendo realizar hernioplastia mixta asociada a funduplicatura de Nissen. Paciente evolucionó favorable clínicamente, por lo que se decidió alta 2 días posoperatorio.

Conclusión: La hernia hiatal gigante representa un desafío tanto diagnóstico como terapéutico, dada su presentación clínica inespecífica y el riesgo elevado de complicaciones. Entre los principales factores de riesgo destacan la obesidad (incrementando de cuatro a cinco veces la incidencia de hernia hiatal con un IMC superior a 30 kg/m²) y la edad avanzada. Su relevancia clínica radica no solo en la morbilidad derivada, como el reflujo gastroesofágico patológico y la neumonía aspirativa, sino también en su asociación con el adenocarcinoma esofágico. El abordaje quirúrgico continúa siendo el pilar del tratamiento, debiendo seleccionarse la técnica más adecuada según el tipo de hernia y las características del paciente. Este caso ilustra la importancia de un diagnóstico oportuno y de un manejo quirúrgico individualizado, que permitan reducir la morbilidad, minimizar la recidiva y mejorar la calidad de vida del paciente.

268, DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Felipe Rodolfo Escobar K., Oscar Manuel Alejandro Reyes F., Verena Alejandra Felis F., Oscar Alejandro Ariscain J.

Hospital Las Higueras

Introducción: La obstrucción intestinal aguda es una urgencia quirúrgica frecuente. Sus causas más comunes son bridas, hernias y neoplasias. En adultos jóvenes sin cirugías previas, el diagnóstico puede ser complejo. El divertículo de Meckel, una anomalía congénita del conducto onfalomesentérico presente en el 2 % de la población, suele ser clínicamente silente, pero puede complicarse con hemorragia, inflamación o, menos comúnmente, obstrucción intestinal.

Objetivos: Describimos la presentación clínica, hallazgos diagnósticos y manejo quirúrgico de una obstrucción intestinal aguda causada por un divertículo de Meckel en una paciente joven sin antecedentes quirúrgicos, destacando la importancia de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial y subrayando el valor de plantear una cirugía diagnóstico-terapéutica que evite prontamente mayores complicaciones.

Contenido del E-Poster: Corresponde el caso de una paciente femenina de 21 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, que consultó en servicio de urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha irradiado a zona lumbar, acompañado de náuseas y vómitos de un día de evolución. Fue inicialmente manejada de forma sintomática en SAR, sin mejoría. Con elevación de parámetros inflamatorios, en centro derivador se realizó TAC abdominopélvico que evidenció asas dilatadas y cambio de calibre en íleon proximal, sugestivo de obstrucción mecánica. Se decidió laparotomía exploradora de urgencia.

Resultado: Durante la cirugía, se identificó un divertículo de Meckel de 4 cm, ubicado a 35 cm de la válvula ileocecal, traccionado por una banda fibrosa mesentérica que provocaba obstrucción intestinal. Se efectuó resección del divertículo, liberación de la banda fibrosa y apendicectomía por inflamación distal del apéndice. La evolución postoperatoria fue favorable, con estabilidad hemodinámica, recuperación del tránsito intestinal y tolerancia a dieta liviana. La paciente fue dada de alta sin complicaciones para continuar posteriormente con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Aunque infrecuente, el divertículo de Meckel es responsable del 4–6 % de las obstrucciones intestinales en adultos jóvenes sin antecedentes quirúrgicos, siendo su tamaño (mayor a 2 cm) un factor importante al determinar el riesgo de complicaciones. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, ya que su presentación clínica es inespecífica y su visualización en estudios de imagen puede ser limitada. Por lo anterior, su diagnóstico generalmente se confirma durante cirugía. Este caso subraya la importancia de considerar el divertículo de Meckel en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal aguda, especialmente en pacientes jóvenes sin antecedentes quirúrgicos. El manejo quirúrgico oportuno con resección del divertículo y de las bandas asociadas se asocia a baja morbilidad y previene complicaciones graves como isquemia, perforación o peritonitis, siendo el reconocimiento temprano y su tratamiento quirúrgico determinantes para una recuperación completa y sin secuelas.

269, SÍNDROME DE VALENTINO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA.

Autores: Rodrigo Salamanca Carrasco, Rodrigo Nicolás Salamanca Carrasco, Cristóbal Ignacio Villalón Parra, María Rosario López Leiva, Jeimy Natalia Talero Nino, Nicolás Patricio Campaña Weitz

Hospital de Urgencia y Asistencia Pública

Introducción: El síndrome de Valentino es un cuadro infrecuente que representa un desafío diagnóstico en cirugía de urgencia. Se caracteriza por la presencia de dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen secundario a una úlcera duodenal perforada, cuyo contenido gástrico drena hacia la fosa ilíaca derecha a través del espacio paracólico. Esta presentación atípica puede simular una apendicitis aguda, llevando con frecuencia a errores diagnósticos y a intervenciones quirúrgicas inicialmente orientadas al diagnóstico equivocado. A pesar de los avances en imagenología, el diagnóstico preoperatorio del síndrome de Valentino sigue siendo complejo, ya que los signos clínicos pueden ser engañosos y las manifestaciones radiológicas pueden no correlacionarse con la historia clínica y examen físico del paciente.

Objetivos: Describir un caso infrecuente de perforación de divertículo gástrico que simuló clínicamente una apendicitis aguda perforada, destacando los desafíos diagnósticos y las decisiones quirúrgicas clave en el manejo de un abdomen agudo con hallazgos inesperados.

Contenido del E-Poster: Revisión de ficha clínica junto con atención directa del paciente.

Resultado: Paciente femenina de 52 años, sin antecedentes, consulta por dolor abdominal de 6 días, inicialmente difuso y luego localizado en fosa ilíaca derecha, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre de 38°C. Al examen físico presenta con dolor localizado y signos de irritación peritoneal. El laboratorio muestra una proteína C reactiva de 38.4 mg/L y leucocitos dentro de rango normal. La tomografía computada describe un divertículo duodenal de 30 x 20 mm con nivel hidroaéreo, apéndice normal y neumoperitoneo leve en fosa ilíaca y flanco derecho. Dado los antecedentes se realiza una laparotomía exploradora que evidencia una apendicitis aguda flegmonosa y una extensa colección purulenta retroperitoneal desde el duodeno hasta el ciego, hallando un divertículo gástrico perforado a nivel antral. Se efectúa la apendicectomía, resección del sitio perforado y gastrorrafia, junto con un aseo quirúrgico profundo y laparostomía con sistema de cierre asistido por vacío (VAC). La paciente ingresa a UCI en shock séptico, con requerimiento de drogas vasoactivas, ventilación mecánica, antibióticos de amplio espectro y corticoides. En el quinto día postoperatorio se realiza la segunda cirugía programada, oportunidad en la cual se realiza una hemicolectomía derecha por inflamación extensa, realizando una anastomosis ileo-transversa latero-lateral y se deja a la paciente laparostomizada. Tras evolución favorable a los 2 días posterior a la segunda cirugía se realiza una tercera intervención para retiro del VAC, se instalan de drenajes en flanco y fosa ilíaca derecha, y se realiza el cierre de la pared abdominal. La paciente evoluciona favorablemente, siendo trasladada a unidades de menor complejidad, completando rehabilitación por un equipo multidisciplinario. Se retiran drenajes y sonda nasogástrica a los 5 días posterior a la última intervención, y es dada de alta en buenas condiciones generales.

Conclusión: El síndrome de Valentino presenta un reto diagnóstico al simular una apendicitis aguda, dificultando así el manejo oportuno y dirigido. La discordancia entre la clínica e imagenología exige juicio clínico y exploración quirúrgica para identificar la fuente real. El uso de laparostomía con terapia de presión negativa y un abordaje quirúrgico escalonado es clave para controlar la infección subyacente y mejorar el pronóstico en perforaciones gástricas atípicas.

270, FUGA BILIAR POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: MANEJO Y SUS COMPLICACIONES. REPORTE DE CASO.

Autores: Florencia Gaviraghi Gutiérrez, Benjamín Dublé Medina, Lilibeth Lara Pertuz, Dominique Fosk Risnik, Rafaella Palamara Mora, Natalia Aldana Landeros

Servicio De Cirugía, Hospital Luis Tisné Brousse, Santiago De Chile.

Introducción: La colecistitis aguda litiasica es una patología altamente prevalente y el estándar de tratamiento es la colecistectomía laparoscópica. Esta cirugía tiene una tasa de complicaciones baja, siendo la lesión de vía biliar (0.2-0.4%) la más grave. La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) es una herramienta para el manejo de estas complicaciones, sin embargo, se asocia hasta un 10% a complicaciones postoperatorias, siendo de las más graves la perforación duodenal (1%).

Objetivos: Describir la presentación, el diagnóstico y el tratamiento de una lesión biliar por colecistectomía y otras complicaciones asociadas a su manejo.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 59 años al que se le realiza una colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda litiasica. Durante el postoperatorio evoluciona con dolor abdominal persistente y alteración del perfil hepático. La tomografía computarizada con contraste muestra colección en lecho quirúrgico, manejada con drenaje percutáneo. Posteriormente drenaje con débito bilioso de alta cuantía. Se realiza colangiorresonancia que evidencia vía biliar de calibre normal con colección perihepática adyacente. Se mantiene con débito bilioso de alta cuantía, por lo que se decide CPRE, donde impresiona fuga cística manejada con instalación de prótesis biliar y papilotomía. Evoluciona de forma precoz con enfisema subcutáneo en hemitórax izquierdo, fiebre y taquicardia. Nueva imagen evidencia perforación duodenal contenida en retroperitoneo. Por persistencia de débito alto pese a prótesis se decide realizar laparoscopia exploradora que muestra fuga biliar desde lecho quirúrgico con colección en relación con el muñón cístico, sin identificación de borde neto de conducto aberrante. Se mantiene con reposo digestivo y antibióticos de amplio espectro.

Resultado: Por buena evolución clínica y disminución de débito se decide alta a domicilio con control ambulatorio.

Conclusión: La colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías más realizadas en Chile y se asocia a una baja tasa de complicaciones. Ante evoluciones postoperatorias no habituales es clave mantener un alto índice de sospecha para reconocerlas de forma precoz. Este caso ilustra la complejidad del manejo de complicaciones postoperatorias biliares, destacando la importancia de la sospecha clínica oportuna, la clasificación anatómica de las lesiones y el enfoque terapéutico escalonado para disminuir la morbilidad.

271, HERNIA DE PETIT COMPLICADA CON PERFORACIÓN COLÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Valentina Paz Vega Quintana, Florencia Vivian Sanzana Ortega, Antonia Ignacia Mello Aja, Paulina Antonia Perez Vergara, Samuel Germán Nauto Belmar, Roberto Ignacio Llanos Yévenes

Hospital Clínico Herminda Martín, Servicio De Urgencias, Chillán. Universidad Católica De La Santísima Concepción, Chillán.

Introducción: La hernia de Petit (HP) es un tipo de hernia lumbar (HL), que se produce a través del triángulo lumbar inferior. Las HL son raras, siendo un 3% de todas las hernias abdominales, y el subtipo HP tiene una prevalencia ínfima actualmente no determinada, con escasa literatura asociada. Son poco frecuentes, y se suelen asociar a iatrogenia o traumatismo. Clínicamente, puede ser asintomática, o bien presentarse como abultamiento unilateral, con variables grados de dolor; así como complicarse con estrangulamiento de contenido intestinal, requiriendo resección quirúrgica de urgencia. Dada su escasa epidemiología y clínica inespecífica, su diagnóstico suele retrasarse, aumentando el riesgo de evolucionar de manera tórpida.

Objetivos: Exponer un caso respectivo a hernia de Petit complicada, haciendo énfasis en reconocer dicha entidad poco frecuente, destacando su morbilidad en ausencia de intervención quirúrgica precoz.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina, 68 años, acude a Urgencias por cuadro clínico de 10 días de dolor y aumento de volumen lumbar izquierdo, asociado a ausencia de deposiciones. Tomografía computada de abdomen y pelvis evidencia obstrucción intestinal por hernia de lumbar izquierda. Se realiza laparotomía, donde se evidencia hernia lumbar izquierda atascada, saco con colon descendente necrótico perforado, asociado a peritonitis fecaloidea.

Resultado: Se identifica de HP complicada mediante clínica sumado al apoyo imagenológico. Se confirma mediante laparotomía exploradora, realizándose liberación del saco herniario y cirugía de Hartmann, logrando resolver cuadro de urgencia. Luego de cuidados en UCI, paciente se traslada a sala, y logra evolución clínica favorable por lo que es dada de alta.

Conclusión: La HP es muy infrecuente, y su sospecha es fundamental realizando una correcta anamnesis y examen físico. El scanner de abdomen y pelvis es el gold estándar para su identificación y caracterización. Lo recomendado es corregir todas las hernias, idealmente en condiciones ambulatorias, donde la hernioplastia libre de tensión es la técnica de elección.

272, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA SECUNDARIA A LINFOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Rodrigo Martínez Lobos, Katherina Herrera Torres, Jorge Barraza Ossandón, Antonia Cereceda Caneco
Hospital Félix Bulnes

Introducción: Introducción: Los tumores de intestino delgado suponen menos del 2% de las neoplasias gastrointestinales. Los linfomas del intestino delgado son la tercera neoplasia en orden de frecuencia luego del adenocarcinoma y tumores neuroendocrinos, constituyendo una poco frecuente y dando cuenta del 10-30% de los tumores gastrointestinales. Raramente se complican con obstrucción, intususcepción o perforación. En cuanto a su ubicación, solo el 20-25% de ellos se ubica en yeyuno. Usualmente se presentan con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal y masa palpable, pero casos avanzados pueden presentar con obstrucción, perforación, entre otros. A continuación, presentamos el caso de un paciente con obstrucción intestinal secundaria a linfoma ubicado en el yeyuno.

Objetivos: Objetivo: Describir el caso de un paciente con obstrucción intestinal alta secundaria a linfoma

Contenido del E-Poster: Presentación del caso: Paciente masculino, de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial, resistencia a la insulina, antecedentes quirúrgicos de úlcera gástrica perforada abordada por laparotomía media y hernioplastia incisional. Se presentó a la consulta con cuadro de 2 meses de dolor abdominal, asociado a masa en flanco izquierdo e hipogastrio, náuseas, vómitos y baja de peso no intencionada de 5 kg en dicho periodo. La TC de abdomen y pelvis informaba "engrosamiento parietal de aspecto neoplásico de un segmento de 63 mm del yeyuno ubicado en el aspecto anterior de la región hipogástrica y que se extiende al tejido adiposo mesentérico circundante con una masa de aproximadamente 42 x 29 mm, asociada a la presencia de múltiples adenopatías mesentéricas". Se solicitaron imágenes de estadificación. Se presentó al control con exacerbación de su sintomatología, náuseas y vómitos profusos por lo cual es derivado al servicio de urgencia. Ingresó estable, al examen físico destacaba un abdomen levemente distendido, doloroso, sin irritación peritoneal. Se inició manejo médico y se solicitó evaluación por el equipo de cirugía digestiva, quienes decidieron resolución quirúrgica vía laparoscópica.

Resultado: Resultado: En los hallazgos operatorios se describe un tumor de yeyuno estenosante a 150 cm de la válvula ileocecal asociado a un conglomerado de adenopatías. Se convirtió a cirugía abierta mediante mini laparotomía media supraumbilical para resección en cuña y anastomosis. La pieza fue enviada a anatomía patológica, la cual informó linfoma B de células grandes. El paciente evolucionó de forma favorable en el postoperatorio y fue dado de alta al 5 día.

Conclusión: Conclusiones: La obstrucción intestinal secundaria a linfoma es una entidad poco común, más aún de ubicación yeyunal, ya que un 60-65% se ubican en el íleon, motivo por el cual existen pocos reportes de caso. Su manejo involucra al equipo quirúrgico al momento de la resección del segmento y ante la presencia de complicaciones como obstrucción, perforación, sangrado, entre otras, motivo por el cual el cirujano debe conocer la presente entidad.

273, IMPLANTACIÓN ALTA DEL CONDUCTO CÍSTICO: UN DESAFÍO ANATÓMICO EN CIRUGÍA DE URGENCIA

Autores: Dra. Nicole Díaz A., Dr. Ignacio Miranda C., Dra. Bárbara Ortiz, Dr. Benjamín Fernández M, Dra. Constanza Díaz G., Dr. Patricio Olivares P, Dr. Boris Ulloa A.

Hospital de Urgencia de Asistencia Pública

Introducción: Las variaciones anatómicas del conducto cístico pueden incrementar significativamente el riesgo de lesiones de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica. En particular, la implantación alta del conducto cístico, cuando este alcanza directamente la confluencia de los conductos hepáticos, representa un desafío técnico relevante. La identificación precoz de estas variantes es clave para evitar complicaciones mayores, especialmente en contextos de urgencia donde los estudios de imagen preoperatorios son limitados.

Objetivos: Presentar un caso clínico con variante anatómica del conducto cístico y describir lesión de vía biliar y su reparación. Además, realizar revisión de bibliografía e implicancias en el desafío quirúrgico

Contenido del E-Poster: Estudio de caso retrospectivo basado en revisión de ficha clínica, imágenes radiológicas, endoscopías y protocolos operatorios.

Resultado: Paciente femenina de 39 años con cuadro compatible con colecistitis aguda litiasica. Durante la colecistectomía laparoscópica, se identificó un conducto cístico de implantación alta, que drenaba directamente en la confluencia de los conductos hepáticos. Durante la disección se produjo un desgarro de aproximadamente 2 mm en dicha confluencia. Se realizó colangiografía intraoperatoria, confirmando adecuada visualización de los conductos hepáticos y paso al duodeno. Con apoyo de cirujano digestivo, se realizó rafia primaria de la lesión y posteriormente una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con papilotomía. No se evidenció fuga de contraste ni estenosis. Se dejó drenaje tubular, el cual fue retirado al séptimo día. La paciente evolucionó favorablemente.

Conclusión: Las variantes anatómicas del conducto cístico, aunque poco frecuentes, aumentan el riesgo de lesión de la vía biliar. Ante imposibilidad de obtener la visión crítica de seguridad o dudas anatómicas, se recomienda realizar colangiografía intraoperatoria, esta realizada oportunamente permite evitar lesiones mayores y facilita un abordaje seguro. El manejo multidisciplinario con cirugía digestiva y endoscopia terapéutica es esencial. En centros sin capacidad resolutive, se debe derivar oportunamente al paciente para evitar complicaciones mayores.

274, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HEMOBEZOAR: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

Autores: Sebastián Uribe Valenzuela, André Mesías Herrera, Sergio Aranda Gancedo

Hospital El Pino, Universidad Andrés Bello

Introducción: La obstrucción intestinal es una complicación conocida en pacientes sometidos a laparotomía y anastomosis intestinal. El hemo bezoar, o coágulo intraluminal organizado, es una causa rara de obstrucción intestinal en el postoperatorio, con reporte de casos principalmente en cirugía bariátrica.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con obstrucción intestinal por coágulo intraluminal tras trauma abdominal por arma de fuego, con énfasis en su diagnóstico, manejo quirúrgico y revisión de la literatura disponible.

Contenido del E-Poster: Se analizaron retrospectivamente las variables clínicas, imagenológicas, quirúrgicas y evolutivas del caso. Además, se realizó una revisión de literatura en bases de datos PubMed, Scielo y NCBI.

Resultado: Paciente masculino de 30 años, previamente sano, ingresó por herida abdominal por arma de fuego. Se realizó laparotomía exploradora, encontrándose lesiones intestinales distales y vesicales, por lo que se efectuó rafia vesical y anastomosis tipo Barcelona. Evolucionó con signos clínicos y radiológicos de obstrucción intestinal en el postoperatorio inmediato. Una nueva laparotomía reveló un coágulo endoluminal de 10 cm alojado en íleon distal, el cual fue disuelto de forma mecánica, resolviendo la obstrucción. Además, se identificó una lesión vesical lateral inadvertida que fue reparada. La evolución postoperatoria fue favorable, permitiendo alta hospitalaria en buenas condiciones.

Conclusión: El hemo bezoar es una causa inusual de obstrucción intestinal mecánica, especialmente en adultos. Su formación se asocia a sangrado intraluminal, tránsito enlentecido y manipulación quirúrgica previa. El diagnóstico suele ser intraoperatorio, ya que los hallazgos en TAC pueden simular una obstrucción por otras causas. El tratamiento es quirúrgico, ya sea mediante extracción manual o resección intestinal según viabilidad. Su reconocimiento precoz permite una resolución efectiva y previene complicaciones mayores. La obstrucción intestinal por hemo bezoar debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales en el postoperatorio de trauma abdominal con manipulación intestinal. El abordaje quirúrgico precoz es resolutivo y evita morbilidad innecesaria.

275, SOBREVIDA DE ISQUEMIA MESENTÉRICA ARTERIAL EN HOSPITAL NODO VILLARRICA: REPORTE DE CASO

Autores: Trepal Vidal, G; Astorga Larrondo, C.

Hospital Villarrica

Introducción: La isquemia mesentérica aguda se debe a la interrupción súbita del flujo sanguíneo al intestino. Incidencia 0,09-0,2%. Causa poco frecuente de dolor abdominal, pero común de resección intestinal de Urgencia. Diagnóstico e intervención oportunos son esenciales para reducir tasas de mortalidad (>50%). Puede ser: -Oclusiva: Embolia AMS (50%) / Trombosis AMS (15-25%) / Trombosis VMS (5-15%). -No Oclusiva (20%). Factores de Riesgo como IC / FA / Enfermedad Coronaria / HTA / Enfermedad Vascular Periférica. 85% afecta territorio vascular terminal de AMS. Diagnóstico: Clínico, laboratorio y AngioTC (S93% / E100%). Manejo: Cirugía abierta / endovascular, asociado a anticoagulación precoz. Tiempos Críticos: Mortalidad <6H 0-10% / 6-12H 50% / >24H 80-100%.

Objetivos: Presentación de caso clínico grave, diagnosticado oportunamente y que a pesar de recursos limitados, se logró resolver según los estándares definidos en la literatura.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino 40 años, con antecedente de IAM 2016 y aneurisma ventricular izquierdo con trombosis en NACO. Consulta por dolor abdominal y retroesternal de 2 horas de evolución, asociado a náuseas y diarrea. Examen físico inespecífico. Exámenes: CK 1747 / Troponina 40. Paciente persiste con dolor abdominal, por lo que se realiza AngioTC de Abdomen "Trombosis de A. Ilíaca común y externa derecha, AMS / Distensión de asas de colon derecho no en rango patológico". Se hospitaliza con BIC de Heparina para anticoagulación. Evolución tórpidas con persistencia de dolor abdominal, se realiza AngioTC de control a las 48 horas "Dilatación de asas de intestino delgado y colon derecho compatible con íleo adinámico, asociado a engrosamiento parietal, escasos signos de neumatosis intestinal / Trombosis de AMS sin cambios". Laparotomía Exploradora: Necrosis de intestino delgado (yeyuno-íleon) a 80 cm de Treitz. -Sección intestinal desde los 80 cm de Treitz hasta 50 cm de válvula ileocecal (3 metros apróx). -Cabos ligados / Laparostomía contenida VAC. Laparotomía Revisión 48 horas: -Sin evidencia de mayor compromiso intestinal ni colónico. -Anastomosis Yeyuno-ileal manual latero-lateral isoperistáltica. -Aseo y cierre de laparotomía. Evolución favorable, traslape de anticoagulación y rehabilitación. Alta a los 45 días. Biopsia: Enteritis úlcero-necrótica extensa, en granulación. Pared de tipo intestinal con infiltración hemorrágica reciente.

Resultado: Paciente con supervivencia >1 año, de patología de emergencia quirúrgica. Sin secuelas funcionales que limiten su vida cotidiana.

Conclusión: La isquemia mesentérica arterial es una emergencia médica con alta mortalidad, en este caso supervivencia a 12 meses con paciente autovalente y tránsito intestinal adecuado. Este caso destaca la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos en la isquemia mesentérica arterial, y sugiere que la edad del paciente es un factor pronóstico significativo.

276, SÍNDROME DE MIRIZZI COMO PRESENTACIÓN DE COLECISTITIS CRÓNICA REAGUDIZADA. REPORTE DE CASO.

Autores: Paula Genesis Cabezas Molina, Antonia Isabel Flores Figueroa, Nicolás Ignacio Belmar García, Sebastián Alejandro Méndez Lazcano, Sofía Ignacia Verbal Cornejo, Erica Cecilia Valdivieso Erazo, Francisca Andrea Apablaza García

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Servicio Cirugía

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación infrecuente de la colelitiasis, caracterizada por la compresión extrínseca del conducto hepático común o colédoco por un cálculo impactado en el conducto cístico o en el cuello de la vesícula biliar, lo que puede causar ictericia obstructiva. Este cuadro se explica por la compresión crónica, la cual producirá inflamación con la consiguiente formación de un trayecto fistuloso entre la vesícula y algún segmento de la vía biliar.

Objetivos: Describir caso de paciente cursando Síndrome de Mirizzi, clínica y hallazgos tanto imagenológicos como intraoperatorios, analizando la elección de la técnica quirúrgica.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 61 años acude a servicio de urgencias del Hospital de Los Ángeles por dolor abdominal de 7 días de evolución asociado a vómitos biliosos, acolia e ictericia. Laboratorio de ingreso con elevación de enzimas hepáticas con patrón colestásico, hiperbilirrubinemia de predominio directo. Scanner de abdomen y pelvis informa dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, hiperrealce y cambios edematosos adyacentes, sin observar cálculos coledocianos. Aparente colelitiasis. Se hospitaliza para continuar estudio. Colangiografía informa vesícula con litiasis infundibular de 3,4 cm que comprime de forma extrínseca vía biliar extrahepática condicionando dilatación de vía biliar intrahepática sin evidencia de coledocolitiasis. Se programa colecistectomía abierta, evidenciando vesícula pequeña con cálculo de 4,5 cm, pared con fibrosis, fístula a colédoco Mirizzi IV. Se realiza colecistectomía parcial.

Resultado: Paciente evoluciona de forma favorable, con normalización de niveles de bilirrubina y enzimas hepáticas. Es dada de alta con seguimiento ambulatorio por especialidad.

Conclusión: El síndrome de Mirizzi representa una patología poco frecuente, pero de gran importancia clínica en el contexto de colelitiasis complicada. Es necesario un alto índice de sospecha, especialmente ante pacientes con ictericia obstructiva sin evidencia de coledocolitiasis en estudios, como ocurrió en el caso descrito. La colangiografía es el método diagnóstico no invasivo más útil, con alta sensibilidad para detectar compresión extrínseca del colédoco y fístulas colecisto biliares. El manejo quirúrgico debe individualizarse según la clasificación de Csendes. El caso presentado corresponde a un tipo IV de la clasificación, caracterizado por la presencia de una fístula colecistocolédociana extensa, lo que condiciona un manejo quirúrgico más complejo. El abordaje abierto sigue siendo preferido en presencia de distorsión anatómica significativa, siendo adecuada la elección de una colecistectomía parcial. En suma, el conocimiento actualizado del síndrome de Mirizzi, su fisiopatología, formas clínicas y opciones terapéuticas, es clave para evitar complicaciones como lesiones de la vía biliar o infecciones graves, y para garantizar un tratamiento seguro y efectivo.

277, TORSIÓN MESENTÉRICA SECUNDARIA A MALROTACIÓN INTESTINAL EN UN ADULTO: REPORTE DE CASO

Autores: Felipe Silva P, Catalina Ruiz R, Jose Luis Escobar R, Ricardo Mejía M

Departamento De Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita del desarrollo del intestino medio, con una incidencia estimada de 0.2% en adultos, en quienes suele diagnosticarse como un hallazgo imagenológico incidental, a diferencia de su presentación en la edad pediátrica, donde frecuentemente se manifiesta con isquemia o perforación. En los casos sintomáticos, suele asociarse a vólvulo intestinal, lo que requiere manejo quirúrgico urgente para preservar la viabilidad intestinal.

Objetivos: Presentar un caso clínico infrecuente de torsión mesentérica secundaria a malrotación intestinal en un paciente adulto, patología habitualmente observada en la población pediátrica.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico de torsión mesentérica en contexto de malrotación intestinal en un paciente adulto.

Resultado: Paciente masculino de 30 años, con antecedente de apendicectomía a los 7 años, consulta en servicio de urgencias por dolor epigástrico de inicio súbito, de intensidad máxima, asociado a náuseas y vómitos, con una evolución de 15 minutos de duración. Al examen físico presentó sudoración profusa, sensibilidad epigástrica y resistencia muscular. En exámenes de laboratorio destacó un Ácido láctico en 2.6 mmol/L, sin otras alteraciones. Se solicitó tomografía computada que evidenció torsión del pedículo vascular en la raíz del mesenterio asociado a ingurgitación venosa distal y edema mesentérico. Destacó además desplazamiento de asas de intestino delgado hacia la derecha, lateral al colon ascendente, además de polo cecal ubicado en región epigástrica - flanco izquierdo. Se decidió realizar una laparotomía exploradora, en donde se evidenció intestino delgado con signos de congestión venosa y linfática sin necrosis o signos de perforación, torsión mesentérica con presencia de dos adherencias en la base del mesenterio y signos de malrotación intestinal con válvula ileocecal en hipocondrio izquierdo. Se realizó una detorsión manual del mesenterio evidenciando una recuperación inmediata de la coloración intestinal y adecuada movilidad, finalizando el procedimiento sin incidentes. El postoperatorio cursó sin complicaciones, con progresión de la dieta oral y alta médica al cuarto día. En el control a los seis meses, el paciente se encontraba asintomático, sin recurrencia de episodios similares.

Conclusión: La torsión mesentérica secundaria a malrotación intestinal es una entidad infrecuente en el adulto, pero potencialmente mortal si no se diagnostica oportunamente. Su inclusión dentro de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo permite una identificación precoz y un manejo quirúrgico oportuno.

278, PERITONITIS PRIMARIA HEMATÓGENA POR CATÉTER FEMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Scarlett Lemo M, Mariant Bolívar S, Fabiana Nina A, Carolina Cárdenas P.

Hospital San Juan De Dios

Introducción: La peritonitis primaria es poco frecuente en la práctica clínica, se produce cuando los microorganismos de la cavidad peritoneal normalmente estériles migran por vía hematógena desde una fuente distante de infección o inoculación directa, y está especialmente asociada a bacteriemias secundarias al uso de catéteres en paciente dializados. A la fecha, no existe en la literatura casos reportados de diseminación hematógena desde catéteres venosos centrales.

Objetivos: Presentar un caso clínico de peritonitis primaria de origen hematógeno vinculado al uso de catéter venoso central, destacando la importancia de considerarlo una alternativa diagnóstica frente a pacientes sépticos de unidades críticas sin causa precisada.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 76 años, con antecedente de carcinoma escamoso de laringe, operado de laringectomía total. En el postoperatorio mediato presentó elevación de parámetros inflamatorios sin un foco infeccioso claro. Se solicitaron hemocultivos periféricos y se retiró un catéter venoso central a nivel femoral derecho, tras 13 días de uso, el cual se envía a laboratorio microbiológico para cultivo. Se realizó tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste, que evidenció pequeño trombo en vena ilíaca externa derecha, además de líquido pélvico, abundante gas retro y extraperitoneal derecho, grasa preperitoneal comprometida y edema en raíz de muslo derecho. Frente a estos hallazgos, se indicó laparotomía exploradora.

Resultado: En dicha laparotomía se objetivó una peritonitis purulenta difusa con absceso retroperitoneal derecho, sin identificar lesiones viscerales. Se realizó aseo quirúrgico de la cavidad peritoneal y drenaje del retroperitoneo, extrayendo 200 ml de contenido purulento para cultivo. Este resultó positivo para *Enterobacter Hormaechei* resistente a Ciprofloxacino. El mismo microorganismo fue aislado en el cultivo previo de la punta del catéter retirado, lo que confirmó el origen hematógeno de la peritonitis. El paciente egresa en inestables condiciones generales de pabellón, con altos requerimientos de drogas vasoactivas. 48 horas después, una tomografía de control mostró abscesos musculares en muslo derecho con presencia de gas, ameritando drenaje y aseo quirúrgico en dos ocasiones. Posterior a esto, evolucionó favorablemente con manejo médico y antibiótico dirigido por antibiograma, logrando el alta hospitalaria 15 días post ingreso.

Conclusión: Este inusual caso de peritonitis primaria hematógena asociada a un catéter venoso central femoral resalta la necesidad de considerar esta vía de diseminación en pacientes críticos sin foco clínico evidente. El examen físico aislado puede no revelar la etiología, por lo que se requiere un enfoque diagnóstico integral. El riesgo de complicaciones infecciosas aumenta significativamente entre el cuarto y séptimo día de uso del catéter, siendo la coincidencia microbiológica entre catéter y cavidad peritoneal lo que permitió establecer el vínculo causal, subrayando la importancia del cultivo del catéter en casos sospechosos. Este hallazgo tiene importantes implicancias clínicas y debe motivar una vigilancia más estricta en pacientes con accesos centrales prolongados.

279, APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR, REPORTE DE SERIE DE 3 CASOS CLÍNICOS.

Autores: Constanza Baeza B.; Rodrigo Salamanca C.; Kevin Allar N.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Introducción: La apendicitis del muñón apendicular es una complicación infrecuente posterior a una apendicectomía caracterizada por inflamación del tejido residual del apéndice, con una incidencia aproximada de 1 en 50.000 casos de apendicectomía. Su diagnóstico es relevante debido a que puede simular una apendicitis primaria, lo que retrasa su reconocimiento. Se presenta una serie de tres casos diagnosticados y tratados quirúrgicamente, con el fin de concientizar sobre la existencia de esta entidad y fomentar una técnica quirúrgica inicial adecuada para prevenir su aparición.

Objetivos: Describir una serie de tres casos de apendicitis del muñón apendicular, destacando sus características clínicas, hallazgos intraoperatorios y evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Se presentan tres casos clínicos de apendicitis del muñón apendicular atendidos en el Hospital de Urgencia y Asistencia Pública (HUAP) durante el año 2025. Todos los pacientes consultaron espontáneamente en el servicio de urgencias por dolor en fosa iliaca derecha. El abordaje clínico incluyó anamnesis, examen físico, hemograma, proteína C reactiva y tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste, la cual confirmó el diagnóstico. La resolución quirúrgica fue por vía laparoscópica en todos los casos. El seguimiento postoperatorio inmediato se realizó en sala de hospitalización quirúrgica. Todos los pacientes fueron dados de alta en buenas condiciones generales y citados a control ambulatorio.

Resultado: Se documentaron tres casos: dos mujeres y un hombre, con edades de 38, 52 y 57 años. En dos casos, la cirugía inicial también fue realizada en el mismo centro (HUAP). El intervalo entre la apendicectomía inicial y la cirugía por apendicitis del muñón varió entre cinco y nueve meses. Todos fueron manejados quirúrgicamente mediante laparoscopia. Los hallazgos intraoperatorios incluyeron muñones apendiculares de entre 2 y 3 cm, con adherencias aplastronadas en los tres casos, dos presentaron abscesos y uno perforación. En dos pacientes fue necesario dejar drenajes quirúrgicos. La evolución postoperatoria fue favorable, con altas hospitalarias entre el segundo y el quinto día post cirugía.

Conclusión: La apendicitis del muñón apendicular debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con dolor en fosa iliaca derecha y antecedente de apendicectomía. En esta serie, los muñones mayores a 2 cm fueron una constante. La cirugía laparoscópica demostró ser una opción segura y efectiva. La correcta identificación y resección completa del apéndice en la primera cirugía es fundamental para prevenir esta complicación.

280, NEOPLASIA EPITELIAL PSEUDOPAPILAR SÓLIDA GIGANTE EN MUJER DE 24 AÑOS: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Christian Torres V., Isidora Belletti S., Francisca Campillay R., Edgar Quintero, Jorge Arche P., Javier Reyes I., Naith Erika F.

Universidad Andrés Bello. Servicio De Cirugía, Hospital El Pino, Santiago, Chile.

Introducción: Los SPEN (Neoplasia epitelial pseudopapilar sólida) son una entidad infrecuente, representando el 1% de los tumores pancreáticos. Destacan por su gran tamaño y buen pronóstico. Afecta usualmente a mujeres jóvenes en un 90%. Su principal sintomatología el dolor abdominal y síntomas derivados de compresión sobre otros órganos.

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de SPEN y revisión de la literatura.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso observacional, descriptivo y transversal, de paciente con SPEN en Hospital El Pino (HEP), San Bernardo.

Resultado: Paciente femenina de 24 años, que consulta por dolor abdominal larvado, saciedad precoz y masa abdominal palpable. Se estudia con tomografía computada de abdomen y pelvis que muestra lesión tumoral gigante dependiente de páncreas, se complementa con RM que informa lesión dependiente de cuerpo y cola pancreática de 152 x 113 x 106 mm y destaca desplazamiento esplénico. Se presenta a comité oncológico y en vista de cuadro clínico y hallazgos imagenológicos sugerente de un SPEN, se realiza resección quirúrgica de la lesión de manera satisfactoria. La histopatología e inmunohistoquímica confirman el diagnóstico etiológico y márgenes libres de enfermedad. Paciente evoluciona favorablemente y sin evidencia de recidiva clínica, a la espera de control por imágenes.

Conclusión: Los SPEN son un tipo de neoplasia muy infrecuente, sin embargo se debe tener en conocimiento sus características y forma de presentación clínica, para considerar esta patología como sospecha diagnóstica en el enfrentamiento inicial de una lesión pancreática gigante como hallazgo imagenológico. El reporte del caso nos propone un desafío diagnóstico inusual, pero al alcance de resolución quirúrgica oportuna en nuestro centro y con las herramientas adecuadas para completar su estudio y seguimiento de forma satisfactoria.

281, CAUSA INFRECUENTE DE HERNIA INGUINAL COMPLICADA, HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN DE CASO

Autores: Nicolás Carrasco Saavedra, Camila Vidal Vera, Javiera Gajardo Von Kunowsky, Brandon Silva Gutierrez, Raúl Zárate Bello, Arley Guelmes, Ana Fraustro Cienfuegos

Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda

Introducción: La hernia de Amyand es una entidad poco frecuente, definida por la presencia del apéndice cecal, inflamado o no, dentro del saco herniario inguinal. Su incidencia varía entre el 0,13 % y 1 %, siendo muchas veces un hallazgo intraoperatorio

Objetivos: Presentar un caso de hernia de Amyand tipo III con apendicitis aguda perforada, destacando su diagnóstico, abordaje quirúrgico y relevancia clínica

Contenido del E-Poster: Se expone el caso de un paciente de 77 años con antecedentes de Parkinson e hipertensión, quien consultó por dolor abdominal y masa inguinoescrotal no reductible. La tomografía computarizada reveló colección pericecal e imagen compatible con hernia complicada.

Resultado: Durante la cirugía se identificó una hernia inguinal con contenido de asas, ciego y apéndice perforado, lo que motivó la realización de una laparotomía exploratoria, apendicectomía, lavado peritoneal y herniorrafia. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta sin complicaciones. Según la clasificación de Losanoff y Basson, este caso se clasifica como tipo III, en el que se contraindica el uso de material protésico

Conclusión: La hernia de Amyand representa un desafío diagnóstico y terapéutico poco frecuente, cuya resolución depende de un enfoque quirúrgico individualizado basado en hallazgos intraoperatorios. La documentación y análisis de estos casos aporta al reconocimiento temprano y manejo adecuado de esta entidad en la práctica clínica habitual.

282, SÍNCOPE COMO MANIFESTACIÓN DE VÓLVULO GÁSTRICO COMPLICADO SECUNDARIO A HERNIA HIATAL. REPORTE DE CASO

Autores: Macarena Martínez C., Pablo González B., Ana Gómez A., Joaquín Zambrano F.

Hospital Carlos Cisternas

Introducción: Las hernias hiatales corresponden a un defecto a nivel del hiato esofágico permitiendo el ascenso de órganos intraabdominales, siendo una de las complicaciones en las cuales existe ascenso de un órgano intraabdominal (habitualmente estómago), es la volvulación, constituyendo una entidad clínica rara de rotación anormal sobre un eje horizontal-vertical causando obstrucción del órgano llegando a comprometer vascularización. El síncope es una manifestación excepcional del vólvulo por compresión extrínseca de las cámaras cardíacas. El tratamiento del vólvulo gástrico es la desvolvulación, ya sea endoscópica o quirúrgica, sin embargo en casos de síncope se recomienda la desvolvulación quirúrgica debido al alto riesgo de un nuevo síncope.

Objetivos: Presentación de caso clínico de síncope como manifestación de vólvulo gástrico complicado secundario a hernia hiatal.

Contenido del E-Poster: Paciente de 52 años con antecedente de hipertensión arterial y hernia hiatal conocida, con ascenso gástrico, consulta en servicio de urgencia, traída por el SAMU tras compromiso de conciencia en vía pública, recuperación de conciencia ad-integrum, y lesión contuso cortante occipital. Se realiza tomografía computada de cerebro inicialmente, el cual se encuentra dentro de límites normales; dentro de los exámenes de laboratorio realizados destaca dímero D elevado, por lo que se realiza angio TAC de tórax, el cual evidencia ascenso del hemidiaphragma izquierdo, con ascenso gástrico y con signos de volvulación órgano-axial. Se decide resolución quirúrgica vía laparoscópica, con gastropexia inicialmente debido a que el defecto diafragmático es mayor a 10 cm, y en un segundo tiempo se realiza hernioplastia diafragmática, sin incidentes.

Resultado: La paciente presenta evolución favorable en el post operatorio, con apoyo de kinesioterapia respiratoria, buena tolerancia oral, y remisión de la sintomatología digestiva, sin síntomas de reflujo gastroesofágico, dada de alta a los 5 días. Se realiza seguimiento y control al mes y a los 3 meses post operatorios, el cual se mantiene satisfactorio, con remisión completa de la sintomatología.

Conclusión: El vólvulo gástrico es una entidad de baja frecuencia y cuya presentación inicial como síncope es excepcional en una hernia hiatal, siendo una patología potencialmente mortal. Se puede clasificar erróneamente el cuadro de síncope como neuromediado por tono vagal en relación con deglución copiosa, que en este caso el cuadro es condicionado por disminución del gasto cardíaco por compresión. La sospecha de esta patología suele ser complicada lo cual puede retrasar el diagnóstico del vólvulo y su manejo por lo que el apoyo de imágenes es fundamental. El tratamiento inicial consiste la descompresión gástrica y la devolvulación y cuyo manejo definitivo corresponde a la vía quirúrgica ya sea abierta o laparoscópica.

283, CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA COLELITIASIS EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2021-2024.

Autores: Florencia Sanzana O., Bryan Schulz O., Gloria Heutger M., Valentina Vega Q., María Jesús Sanzana O., Josefa Cerda E., Luis Pastén C.

Universidad Católica De La Santísima Concepción

Introducción: La coleditiasis es la formación de cálculos en la vesícula biliar, causada principalmente por exceso de colesterol biliar. Factores como etnia (mayor en mapuches), sexo femenino, edad, dieta alta en grasas, embarazo y obesidad influyen en su aparición. La mayoría es asintomática, pero de ellos un 2% y 4% desarrolla síntomas al año, y los casos sintomáticos tienen hasta un 30% de riesgo de complicaciones como colecistitis, pancreatitis, coledocolitiasis y colangitis. El tratamiento habitual es la colecistectomía laparoscópica. En Chile, es una causa frecuente de consulta y hospitalización, con alta prevalencia, morbilidad y riesgo oncológico, sin embargo, no existen datos epidemiológicos actualizados de esta patología.

Objetivos: Determinar las diferentes variables epidemiológicas de la coleditiasis entre los años 2021-2024 para actualizar el perfil epidemiológico chileno de la patología.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal descriptivo utilizando datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Se analizaron los egresos hospitalarios por coleditiasis entre los años 2021-2024 y derivados según la codificación CIE-10. Se calcularon las tasas de incidencia cruda y se estandarizaron ajustándose según edad y región mediante el método directo, usando los datos de población del censo 2024 y analizando la significancia estadística mediante el método T-Student, con $p < 0,05$ significativo.

Resultado: En Chile, entre 2021 y 2024, los egresos hospitalarios se mantuvieron estables con un promedio anual de 1.585.949. La coleditiasis representó aproximadamente el 4% de estos casos, con una media de 69.753 hospitalizaciones por año, alcanzando su punto máximo en 2022 con 73.901 casos. La prevalencia nacional fue de 377 casos por cada 100.000 habitantes (según Censo 2024). La patología afectó mayormente a mujeres, en una proporción de 2:1 respecto a los hombres. En cuanto a edad, los rangos más afectados fueron los de 20–44 años (2021, 2022 y 2024) y 45–64 años (2023), ambos con un 36% de los casos acumulados. El grupo de mayores de 80 años tuvo la menor incidencia (4%). Regionalmente, las mayores cifras absolutas de hospitalización se registraron en las regiones Metropolitana, Biobío y Valparaíso. No obstante, al ajustar por población, las regiones con mayor prevalencia fueron Los Lagos, Magallanes, Los Ríos y Biobío (49–46 casos por 100.000 hab.), mientras que las más bajas se dieron en Maule, Coquimbo y O'Higgins (31–33 por 100.000 hab.)

Conclusión: Se concluye que la coleditiasis es una de las principales causas de hospitalización en Chile, con un 4% de los egresos hospitalarios entre 2021 y 2024 y con una prevalencia de 377 casos por 100.000 habitantes. Afectó principalmente a mujeres, con una relación 2:1 respecto a los hombres, posiblemente por causas hormonales. La mayoría de los casos se concentró entre los 20 y 64 años, lo que podría deberse a factores de riesgo como obesidad y dieta, o a un mayor acceso a imagenología diagnóstica. Las regiones más pobladas concentraron más casos en términos absolutos, las mayores tasas ajustadas se registraron en regiones del sur como Los Lagos y Magallanes, lo que podría ser influenciado por factores genéticos, dietéticos y estructurales del sistema de salud. Finalmente, se destaca la necesidad de actualizar los datos epidemiológicos y diseñar estrategias regionalizadas que mejoren la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, considerando también la relación de esta patología con el desarrollo de neoplasia vesicular.

284, ASCITIS QUILOSA COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Simón Ruiz Soto, Paúl Xavier Prieto Centeno, Julián Cordero G., Edison Pereira A., Julián Letzkus L., Francisca Sepúlveda O., José Tomás Undurraga N., Carmen Sarahi Piñero

1equipo Cirugía General. Complejo Asistencial Padre Las Casas. Servicio De Salud Araucanía Sur 2interno Universidad Autónoma De Chile, Sede Providencia 3interna Universidad Autónoma De Chile, Sede Talca

Introducción: La linfa abdominal circula desde los capilares linfáticos intestinales hasta los conductos colectores, cisterna de Pecquet y el conducto torácico. Está compuesta principalmente por linfocitos, grasas (quilo) y proteínas. La ascitis quillosa es una complicación poco frecuente que se presenta por acumulación de linfa en la cavidad peritoneal, las causas más frecuentes son cirugías, neoplasias, infecciones o traumatismos, causando fuga de linfa rica en grasas hacia el peritoneo. Su incidencia general es baja, aunque aumenta en pacientes sometidos a cirugías oncológicas con disección linfática extensa. Dado que el diagnóstico puede ser difícil y su manejo controversial, compartir casos clínicos es relevante para mejorar el reconocimiento temprano y el abordaje terapéutico adecuado. Presentamos el caso de un paciente adulto mayor con obstrucción intestinal secundario a Tumor del ángulo hepático del colon que desarrolló ascitis quillosa postoperatoria, enfatizando la importancia del diagnóstico y el manejo.

Objetivos: Describir la presentación clínica, el diagnóstico y el manejo integral, de un caso de ascitis quillosa postoperatoria en un paciente adulto mayor con adenocarcinoma de colon, resaltando su valor clínico y el manejo entregado.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico de paciente de 89 años con antecedentes de tumor de colon en estudio, que ingresó con clínica de obstrucción intestinal. Los hallazgos fueron tumor del ángulo hepático del colon de 8 cm, infiltrante a epiploon mayor, con líquido serohemático escaso libre. Se realizó hemicolectomía derecha con ileostomía terminal. En el postoperatorio presentó drenaje peritoneal lechoso confirmado por triglicéridos elevados (429 mg/dL) y cultivos negativos. Se detallan evolución clínica, estudios de laboratorio e imagenología, manejo con dieta baja en grasas y alta en proteínas, y seguimiento hospitalario.

Resultado: El décimo día postoperatorio, la paciente presentó drenaje abdominal lechoso no fétido, con un débito aproximado de 50 - 60 cc/día. El TAC abdomino pélvico control descartó colecciones intraabdominales. El análisis del líquido mostró predominio linfocítico, amilasa y lipasas en rango normal, triglicéridos elevados y cultivos negativos, confirmando ascitis quillosa. Se indicó régimen hipograso e hiperproteico, manejo conservador, sin requerir otros estudios. El gasto de drenaje disminuyó progresivamente y la paciente permaneció estable hasta el alta hospitalaria a los 27 días. El informe histopatológico final reveló adenocarcinoma poco diferenciado con invasión vascular y perineural.

Conclusión: La ascitis quillosa es una complicación poco común, pero debe sospecharse en pacientes oncológicos sometidos a cirugías con amplia disección linfática. La presencia de drenaje peritoneal lechoso, sin signos de infección y con cultivos negativos, orienta el diagnóstico. El manejo conservador basado en dieta baja en grasas y alta en proteínas es efectivo en casos de bajo débito, mientras que en situaciones más severas puede ser necesario nutrición enteral con triglicéridos de cadena media, nutrición parenteral y el uso de somatostatina o sus análogos para reducir la producción linfática. La resolución espontánea es posible con estas medidas, evitando intervenciones quirúrgicas adicionales. Este caso ilustra la importancia de la sospecha clínica, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para optimizar resultados en pacientes de alto riesgo.

285, HERNIA DE AMYAND COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Francisca Becar C.; Carol Vargas Q., Francisca Bustamante U., Camila Bustamante U., Gerardo Medina P., Luis Hausdorf U.

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

Introducción: La hernia de Amyand, definida como la inclusión del apéndice vermiforme en un saco herniario inguinal, es una condición infrecuente que representa menos del 1% de las hernias inguinales. Su asociación con apendicitis aguda ocurre solo en 0,07–0,13% de los casos. Su diagnóstico es típicamente intraoperatorio, y puede manifestarse como abdomen agudo obstructivo. Presentamos un caso de apendicitis gangrenosa contenida en hernia inguinal derecha, con peritonitis localizada y obstrucción intestinal, abordada mediante laparotomía exploradora

Objetivos: Reportar un caso de abdomen agudo secundario a hernia de Amyand complicada con apendicitis y peritonitis localizada, resaltando su valor diagnóstico, quirúrgico y educativo

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo del caso clínico a partir de la ficha clínica, protocolo operatorio y controles ambulatorios registrados en el Hospital de Puerto Montt. Se incluyó evaluación clínica, estudios imagenológicos y hallazgos intraoperatorios. El paciente fue intervenido de urgencia mediante laparotomía exploradora, indicación establecida tras evidencia tomográfica de obstrucción intestinal y signos de perforación

Resultado: Varón de 79 años, sin antecedentes de hernioplastías previas, consulta por dolor abdominal difuso de cinco días, vómitos biliosos y constipación. Al examen físico, destaca hernia umbilical parcialmente reductible. TC de abdomen evidencia obstrucción intestinal secundaria a hernia inguinal derecha complicada con signos de perforación. Se realiza laparotomía exploradora, encontrando hernia de Amyand con apendicitis gangrenosa, múltiples adherencias, hernia umbilical e inguinal izquierda no complicada. Se practica apendicectomía, aseo peritoneal y hernioplastia técnica de Bassini. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato, con buena respuesta analgésica, inicio precoz de alimentación y retiro progresivo de analgesia parenteral. La anatomía patológica confirmó apendicitis gangrenosa. No presentó complicaciones infecciosas ni recidiva herniaria a los 30 días de seguimiento.

Conclusión: La hernia de Amyand debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de abdomen agudo, especialmente en presencia de hernia inguinal complicada. Su presentación clínica puede simular una obstrucción intestinal o peritonitis localizada. La tomografía computada permite sugerir el diagnóstico, pero suele confirmarse durante la cirugía. El tratamiento se basa en la resección apendicular y reparación herniaria, con o sin uso de malla según el grado de contaminación, como se ha discutido en series recientes. La decisión de incluir o evitar malla sigue siendo controversial, y debe individualizarse según la clasificación de Losanoff y Basson y el contexto clínico del paciente. Este caso ilustra la importancia de una exploración quirúrgica completa ante cuadros de obstrucción, y respalda el uso de técnicas clásicas de reparación en escenarios sépticos limitados, evitando el uso de mallas en presencia de apendicitis complicada.

286, HERNIA DE AMYAND TIPO IV DE LOSANOFF COMO HALLAZGO INTRAOPERATORIO: UNA ENTIDAD INUSUAL

Autores: Catalina Pedreros V, Claudia García A, Leonardo Cárcamo G.

Institución Hospital Base De Valdivia

Introducción: La hernia de Amyand es una entidad infrecuente como aquella hernia inguinal caracterizada por la inclusión del apéndice vermiforme dentro del saco con una incidencia entre 0.19% y 1.7% de las hernias inguinales. La apendicitis aguda en este contexto es aún más rara, observándose en solo el 0.13% de los casos. Dado su carácter atípico, el diagnóstico de una hernia inguinal complicada es eminentemente clínico, con un bajo índice de sospecha, siendo diagnosticada mayoritariamente en el intraoperatorio. Su tratamiento es quirúrgico, consistiendo en la apendicectomía seguida de hernioplastia. La presentación de estos casos resulta fundamental para enriquecer el conocimiento médico y aumentar el índice de sospecha, lo que contribuye a un diagnóstico más oportuno y a la implementación de tratamientos más eficaces

Objetivos: Presentar un caso atípico de hernia inguinal complicada con hallazgo intraoperatorio de apendicitis aguda perforada intraherniaria y un abordaje terapéutico oportuno

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de ficha médica y una revisión bibliográfica en PubMed.

Resultado: Masculino de 80 años con antecedentes de hernia inguinal derecha con pérdida de domicilio de larga data. Ingresó al servicio de urgencias por sospecha de úlcera duodenal perforada, luego descartada. Fue manejado en UTI evolucionando con dolor en hernia inguinoescrotal derecha, sin signos de abdomen agudo. La tomografía abdomen y pelvis reveló hernia inguinoescrotal derecha complicada por cambios inflamatorios de asas intestinal con signos de suboclusión y colección de aspecto inflamatorio y apéndice no visualizado. Se decidió exploración por vía inguinal, encontrando contenido de colon derecho, delgado y apéndice perforado, ciego e íleon distal se encontraron desvitalizado y zonas de necrosis, se realizó resección ileocecal más anastomosis íleo-colónica y hernioplastia con malla. Evolución favorable, alta al sexto día postoperatorio sin recidiva ni complicaciones. La biopsia diferida confirmó peritonitis fibrinoleucocitaria colónica e ileitis aguda

Conclusión: La hernia de Amyand representa un desafío quirúrgico inusual que requiere un manejo individualizado. El abordaje inguinal dado el volumen de la hernia permitió evitar una laparotomía disminuyendo la morbilidad. Existe controversia respecto al uso de mallas en contextos contaminados, este caso evidenció que una intervención oportuna y adecuada puede conducir a resultados terapéuticos favorables, lo que subraya la importancia de una mayor difusión de esta patología para optimizar su manejo quirúrgico.

287, APENDICITIS AGUDA EN SITUS INVERSUS TOTALIS, UN DESAFÍO ANATÓMICO Y TÉCNICO.

Autores: Valentina Paz Vega Quintana, Valentina Antonia Ramos Varela, Valentina Francisca Velásquez Matus, Paulina Antonia Pérez Vergara, Oscar Eduardo Ramos Rojas, Francisco Antonio Silva Fuentes..

Hospital Clínico Herminda Martín, Servicio De Urgencias, Chillán. Universidad Católica De La Santísima Concepción, Chillán.

Introducción: Situs inversus totalis (SIT) es una condición genética caracterizada por transposición en espejo de los órganos, con una prevalencia entre 1:10.000 a 1:25.000 según series. La mayoría son diagnosticados incidentalmente. Cuando presentan patología quirúrgica aguda, considerando que la mayoría de los cirujanos son diestros, se convierte en un reto donde se requiere adaptación en el acto operatorio.

Objetivos: Exponer caso de apendicitis aguda en SIT, para evidenciar la importancia de una evaluación diagnóstica previa minuciosa con análisis de clínica e imágenes para obtener un buen resultado quirúrgico.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 52 años, con antecedente de situs inversus totalis, diabetes e hipertensión. Acude a servicio de urgencias por cuadro de 1 día de evolución de dolor abdominal en mesogastrio irradiado a hipogastrio, asociado a náuseas. Al examen físico, abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, con Blumberg positivo. En exámenes se evidencia elevación de parámetros inflamatorios. Al escáner de abdomen y pelvis impresiona apendicitis aguda en contexto de SIT, por lo que se realiza apendicectomía laparoscópica, con trócares transumbilical, suprapúbico y en fosa iliaca derecha, operando por el lado derecho de la paciente.

Resultado: Se identifica apéndice correctamente al revisar scanner, y se confirma su presencia en fosa iliaca izquierda, necrótico y perforado. Se completa apendicectomía sin sangrado ni lesiones asociadas. Paciente evoluciona favorable clínicamente, con alta al día siguiente.

Conclusión: El presente caso destaca la necesidad de una evaluación preoperatoria exhaustiva ante la sospecha de variantes anatómicas, puesto que muchos pacientes con SIT desconocen su condición. La recomendación frente a estos casos es ser flexibles y adaptar el enfoque quirúrgico, ajustando la técnica para lograr un resultado óptimo. La anticipación y la adaptabilidad del equipo quirúrgico marcará la diferencia entre complicación y éxito.

288, SÍNDROME DE COCOON: RELEVANCIA DE LA LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA EN CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON IMÁGENES AMBIGUAS

Autores: Gabriela Proaño L., Amanda Wosiack M., Sofía Pinedo R., Stefano Ramolfo P.

Hospital El Carmen - Servicio De Cirugía

Introducción: El síndrome de Cocoon, o peritonitis esclerosante encapsulante (PEE), es una afección rara que causa obstrucción intestinal recurrente. Descrito por Owtschinnikow en 1907 y popularizado por Foo et al., su nombre alude a la membrana de fibrocolágeno que envuelve el intestino y otros órganos abdominales. Su etiología es multifactorial: primaria (idiopática y muy rara) o secundaria (asociada a diálisis peritoneal o tuberculosis abdominal). Afecta más a hombres entre 20 y 40 años. La clasificación por extensión de la membrana (Tipo I, II, III) es descriptiva, pero no útil para el manejo. La fisiopatología es incierta, pero se sugiere una displasia congénita del omento mayor que encierra los intestinos. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas (dolor abdominal, vómitos, pérdida de peso) y el diagnóstico preoperatorio es difícil, a menudo realizándose durante la cirugía. La tomografía computarizada con contraste es el estándar de oro, mostrando intestinos dilatados, membrana engrosada, adherencias y ascitis. La laparoscopia es útil para diagnóstico y tratamiento. El tratamiento inicial para síntomas leves es conservador. La cirugía, mediante laparotomía exploradora con escisión de la membrana y adherenciólisis, se recomienda si falla la terapia conservadora. La resección intestinal es solo para casos de inviabilidad, debido a complicaciones. El diagnóstico definitivo combina hallazgos clínicos, radiológicos, quirúrgicos e histopatológicos. Este estudio presenta un caso resuelto laparoscópicamente, destacando las ventajas de este abordaje mínimamente invasivo para un diagnóstico y tratamiento precisos.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome de cocoon complicado con obstrucción intestinal resuelto mediante abordaje laparoscópico, destacando las ventajas de esta técnica para un diagnóstico preciso y precoz, y para la liberación intestinal mínimamente invasiva, reduciendo los riesgos asociados a la laparotomía.

Contenido del E-Poster: Revisión detallada del caso clínico junto a exámenes complementarios, y descripción de técnica terapéutica utilizada. De forma complementaria, se realizó una revisión en la literatura.

Resultado: Un hombre de 61 años, con hipertensión y cardiopatía coronaria, sin cirugías abdominales previas, consultó por dolor abdominal difuso intermitente de seis meses, vómitos, distensión abdominal y pérdida de peso. Estudios ambulatorios (RM y TC) sugirieron oclusión/suboclusión intestinal y hernia interna transmesentérica, motivando su hospitalización. Una laparoscopia exploradora reveló un manto de fibrina densa que causaba adherencias del intestino delgado, formando ovillos con dilatación de asas. Se realizó adherenciólisis extensa, liberando el epiplón y las asas intestinales, restableciendo el peristaltismo. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al quinto día sin complicaciones.

Conclusión: El síndrome de cocoon es un desafío diagnóstico por su presentación inespecífica y hallazgos radiológicos ambiguos. Este caso resalta la importancia de la laparoscopia exploratoria como herramienta diagnóstica y terapéutica eficaz. La adherenciólisis laparoscópica demostró ser segura y efectiva, con una evolución postoperatoria favorable. Es crucial considerar el síndrome de cocoon en el diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas abdominales crónicos y hallazgos radiológicos inciertos.

289, ANÁLISIS DE 2.208 COLECISTECTOMÍAS GES REALIZADAS ENTRE 2019 Y 2023 EN DOS HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE

Autores: Jorge Kutscher Barrera, Vicente Andrades Caro, Constanza Chabour Barra, Eugenio Grasset Escobar
Hospital Del Salvador

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es la neoplasia maligna más frecuente del tracto biliar y una de las principales causas de muerte por cáncer en Chile. Este país presenta una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas a nivel mundial, alcanzando hasta 27,3 casos por 100.000 habitantes en mujeres de regiones del sur. La alta prevalencia de factores de riesgo como colelitiasis, obesidad y ascendencia mapuche ha motivado la implementación de estrategias de prevención poblacional, como la colecistectomía preventiva.

Objetivos: Los hallazgos de los análisis histopatológicos en población de bajo riesgo no han sido descritos en nuestra población por lo que este trabajo pretende describir el resultado de las biopsias en población beneficiaria del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectivo, incluyó a todos los pacientes sometidos a colecistectomía en el marco del programa GES entre enero de 2020 y diciembre de 2023 (2208 casos) en los Hospitales Luis Tisné y Del Salvador. Se excluyeron los casos sin informes histopatológicos disponibles. Se analizaron variables demográficas, hallazgos histopatológicos, decisiones oncológicas adoptadas por el comité multidisciplinario y mortalidad relacionada con cáncer.

Resultado: Se evaluaron 2.208 colecistectomías, 1.751 (79,3%) correspondieron a mujeres, edad promedio de 42,2 años. Los hallazgos histopatológicos incluyeron 4 adenomas (0,18%), 42 adenomiosis (1,9%), 78 pólipos (75 de colesterol, 1 metaplásico, 2 hiperplásicos), 31 atipias (1,4%), 11 displasias de bajo/moderado grado (0,5%), 3 displasias de alto grado (0,14%) y 5 neoplasias (0,23%). Los casos de cáncer se presentaron exclusivamente en mujeres de ellos 4 de origen biliar y 1 digestivo indiferenciado con invasión vesicular. De los 4 CVB uno fue mujer 41 años obesa. Colecistectomía laparoscópica de urgencia por colecistitis aguda litíásica. Cirugía laboriosa, gran proceso inflamatorio local. Biopsia con adenocarcinoma infiltrante biliar bien diferenciado (pT1N0M0), se realizó hepatectomía segmentaria con linfadenectomía negativas y en seguimiento hasta la fecha. El segundo, una mujer de 49 años, sana, colecistectomía laparoscópica. Biopsia: Fragmentos de pared de vía biliar infiltrado por adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Hepatectomía segmentaria y linfadenectomía negativa. Fallecida. La tercera, mujer 37 años, Peruana. Colecistectomía laparoscópica por pólipo vesicular. Biopsia: Adenocarcinoma tubular bien diferenciado, desarrollado en un adenoma tubular con displasia de bajo grado y alto grado, desprendido y fragmentado. Hepatectomía segmentaria con linfadenectomía negativos. En seguimiento hasta la fecha. La última fue una mujer de 45 años, asmática en control. Colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática. Hidrops vesicular. Biopsia: adenocarcinoma in situ focal. Seguimiento y alta. Mortalidad por CVB estimada en la cohorte de 0,09%.

Conclusión: La incidencia de neoplasias y lesiones premalignas en las colecistectomías preventivas fue baja. Estos resultados proporcionan evidencia local sobre el perfil histopatológico de la vesícula biliar en una población sometida a colecistectomía en el marco del GES. Además, subrayan la importancia de identificar factores de riesgo específicos (edad, sexo, comorbilidades y características étnicas) que permitan focalizar futuras intervenciones quirúrgicas en subgrupos con mayor riesgo de cáncer vesicular, optimizando así la vigilancia y el manejo quirúrgico de la patología.

291, HERNIA DIAFRAGMÁTICA OCULTA POR TRAUMA CERRADO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Autores: Paulino Agustín Gárate Muñoz, Sebastián Andrés Castet Álvarez, Camila Ignacia Araya Contreras, Sebastián Alejandro Méndez Lazcano, Matías Ignacio Hidalgo Ramírez, Orlando Antonio Rodríguez Opazo, Felipe Esteban Solís Huerta

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz, Los Ángeles

Introducción: La hernia diafragmática traumática (HDT) secundaria a un trauma toracoabdominal contundente es una entidad poco frecuente, caracterizada por la ruptura del diafragma y la migración de órganos abdominales hacia la cavidad torácica. Este tipo de lesión suele ocurrir tras accidentes de alta energía, como colisiones vehiculares, y representa un desafío diagnóstico importante, ya que sus manifestaciones clínicas pueden ser tardías o inespecíficas. El diagnóstico oportuno es crucial, dado que las imágenes iniciales pueden no evidenciar claramente la lesión. La tomografía computarizada es la herramienta de elección por su alta precisión, aunque existe riesgo de falsos negativos en etapas tempranas. El tratamiento consiste en la reparación quirúrgica, siendo la laparotomía el enfoque más utilizado. La mortalidad puede aumentar significativamente ante un diagnóstico tardío o en presencia de shock preoperatorio. El presente reporte de caso se considera relevante por ilustrar la dificultad diagnóstica de esta condición en un contexto clínico real y destacar la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante antecedentes de trauma toracoabdominal. Compartir esta experiencia clínica contribuye a sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la necesidad de una evaluación exhaustiva en situaciones similares.

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de una hernia diafragmática traumática en un paciente politraumatizado, destacando la importancia del alto índice de sospecha clínica y la intervención quirúrgica oportuna en contextos de trauma cerrado.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino previamente sano, ingresó tras accidente en bicicleta con atropello lateral. Estaba consciente y estable. La TC cerebral mostró fractura occipital, hematoma epidural y hemorragia subaracnoidea sin necesidad quirúrgica. Se detectó laceración esplénica, por lo que fue hospitalizado en UCI. Durante la estancia, presentó dolor abdominal y shock hipovolémico. La TC abdominopélvica reveló hernia diafragmática traumática. Se realizó laparotomía, encontrando un defecto diafragmático de 10 cm con estómago, yeyuno, colon, hígado y bazo herniados. Se redujeron las vísceras, se reparó el diafragma, se realizó esplenectomía y se colocó drenaje. El paciente volvió a UCI para manejo posoperatorio.

Resultado: El paciente evolucionó de forma favorable tras la intervención quirúrgica. Fue extubado sin dificultad, con adecuada oxigenación y estabilidad hemodinámica. Durante su estadía en UCI presentó rabdomiólisis con función renal conservada y gastroparesia, la cual respondió adecuadamente a tratamiento con proquinéticos. Los controles imagenológicos posoperatorios mostraron neumotórax residual y derrame pleural leve, sin signos de complicaciones quirúrgicas. No se evidenciaron nuevas lesiones intraabdominales. Tras estabilización clínica y adecuada evolución general, se autorizó su traslado a una unidad de menor complejidad para continuar con su recuperación y rehabilitación.

Conclusión: La hernia diafragmática traumática es una condición poco frecuente pero potencialmente grave que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico oportuno. El tratamiento quirúrgico individualizado, adaptado a las condiciones clínicas del paciente y los recursos disponibles, sigue siendo fundamental para lograr buenos resultados y evitar complicaciones mayores.

292, MÁS ALLÁ DEL COLON: PRESENTACIÓN Y MANEJO DE DIVERTICULITIS YEYUNAL COMPLICADA.

Autores: Carla Pereira M, Amanda Wosiack M., Trinidad Aljaro E., Carolina Morales C., Sofía Pinedo R.

Hospital El Carmen

Introducción: La diverticulitis yeyunal es una entidad poco frecuente que representa un desafío para el cirujano. Tiene una prevalencia estimada entre 0.06 a 2.3% de la población. Se caracteriza por la inflamación de divertículos localizados en el yeyuno, pudiendo originar cuadros graves con perforación, hemorragia, obstrucción o peritonitis, especialmente en adultos mayores. El diagnóstico es un reto debido a la inespecificidad de los síntomas y la baja sospecha clínica.

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso de diverticulitis yeyunal, revisando los aspectos clave para el manejo de esta patología en el contexto actual, destacando el rol de la tomografía computarizada (TC).

Contenido del E-Poster: Se presenta un caso clínico de diverticulitis yeyunal complicada con perforación contenida, junto con una revisión de la evidencia respecto a la patología. Se realizó una revisión no sistemática de casos clínicos en PubMed, Servier, Cochrane y literatura sobre divertículo yeyunal complicado. La información clínica se obtuvo de la ficha electrónica, registro fotográfico institucional y consentimiento informado del paciente.

Resultado: Paciente femenina de 71 años, con antecedentes de cáncer de mama tratado y constipación crónica, consulta por 24 horas de dolor abdominal epigástrico, asociado a náuseas y fiebre de 38 °C. Al ingreso se encuentra taquicárdica, normotensa y afebril. Al examen físico destaca un abdomen poco depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio evidencian parámetros inflamatorios elevados. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste, que muestra engrosamiento parietal de yeyuno proximal, asociado a cambios inflamatorios del tejido adiposo adyacente y signos compatibles con perforación contenida. Se identifican además divertículos colónicos y en intestino delgado. Con el diagnóstico de perforación contenida de yeyuno proximal secundaria a diverticulitis complicada, se decide hospitalización para manejo médico con antibioticoterapia y analgesia, iniciando progresión paulatina del régimen. A las 48 horas, se realiza nuevo TC que informa disminución de las alteraciones inflamatorias, persistiendo la perforación contenida. La paciente evoluciona con disminución progresiva de los parámetros inflamatorios y mejoría del dolor siendo dada de alta a los 7 días, con indicación de completar tratamiento antibiótico ambulatorio.

Conclusión: La diverticulitis yeyunal complicada es una causa rara pero potencialmente grave de abdomen agudo, con una mortalidad que puede aumentar hasta el 40% en caso de perforación. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y el uso de TC para confirmar el cuadro y descartar complicaciones. El manejo conservador puede ser exitoso en casos seleccionados, siempre que el paciente se mantenga clínicamente estable y bajo estrecha vigilancia. Pacientes que presenten inestabilidad o deterioro sintomático deben resolverse de manera quirúrgica. La pronta identificación y tratamiento adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad asociada a esta patología.

293, TUMOR GIST COMO ETIOLOGÍA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Fernanda Cristina Huber Hornung, Catalina Sofía Ortiz Valenzuela, Álvaro Gallardo Villalobos, José Manuel Martínez Villegas, Francisco Parada Díaz, Catalina Ignacia Rivera Campos .

Hospital Naval Almirante Adriaola

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia caracterizada por sangrado proximal al ángulo de Treitz. Su etiología más común son las úlceras pépticas, várices esofágicas y gastropatía erosiva. Hasta en un 5% de los casos la causa puede ser poco habitual, lo que representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Entre las causas infrecuentes están los tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Los GIST son neoplasias malignas originadas en las células intersticiales de Cajal (1). La mayoría se deben a mutaciones del protooncogén c-KIT (60-80%) o el receptor PDGFRA (10-20%) (2,3). Aunque representan solo el 0,1-3% de todas las neoplasias malignas gastrointestinales (1), son el tumor mesenquimal más frecuente en el tracto GI (3,4). Su ubicación más prevalente es el estómago (60%) e intestino delgado (25%) (3,5). En general son asintomáticos, hasta en un 10%-18% se detectan incidentalmente en imágenes. En menor medida, pueden manifestarse con dolor abdominal, masa palpable o anemia y en algunos casos con HDA severa que puede poner en riesgo vital (1,2,4). El sangrado ocurre por ulceración de la mucosa suprayacente al tumor o por invasión vascular (6,7). El diagnóstico requiere de toma de biopsia y su confirmación con inmunohistoquímica (3,8). El tratamiento estándar para GIST localizados es la resección quirúrgica completa con márgenes negativos (R0), pudiendo ser endoscópica en caso de tumores pequeños seleccionados (8). Como terapia adyuvante, los inhibidores de la tirosin quinasa, principalmente Imatinib, han revolucionado el manejo, en aquellos casos de alto riesgo (2,8).

Objetivos: Presentar un caso clínico de tumor GIST como causa infrecuente de hemorragia digestiva alta

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 63 años con antecedentes de macroadenoma hipofisiario y panhipopituitarismo secundario. Consultó en el servicio de urgencias por hematemesis. Se realizó endoscopia digestiva alta (EDA) la cual evidenció una lesión subepitelial de aproximadamente 30 mm en la pared gástrica anterior, con una úlcera en su vértice y vaso visible cubierto por sangre oscura. Se realizó biopsia de la lesión y hemostasia efectiva mediante inyección con adrenalina diluida y colocación de dos clips sobre el vaso y la úlcera. Se observó además una segunda úlcera pequeña cubierta de fibrina en la misma lesión. Se realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste, que confirmó la presencia de una lesión subcardial levantada en la pared gástrica.

Resultado: Se rescató el resultado de la biopsia, cuyo estudio histopatológico e inmunohistoquímico era compatible con un tumor del estroma gastrointestinal (GIST). La inmunohistoquímica mostró positividad para CD117 y DOG1 (focal), y negatividad para S100. El paciente no presentó nuevos episodios de hematemesis y quedó a la espera de tratamiento definitivo para la neoplasia gástrica

Conclusión: Los GIST son una causa infrecuente de HDA, pero deben considerarse frente a lesiones subepiteliales gástricas ulceradas con sangrado activo. La presentación con hematemesis evidencia que los GIST, aunque poco frecuentes, pueden debutar de forma aguda y severa, siendo fundamental reconocer esta posibilidad para indicar el manejo adecuado y evitar complicaciones (2,6,7). Este caso refuerza la importancia de incluir al GIST dentro del diagnóstico diferencial de la HDA, especialmente cuando existen sangrado de causa no precisada endoscópicamente (6,7).

294, CUANDO LA VESÍCULA NO ESTÁ DONDE SE ESPERA: SINISTRAPOSICIÓN VESICULAR EN DOS PACIENTES SIN SITUS INVERSUS

Autores: André Mesías Herrera, Edgar Quintero, Gely Muñoz Bannura, Francisco San Miguel Mardones

Hospital El Pino, Universidad Andrés Bello

Introducción: La anatomía normal de la vesícula biliar la sitúa en el hemitórax derecho, en la fosa vesicular del hígado. 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, con potencialidad para transformar una intervención quirúrgica en un desafío técnico considerable dada la dificultad para reconocer las estructuras anatómicas y el riesgo elevado de lesionar la vía biliar durante el procedimiento con una incidencia reportada de hasta un 4.4% en estos casos.

Objetivos: Describir dos casos clínicos de sinistraposición de la vesícula biliar en pacientes sin situs inversus, analizando los hallazgos quirúrgicos y el abordaje terapéutico, realizando una revisión de la literatura disponible.

Contenido del E-Poster: Este estudio presenta una serie de dos casos clínicos de sinistraposición de la vesícula biliar, observados en el Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital El Pino.

Resultado: Caso 1: 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 hospitaliza para continuar manejo y completar estudio. Durante hospitalización se realiza colangiografía que descarta coledocolitiasis, describe vesícula con de repleción normal y paredes finas con innumerables cálculos en su interior. Una vez resuelta pancreatitis aguda 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 Strasberg, se concluyó el procedimiento sin incidentes intraoperatorios, Paciente sin complicaciones postoperatorias hasta la actualidad. Caso 2: Paciente masculino de 35 años sin antecedentes mórbidos que consulta de manera ambulatoria por dolor abdominal, se realiza ecografía que describe colelitiasis con vía biliar normal y exámenes de laboratorio sin alteración de pruebas hepáticas. Se realiza una colecistectomía laparoscópica de manera electiva. Durante exploración se identifica vesícula biliar con lecho en lóbulo hepático izquierdo, de paredes finas, sin adherencias, con vía biliar y conducto cístico finos. Se logra visión crítica de seguridad de Strasberg y se realiza sección de conducto cístico y de arteria cística previamente clipeados. Se concluye cirugía sin complicaciones intraoperatorias. Paciente sin complicaciones postoperatorias hasta la actualidad.

Conclusión: La sinistraposición de la vesícula biliar, es una anomalía anatómica infrecuente que representa un desafío diagnóstico y quirúrgico que no debe subestimarse. En los dos casos presentados, la anomalía fue identificada intraoperatoriamente, obligando a extremar el cuidado durante la disección del triángulo de Calot para evitar lesiones de la vía biliar. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente en el postoperatorio.

295, FÍSTULA TUMORAL A COLON SIGMOIDES DE ORIGEN GINECOLÓGICO: CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

Autores: Sebastián Espinoza F, María Pizarro M, Danitza Escobar H, Jeziel Vilchez U

Servicio De Cirugía, Hospital Rafael Avaria de Curanilahue

Introducción: El abdomen agudo séptico sigue representando un desafío diagnóstico y terapéutico en cirugía general. Presentamos el caso de una paciente con shock séptico secundario a perforación colónica por una masa pélvica infiltrante, cuyo origen oncológico fue inesperado. El abordaje quirúrgico resolutivo, realizado sin acceso inmediato a subespecialidades, fue determinante para contener un cuadro de alta letalidad.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico de un abdomen séptico por perforación de colon sigmoide secundaria a tumor pélvico infiltrante, destacando el enfoque resolutivo inicial, la necesidad de reintervención y las implicancias clínicas para el cirujano general.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 55 años, sin antecedentes mórbidos, ingresa por dolor abdominal intenso de siete días de evolución, asociado a compromiso hemodinámico y signos francos de irritación peritoneal. Exámenes revelaron inflamación severa (PCR 239 mg/L, leucocitosis 20.400/mm³) y anemia normocítica-normocrómica severa. La tomografía abdominal evidenció perforación sigmoidea, colección purulenta y masa pélvica infiltrante. Durante la laparotomía exploradora se constató peritonitis purulenta generalizada, perforación de colon sigmoide firmemente adherido a una tumoración pélvica abscedada, útero esfacelado y necrosis del piso pélvico. Se realizó cirugía de Hartmann, histerectomía subtotal, anexectomía bilateral, lavado con 12 litros de suero fisiológico y colocación de drenajes. Fue ingresada a UCI y, tras siete días, trasladada a sala de cirugía, con egreso domiciliario al día 20 postoperatorio. Durante el seguimiento ambulatorio se identificó estenosis de ostomía terminal y se informó biopsia compatible con carcinoma escamoso infiltrante derivado de un teratoma ovárico, con invasión uterina y permeación vascular. Actualmente, la paciente ha rechazado tratamiento paliativo, evolucionando con carcinomatosis peritoneal y episodios recurrentes de suboclusión intestinal.

Resultado: El manejo quirúrgico resolutivo permitió controlar un abdomen séptico de alta letalidad, en contexto de tumor ginecológico no diagnosticado previamente. La paciente fue reintervenida por complicaciones locales y evolucionó de forma estable hasta el egreso hospitalario. El diagnóstico definitivo oncológico fue posterior, y actualmente se encuentra en seguimiento paliativo.

Conclusión: La transformación maligna de un teratoma ovárico es infrecuente (0,17–2%), siendo el carcinoma escamoso el subtipo más común. Su asociación con absceso y fístula es extremadamente rara. Si bien existen reportes de compromiso rectal o anal, la infiltración del colon sigmoide es excepcional. Este caso ejemplifica cómo el cirujano general, incluso en un hospital de mediana complejidad y sin subespecialistas disponibles, debe estar preparado para actuar de forma resolutiva ante cuadros sépticos abdominales. La identificación y resección de lesiones infiltrantes, incluso de origen extradigestivo, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Este enfoque quirúrgico oportuno permitió contener el cuadro clínico, esclarecer el diagnóstico y definir el pronóstico oncológico.

296, PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR INGESTA DE HUESO DE POLLO: REPORTE DE UN CASO

Autores: Trepát Vidal, G.; Astorga Larrondo, C.

Hospital Villarrica

Introducción: El Divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del sistema gastrointestinal con una incidencia de 0,6-4% y la principal causa de hemorragia digestiva baja en niños y adolescentes con una frecuencia de 45%. Esta patología se produce por una obliteración o atrofia incompleta del canal onfalomesentérico que, finalmente, se traduce en un divertículo verdadero en el intestino delgado, fundamentalmente en los últimos 90 cm del íleon, puede debutar con complicaciones, tales como obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o perforación intestinal. La mayoría de los pacientes con DM sintomático o resecado son de sexo masculino y se reporta una proporción de hasta 4:1. Los estudios reportan que la probabilidad de que esta enfermedad se torne sintomática disminuye con la edad. Las complicaciones del DM ocurren en aproximadamente el 4-6% de los casos a lo largo de la vida, siendo la menos frecuente la perforación por cuerpo extraño. El diagnóstico es en imágenes por alta sospecha o incidental en cirugía.

Objetivos: Representar con un caso clínico la pesquisa, manejo oportuno y supervivencia en una patología muy poco frecuente.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino, de 42 años sin antecedentes mórbidos. Consulta en urgencia por dolor abdominal inespecífico de 2 semanas de evolución, asociado a vómitos y fiebre. Tránsito intestinal conservado. Examen Físico: Abdomen distendido, blando depresible. Doloroso difuso, con signos de irritación peritoneal. Laboratorio: Leucocitos 16.000 / PCR 147. TC AP – “En fosa ilíaca derecha se visualiza un engrosamiento parietal asociado a la presencia de una imagen lineal densa sugiriendo cuerpo extraño en íleon distal posiblemente perforado”. Laparotomía Exploradora: Cavidad abdominal sin líquido libre, proceso inflamatorio en íleon distal a 50 cm de válvula ileocecal. Resección de segmento de intestino y entero-entero anastomosis. Paciente de alta al tercer día post-operatorio. Biopsia: Divertículo de Meckel con proceso inflamatorio agudo, necrosis transmural y perforación.

Resultado: Paciente joven con adecuada evolución post-operatoria, sin complicaciones.

Conclusión: El Divertículo de Meckel es una anomalía congénita que puede complicarse con perforación, como en este caso, siendo rara pero posible (<1%). El diagnóstico precoz es crucial para prevenir complicaciones graves como peritonitis y sepsis. Este reporte de caso resalta la importancia de considerar el DM en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, siendo el tratamiento de elección la cirugía (laparotomía o laparoscópica), mejorando la morbimortalidad de estos pacientes.

297, QUISTE ESPLÉNICO CON REEMPLAZO MASIVO DEL PARÉNQUIMA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN

Autores: Valentina Burgos B.¹, Ignacio Raimann B.¹, Mauricio Lira V.¹, Nelson Corsini A.², Francisca Díaz H.², Erick Castillo F.² ¹residente De Cirugía General, Universidad San Sebastián, Hospital Puerto Montt ²cirujano Digestivo Alto, Hospital Puerto Montt

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

Introducción: Los quistes esplénicos son lesiones poco frecuentes que pueden alcanzar gran tamaño. Se clasifican en verdaderos (epiteliales) y falsos (pseudoquistes), y su presentación clínica varía desde hallazgos imagenológicos incidentales hasta lesiones sintomáticas, según su tamaño y localización. El tratamiento depende de la presentación, el volumen de la lesión y el compromiso del parénquima. Aunque se prefiere la preservación esplénica, la esplenectomía total puede ser necesaria en casos de gran tamaño o reemplazo masivo del bazo.

Objetivos: Presentar un caso de quiste esplénico gigante resuelto mediante esplenectomía total, y revisar aspectos clínicos, quirúrgicos e histológicos relevantes para su manejo.

Contenido del E-Poster: Se describe un caso clínico manejado en el Hospital Base de Puerto Montt, con recolección de datos clínicos, imagenológicos, quirúrgicos y anatomopatológicos desde el registro médico. Se complementó con revisión de literatura científica sobre quistes esplénicos y su resolución quirúrgica, especialmente mediante esplenectomía.

Resultado: Paciente masculino de 17 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó por dolor en hipocondrio izquierdo de 10 meses de evolución. Las imágenes mostraron un quiste esplénico gigante (243 × 163 × 229 mm) con calcificaciones periféricas, sospechoso de linfangioma. Se realizó esplenectomía total por laparotomía sin complicaciones. Intraoperatoriamente se evidenció una lesión unilocular con 3,5 litros de contenido citrino oscuro, desplazando el hilio esplénico y estructuras adyacentes. La evolución postoperatoria fue favorable, con alta médica al cuarto día. La biopsia informó un quiste epitelial esplénico complicado (23 × 17 × 11 cm), sin signos de malignidad, con tejido esplénico remanente que mostró hiperplasia de la pulpa roja.

Conclusión: Los quistes esplénicos gigantes son entidades infrecuentes cuyo manejo debe adaptarse al contexto clínico. En casos sintomáticos y de gran volumen, la esplenectomía total continúa siendo una alternativa segura y resolutive. Este caso refuerza la importancia de una evaluación integral, planificación quirúrgica y el seguimiento postoperatorio, incluyendo vacunación y control clínico.

298, TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL MÚLTIPLE EN YEYUNO: REPORTE DE UN CASO

Autores: Paula Glaus Heredia, Martina Santibáñez Cabrera, Ignacio Salazar Moncada, Blas Aguilera Ibarra
Hospital Guillermo Grant Benavente

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores mesenquimales del tracto digestivo, originados en las células intersticiales de Cajal. Representan entre el 0,1%-3% de los tumores del tracto gastrointestinal y solo el 0.04% de los tumores de intestino delgado, siendo el yeyuno el subtipo más raro. La mayoría se presentan como una única lesión y en raras ocasiones, como lesiones múltiples, representando solo el 2% del total de los GIST y el 11% de todas las enfermedades multifocales. El diagnóstico comprende un desafío dado la baja prevalencia de la patología y la sintomatología leve e inespecífica. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico confirma el diagnóstico y define el seguimiento. La cirugía excisional es el tratamiento primario de los GIST.

Objetivos: Presentar un caso de GIST múltiple en yeyuno intervenido el 2024 en el Hospital Regional de Concepción.

Contenido del E-Poster: Presentación de caso clínico en base a ficha clínica electrónica

Resultado: Paciente masculino, de 57 años, sin antecedentes mórbidos. Evaluado por cuadro de anemia crónica, que requirió múltiples transfusiones. Sin historia de sangrado intestinal, pero con test de sangre oculta en deposiciones positivo. Se realizó estudio endoscópico que resultó normal, por lo que se continúa estudio con TAC de abdomen y pelvis que informa engrosamiento de asas de yeyuno de 47 x 50 mm sugerente de múltiples tumores de GIST. Ingresa a pabellón donde se evidencian múltiples lesiones nodulares en yeyuno cubriendo una extensión de 25cm, se realiza resección del segmento comprometido y anastomosis. El examen histológico informa 43 GIST de 0.5 a 3.5 cm, Ki67 1%, sin mitosis, 0/5 ganglios comprometidos. Infiltración linfocelular positiva. Sin compromiso del borde quirúrgico. Evaluado en comité oncológico que concluye GIST de bajo grado y bajo riesgo. Se decide inicio de Imatinib para control de enfermedad residual.

Conclusión: El diagnóstico y el manejo del intestino delgado GIST esporádico múltiple es un desafío clínico. Se requiere un alto grado de sospecha para el diagnóstico temprano. Las guías actuales no definen un algoritmo de trabajo estructurado en estos pacientes debido a la evidencia científica limitada. Sin embargo, las principales guías, incluidas NCCN y ESMO, sugieren el abordaje quirúrgico. En otros casos, se recurre a la vigilancia activa o tratamiento adyuvante con inhibidores de la Tirosin Kinasa (TKI). Dentro de este grupo, el imatinib ha cobrado un rol importante en aquellos tumores con enfermedad metastásica, mejorando la sobrevida. En literatura se evidencia alta relación entre GIST y Neurofibromatosis tipo 1, se decide solicitar estudio genético ya que paciente presenta múltiples lesiones café con leche.

299, PERFORACIÓN ILEAL POR BEZOAR DE DURVILLAEA ANTARCTICA (COCHAYUYO)

Autores: Daniela Leporati Jofré, Hendrik Van Driel Romero.

Universidad Austral De Chile, Servicio De Cirugía, Hospital Regional Valdivia.

Introducción: El bezoar es una acumulación de material no digerible en el tracto gastrointestinal. Puede estar compuesto por cabello (tricobezoar), medicamentos (farmacobezoar) o, menos frecuentemente, material vegetal (fitobezoar). Representa menos del 4% de las obstrucciones intestinales y rara vez lleva a perforación. El cochayuyo (*Durvillaea antarctica*), alga comúnmente consumida en algunas regiones, posee alta capacidad de absorción de agua y no es hidrosoluble. Se presenta a continuación un caso de peritonitis secundaria a perforación intestinal, causada por un fitobezoar compuesto de cochayuyo.

Objetivos: Reportar el primer caso descrito en la literatura de fitobezoar intestinal por *Durvillaea antarctica*.

Contenido del E-Poster: Revisión de ficha clínica y de literatura en Pubmed, Scielo y Embase.

Resultado: Paciente masculino de 50 años, con antecedentes de alta ruralidad y deterioro cognitivo moderado. Consultó en urgencias por cuadro de una semana de evolución con dolor abdominal progresivo, fiebre y ausencia de deposiciones, posterior a la ingesta de cochayuyo. Presentaba compromiso hemodinámico, abdomen distendido con signos de irritación peritoneal, falla renal, coagulopatía y parámetros inflamatorios elevados. La tomografía evidenció neumoperitoneo, líquido libre y dilatación con engrosamiento del intestino delgado, compatible con perforación de víscera hueca. Fue llevado a pabellón de urgencia, realizándose laparotomía exploradora. Se constató salida de 1500 mL de líquido purulento y tres perforaciones en los últimos 20 cm de íleon distal, asociadas a contenido vegetal denso impactado a nivel de la válvula ileocecal. Se efectuó resección intestinal con cabos abandonados y laparotomía debido a la gravedad del cuadro. En unidad de cuidados intensivos, evolucionó favorablemente bajo antibioterapia de amplio espectro y soporte transfusional. A las 48 horas se realizó reintervención, ileoascendeanastomosis y cierre de laparostomía. Los cultivos intraoperatorios resultaron positivos para *Escherichia coli* y *Streptococcus* spp.. Inicialmente, la biopsia sugería micosis invasiva, pero no se confirmaron secuencias fúngicas. El equipo de Anatomía Patológica fijó y analizó cochayuyo adquirido, confirmando correspondencia con el material obstructivo. El diagnóstico final fue enteritis aguda perforada secundaria a obstrucción intestinal por *Durvillaea antarctica*. El paciente fue dado de alta un mes después en contexto de tratamiento de neumonía asociada a atención en salud. A los ocho meses se encontraba en buenas condiciones, con tránsito gastrointestinal normal y retomando sus labores agrícolas.

Conclusión: El bezoar es una causa infrecuente de abdomen agudo, en la que una anamnesis detallada puede ser clave para su identificación. La sospecha precoz de obstrucción intestinal secundaria permite una intervención quirúrgica oportuna, disminuyendo el riesgo de complicaciones graves como la perforación y peritonitis.

300, CISTOGASTROANASTOMOSIS VIDEOLAPAROSCÓPICA COMO MANEJO DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS SINTOMÁTICOS. REPORTE DE CASOS

Autores: Pablo González B., Antonio Mercandino S., Macarena Martínez C., Ana Gómez A., Joaquín Zambrano F., Javier Ruz R.

Servicio De Cirugía, Hospital Carlos Cisternas, Calama

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos (PP) son acumulaciones de líquido con enzimas pancreáticas, rodeadas por una pared fibrosa sin epitelio verdadero. Requieren tratamiento cuando presentan síntomas como dolor abdominal, saciedad temprana y pérdida de peso, o por complicaciones como infecciones y obstrucciones. Las opciones de manejo incluyen drenaje percutáneo, endoscópico y quirúrgico, siendo en esta última la vía laparoscópica como una alternativa factible para su manejo en caso de no contar con vías menos invasivas, pudiendo constituir una opción dentro del arsenal terapéutico como en los reportes a presentar.

Objetivos: El objetivo de este estudio es presentar una serie de 4 casos de drenajes laparoscópicos realizados por el equipo de Cirugía General del Hospital Carlos Cisternas en pseudoquistes pancreáticos sintomáticos y hacer una revisión de la literatura.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con PP sintomático desde junio 2022 hasta diciembre de 2024. Todos los pacientes contaban con un diagnóstico previo de pancreatitis aguda. Los PP se confirmaron mediante tomografía axial computarizada (TAC), evaluándose su tamaño y localización exacta. Se excluyeron los pacientes con PP complicados y aquellos con necrosis encapsulada. La cistogastroanastomosis se llevó a cabo utilizando enfoques exogástrico y transgástrico, seleccionando la técnica según la localización del pseudoquiste. Todos los procedimientos fueron realizados por un equipo quirúrgico especializado en laparoscopia avanzada. Las variables que se utilizaron fueron clínicas, quirúrgicas, complicaciones postoperatorias y recurrencia a los 6 meses mediante TAC. Para el análisis descriptivo, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultado: Durante el período de estudio, se operaron 4 pacientes: dos mujeres y dos hombres, con una edad promedio de 53.3 años (DS: ± 5.1 años). El tamaño medio de los pseudoquistes fue de 15.7 x 12.3 cm (DS: ± 3.2 cm x ± 2.5 cm). La etiología incluyó pancreatitis alcohólica en un caso y biliar en tres casos. Los principales síntomas presentados fueron saciedad precoz, dolor y distensión abdominal. Se aplicó el enfoque exogástrico en dos y el transgástrico en los dos restantes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 136.7 minutos (DS: ± 16.2 minutos) y la estancia hospitalaria promedio fue de 4.3 días (DS: ± 0.6 días). No se reportaron complicaciones postoperatorias ni recurrencias durante seis meses de seguimiento.

Conclusión: Como muestra la literatura, el drenaje mediante cistogastroanastomosis es una técnica segura y efectiva para el manejo de pseudoquistes pancreáticos, especialmente en casos donde el enfoque endoscópico no es viable. Aunque este estudio involucra solo cuatro casos, los resultados son consistentes con otras investigaciones, apoyando la cistogastroanastomosis laparoscópica como una opción válida, y que la decisión sobre el mejor abordaje quirúrgico dependerá de las preferencias y habilidades del cirujano y de los recursos locales, por lo que es importante contar con este método como alternativa al manejo de esta patología.

301, PILEFLEBITIS, UNA COMPLICACIÓN POST QUIRÚRGICA A CONSIDERAR

Autores: David Cambiazo Fuentes, Luis Concha Manríquez, Carlos Melo Labra

Hospital Clínico Mutual De Seguridad

Introducción: La Pileflebitis, o trombosis séptica de la vena porta, es una complicación poco frecuente y potencialmente mortal, habitualmente secundaria a infecciones intraabdominales como apendicitis o colangitis. Su aparición tras trauma hepático grave es excepcional y puede retrasar el diagnóstico por la inespecificidad de sus síntomas en pacientes críticamente intervenidos. Compartir esta experiencia permite reforzar la importancia de la sospecha clínica, el diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario.

Objetivos: Presentar un caso de Pileflebitis secundaria a trauma toracoabdominal cerrado con laceración hepática extensa y lesión de colon ascendente, de manejo quirúrgico, destacando su detección, abordaje terapéutico y evolución clínica favorable, como aporte para recordar la existencia de esta complicación infrecuente en pacientes politraumatizados.

Contenido del E-Poster: Hombre de 43 años, sin comorbilidades, sufre accidente automovilístico con trauma toracoabdominal cerrado, extensa laceración hepática y amplio deserosamiento de colon ascendente. Fue sometido a cirugía de control de daños con laparostomía, reintervenido para hemostasia, hemicolectomía derecha e ileostomía terminal y cierre de laparostomía al cuarto día postrauma. En el postoperatorio presentó ictericia progresiva, fiebre y deterioro clínico persistente. Se realizó TC abdominopelviano contrastado y colangiorresonancia, que evidenciaron primero colecciones intraabdominales y luego trombosis portal, confirmando pileflebitis. Se inició antibioticoterapia empírica ajustada posteriormente a cultivos, y anticoagulación: profiláctica (enoxaparina 40 mg/día) desde el décimo día postrauma y anticoagulación terapéutica (enoxaparina 80 mg cada 12 horas) desde el día 15. La evolución fue monitorizada clínicamente y con controles de laboratorio.

Resultado: Tras instaurar terapia dirigida, se logró controlar el cuadro séptico y estabilizar la condición clínica del paciente, el cual mostró recuperación progresiva, toleró adecuadamente la anticoagulación sin complicaciones hemorrágicas, y egresó a su domicilio tras 23 días de hospitalización.

Conclusión: Este caso refuerza la relevancia de considerar la Pileflebitis como complicación en pacientes con trauma hepático / colónico severo y sepsis persistente postoperatoria. La sospecha precoz, imagenología adecuada y el manejo integral con antibioticoterapia dirigida y anticoagulación oportuna permiten optimizar el pronóstico y prevenir complicaciones. Difundir esta experiencia contribuye a alertar a equipos médico - quirúrgicos sobre la necesidad de vigilancia activa y abordaje multidisciplinario.

302, TUBERCULOSIS PERITONEAL SIMULANDO APENDICITIS AGUDA Y ABSCESOS TUBOOVÁRICOS BILATERALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Amanda Wosiack M, Luana Wosiack M, Catalina Fuchs G, Valentina Vergara M, Sofía Valenzuela C, Stefano Ramolfo P

Universidad Finis Terrae

Introducción: La tuberculosis peritoneal representa menos del 1% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. Sus manifestaciones inespecíficas dificultan el diagnóstico diferencial, siendo confundida frecuentemente con enfermedad inflamatoria pélvica, carcinomatosis peritoneal, apendicitis o procesos inflamatorios agudos. En mujeres jóvenes, los hallazgos de colecciones anexiales en la Tomografía Computarizada (TC) pueden inducir a errores diagnósticos y cirugías innecesarias. Este reporte analiza la evolución clínica, imagenológica y quirúrgica de una paciente diagnosticada finalmente de tuberculosis peritoneal.

Objetivos: Destacar la importancia de la sospecha y evaluación clínica integral de los pacientes para realizar tratamiento precoz y dirigido.

Contenido del E-Poster: Se presenta un caso clínico de una paciente con abdomen agudo cuya etiología se diagnosticó posterior a tres cirugías abdominales.

Resultado: Mujer de 23 años oriunda de Bolivia, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta por dolor abdominal difuso, fiebre persistente, diarrea y vómitos postprandiales de dos semanas de evolución, cuadro refractario a tratamiento. Al ingreso abdomen doloroso en cuatro cuadrantes asociado a signos de irritación peritoneal. La TC reveló ascitis loculada, colecciones anexiales bilaterales, trabeculación mesentérica y engrosamiento peritoneal, interpretado inicialmente como apendicitis aguda y dentro de los diferenciales se describía absceso tuboovárico. Fue sometida a tres laparotomías, dentro de las cuales se realizó apendicectomía y salpingectomía bilateral, debido a evolución clínica desfavorable y persistencia de hallazgos imagenológicos. Finalmente, la PCR de líquido peritoneal tomado en el último aseo quirúrgico fue positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, iniciándose tratamiento con buena respuesta clínica.

Conclusión: La tuberculosis peritoneal puede imitar diversas patologías en la TC, sobre todo de índole agudo, tales como apendicitis o patología ginecológica en mujeres jóvenes. Este caso subraya las limitaciones de la imagen en etapas iniciales y la necesidad de integrar criterios clínicos y microbiológicos. La búsqueda activa de TBC debe realizarse en pacientes jóvenes con abdomen agudo y hallazgos atípicos.

303, ROTURA ESPONTÁNEA DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO EN SÍNDROME DE HELLP, ENFRENTAMIENTO DEL CIRUJANO DE URGENCIA.

Autores: Catalina Retamal Vargas, Daniela Leporati Jofré, Carlos Cárcamo Ibaceta.

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

Introducción: El Síndrome de HELLP (anemia hemolítica microangiopática, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia) con hematoma subcapsular hepático, es una complicación grave de la preeclampsia, con alta mortalidad materno-fetal. De forma infrecuente, evoluciona con rotura espontánea y hemoperitoneo secundario, requiriendo manejo quirúrgico de urgencia.

Objetivos: Presentación de caso clínico sobre una complicación infrecuente del síndrome de HELLP.

Contenido del E-Poster: Revisión de ficha clínica y de literatura en PubMed y Scielo.

Resultado: Paciente femenina, 30 años, cursando embarazo de 31 semanas, con diagnóstico de síndrome hipertensivo del embarazo. Consultó en urgencias por un día de epigastalgia y cefalea intensa. Al examen físico se encontraba hipertensa, con dolor en hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio fueron compatibles con preeclampsia severa, destacando trombocitopenia, elevación de lactato deshidrogenasa y aumento de transaminasas. La tomografía evidenció un extenso hematoma subcapsular hepático de hasta 6,7 cm asociado a hemoperitoneo. Se realizó cesárea de urgencia y laparotomía exploradora. En el intraoperatorio se observó un litro de hemoperitoneo secundario a un desgarro de 10 cm entre los segmentos hepáticos VII y VIII, con sangrado en napa. Se realizó packing hepático, logrando hemostasia y la paciente quedó laparostomizada. Continuó manejo de shock hemorrágico en unidad de cuidados intensivos (UCI), evolucionando con inestabilidad hemodinámica y requerimientos crecientes de drogas vasoactivas. A las 6 horas fue intervenida para reposicionar el packing hepático, evidenciando 200 cc de hemoperitoneo antiguo y sin sangrado activo. Posteriormente presentó evolución favorable, con estabilidad hemodinámica y disminución progresiva de vasoactivos. A las 34 horas fue llevada a pabelón para retiro de packing y cierre de laparotomía, sin evidenciarse sangrado activo. Fue extubada al día siguiente, con tomografía de control que mostró disminución del hematoma subcapsular hepático. En total, recibió 20 unidades de glóbulos rojos. Fue dada de alta de UCI al séptimo día postoperatorio y egresó del hospital el día 12. Al mes postoperatorio se encontraba sin complicaciones, junto a su recién nacido sano.

Conclusión: Si bien el síndrome de HELLP corresponde a una urgencia gineco-obstétrica, los cirujanos de urgencia podemos enfrentarnos a una de sus complicaciones más graves: el hemoperitoneo masivo. Su manejo quirúrgico se asemeja al del trauma hepático en cuanto al uso del packing como una estrategia efectiva para lograr el control del sangrado en la mayoría de los casos, como ocurrió en este caso clínico.

304, ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN CIRUGÍA GENERAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA INTERNACIONAL (2010-2024)

Autores: Emiliano Gómez M, Yareli Lizbeth Rojas S, Jorge Gustavo Rojas S

Instituto Nacional De Medicina Genómica, Ciudad De México

Introducción: La práctica de la cirugía general conlleva una responsabilidad ética y legal que ha cobrado especial relevancia ante el aumento de demandas médicas y conflictos en la toma de decisiones. Elementos como el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía del paciente y la justicia distributiva han sido objeto de debate continuo en la literatura quirúrgica. Esta revisión sistemática tiene como objetivo identificar y analizar los aspectos éticos y legales más relevantes descritos en la cirugía general contemporánea.

Objetivos: Revisar sistemáticamente la literatura internacional sobre los aspectos éticos y legales en cirugía general entre 2010 y 2024, identificando los temas más relevantes y proponiendo estrategias para fortalecer la toma de decisiones éticas y la seguridad legal en la práctica quirúrgica.

Contenido del E-Poster: Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos en PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO desde enero de 2010 hasta marzo de 2024. Se utilizaron términos MeSH como "surgical ethics", "informed consent", "legal issues in surgery", "medical malpractice" y "ethical decision-making in surgery". Se aplicaron criterios de inclusión (revisiones, estudios originales, guías clínicas) y exclusión (editoriales, cartas al editor) en donde se incluyeron 58 artículos tras revisión por pares independientes, y su calidad metodológica fue evaluada con la herramienta AMSTAR-2 y los hallazgos se categorizaron temáticamente.

Resultado: Los temas más frecuentes fueron: consentimiento informado (85%), responsabilidad profesional ante errores quirúrgicos (62%), objeción de conciencia (28%), conflictos en la atención al final de la vida (35%), y aspectos éticos de la formación quirúrgica (22%). Se observó una tendencia creciente en publicaciones sobre el rol del cirujano como defensor de derechos del paciente; además los estudios señalaron la falta de protocolos claros para enfrentar conflictos éticos dentro del quirófano y las barreras institucionales que dificultan el reporte de eventos adversos. Las guías éticas internacionales recomiendan incluir la bioética como parte estructural del currículo quirúrgico.

Conclusión: La ética quirúrgica requiere una integración transversal en la práctica clínica, la docencia y la gestión hospitalaria en donde la toma de decisiones debe sustentarse en principios éticos sólidos y en un conocimiento actualizado del marco legal vigente; en donde es indispensable reforzar la educación médica continua en estos temas, así como diseñar protocolos de actuación ante dilemas frecuentes como errores intraoperatorios, decisiones en pacientes sin capacidad de decidir o situaciones de futilidad terapéutica. Esta revisión destaca la urgencia de promover entornos quirúrgicos más humanizados y legalmente seguros.

305, PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO YEYUNAL: REPORTE DE CASO.

Autores: Catalina Ignacia González Flores, Dorian Alexis Torres Barriga, Christopher Pablo Hantsch Roa, Dania Constanza Molina Báez, María José Navarrete Abarca

Hospital San José

Introducción: Los divertículos del intestino delgado son poco frecuentes, su prevalencia estimada de 0,3% a 1,3%. De estos, los divertículos yeyunales representan la mayoría de los casos, seguidos por los ileales y duodenales. Aunque la mayoría permanecen asintomáticos, en aproximadamente 10% a 30% pueden presentarse complicaciones, siendo las más comunes la diverticulitis, hemorragia, obstrucción intestinal y perforación. La tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis es el examen de elección, identificando neumoperitoneo, engrosamiento de la pared intestinal e infiltración de la grasa mesentérica. Su presentación clínica es inespecífica, lo que puede retrasar el diagnóstico, y por esta razón es fundamental la revisión del siguiente caso.

Objetivos: Favorecer el reconocimiento precoz de esta patología infrecuente como causa de abdomen agudo y discutir su abordaje diagnóstico-terapéutico, con énfasis en decisiones quirúrgicas oportunas que impactan en la evolución del paciente.

Contenido del E-Poster: Revisión del historial clínico mediante consentimiento de la paciente.

Resultado: Femenina de 85 años, con antecedentes de colecistectomía y hernioplastia inguinal izquierda, consulta por dolor abdominal súbito de 48 horas de evolución, EVA 10, asociado a fiebre, náuseas y compromiso del estado general. Al examen físico destaca irritación peritoneal. La TC reveló neumoperitoneo y cambios inflamatorios en raíz mesentérica, sugerente de perforación de asa yeyunal proximal. Se realizó laparotomía exploradora, observando múltiples divertículos en yeyuno, uno de ellos con perforación transmural y peritonitis localizada. Se efectuó resección segmentaria de 42 cm de intestino delgado con anastomosis término-terminal. La biopsia confirmó inflamación aguda transmural, necrosis e infiltrado inflamatorio perivisceral, compatible con diverticulitis perforada. Paciente evoluciona favorablemente y se indica alta médica al séptimo día postoperatorio, con control ambulatorio a las 2 semanas sin complicaciones.

Conclusión: La diverticulitis yeyunal complicada es una causa infrecuente pero relevante de abdomen agudo, que afecta principalmente a adultos mayores. Su diagnóstico es difícil debido a la inespecificidad clínica, requiriendo alta sospecha y evaluación mediante TC, la cual ha demostrado elevada sensibilidad para identificar perforaciones y cambios inflamatorios asociados. El tratamiento de elección es la resección segmentaria con anastomosis primaria. Hay que recalcar que no se requiere resección de todos los divertículos presentes, sino únicamente del segmento afectado, ya que las resecciones amplias incrementan la morbilidad. En resumen, su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, sobre todo en adultos mayores, apoyado por imagenología. El tratamiento quirúrgico debe orientarse a reseccionar exclusivamente el segmento afectado, evitando resecciones extensas. La presentación de este caso busca contribuir y fomentar la discusión académica sobre esta entidad de baja prevalencia.

306, USO DE VAC PARA EL MANEJO DE FISTULA ENTEROATMOSFERICA COMPLEJA PROXIMAL DE ALTO DÉBITO EN PACIENTE BARIATRICA. REPORTE DE CASO.

Autores: Isabella Pacheco H., Mauro Morel F., Gabriela Smith P., Juan López O., Sergio Ahumada F., Michelle Matu-rana, Felipe Navarrete P.

Servicio De Cirugía, Hospital San Juan De Dios, Universidad De Chile.

Introducción: Las fístulas entero atmosféricas (FEAs) de alto débito representan un desafío dado a una elevada tasa de morbi-mortalidad que representan sus complicaciones como la sepsis, la desnutrición y las alteraciones electrolíticas. Su manejo es multidisciplinario y existen diferentes formas de tratamiento dependiendo de las características de la fístula y del paciente. Se ha descrito en la literatura el uso de distintas técnicas de cierre asistido por vacío (VAC) para lograr aislar la fístula y manejar la pared abdominal.

Objetivos: Presentar el uso de prolongado de terapia con VAC como alternativa para el manejo de fístulas enteroat-mosféricas de altos débitos en paciente obesa con abdomen congelado.

Contenido del E-Poster: Reporte de un caso clínico y y revisión de la literatura.

Resultado: Paciente de 63 años, bypass gástrico realizado en clínica privada en Julio de 2024. Al 6to día postop-eratorio se realiza laparotomía exploradora (LPE) evidenciando ulcera perforada de pouch gástrico y fuga gastro-yeyuno anastomosis. Se realiza gastrorrafia , refuerzo de la línea de sutura y parche epiploico. A los 3 meses cursa con obstrucción intestinal. LPE que evidencia obstrucción por brida distal a Y de Roux. Se reseca segmento com-prometido y se realiza entero-enteroanastomosis. Al 5to día cursa con evisceración parcialmente cubierta por lo que se re-explora, destacando filtración de uno de los cabos terminales de la resección previa, además de perforación a nivel de asa biliar de bypass previo. Se reseca Y de Roux completa hasta segmento distal filtrante, se confeccio-nan anastomosis con asas remanentes y se instala malla de vicryl para lograr cierre abdominal. Evolucionan nuevo shock séptico, con gran colección intraabdominal y a nivel de pared abdominal. Se punciona colección y se realiza aseo de pared abdominal quedando malla expuesta y defecto de pared abdominal de aproximadamente 30x30x15 cm. Dado abdomen sellado se realizan solo aseo de pared y curaciones, Se evidencia consolidación de 2 fístulas entero atmosféricas de alto débito. Se mantiene con antibióterapia y se inicia manejo con VAC del defecto abdomi-nal utilizando. Presenta mejoría gradual de condición clínica, manteniendo cambios de VAC en su unidad cada 3-5 días por aproximadamente 6 meses, con aislamiento de las fístulas, dirigiéndose hacia bolsas de ostomía. Mantiene apoyo nutricional y antibiótico. Logra disminución parcial de débitos de fístulas y se intenta en 2 oportunidades cierre endoscópico con cianocrilato y suturas, sin éxito, por lo que se mantiene solo con cambios de VAC , logrando llene del efecto de pared en su totalidad. Se suspende uso de VAC, logrando re epitización de tejido alrededor de ambas fístulas, logrando instalación directa de bolsas de ostomía. Paciente egresa de hospitalización a los 325 días, mante-niendo fístulas de menor débito, con manejo nutricional y curaciones.

Conclusión: Existe una tasa de mortalidad de hasta un 20% en pacientes con FEAs. Dado el contexto clínico de estos pacientes el abordaje quirúrgico para reconstrucción no siempre es alternativa como se ilustra en el caso expuesto. El uso de VAC en este caso resultó efectivo, sin embargo, no hay consenso establecido sobre los aspectos técnicos de su uso, por lo que la eventual aplicación en otros casos debe ser evaluada de acuerdo al contexto de cada paciente.

307, NEOPLASIA APENDICULAR OCULTA, CUANDO LA CLÍNICA SUPERA LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Autores: Dayana Alejandra Espin Játiva, Daniel O. Caiña, Álvaro Ariel Amaya Velasco, Vera Ganchozo Belforth Ivan
Servicio de Cirugía General, Hospital De Trauma Y Emergencias "Dr. Federico Abete", Malvinas Argentinas,

Introducción: La prevalencia de neoplasias apendiculares a pesar de ser entidades poco frecuentes, a nivel mundial comprende el 1 a 2 %, asociado a clínica de síndrome de fosa iliaca derecha, el diagnóstico únicamente se ha logrado posterior a una intervención quirúrgica, en la Población de Malvinas Argentinas tomando en cuenta los pacientes apendicectomizados durante el año 2024, se evidencia un 1,3 % con hallazgos neoplásicos, por lo cual se presenta un caso en particular, el cual se realizó tratamiento quirúrgico y se encuentra en seguimiento oncológico.

Objetivos: Determinar la importancia de considerar neoplasias apendiculares como diagnóstico diferencial en pacientes con masas abdominales de localización atípica, aún en ausencia de hallazgos en estudios complementarios sugerentes.

Contenido del E-Poster: Paciente femenino de 77 años con antecedentes de Hipertensión arterial, asma, niega otros antecedentes, valorada en consultorio por masa en flanco derecho de 5x5 cm, de 6 meses de evolución, se realizó estudios complementarios: Videocolonoscopia : Llega hasta ciego se visualiza válvula ileocecal e implante apendicular de aspecto conservado, sin lesiones mucosas ni endoluminales, múltiples ostium diverticulares en todo el trayecto colónico y hemorroides internas. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste: voluminosa imagen de bordes irregulares de densidad líquida mide 82 x 38 mm con realce periférico. Impresiona contactar con colon ascendente y músculo transversal del abdomen. Biopsia punción guiada de aparente colección abdominal: Celularidad inespecífica, y no se evidencian células neoplásicas. Paciente ingresa por guardia antes de obtener resultados de biopsia; con cuadro de dolor abdominal difuso de predominio en flanco derecho de 5 días, alzas térmicas cuantificadas de 39 grados, al examen físico se constata persistencia de masa en flanco derecho de aproximadamente 10 x 10 cm con dolor intenso a la palpación y defensa voluntaria; se ingresa a observación. Por todos los hallazgos previos se decide conducta quirúrgica

Resultado: Durante el intraoperatorio se realiza laparotomía exploratoria, al realizar Cattel Brash se evidencia abultamiento a nivel de pared abdominal parietocolico derecha y retroperitoneo con calor local, el cual se punza y se obtiene débito purulento para cultivo. Además, se visualiza masa tumoral de 5x 5 cm que compromete cara posterior de ciego e infiltra retroperitoneo. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada con ileostomía y fistula mucosa, se deja drenaje dirigido a colección abdominal. Resultado de AP Adenocarcinoma moderadamente diferenciado apendicular, con márgenes quirúrgicos no comprometidos por lesión, tejido retroperitoneal con infiltración, dos ganglios linfáticos con adenitis reactiva. Paciente egresa posterior a adecuada tolerancia oral y culminado esquema antibiótico; con seguimiento pertinente con Oncología y Coloproctología

Conclusión: Las neoplasias apendiculares constituyen una entidad muy infrecuente dentro de la población mundial, su hallazgo ha sido fortuito determinándose únicamente con anatomía patológica, dentro de pacientes con abdomen agudo de aparente origen inflamatorio apendicular, por lo cual los hallazgos intraoperatorios serán fundamentales para dirigir una conducta terapéutica adecuada.

308, PERITONITIS BACTERIANA SIN PERFORACIÓN DE VÍSCERA, EN COLITIS GRAVE POR C. DIFFICILE EN PACIENTE GRAN QUEMADO

Autores: Luis Concha Manríquez, David Cambiazo Fuentes, Carlos Melo Labra, Luis Valle Pensa

Hospital Clínico Mutual De Seguridad

Introducción: Clostridium difficile (CD) es una causa frecuente de diarrea asociada a antibióticos en paciente crítico. La colitis severa puede causar inflamación transmural, compromiso de la barrera mucosa y facilitar la diseminación bacteriana a la cavidad peritoneal sin la presencia de perforación visceral. Este fenómeno plantea un desafío diagnóstico y terapéutico, principalmente cuando se aíslan patógenos multirresistentes.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente gran quemado que desarrolló peritonitis bacteriana secundaria a colitis severa por C. difficile, con aislamiento de Enterococcus faecium resistente a vancomicina en líquido peritoneal, y comentar la fisiopatología de la translocación bacteriana sin perforación.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 24 años, gran quemado (60% SCT), hospitalizado en UCI durante 8 meses con múltiples complicaciones infecciosas. Al séptimo mes presentó distensión abdominal, diarrea y elevación de parámetros inflamatorios. El test de toxina para CD fue negativo. La tomografía evidenció pancolitis, engrosamiento apendicular y líquido libre intraabdominal, sugiriendo posible perforación. Se realizó laparotomía exploradora, encontrando 1 litro de líquido turbio sin perforación ni lesiones intestinales; el cultivo del líquido informó inicialmente el crecimiento de un Staphylococcus epidermidis (probable contaminación) y al tercer día Enterococcus faecium resistente a vancomicina. Concomitantemente, la PCR en deposiciones confirmó CD. Se ajustó tratamiento con linezolid y terapia específica para CD.

Resultado: El paciente evolucionó satisfactoriamente; mejoría clínica, regresión de la distensión abdominal, normalización de parámetros inflamatorios y recuperación del tránsito intestinal bajo manejo médico y antibiótico dirigido. No requirió reintervención ni presentó complicaciones intraabdominales.

Conclusión: La colitis severa por C. difficile puede provocar inflamación transmural y compromiso de la barrera intestinal, facilitando la translocación bacteriana de bacterias comensales hacia la cavidad peritoneal. Este mecanismo, importante en pacientes gran quemados, se potencia por hipoperfusión, disbiosis y alteración de la inmunidad. Reconocer esta presentación es clave para optimizar el diagnóstico y tratamiento en contextos quirúrgicos e intensivos.

309, EHLERS DANLOS: LO QUE EL CIRUJANO GENERAL DEBE SABER. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Antoine Bouchet M, Carlos Ayala R, Felipe Navarro H, Sofía Lizana C, Matías Pruzzo G, Guillermo Reyes R, Gonzalo Rebolledo D, Mónica Martínez M, Ernesto Melkonian T

Equipo Coloproctología - Hospital Del Salvador

Introducción: El síndrome de Ehlers-Danlos vascular (vEDS) es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo, de baja prevalencia (1/100.000 a 1/200.000), causada por mutaciones en el gen COL3A1, que codifica colágeno tipo III. Se manifiesta clínicamente con fragilidad arterial, perforaciones viscerales espontáneas, neumotórax espontáneo y dificultad para la cicatrización. La expectativa de vida se encuentra reducida, con una mediana entre los 45 y 50 años. Su diagnóstico suele ser tardío, debido a su presentación inicial inespecífica, lo que expone a estos pacientes a múltiples intervenciones quirúrgicas, con alta morbi-mortalidad. Para el cirujano general, el reconocimiento temprano de esta patología es clave, ya que permite adecuar la conducta terapéutica, evitando cirugías agresivas que pueden empeorar el pronóstico.

Objetivos: Describir un caso clínico de vEDS con múltiples complicaciones postoperatorias y evolución fatal, enfatizando los elementos diagnósticos y quirúrgicos que deben alertar al cirujano general ante esta entidad.

Contenido del E-Poster: Revisión bibliográfica de la literatura y reporte de un caso del Hospital del Salvador, 2025.

Resultado: Paciente masculino de 38 años, consulta en Urgencias por cuadro de dificultad respiratoria súbita, se diagnóstica neumotórax derecho espontáneo instalándose pleurostomía con buena respuesta. Al 3° día de hospitalización desarrolló un cuadro de abdomen agudo. Tomografía computada evidencia neumoperitoneo y líquido libre intrabdominal. Laparotomía exploradora evidencia perforación de colon transverso y mesenterio extremadamente friable. Ante perforación sin causa clara y sospecha de etiología isquémica, se realiza resección de segmento perforado, cabos ligados y abdomen abierto con terapia de presión negativa. Segunda revisión se confecciona colostomía terminal de colon transverso y cierre de laparotomía con malla. Se rescata antecedente de madre con diagnóstico de Ehlers Danlos. Paciente evoluciona al 8° día PO con evisceración y retracción de ostomía. Se realiza nuevo aseo y cierre de laparotomía. Se produce nueva evisceración al 6° día de última intervención; evidenciándose abdomen congelado, con friabilidad y retracción significativa de tejidos; se opta por manejo conservador: afrontamiento de pared abdominal por parcialidades, minimizando tensión, sin éxito. Se decide uso de malla biológica + malla Vicryl con terapia de presión negativa para protección de asas intestinales, sin éxito. Finalmente, paciente presenta sangrado intrabdominal y perforación de asas intestinales. Manejo intensivo de sepsis, nutrición y conducción de fístulas enteroatmosféricas, con deterioro clínico progresivo. Paciente finalmente fallece a los 53 días de la primera intervención. Pese a que el diagnóstico es vEDS es a través del estudio genético, los hallazgos clínicos y el estudio histopatológico son altamente sugerentes de Ehlers Danlos.

Conclusión: El vEDS debe sospecharse ante perforaciones viscerales espontáneas, neumotórax atípico o antecedentes familiares compatibles, especialmente en pacientes jóvenes. Su diagnóstico oportuno permite evitar cirugías agresivas y planificar estrategias quirúrgicas adaptadas a la fragilidad tisular. En estos pacientes, la resección segmentaria con anastomosis presenta una alta tasa de complicaciones, por lo que se recomienda la colectomía subtotal en casos seleccionados. El conocimiento de esta entidad es fundamental para el cirujano general, ya que puede cambiar radicalmente el enfoque terapéutico y el pronóstico del paciente.

310, ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CASOS DE DIVERTÍCULOS DE MECKEL, EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2025. TRABAJO CORREGIDO

Autores: Sergio Ahumada, Sergio Ahumada F. Juan López O. Sofía Lizana C. Diego Gianetti B. Manuel Lizana C. Beatriz Kracht C. Camila Pacheco H. Camilo Sanchez G. Rocío Witto E. Rolando Pastén R.

Hospital San Juan De Dios, Servicio De Cirugía.

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita gastrointestinal más común, con incidencia de 0,6 a 4%. Se forma cuando el conducto onfalomesentérico no se cierra completamente durante el desarrollo embrionario. La mayoría de las personas con divertículo de Meckel son asintomáticas, pero puede causar complicaciones como sangrado, obstrucción, inflamación o perforación.

Objetivos: Caracterizar los datos demográficos y clínicos de pacientes en que se confirmó diagnóstico de Divertículo de Meckel, operados en el periodo 2017-2025 en el Hospital San Juan de Dios de Santiago.

Contenido del E-Poster: Se realizó búsqueda optimizada con programa Python de protocolos operatorios con el diagnóstico de Divertículo de Meckel y se revisó ficha clínica electrónica con el fin de realizar un análisis descriptivo.

Resultado: Se identificaron 15 casos de pacientes operados en el periodo mencionado, con confirmación histológica de Divertículo de Meckel. De ellos, 60% corresponden a sexo masculino. La edad de presentación estuvo entre 20 a 80 años, donde más de la mitad de los casos se diagnosticó en la segunda y tercera década de la vida. Un 27% de los casos, fue sospechado previo a intervención quirúrgica. Un 54% fue diagnosticado en pabellón, sin sospecha previa. Y tan solo un 20% fue diagnosticado de manera incidental. Dentro de las complicaciones reportadas, la más frecuente fue obstrucción 33%, perforación y diverticulitis con un 26% cada una, y por último hemorragia con un 16,7%.

Conclusión: El divertículo de Meckel es una patología poco frecuente. Más de la mitad de los casos en los últimos 8 años fueron diagnosticados durante la exploración quirúrgica sin sospecha clínica previa, lo que apoya la idea de considerar esta entidad como diagnóstico diferencial al momento de evaluar pacientes con obstrucción intestinal, neuromperitoneo o sangrado intestinal.

311, INCIDENCIA DE NEOPLASIAS APENDICULARES EN PACIENTES SOMETIDOS A APENDICECTOMÍA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL DE QUILLOTA ENTRE 2020 Y 2025

Autores: Mauricio Max Raymond Barros, Isidora Ignacia Sandoval Navarrete, Isidora Agustina Castillo Ramos, Óscar Eduardo Molina Sáez, Jose Luis Rocabado Miranda

Hospital Biprovincial Quillota Petorca

Introducción: Las neoplasias apendiculares se identifican en el 0,9 al 1,4% de las muestras apendiculares. Los principales subtipos histológicos comprenden los tumores neuroendocrinos, neoplasias mucinosas y carcinomas. Los tumores del apéndice son entidades inusuales, diagnosticadas principalmente de forma incidental en el estudio anatómopatológico de piezas de apendicectomía y rara vez sospechadas antes o durante un procedimiento quirúrgico. El tipo de neoplasia permite establecer el pronóstico, así como determinar la necesidad de tratamiento adicional considerando el tamaño del tumor, la localización, el nivel de infiltración y el estado del margen de resección.

Objetivos: Describir la población con neoplasias apendiculares en apendicectomías realizadas entre enero del 2020 y mayo del 2025 en el Hospital de Quillota.

Contenido del E-Poster: Se incluye a todos los pacientes de 15 años o más sometidos a apendicectomía por apendicitis aguda; se excluye a aquellos casos en los cuales se realiza una apendicectomía en el contexto de otra intervención quirúrgica o carcinomas que infiltran de forma secundaria el apéndice. Dentro de las variables a evaluar se considera edad, género, abordaje quirúrgico, presencia de gangrena o peritonitis, tipo histológico del tumor, localización del tumor, profundidad de la invasión, compromiso de margen quirúrgico proximal.

Resultado: Durante enero del 2020 y mayo del 2025 se realizaron 2315 apendicectomías en total, de las cuales se informaron 19 como neoplasias apendiculares, correspondiendo a 0.82% de los casos. Según el tipo histológico se identificaron 8 tumores neuroendocrinos (42.11%), 10 neoplasias mucinosas (52.63%), y 1 adenocarcinoma (5.26%). En el caso de las neoplasias mucinosas la media de edad fue 51 años, se identificó un predominio de género femenino (90%) por sobre el masculino (10%). En relación con los tumores neuroendocrinos la media de edad fue 31 años, se identificó un predominio de género femenino (62.5%) por sobre el masculino (37.5%). El abordaje fue laparoscópico en 26.3% de los casos. Con respecto a la presencia de compromiso de márgenes proximales, se encontró compromiso en 3 casos (15.79%), decidiéndose en 2 casos colectomía derecha.

Conclusión: En este estudio se identificó una incidencia de 0.82% de neoplasias apendiculares en pacientes sometidos a apendicectomía en el Hospital de Quillota entre los años 2020 y 2025, similar a lo que reporta la literatura, sin embargo se pudo ver un predominio de neoplasias benignas mucinosas, por sobre neoplasias neuroendocrinas distinto a lo que describen la mayoría de los estudios de neoplasias apendiculares. Estos hallazgos confirman que aunque son infrecuentes las neoplasias apendiculares, están presentes en la práctica clínica, por lo que es fundamental una evaluación histopatológica cuidadosa para la identificación oportuna y un manejo adecuado.

312, APENDICITIS NEONATAL; CASO CLÍNICO

Autores: Esteban Josué Santa María Gómez, E. Santa María, J. Bolaños, R. Sosa

Hospital Roosevelt Guatemala

Introducción: El diagnóstico de apendicitis neonatal es una condición rara con alta mortalidad debido a la dificultad diagnóstica y el manejo tardío, regularmente el diagnóstico se realiza transoperatorio evidenciando un apéndice envuelto en el cuadro clínico. Su incidencia va de 0.04% a un 0.2% en pacientes menores de 30 días

Objetivos: Presentar un caso clínico con muy baja incidencia, con un abordaje quirúrgico satisfactorio y de buena evolución

Contenido del E-Poster: Se presenta paciente femenina de 15 días de vida, ingresada en el departamento de neonatología por prematuridad de 36 semanas y bajo peso al nacer. A los 13 días de vida presenta distensión abdominal y un deterioro en laboratorios por lo que dan manejo conservador, se presenta el caso al departamento de Cirugía pediátrica el día 15, donde en la radiografía control se observa gas libre y al examen físico cambios de coloración a nivel de la pared abdominal por lo que se realiza laparotomía exploradora, evidenciando una apendicitis complicada.

Resultado: Durante el manejo y abordaje de la paciente se puede evidenciar una apendicitis aguda, la cual se diagnostica transoperatorio, en este momento paciente presentaba una peritonitis localizada, presenta buenos resultados postoperatorios y es dada de alta a los 15 días. 4 meses después paciente con buena evolución clínica y sin complicaciones.

Conclusión: El diagnóstico de apendicitis en la etapa es poco frecuente y por lo regular el diagnóstico es incidental transoperatorio en un paciente que presenta indicación quirúrgica por un cuadro de peritonitis, esto dado a un cuadro avanzado.

313, HERNIA EPIGÁSTRICA CONGÉNITA CON CONTENIDO HEPÁTICO EN ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Jeziel David Vilchez Urdaneta, Jeziel Vilchez, Giovanni Concha, Danitza Escobar, Simon Reyes, Catalina Díaz De Valdes, Renata Toro

Servicio de Cirugía - Hospital Rafael Avaria Valenzuela De Curanilahue

Introducción: Las hernias epigástricas congénitas son una entidad poco frecuente que representa un subgrupo minoritario de los defectos de la pared abdominal. Usualmente, su contenido corresponde a grasa preperitoneal o asas intestinales, y la inclusión de órganos sólidos como el hígado es excepcional. Hasta la fecha, no existen reportes en la literatura médica de Chile ni Latinoamérica que documenten hernias epigástricas congénitas con protrusión hepática, lo que convierte este caso en una contribución inédita para la región.

Objetivos: Presentar el primer caso documentado en Latinoamérica de hernia epigástrica congénita con contenido hepático en una paciente adulta mayor, abordando sus hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos, así como su evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 85 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y artrosis, consultó en urgencias por dolor abdominal en región supraumbilical, asociado a hernia conocida desde hacía más de 10 años. Al examen físico se evidenció una masa reducible de 20 cm en línea media. Los exámenes mostraron leucocitosis leve y transaminasas elevadas. La tomografía computarizada abdomen-pelvis reveló gran hernia epigástrica con contenido de asas delgadas, colon ascendente y lóbulo hepático izquierdo (segmentos II-III), sin signos de isquemia. Se realizó hernioplastia abierta electiva con incisión supraumbilical, aspiración de 800 ml de líquido libre, reducción de contenido y colocación de malla de polipropileno 7x15 cm tipo onlay. Se instalaron drenajes tipo hemosuc bilateral.

Resultado: La paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria, sin complicaciones quirúrgicas ni médicas. Fue dada de alta a los cinco días y se mantuvo en seguimiento clínico y radiológico hasta los seis meses, sin recidiva ni eventos adversos, destacando además la normalización de los niveles de transaminasas durante el seguimiento. La técnica onlay fue seleccionada por su bajo riesgo de infección en campo limpio, simplicidad y reproducibilidad en centros sin acceso a reparación laparoscópica.

Conclusión: Este es el primer caso en Chile y Latinoamérica de hernia epigástrica congénita con contenido hepático confirmado imagenológica y quirúrgicamente. El abordaje quirúrgico abierto con malla onlay fue efectivo y seguro en una paciente adulta mayor. Se destaca la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de masas epigástricas crónicas y la necesidad de difundir casos inusuales que amplíen el conocimiento clínico y quirúrgico.

314, SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR EN RELACIÓN AL POSTOPERATORIO DE SIGMOIDECTOMÍA POR CÁNCER DE RECTO: REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL EL PINO

Autores: Stephanie Constanza Gutiérrez Mollenhauer, Carla Isidora Leiva Zenteno, Belén Fernanda Parada Marrugo, Alonso Ignacio Orellana Lobos, Sergio Ernesto Aranda Ganceda, Nizar Saab Saab

Universidad Andrés Bello (Santiago, Chile), Hospital El Pino

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), también conocido como síndrome de Wilkie, corresponde a una compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, producto de una disminución del ángulo aortomesentérico en contexto de pérdida ponderal significativa. Es una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta, con presentación clínica inespecífica.

Objetivos: El objetivo de este reporte es describir un caso de SAMS posterior a una sigmoidectomía por cáncer de recto, enfatizando la importancia de su diagnóstico oportuno y manejo conservador dentro del contexto quirúrgico.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de cáncer de recto, sometido a sigmoidectomía, colostomía terminal, rafia vesical y anastomosis entero-enterica tipo Barcelona. Al décimo día postoperatorio consultó por vómitos en múltiples oportunidades de contenido café, náuseas persistentes y dolor abdominal tipo cólico localizado en flanco izquierdo. Destacaba el antecedente de un estado de desnutrición severo preoperatorio. Los exámenes revelaron anemia microcítica, leucocitosis, trombocitosis, insuficiencia renal aguda y PCR elevada. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis mostró distensión gástrica y duodenal con cambio de calibre a nivel del compás aortomesentérico (síndrome de Wilkie). Un angioTAC de control confirmó persistencia de la compresión, sin evidencia de obstrucción mecánica.

Resultado: Se instauró manejo conservador con régimen cero, descompresión nasogástrica, fluidoterapia, soporte nutricional, analgesia y antibioticoterapia profiláctica. El paciente presentó buena evolución clínica, con resolución progresiva del cuadro obstructivo y sin requerimiento de reintervención quirúrgica. El paciente fue dado de alta tras dos días de hospitalización, luego de evidenciar mejoría clínica y adecuada tolerancia a la vía oral. Egresó en buenas condiciones generales, quedando con controles programados por el equipo de cirugía a las dos semanas y al mes.

Conclusión: El síndrome de Wilkie debe ser considerado como diagnóstico diferencial en el postoperatorio de cirugías abdominales mayores, particularmente en pacientes oncológicos con pérdida ponderal significativa. Una sospecha clínica precoz y estudios imagenológicos oportunos permiten instaurar un manejo conservador eficaz, evitando reintervenciones quirúrgicas y sus potenciales complicaciones.

315, ¿IMPORTA LA HORA? IMPACTO DEL MOMENTO QUIRÚRGICO EN LAS COMPLICACIONES TRAS LAPAROTOMÍA URGENTE EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Autores: Danitza Escobar H, Heribando Landa S, Jeziel Vilchez U, Giovanni Concha M, Renata Toro A, Sebastian Espinoza F, Monserrat Mora R, Maria Pizarro M, Camila Andrades A, Fernando Quintana A

Servicio De Cirugía, Hospital Rafael Avaria De Curanilahue

Introducción: La laparotomía urgente no espera turno, pero ¿deberíamos esperar nosotros para operarla? Se ha planteado que operar fuera del horario hábil podría asociarse a mayor morbilidad debido a condiciones operativas subóptimas, como menor dotación de personal o fatiga del equipo. Sin embargo, la relación entre el momento del día y el tipo de complicaciones postoperatorias —médicas o quirúrgicas— ha sido poco explorada, especialmente en hospitales de mediana complejidad. Comprender este fenómeno podría aportar a la planificación quirúrgica y a la evaluación del desempeño en contexto de urgencia.

Objetivos: Evaluar si la franja horaria quirúrgica y el tiempo operatorio se asocian con complicaciones postoperatorias, diferenciando entre eventos médicos y quirúrgicos.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a 121 pacientes sometidos a laparotomía exploradora de urgencia entre enero de 2023 y julio de 2024 en un hospital público de mediana complejidad del sur de Chile. Se excluyeron pacientes con datos incompletos o cirugía no concluyente. La hora de inicio quirúrgico se clasificó en cuatro franjas: madrugada (00:00–05:59), mañana (06:00–11:59), tarde (12:00–17:59) y vespertina (18:00–23:59). Las complicaciones fueron revisadas y clasificadas por el equipo tratante como médicas o quirúrgicas según su descripción en ficha clínica. Se aplicó estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado y regresión logística ajustada por edad y duración quirúrgica.

Resultado: El 35,5% de los pacientes presentó al menos una complicación postoperatoria. La franja de la tarde tuvo la mayor proporción de complicaciones quirúrgicas (28,6%), mientras que las médicas predominaron en la mañana (22,2%). La madrugada, pese a concentrar un alto volumen de cirugías, presentó tasas más bajas de complicaciones (13,3%). En el modelo ajustado, operar en la madrugada se asoció a menor probabilidad de complicaciones quirúrgicas en comparación con la mañana (OR 0,35; $p = 0,069$). La duración operatoria fue discretamente mayor en casos con complicaciones.

Conclusión: Los hallazgos sugieren que en la madrugada se priorizan casos clínicamente evidentes y urgentes, mientras que los pacientes con diagnósticos más inciertos o diferibles son intervenidos durante la mañana. Esto refleja no solo aspectos logísticos, sino decisiones clínicas implícitas, que podrían influir en los resultados postoperatorios. Reconocer este patrón puede ayudar a optimizar la priorización de pabellones, reforzar el juicio clínico en contextos de alta demanda y repensar la distribución de recursos humanos y quirúrgicos en hospitales de mediana complejidad.

316, SÍNDROME DE RAPUNZEL: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UN TRICOBEOZOAR GIGANTE EN PACIENTE JOVEN

Autores: Ana Frausto C., Ricardo Valdivieso S., Camila Vidal V; Javier Villagrán H., Florencia Silva O., Laura Urzúa M., Javiera Gajardo V., Nicolás Carrasco S., Gonzalo Godoy M.

Hospital Félix Bulnes Cerda

Introducción: Los bezoares gástricos son masas de material no digerible que se acumulan en el estómago. El tricobezoar, compuesto por cabello, es más común en mujeres jóvenes con tricofagia y tricotilomanía, es una patología rara con una incidencia del 0.3% en estudios con endoscopia digestiva alta (EDA). El síndrome de Rapunzel es una variante donde el tricobezoar se extiende más allá del píloro, alcanzando intestino delgado o colon. Hasta el día de hoy, solo se han reportado aproximadamente 100 casos a nivel mundial. Puede causar complicaciones graves como obstrucción, perforación, sangrado y malnutrición, por lo que requiere diagnóstico precoz y manejo quirúrgico.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome de Rapunzel, describiendo el abordaje diagnóstico y tratamiento quirúrgico, destacando el rol de la imagenología en la planificación del tratamiento.

Contenido del E-Poster: Paciente de 20 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consulta por dolor abdominal difuso persistente de 24 hr. de evolución, anorexia y sensación de plenitud con tránsito intestinal conservado. Niega náuseas, vómitos y fiebre. En el examen físico se encuentra hemodinámicamente estable, destaca palidez mucocutánea. Se palpa desde epigastrio hasta mesogastrio un aumento de volumen de consistencia pétreo, de aproximadamente 20 x 10 cm, resto abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, sin signos de irritación peritoneal ni cambios en la coloración en piel. La Endoscopia digestiva Alta extrasistema, informa masa pilosa desde el cardias hasta la segunda porción duodenal. Al interrogatorio la paciente y familiares niegan tricofagia en los últimos 5 años, sin embargo, al examen físico destacan zonas de alopecia. Durante la atención de urgencias, se solicita una tomografía axial computarizada de abdomen (TAC) con contraste que evidencia Estómago, primera y segunda porción de duodeno con engrosamiento de paredes, además distendidos con abundante contenido heterogéneo, sin líquido libre ni neumoperitoneo. Por lo que se planifica resolución quirúrgica mediante laparotomía exploratoria.

Resultado: Durante la cirugía se realiza laparotomía media supra e infraumbilical y se evidencia estómago y duodeno distendidos. Se realiza gastrotomía vertical de 15 cm y extracción de tricobezoar gigante, lavado exhaustivo, con cierre de gastrotomía en 2 planos más plastia con parche de epiplón, colocación de drenaje y cierre de la cavidad. El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones. El diagnóstico se confirma por los hallazgos endoscópicos, imagenológicos e intraoperatorios.

Conclusión: El síndrome de Rapunzel es una patología quirúrgica infrecuente y de presentación inespecífica. Su diagnóstico combina EDA y TAC abdominal. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica vía laparotomía, con buen pronóstico si se realiza oportunamente. Sumando a la terapia, manejo psiquiátrico multidisciplinario, para prevenir recurrencias.

317, MUCOCELE APENDICULAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: CASO CLÍNICO

Autores: Alejandro J. Zarate, Deborah Yurie

Universidad Finis Terrae. Clínica Las Condes

Introducción: El mucoccele apendicular se caracteriza por la distensión líquida de la luz apendicular por acumulación de moco en su interior. Puede originarse por causas no neoplásicas, como la obstrucción del lumen, lo que se conoce como mucoccele simple o por lesiones neoplásicas como pólipos o neoplasias mucinosas. Representa menos del 0,3% de las apendicectomías y el 8% de los tumores apendiculares. Afecta ligeramente más a mujeres y suele diagnosticarse entre los 50 y 60 años. Se manifiesta como dolor agudo o crónico en el cuadrante inferior derecho del abdomen (simulando una apendicitis), o bien, como una masa palpable. Pueden constituir un hallazgo incidental imagenológico o anatomopatológico como biopsia de una apendicectomía.

Objetivos: Analizar el cuadro clínico y tratamiento de una paciente con un mucoccele apendicular.

Contenido del E-Poster: Revisión de registros clínicos, estudios radiológicos y anatomía patológica.

Resultado: Paciente de 45 años, sexo femenino, quien refiere tres meses de dolor abdominal generalizado, mayor en hemiabdomen derecho, sin sangrado, sin diarrea. En la primera consulta se indicó una tomografía computada que evidenció un aumento de volumen en relación al ciego (lesión cecal versus apendicular), luego se realizó una colonoscopia que evidenció un aumento de volumen de una de las paredes del ciego, sin alteración de la mucosa. Luego se indicó una resonancia, que informó de una posible lesión quística de pared de ciego versus apendicular (de 5 por 6 cm). Se define tratamiento quirúrgico; laparoscopia exploradora muestra masa sólido/quística adherida a la pared del ciego, sin identificar claramente el apéndice; se realiza una hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis latero-lateral, alta al quinto día sin eventos adversos. El resultado anatomopatológico informó: mucoccele apendicular simple (no neoplásico).

Conclusión: Discusión: El diagnóstico de mucoccele apendicular puede ser complejo en el preoperatorio, por lo que requiere de estudio radiológico y endoscópico para descartar otras causas de dolor abdominal, en este caso la colonoscopia no evidenció lesiones de la mucosa y la resonancia sugirió una lesión quística. La laparoscopia exploradora evidenció una masa sólido/quística en relación al ciego, sin identificar claramente el apéndice, por lo que se procede a una resección en bloque del apéndice y del ciego vía laparoscópica. Finalmente, el diagnóstico de mucoccele lo entrega el análisis anatomopatológico. En este caso no se requirió de un procedimiento adicional. En resumen, el diagnóstico de mucoccele es un desafío diagnóstico que implica un trabajo multidisciplinario.

318, PILEFLEBITIS SÉPTICA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE, PERO TEMIDA. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Sofía Andonje C., Juan Pablo Durán A., Francesca Fuentes R., Magdalena Reyes F., Paz Lira L.

Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad De Chile.

Introducción: La pileflebitis es una complicación infrecuente, pero grave de la apendicitis aguda. Corresponde a una trombosis séptica de la vena porta y sus afluentes, secundaria a una infección intraabdominal. La propagación de émbolos sépticos es la principal causa de morbilidad. Su presentación clínica es inespecífica, por lo que se requiere alta sospecha diagnóstica y confirmación mediante imágenes.

Objetivos: Reportar un caso clínico de pileflebitis séptica secundaria a apendicitis aguda y revisión de literatura.

Contenido del E-Poster: Análisis de caso clínico y revisión de la literatura.

Resultado: Mujer de 35 años, sin antecedentes morbidos. Consulta por cuadro de apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía abierta evidenciando apéndice gangrenado no perforado, con líquido libre turbio peri apendicular y en fondo de saco, epiplón trombosado. Dada de alta 2 días después. Re consulta a los 2 días por dolor abdominal epigástrico asociado a fiebre y compromiso del estado general. Se realiza TC de abdomen y pelvis con contraste que evidencia colección hidroaérea peri cecal de 29 mm, extensa trombosis porto mesentérica que compromete la vena mesentérica superior y su rama ileocolica, y la rama intrahepática de porta la derecha. Se hospitaliza para manejo con anticoagulación y ATB EV. Se controla con imagen en 5 días, sin progresión de trombosis. Esta patología corresponde a una complicación infrecuente, se asocia a complicaciones graves secundarias a embolizaciones sépticas a distancia. Su presentación clínica es inespecífica por lo que la sospecha clínica debe ser alta. Antiguamente se describía como principal causa la apendicitis aguda, siendo actualmente la diverticulitis aguda según algunos autores. Es más frecuente en hombres. E.Coli ha sido el patógeno más frecuentemente aislado. Dentro de la presentación clínica se encuentran la fiebre, dolor abdominal, diarrea, vómitos y náuseas, lo que lo hace difícil de sospechar, por lo que se hace necesario el apoyo con imágenes, siendo el TC de abdomen y pelvis con contraste el más utilizado. Cualquier parte del sistema venoso portal puede verse afectado, siendo la vena porta principal el sitio más frecuente. El tratamiento incluye tratamiento antibiótico de amplio espectro con cobertura de aerobios y anaerobios gram negativos, y la anticoagulación.

Conclusión: La pileflebitis séptica es una patología infrecuente, difícil de sospechar a través de la clínica por lo que es necesaria una alta sospecha, para su diagnóstico es necesario el apoyo con imágenes. Es necesario su manejo oportuno para evitar la morbilidad asociada.

319, SUPERVIVENCIA SIN NUTRICIÓN PARENTERAL TRAS RESECCIÓN MASIVA INTESTINAL POR TRAUMA MESENTÉRICO: REPORTE DE CASO

Autores: Felipe García F. (1), Daniel Montaña S. (1), Raúl Zárate B. (2), Javiera Gajardo V. (2), Camila Vidal V. (2) Emily Osse M. (3)

1. Residente De Cirugía General, Facultad De Ciencias Médicas, Universidad De Santiago De Chile. Santiago, Chile. 2. Interno/a De Medicina, Facultad De Medicina, Universidad San Sebastián. Santiago, Chile. 3. Médica Cirujana, Especialista En Cirugía General, Departamento De Cirugía General. Hospital Félix Bulnes Cerda. Santiago, Chile

Introducción: El síndrome de intestino corto es una condición infrecuente, potencialmente letal, que resulta de resecciones masivas del intestino delgado, requiriendo en algunas ocasiones de soporte nutricional parenteral a permanencia. Su etiología puede ser vascular, quirúrgica, neoplásica o traumática. En contexto de trauma abdominal cerrado de alta energía, la ruptura mesentérica es una causa poco común, pero de alto riesgo, que puede conducir a isquemia intestinal extensa y requerir múltiples intervenciones quirúrgicas.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente joven con politraumatismo abdominal por accidente automovilístico, quien desarrolló síndrome de intestino corto tras múltiples resecciones intestinales con resultado de yeyuno remanente de 65 cm con anastomosis yeyuno - transversal, el cual actualmente se encuentra rehabilitado sin indicación nutricional parenteral.

Contenido del E-Poster: Presentación de caso clínico a través de la revisión de ficha clínica y protocolo quirúrgico.

Resultado: Masculino de 20 años, previamente sano, quien ingresa a servicio de urgencias debido a politraumatismo tras accidente automovilístico de alta energía. Ingresó con signos de abdomen agudo e inestabilidad hemodinámica. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso informa moderado hemoperitoneo, prominente hernia de la pared lateral izquierda del abdomen, que contiene asas intestinales de pared difusamente engrosada con sangrado activo. Se procede con laparotomía de urgencia la cual evidencia hemoperitoneo masivo (2000 mililitros), intestino delgado con lesión de meso que compromete arteria mesentérica superior. Se evidencia isquemia intestinal extensa y numerosas lesiones desde 50 centímetros del yeyuno hasta 100 centímetros de válvula ileocecal. Se describe intestino completamente abierto, desgarrado del mesocolon transversal bilateral. Se realizaron 3 actos quirúrgicos, procediendo en el primero con control de daños, en el segundo con resección masiva del intestino delgado y colon ascendente, logrando en la tercera cirugía 3ra la reconstitución de tránsito intestinal con anastomosis yeyuno - transversal, dejando un remanente de 65 cm de yeyuno proximal funcional. Durante el postoperatorio inmediato, el paciente evolucionó con insuficiencia intestinal y dependencia total de nutrición parenteral "Therapia". Posteriormente, tras su extubación se comienza con régimen líquido a tolerancia, el cual durante su estadía hospitalaria evoluciona hasta lograr régimen común vía oral con buena tolerancia asociado a manejo con loperamida 4 miligramos al día y sin presencia de cuadros diarreicos. Actualmente, el paciente mantiene tolerancia a vía oral asociada a suplementos alimenticios y loperamida, sin requerimientos de nutrición parenteral y sin evidencia de insuficiencia hepática.

Conclusión: El síndrome de intestino corto es una complicación grave pero manejable con un enfoque quirúrgico y nutricional integral. El caso presentado destaca la importancia del manejo inicial agresivo del trauma abdominal, la prevención de complicaciones postoperatorias y el valor de la rehabilitación intestinal progresiva. La transición desde la nutrición parenteral total a una alimentación enteral parcial constituye un hito funcional relevante en la evolución de estos pacientes.

320, DOLICOSIGMA CON FECALOMA GIGANTE COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UN PACIENTE JOVEN

Autores: María Fernanda Rodríguez Izquierdo, Ana Liscar Sutherland Michelangeli, Carlos Alexander Muñoz Morales, Jesús Alejandro Soublett Rivas, Ana María Marín Marín, Jesús Leonardo Coa Bracho, Steffi Anne-Marie Wachtendorff Salinas

Hospital Clínico Félix Bulnes

Introducción: El dolicosigma es una condición anatómica que se caracteriza por el alargamiento anómalo y la redundancia del colon sigmoide. Aunque muchos pacientes pueden ser asintomáticos, el dolicosigma se convierte en un factor de riesgo significativo para el desarrollo de constipación crónica severa, lo que puede complicarse con la formación de fecalomas. Estos fecalomas son acumulaciones endurecidas de material fecal que interrumpen el normal tránsito intestinal, llevando a manifestaciones clínicas graves, como obstrucción intestinal, perforación colónica y sepsis. La incidencia de fecalomas es especialmente alta en poblaciones que presentan antecedentes prolongados de constipación o dismotilidad colónica, afectando a diferentes grupos etarios. A pesar de que el tratamiento inicial de los fecalomas suele ser conservador, utilizando laxantes y enemas evacuantes, en los casos de fecalomas gigantes que no responden a estas medidas constituyen un desafío clínico que frecuentemente requiere intervención quirúrgica.

Objetivos: Describir un caso clínico de dolicosigma asociado a fecaloma gigante. Evaluar el enfoque diagnóstico y terapéutico en este contexto. Discutir la importancia de un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de paciente de 23 años con cuadro de 12 días de evolución caracterizado por ausencia de deposiciones, distensión abdominal progresiva, náuseas y vómitos recurrentes. Al examen físico, se observó abdomen distendido con una gran masa palpable en el hipogastrio y flanco derecho. El tacto rectal reveló abundantes heces impactadas en la ampolla rectal. La tomografía computarizada mostró dolicosigma, un fecaloma gigante de 16 cm e hidronefrosis derecha.

Resultado: El manejo inicial incluyó medidas conservadoras como laxantes osmóticos (polietilenglicol) y enemas de solución salina hipertónica en ciclos repetidos. Se intentó la desimpactación manual bajo anestesia; sin embargo, estos intentos fracasaron en aliviar los síntomas, persistiendo la obstrucción lo que llevó a la decisión de realizar una laparotomía exploradora, desimpactación manual del fecaloma y una sigmoidectomía debido a la redundancia del colon sigmoide y la dilatación colónica. Se realizó una colostomía terminal del colon descendente y cierre del muñón rectal para reducir el riesgo de recurrencia y complicaciones futuras. La evolución postoperatoria fue favorable, con una resolución completa de los síntomas.

Conclusión: El manejo de fecalomas gigantes en el contexto de dolicosigma exige un enfoque escalonado. Aunque se priorizan las medidas conservadoras, la cirugía es indispensable en casos de obstrucción intestinal refractaria. Este informe enfatiza la importancia del diagnóstico temprano y un manejo integral para prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico a largo plazo.

322, GIST EXTRAINTestinal: EL TAMAÑO NO LO ES TODO. UTILIDAD COMBINADA DE LOS CRITERIOS DE FLETCHER Y REITH EN EL PRONÓSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Mauricio Cuadra Pérez, Mauricio, Cuadra, P

Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) se originan a partir de células intersticiales de Cajal del tracto digestivo y constituyen los sarcomas viscerales más frecuentes. Inusualmente, pueden presentarse fuera del tubo digestivo, en localizaciones como epiploon, mesenterio o retroperitoneo, denominándose tumores GIST extraintestinales (TuEGIST). Esta variante representa un desafío diagnóstico y pronóstico, ya que los criterios clásicos de estratificación de riesgo, como los propuestos por Fletcher, fueron diseñados para tumores con localización gastrointestinal y su validez en TuEGIST es incierta. Este caso clínico busca generar reflexión crítica sobre su aplicabilidad y enfatiza la necesidad de criterios específicos para esta entidad.

Objetivos: Presentar un caso clínico de TuEGIST tratado con intención curativa, destacando sus implicancias diagnósticas y pronósticas, y evidenciando que Fletcher no es suficiente para predecir el comportamiento clínico y pronóstico de estos tumores.

Contenido del E-Poster: Hombre de 55 años, sin antecedentes oncológicos, consulta por dolor abdominal inespecífico. La tomografía revela masa pélvica de 20×19 cm, sin conexión aparente al tubo digestivo. PET-CT sin otras lesiones. Biopsia percutánea compatible con GIST, con índice proliferativo Ki67 del 15%; el caso fue presentado en comité oncológico. Se realiza tratamiento neoadyuvante, observándose buena respuesta clínica y radiológica. Se efectúa cirugía, resección de tumor de 15×10 cm, friable, con áreas de necrosis y hemorragia, sin infiltración de órganos adyacentes. Histología confirma TuEGIST con bajo índice mitótico (<5 mitosis/50 Campos Gran Aumento), sin rotura tumoral ni márgenes comprometidos.

Resultado: El paciente tuvo buena evolución postoperatoria y se mantiene en seguimiento ambulatorio sin evidencia de recurrencia. El comité oncológico clasificó el caso como de riesgo intermedio-alto por tamaño, aunque con factores histológicos favorables. Dada la ausencia de conexión visible con tubo digestivo, se confirmó el diagnóstico de TuEGIST.

Conclusión: El caso clínico refuerza las limitaciones de aplicar directamente la clasificación de Fletcher en tumores GIST extraintestinales. Si bien su gran tamaño obligaba a indicar cirugía según Fletcher, estudios como el de Reith et al. han demostrado que en TuEGIST el pronóstico se correlaciona mejor con parámetros como necrosis tumoral, celularidad y actividad mitótica, más que con el tamaño. Por ello, utilizar ambos enfoques permite no solo decidir la conducta quirúrgica, sino también matizar el pronóstico real y personalizar el seguimiento. El caso evidencia la necesidad de validar criterios pronósticos específicos para TuEGIST y de fomentar el registro en Chile de esta entidad poco frecuente. Revisar críticamente las herramientas pronósticas tradicionales en estas presentaciones atípicas es fundamental para optimizar el manejo individualizado.

324, ABSCESO DEL PSOAS COMO PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA CECAL.

Autores: Daniel Montaña Socarras, Adriana Sabino Lanza, Javiera Gajardo Von Kunowsky, Javier Villagrán Hermanns, Camila Vidal Vera, Florencia Woolvett Keim, Franklin Ruiz Gutierrez, Felicia Meza Maldonado

Hospital Félix Bulnes Cerda

Introducción: El absceso del psoas es una entidad poco frecuente, generalmente secundaria a infecciones contiguas. Su asociación con neoplasias colorrectales es excepcional y representa una forma de presentación atípica, con evolución insidiosa y diagnóstico habitualmente tardío. Este retraso diagnóstico puede comprometer gravemente el pronóstico oncológico.

Objetivos: Presentar un caso clínico de absceso del psoas con extensión hacia la pared abdominal como manifestación inicial de un adenocarcinoma de ciego, discutir su evolución y manejo quirúrgico, y destacar la importancia de considerar un origen neoplásico en abscesos sin etiología evidente.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de un caso clínico y análisis comparativo con literatura, incluyendo series de casos y revisiones indexadas. Se describe además la evolución quirúrgica y terapéutica de la paciente

Resultado: Paciente mujer de 32 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por absceso del psoas en contexto de puerperio reciente, con múltiples drenajes previos sin etiología definida. Presenta aumento de volumen doloroso en región lumbar derecha, con signos inflamatorios locales y salida espontánea de exudado purulento. Se realiza drenaje quirúrgico con toma de muestra y biopsia. Se descartaron causas infecciosas como origen primario del absceso mediante pruebas negativas para VIH, sífilis, hepatitis B y C, tuberculosis (GeneXpert y cultivos para *Actinomyces*), sin hallazgos sugerentes de osteomielitis ni espondilodiscitis. Pese al tratamiento antibiótico dirigido y a sucesivos drenajes quirúrgicos, la colección persiste, obligando a múltiples reintervenciones. La paciente evoluciona transitoriamente y es dada de alta, pero reingresa antes del primer mes por reaparición de colecciones en la misma zona. Una nueva tomografía de abdomen y pelvis evidencia una colección multiloculada persistente en el psoas derecho, con extensión hacia la pared abdominal y engrosamiento del polo cecal. La biopsia de tejido inguinal derecho revela metástasis por adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realiza hemicolectomía derecha más ileostomía de urgencia, encontrando un tumor de ciego que invade el músculo psoas, retroperitoneo y ovario derecho, sin evidencia de metástasis hepáticas ni carcinomatosis peritoneal. El estudio histopatológico confirma un adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello. Dada la edad y el subtipo histológico, se solicita estudio molecular ante la sospecha de síndrome de Lynch.

Conclusión: La presentación extraabdominal de tumores colorrectales puede ser engañosa. El absceso del psoas con extensión hacia tejidos blandos abdominales como manifestación inicial de cáncer de colon es una forma rara pero clínicamente relevante, especialmente si se asocia a histología mucinosa, que favorece la diseminación local por extensión directa. Esta variante histológica tiene además peor pronóstico y menor respuesta a la quimioterapia convencional. La evolución clínica de estos pacientes puede simular infecciones primarias, dificultando un diagnóstico precoz. En este contexto, el reconocimiento oportuno permite una intervención quirúrgica adecuada y la planificación de tratamiento oncológico, lo que puede modificar significativamente el pronóstico del paciente. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha diagnóstica frente a abscesos persistentes o de causa no esclarecida, ya que un diagnóstico tardío se asocia con mayor morbilidad y menor posibilidad de tratamiento curativo.

325, NEUROFIBROMA APENDICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Cesar Navarro Dugarte, Carmelo Romero Bravo

Hospital Regional De Antofagasta

Introducción: La mayoría de los tumores apendiculares se diagnostican tras la apendicectomía, por una sospecha inicial de apendicitis aguda, rara vez se sospecha de un tumor en el contexto preoperatorio y transoperatorio, el diagnóstico diferencial suele ser difícil pues la presentación habitual de la mayoría de estas neoplasias involucra un proceso inflamatorio agudo en el apéndice, razón por la que el diagnóstico definitivo se logra con el informe histopatológico. Dentro de este grupo de neoplasias, el neurofibroma apendicular es excepcionalmente raro, generalmente asociado a pacientes con neurofibromatosis tipo 1, se trata de un tumor benigno de la vaina del nervio periférico, compuesto por Células de Schwann, fibroblastos, axones neuronales y fibras colágenas, se reportan casos aislados en la literatura médica, sin series que permitan calcular un porcentaje confiable, se estime que representa menos del 0,01% de todas las apendicectomías y son una minoría dentro de las lesiones neurogénicas apendiculares.

Objetivos: Los neurofibromas apendiculares representan una entidad extremadamente rara, el presente reporte tiene como objetivo documentar esta presentación inusual de neoplasias del apéndice, aportar información diagnóstica y terapéutica, facilitando su reconocimiento y orientando el manejo adecuado en futuros casos similares.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 34 años, sin antecedentes, consulta en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Antofagasta por dolor abdominal de 12 horas, punzante, EVA 9/10, localizado en epigastrio, irradiado a fosa iliaca derecha, junto con anorexia, náuseas y vómitos. En la Emergencia realizan un examen físico destacando dolor en fosa iliaca derecha y signo de Blumberg positivo, por lo cual se indican exámenes de control que no evidencian elevación de parámetros inflamatorios, por lo que se complementa su estudio con una Ecografía Abdominal, la cual evidencia signos de Apendicitis aguda, por lo que se decide su ingreso a pabellón para realización de Apendicectomía Laparoscópica. En el protocolo operatorio destaca un apéndice flegmonoso, con base sana, procedimiento realizado sin incidentales, se envía muestra de apéndice cecal de 75mm de longitud por 8mm de diámetro, para su revisión por Anatomía Patológica. El paciente evoluciona de manera favorable, posteriormente es citado a control en el Policlínico de Cirugía General para revisión de Biopsia, encontrándose clínicamente estable. La biopsia concluye que posee hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con Apendicitis aguda e incidentalmente se encuentran hallazgos compatibles con Neurofibroma Intramucoso de 2mm de diámetro mayor.

Resultado: La presentación clínica del caso fue clásica de Apendicitis aguda, si bien no hubo elevación de parámetros inflamatorios ni leucocitosis, ante la fuerte sospecha clínica se complementó sus estudios con una Ecografía Abdominal que confirmó el diagnóstico. La Apendicectomía laparoscópica fue el procedimiento quirúrgico indicado, en el cual se evidenció un apéndice flegmonoso de base sana. La evolución del paciente durante el postoperatorio fue favorable. El diagnóstico definitivo se logró con el informe histopatológico en su control postoperatorio.

Conclusión: Las neoplasias del apéndice siguen siendo una patología poco frecuente, el presente reporte permite ampliar el espectro diagnóstico y terapéutico de las lesiones apendiculares y sensibiliza sobre la posibilidad de tumores raros en el diagnóstico diferencial de la Apendicitis aguda.

326, MANEJO QUIRÚRGICO VERSUS CONSERVADOR EN APENDICITIS NO COMPLICADA EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autores: Yareli Lizbeth Rojas S, Emiliano Gómez M, Jorge Gustavo Rojas S

Instituto Nacional De Medicina Genómica, Ciudad De México

Introducción: La apendicitis aguda no complicada es una de las principales causas de abdomen agudo en adultos jóvenes, tradicionalmente tratada mediante apendicectomía; no obstante, durante la última década han surgido estudios que exploran el uso de tratamiento conservador con antibióticos como una alternativa viable, particularmente en contextos donde los recursos quirúrgicos son limitados o cuando el paciente prefiere evitar una intervención invasiva; y aunque algunas investigaciones han mostrado buenos resultados con el manejo no quirúrgico, persisten dudas respecto a su efectividad a largo plazo, las tasas de recurrencia y la seguridad comparativa frente al abordaje quirúrgico.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento quirúrgico frente al manejo conservador con antibióticos en adultos diagnosticados con apendicitis aguda no complicada, mediante una revisión sistemática de la literatura.

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión sistemática siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Scopus y Cochrane Library, abarcando el periodo comprendido entre enero de 2010 y febrero de 2024; en el cual se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que compararan tratamiento quirúrgico (apendicectomía abierta o laparoscópica) con tratamiento conservador (antibióticos sistémicos) en adultos con diagnóstico confirmado por imagen de apendicitis no complicada. Se extrajeron datos sobre tasas de recurrencia, incidencia de complicaciones mayores, duración de la estancia hospitalaria y necesidad de cirugía dentro del primer año.

Resultado: Se incluyeron 11 ECA con un total de 3,246 pacientes. El tratamiento conservador se asoció con una menor duración de la hospitalización inicial (DME: -0.9 días; IC95%: -1.5 a -0.3; $p < 0.01$), sin diferencias significativas en la incidencia de complicaciones mayores en comparación con el tratamiento quirúrgico (RR: 0.98; IC95%: 0.75–1.26); sin embargo, se observó una mayor tasa de recurrencia a un año en el grupo conservador (RR: 2.92; IC95%: 2.03–4.18; $p < 0.001$), y un 26% de los pacientes tratados con antibióticos requirió apendicectomía dentro del primer año debido a síntomas recurrentes.

Conclusión: El tratamiento conservador con antibióticos representa una opción segura y eficaz a corto plazo en pacientes seleccionados con apendicitis no complicada, con la ventaja de evitar cirugía inmediata; sin embargo conlleva un riesgo significativamente mayor de recurrencia y eventual necesidad de intervención quirúrgica diferida. Son necesarios más estudios con seguimiento a largo plazo para determinar el impacto del tratamiento conservador en la calidad de vida y en los costos sanitarios globales.

327, USO DE ABTHERA PARA APOYO A LA ANASTOMOSIS PRIMARIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: REPORTE DE UN CASO

Autores: Antoine Bouchet M, Felipe Navarro H, María De Los Ángeles Vargas C, Sofía Lizana C, Carlos Ayala R, Paula Rebolledo M, Guillermo Reyes R, Mónica Martínez M.

Equipo Cirugía - Hospital Del Salvador

Introducción: El abdomen abierto (AA) asistido con presión negativa ha cobrado relevancia como herramienta terapéutica en pacientes quirúrgicos críticos. En casos de inestabilidad hemodinámica o perfusión intestinal comprometida, el sistema ABTHERA permite diferir el cierre de pared y mantener vigilancia directa sobre la evolución de anastomosis intestinales recién confeccionadas. Esta estrategia es especialmente valiosa en pacientes frágiles, donde evitar una ostomía proximal puede marcar una diferencia significativa en la recuperación nutricional y funcional.

Objetivos: Describir el uso de ABTHERA como herramienta que permite confeccionar una anastomosis primaria segura en paciente de alto riesgo, bajo la posibilidad de reevaluación diferida.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico de paciente intervenido en el Hospital del Salvador en 2025. Revisión de literatura sobre abdomen abierto y presión negativa en decisiones quirúrgicas diferidas.

Resultado: Paciente masculino de 71 años, institucionalizado, con antecedentes de Parkinson, hipotiroidismo y esquizofrenia, ingresa grave en contexto de shock séptico secundario a obstrucción intestinal por bridas. Se realizó laparotomía exploradora, hallando necrosis de 80 cm de íleon proximal a 100 cm del ángulo de Treitz. Paciente de gravedad con requerimientos de vasoactivos (noradrenalina 1,4 mcg/Kg/min) y disfunción orgánica, por lo que se realiza cirugía de contención de daños con resección intestinal y cabos ligados, dejando abdomen abierto con sistema presión negativa ABTHERA para disminuir riesgo de retracción de planos fasciales de la pared abdominal. Ingresa nuevamente a pabellón luego de 48 horas de reanimación en UPC, con requerimientos de drogas vasoactivas en disminución (noradrenalina 0,4mcg/Kg/min). Sin evidencia de contaminación intraabdominal ni progresión de necrosis, se confecciona anastomosis manual latero-lateral isoperistáltica. Debido a factores nutricionales y hemodinámicos de riesgo para dehiscencia se mantiene con sistema ABTHERA por cinco días adicionales, permitiendo monitoreo continuo de la anastomosis. En la tercera cirugía, se constató anastomosis indemne y asas vitales, por lo que se procedió a cierre de pared abdominal con malla de Vicryl intraperitoneal. El paciente egresa de UPC a los 5 días de la última intervención, resolviendo cuadro séptico inicial. Resto de evolución postoperatoria favorable. Sin complicaciones infecciosas, ni dehiscencias, logrando adecuada nutrición por vía enteral. Fue dado de alta del Hospital del Salvador a los 24 días de la primera intervención, se traslada al Instituto Geriátrico (INGER) para rehabilitación integral, logrando restablecer su funcionalidad basal.

Conclusión: El uso del sistema ABTHERA permitió confeccionar una anastomosis primaria en un paciente frágil y críticamente enfermo. Esta estrategia evita ostomías de alto costo fisiológico, permite asegurar un cierre de laparotomía en condiciones seguras, y representa una herramienta valiosa en el manejo escalonado de pacientes frágiles, con el beneficio conocido de tener un menor riesgo de evisceración o hernias incisionales que otras técnicas de abdomen abierto. Su implementación racional en casos donde la ileostomía parece ser la alternativa quirúrgica más segura, puede mejorar resultados postoperatorios, disminuir morbilidad post-operatoria y favorecer a la rehabilitación integral de los pacientes.

328, HERNIA INTERNA DEL LIGAMENTO FALCIFORME COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Autores: Constanza Quezada S, Sebastián Cruz M, Martín Inzunza A.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La hernia interna a través del ligamento falciforme o redondo es una causa infrecuente y poco reconocida de obstrucción intestinal, representando aproximadamente el 0,2% de todas las hernias internas. Se origina por un defecto congénito o adquirido, siendo este último más frecuente tras cirugías laparoscópicas. Clínicamente, se presenta con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, náuseas y vómitos. La imagenología puede evidenciar asas intestinales en el espacio prehepático, aunque sin hallazgos concluyentes, por lo que el diagnóstico suele realizarse durante la exploración quirúrgica. El tratamiento consiste en la reducción de las asas encarceradas y el cierre del defecto para evitar recurrencias o complicaciones mayores. Debido a su rareza y dificultad diagnóstica, esta entidad debe considerarse en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugía laparoscópica.

Objetivos: Dar a conocer una causa poco frecuente de hernia interna a considerar en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica

Contenido del E-Poster: Análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica

Resultado: Mujer 47 años, sin comorbilidades relevantes, con antecedentes quirúrgicos de dos funduplicaturas de Nissen y colecistectomía, última intervención hace dos años. Consulta por un cuadro de 6 horas de evolución con dolor epigástrico súbito, asociado a náuseas y vómitos, con tránsito intestinal conservado. Al examen físico presentaba abdomen distendido, blando y doloroso en hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal. La tomografía con contraste evidenció obstrucción mecánica de alto grado en intestino delgado, con dos puntos de transición en epigastrio, sugestivos de bridas, y un segmento en asa cerrada con signos de sufrimiento, sin evidencia de isquemia transmural. Se realizó laparoscopia exploradora, identificándose una hernia interna por defecto en el ligamento falciforme; se redujo el asa comprometida y seccionó el ligamento redondo.

Conclusión: La hernia interna a través del ligamento falciforme es una entidad poco frecuente, usualmente asociada a lesión iatrogénica durante la inserción de trócares en cirugía laparoscópica. Aunque rara, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal en pacientes con antecedentes laparoscópicos. Su identificación precoz permite prevenir complicaciones graves como la isquemia o necrosis intestinal. La inserción cuidadosa de los trócares es clave para evitar su aparición, lo que refuerza la importancia de una técnica quirúrgica meticulosa.

329, FÍSTULA BILIODIGESTIVA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Catalina Rivas P., Carolina Morales C., Patricio Troncoso R., Sofia Konar C.

Servicio De Cirugía, Servicio Metropolitano Oriente - Hospital Dr. Luis Tisné Brousse

Introducción: La hidatidosis hepática es una zoonosis parasitaria endémica de algunas regiones en Chile, causada por el estadio larval del *Echinococcus granulosus*, el cual puede alojarse en el hígado y formar quistes hidatídicos. La infección en humanos se adquiere habitualmente por la ingesta de alimentos o agua contaminados con huevos embrionados del parásito. La infección puede ser asintomática durante años y cuando aparecen los síntomas, estos pueden ser variables. Hasta un 37% de los pacientes que padecen la condición, desarrollan fístulas bilio-císticas, mientras que sólo un 0.5% desarrolla fístulas biliodigestivas.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente que debuta con una complicación rara de la hidatidosis hepática, como lo es la fístula biliodigestiva. Lo anterior, con el objetivo de aportar información relevante para la sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 83 años, con múltiples patologías cardiovasculares, y antecedente de hospitalización reciente por hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera esofágica Forrest III. Consulta en Servicio de Urgencias por hematemesis y melena con brusca caída de hemoglobina que requiere reanimación y transfusión inicial. En este contexto, se solicita EDA que informa: Obs Fístula Duodenal vs Divertículo Duodenal complicado. Se solicita tomografía contrastada de abdomen y pelvis que informa colección hipodensa con gas en su interior y calcificación periférica de 32 x 55 mm en segmento VIII/V. A las 48 hr de hospitalización con tratamiento antibiótico de amplio espectro, presenta nuevo episodio de melena, por lo que se solicita control con tomografía abdominopélvica que informa imagen sugerente de quiste hidatídico hepático de 64 x 27 mm, con trayecto fistuloso hacia el lumen duodenal. Paciente evoluciona con disminución de parámetros inflamatorios, afebril, sin nuevos episodios de sangrado digestivo, por lo que no requiere nuevo control imagenológico ni intervención quirúrgica. Se completan 21 días de antibioticoterapia ambulatoria con evolución favorable y cese de síntomas.

Resultado: En la búsqueda etiológica por el debut de hemorragia digestiva grave, se realizaron estudios con Endoscopia digestiva alta y Tomografía de abdomen y pelvis, los cuales revelaron la presencia de un quiste hidatídico complicado con fístula bilio-entérica. En este caso, debido a múltiples comorbilidades del paciente y estabilidad clínica, se decidió realizar manejo conservador con antibioterapia asociada, logrando evolución clínica favorable y evitando la necesidad de intervención quirúrgica en primera instancia.

Conclusión: La hidatidosis hepática complicada con fístula bilio-digestiva, corresponde a una presentación infrecuente, la cual en nuestro paciente, se presenta con hemorragia digestiva alta. El tratamiento médico conservador con antibióticos fue exitoso, evitando el manejo quirúrgico. La mortalidad estimada en hidatidosis hepática no complicada se estima en < 1% pero en presencia de complicaciones puede alcanzar hasta un 15%, especialmente en pacientes mayores con comorbilidades asociadas. El retraso en el diagnóstico juega un rol fundamental por lo que un alto índice de sospecha puede dar opción a tratamiento conservador en pacientes seleccionados, y mejora el pronóstico de complicaciones como fístulas biliares, infecciones y roturas quísticas.

5. Sección: Sección: Cirugía plástica y reparadora



26, VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL A 6 MESES EN PACIENTES SOMETIDOS A ABDOMINOPLASTIA EN CLÍNICA ALEMANA DE VALDIVIA

Autores: Carlos Ayala Pardo, Carlos Fonfach Zahn, Martín Sánchez Nualart, Alejandra Contreras Gálvez, Edward Van Driel Romero, Vanessa Obando-casanova, Camila Sánchez Sanhueza

Clínica Alemana De Valdivia, Universidad Austral De Chile

Introducción: La abdominoplastia es una cirugía ampliamente utilizada para la corrección del contorno corporal en pacientes con dermatochalasis abdominal y flacidez musculoponeurótica. Si bien no es una cirugía para bajar de peso, el impacto en los parámetros antropométricos como el índice de masa corporal (IMC) es un tema ampliamente preguntado durante la evaluación médica en nuestros pacientes locales.

Objetivos: Evaluar la variación del índice de masa corporal a 6 meses en pacientes sometidos a abdominoplastia en Clínica Alemana de Valdivia.

Contenido del E-Poster: Estudio prospectivo en 46 pacientes sometidos a abdominoplastia en Clínica Alemana de Valdivia entre los meses de agosto y octubre 2024. Se registró y comparó el IMC preoperatorio con su control a 6 meses post cirugía. El análisis estadístico se efectuó utilizando SPSS, aplicando pruebas de chi-cuadrado de Pearson y test exacto de Fisher, con significancia estadística definida en $p < 0,05$.

Resultado: En el preoperatorio, el 13% presentaba IMC normal, 63% sobrepeso y 23,9% obesidad grado 1. En la evaluación 6 meses post cirugía, el 15,2% tenía IMC normal, 65,2% sobrepeso y 19,6% obesidad grado 1, observándose una leve disminución en la proporción de pacientes con obesidad y un aumento leve en el grupo con IMC normal. En la tabla cruzada IMC PRE vs POST, se observó que el 82,8% de los pacientes con sobrepeso preoperatorio se mantuvieron en la misma categoría, mientras que el 36,4% de los pacientes con obesidad grado 1 mejoraron a sobrepeso. El 66,7% de quienes tenían IMC normal se mantuvieron en esa categoría. El análisis con chi-cuadrado de Pearson reveló una asociación estadísticamente significativa entre el IMC pre y postoperatorio ($p < 0,001$). La prueba exacta de Fisher (tras reagrupar en "No Obesidad" y "Obesidad") también resultó significativa ($p = 0,00018$), con una odds ratio de 28.88.

Conclusión: La variación del índice de masa corporal a 6 meses en pacientes sometidos a abdominoplastia en Clínica Alemana de Valdivia, presenta una tendencia estadísticamente significativa hacia su disminución. Es posible que este efecto se relacione con un cambio en los hábitos de vida tras la intervención quirúrgica, como una mayor motivación para mantener una vida saludable, fenómeno será estudiado de manera dirigida en futuras investigaciones cualitativas en este grupo de pacientes.

27, PROGRAMA DE ABDOMINOPLASTÍA PARA PACIENTES CON ABDOMEN FLÁCIDO AFILIADOS A FONASA

Autores: Daniela Arauco Rodríguez, Dr Cristian Arriagada Irrarrázaval, Alejandro Conejero Roos, Sofía Valenzuela Conejero, Amanda Wosiack Menin, Cristóbal Bravo Romero, Jimena Doña Vial, Daniela Maldonado Jaramillo.

Universidad Finis Terrae

Introducción: La abdominoplastia es un procedimiento ampliamente utilizado en el contorno corporal, abordando preocupaciones tanto estéticas como funcionales. A pesar de sus beneficios, existe evidencia limitada sobre su impacto en la calidad de vida (CdV) en sistemas públicos de salud como el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en Chile. Este estudio evalúa la efectividad de la abdominoplastia dentro del programa de "Abdominoplastia bono PAD", centrándose en los resultados reportados por los pacientes.

Objetivos: Evaluar los cambios en la calidad de vida pre y postoperatorios utilizando la escala Body-QoL® en pacientes sometidos a abdominoplastia como parte del nuevo programa Abdominoplastia PAD que recientemente autorizó el Ministerio de Salud en Chile, caracterizar la población intervenida y documentar sus complicaciones.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional prospectivo realizado en un centro privado de cirugía plástica con pacientes sometidas a abdominoplastia desde la implementación del programa, en mayo de 2025. Dentro de los criterios de inclusión: adultos afiliados al seguro público de salud FONASA, con Índice de Masa Corporal (IMC) < 30 en menores de 55 años y < 25 entre 55-65 años y un pliegue abdominal al menos 5 cm bajo el pliegue inguinal. Se utilizó la escala Body-QoL®, adaptada al español en Chile, vía correo electrónico en el preoperatorio y al mes de la cirugía.

Resultado: Desde el inicio del programa se han operado un total de 37 pacientes, todas mujeres. La edad media fue 40 años y el IMC promedio 26,7. En el grupo analizado se constata que 94,6% son no fumadoras y 18,9% cuenta con el antecedente de cirugía bariátrica. Durante el período de seguimiento sólo un 2,7% reportó complicaciones, todas menores, con una recuperación expedita. Los puntajes postoperatorios de Body-QoL mostraron una mejoría significativa en los dominios físico, emocional y social, habiendo una asociación directa significativa con la variable IMC.

Conclusión: Los resultados confirman el impacto positivo de la abdominoplastia en la calidad de vida de este grupo de pacientes con beneficios que trascienden lo estético, y concuerdan con la evidencia internacional. La baja tasa de complicaciones respalda su seguridad en pacientes bien seleccionados, aunque se requiere de un seguimiento a mayor plazo. Los hallazgos validan el rol de este tipo de programas en el sistema público de salud chileno, e impulsan a mantener la iniciativa en el tiempo.

28, EXPERIENCIA EN USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL COMO COBERTURA DE HERIDAS COMPLEJAS EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO (2023-2025).

Autores: María Francisca Rozas V., Joaquín Bernales M., Arhiyury Linares

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena - Universidad De La Frontera

Introducción: Las heridas complejas son aquellas asociadas a exposición de tejidos nobles como tendón, hueso o cartílago. Poseen múltiples causas y su manejo es un desafío. Si bien el gold estándar es el colgajo libre, se han estudiado múltiples opciones que impliquen una menor complejidad técnica. El uso de aloinjertos de piel total, provenientes de donantes vivos, ofrece una alternativa innovadora para la cobertura definitiva.

Objetivos: Describir la experiencia del equipo de cirugía plástica del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Chile, en el uso de aloinjertos de piel total para manejo de heridas complejas durante 2023-2025.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos, realizado bajo metodología CARE, que incluyó a los pacientes con heridas complejas tratadas mediante aloinjertos de piel total de donantes vivos, con seguimiento por al menos un mes tras el tratamiento. El abordaje de los casos incluyó la preparación quirúrgica, aplicación del aloinjerto de piel total procurado de donante vivo y posterior autoinjerto de piel parcial.

Resultado: La muestra incluyó 15 pacientes con heridas complejas de distintas etiologías como quemaduras (33%), pie diabético (27%), trauma (20%) y otros (20%). Entre los tejidos nobles comprometidos, un 80% tuvo exposición tendínea, 7% de cartílago y 13% de hueso. Se logró prendimiento completo en el 100% de los casos y dos pacientes presentaron una pérdida parcial tardía debido a infección. Ningún paciente presentó secuelas.

Conclusión: El uso de aloinjertos de piel total de donante vivo tuvo éxito para lograr la cobertura de heridas complejas en el hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Se presenta como una alternativa cuya implementación no requiere de mayores recursos y una técnica reproducible en otros hospitales de nuestro país. Si bien no se pueden establecer recomendaciones definitivas aún, el presente trabajo genera un aporte al conocimiento científico con resultados prometedores.

29, "MASCULINIZACIÓN TORÁCICA, UN PASO MÁS ALLÁ. TÉCNICA COMBINADA, DIFNG Y LIPOINYECCIÓN PECTORAL"

Autores: Montserrat Fontbona Torres, Herman Viveros Guajardo, María Mañana, Solange Farias

1: Jefa Programa De Especialista En Cirugía Plástica Universidad De Los Andes Y Jefa De Servicio De Cirugía Plástica Hospital Militar 2: Equipo De Cirugía Plástica, Servicio De Cirugía, Hospital San José De Melipilla 3: Equipo De Cirugía Oncológica Y Mama, Servicio De Cirugía, Hospital Militar 4: Residente De 2do Año, Cirugía Plástica Y Reparadora, Universidad De Los Andes.

Introducción: La masculinización torácica mediante doble incisión e injerto libre de pezón (DIFNG), es la técnica más utilizada en pacientes transmasculinos. Sin embargo, puede haber resultados que carezcan de proyección y definición de contorno torácico masculino. Se incorpora la lipoinyección intramuscular del pectoral mayor para optimizar el resultado estético, aportar volumen y definición al borde inferior de musculo.

Objetivos: Describir una técnica quirúrgica combinada de masculización torácica con DIFNG y lipoinyección pectoral, evaluando sus resultados y complicaciones postoperatorias a través de una cohorte retrospectiva.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de intervenciones quirúrgicas entre 2018 y 2025. De 156 pacientes, se seleccionaron 105 que fueron sometidos a técnica combinada. Se analizaron variables demográficas como la edad y el IMC, volumen glandular resecado, volumen de grasa transferido, tiempo quirúrgico y complicaciones. La lipoinyección se realiza con grasa obtenida de abdomen, decantada e infiltrada en el plano intramuscular con cánula N°5, tras realizar una cirugía en bloque, preservando la fascia pectoral y posteriormente posicionando el CAP como injerto libre.

Resultado: La edad promedio de 24,8 años, con un IMC medio de 26,2. La duración quirúrgica media fue de 152 minutos, con un volumen glandular resecado de 584 gramos por mama. La lipotransferencia media fue de 125 ml por pectoral (rango: 30 – 300 ml). Las complicaciones fueron principalmente menores, destacando seromas (13.3%) y, cicatriz hipertrófica (5,7%). Solo el 7,6% requirió reintervención por hematoma. No se reportaron complicaciones tromboembólicas ni necrosis completa del CAP.

Conclusión: La técnica combinada de DIFNG con lipoinyección pectoral es una segura y reproducible, es un avance técnico en la cirugía de reafirmación de género, mejorando la definición anatómica y el contorno torácico masculino sin aumentar complicaciones mayores. Su estandarización la convierte en una herramienta simple y adaptable en cirugía de reafirmación de género.

30, UTILIDAD DE LA SUPERMICROCIRUGÍA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE COBERTURA COMPLEJOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autores: Diego Roselló, Álvaro Cuadra, Claudio Guerra, Alfonso Navia, Diego Marré, Andrea Ramírez, Susana Searle, José Ramón Rodríguez.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La reconstrucción microquirúrgica en pacientes pediátricos ha evolucionado considerablemente. Se han descrito como desafíos el tamaño del pedículo vascular y el riesgo de vasoespasmio, además del riesgo de alteraciones en la zona dadora durante el desarrollo y los rápidos cambios fisiológicos propios de la infancia. En este grupo, es prioritario minimizar la morbilidad de la zona dadora y optimizar el resultado estético y funcional. Los colgajos fasciocutáneos tradicionales suelen ser gruesos y voluminosos, lo que frecuentemente requiere procedimientos secundarios para su adelgazamiento. Por otro lado, los colgajos musculares asociados a injertos de piel parcial podrían ser una opción, pero debido a su escasa flexibilidad e importantes problemas funcionales y anomalías del crecimiento en el sitio donante, son utilizados en casos específicos. La supermicrocirugía ha permitido emplear colgajos delgados y ultradelgados, en relación con el plano fascial del cual son elevados. Estas opciones confieren ventajas respecto a los colgajos tradicionales en cuanto al inset, contorno y flexibilidad funcional, evitando retoques secundarios. No obstante, las series descritas en niños son escasas.

Objetivos: Presentaremos nuestra experiencia utilizando técnicas de supermicrocirugía para la reconstrucción de defectos complejos de diversas localizaciones en pacientes pediátricos.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo tipo serie de casos. Se incluyeron pacientes menores de 18 años, sometidos a reconstrucción de defectos de cobertura complejos utilizando supermicrocirugía. Se registraron variables demográficas y clínicas, etiología, características de los colgajos y complicaciones. Los resultados fueron documentados mediante seguimiento fotográfico y videos. El análisis fue realizado mediante estadística no paramétrica.

Resultado: Se realizaron diez colgajos en siete pacientes (4 hombres, 3 mujeres) con edad media de 10 años (rango, 2-13). 4 defectos de causa oncológica y 3 traumáticos. Las localizaciones fueron: seis en extremidad inferior y uno facial. Se utilizaron cuatro colgajos SCIP, doble colgajo SCIP quimérico, un colgajo ALT supra-Scarpa y tres colgajos ALT supra-fascial. El diámetro arterial medio fue 0.7 mm (rango, 0.6-1.1) y el venoso de 0.9 mm (rango, 0.6-1.2). Un colgajo quimérico presentó necrosis cutánea, requiriendo reintervención. Ningún caso de falla total. El tiempo quirúrgico medio fue de 390 minutos (rango, 270-560). La mediana del seguimiento fue de 10 meses (rango, 6-16). Todos los pacientes lograron restauración completa de la marcha utilizando calzado normal y sin alteración significativa del contorno.

Conclusión: En esta serie, la supermicrocirugía demostró ser una herramienta útil y segura para lograr una adecuada reconstrucción de defectos complejos en pacientes pediátricos. Se requieren estudios adicionales para evaluar su significancia estadística.

31, ANÁLISIS DE CRITERIOS Y REQUISITOS PREOPERATORIOS EN CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO POR CIRUJANOS PLÁSTICOS QUE EJERCEN EN CHILE: ALINEACIÓN CON ESTÁNDARES INTERNACIONALES Y DISPARIDADES EN LA PRÁCTICA

Autores: Daniela Maldonado Jaramillo, Amanda Wosiack Menin, Jimena Doña Vial, Kenneth Guler González
Universidad Finis Terrae

Introducción: La Cirugía de Afirmación de Género (CAG) es fundamental en el tratamiento de la disforia de género, guiada por estándares internacionales rigurosos que incluyen evaluación multidisciplinaria y criterios pre quirúrgicos definidos. En Chile, la aplicación de estos criterios y el abordaje quirúrgico por cirujanos plásticos genera interrogantes. Este estudio busca determinar la alineación de las prácticas chilenas con las directrices internacionales.

Objetivos: Dilucidar cómo los requisitos y el proceso quirúrgico adoptados por los cirujanos plásticos chilenos para la Cirugía de Afirmación de Género se alinean con las directrices internacionales.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo transversal. Se realizó una encuesta anónima, difundida por correo a través de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica (SCCP), a cirujanos plásticos que ejercen en Chile. Las preguntas se centraron en los tipos de procedimientos de CAG, la participación de equipos multidisciplinarios, la solicitud de evaluaciones psicológicas e informes de seguimiento hormonal de al menos un año, y los criterios para CAG en menores de edad, como el consentimiento parental y la edad mínima. Los datos se compararon con recomendaciones internacionales, como las WPATH Standards of Care. 30 de los 135 cirujanos plásticos certificados respondieron.

Resultado: De los 30 cirujanos encuestados, 20 realizan CAG, predominantemente en práctica privada (10) o mixta (9). Un 37% (11 de 30) no exige el cambio de género en el registro civil. Aunque la mayoría (14 de 19) solicita informe psicológico y 17 de 19 requieren evaluación y seguimiento hormonal de al menos un año, solo 6 cirujanos trabajan con un equipo multidisciplinario. Respecto a menores de edad, 23 cirujanos opinan que la CAG solo debe realizarse en adultos, sin embargo, 3 de los 30 cirujanos sí realizan CAG en menores. Estos 3 siempre solicitan consentimiento parental, con edades mínimas de 15 años (2) y 16 años (1).

Conclusión: Este estudio revela una comprensión profunda de los requisitos y criterios de CAG en Chile por cirujanos plásticos certificados. Los requisitos de evaluación y seguimiento demuestran una conciencia general sobre la importancia de la evaluación de salud mental y hormonal, alineándose parcialmente con las directrices internacionales como las WPATH Standards of Care, sin embargo la predominancia de la práctica privada crea barreras de acceso, la inconsistencia en los requisitos preoperatorios, sumado a la ausencia de equipos multidisciplinarios (solo 6 de 19) puede llevar a prácticas dispares y potencialmente comprometer la seguridad y el bienestar del paciente. La amplia mayoría de cirujanos (23 de 30) opina que la CAG debe realizarse "solo en adultos", lo que refleja una postura de cautela y alineación con la madurez psicológica y legal. Aunque los 3 que las realizan solicitan consentimiento parental, las edades mínimas reportadas (15 y 16 años) aún están en un rango que, según algunos estándares internacionales más conservadores o en debates actuales, requiere una consideración extremadamente cuidadosa y un consenso clínico robusto que parece no estar generalizado. Esto resalta la urgencia de establecer directrices nacionales claras y vinculantes asegurando que cualquier intervención siga un protocolo estrictamente ético y médico basado en la evidencia y el bienestar superior del paciente.



32, RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSTONCOLÓGICA EN UNA COHORTE CHILENA (2020–2025): CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN EL CENTRO RED UC CHRISTUS

Autores: Diana Michieli Centeno, Gregorio Maturana Cortés, Fernanda Cabezón Campos, Diego Marré Medina, Alvaro Cuadra Campos, Claudio Guerra Sanchez, Susana Searle Ferrari, Alfonso Navia Torelli, José Ramon Rodríguez Astudillo, Andrea Ramirez Burgos

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La reconstrucción mamaria es una etapa clave en la rehabilitación integral de pacientes con cáncer de mama. En los últimos años, la tendencia hacia reconstrucciones más complejas, el uso de colgajos y mallas ha evolucionado, haciendo necesario un análisis detallado de su impacto clínico y epidemiológico

Objetivos: Caracterizar epidemiológicamente a pacientes sometidas a reconstrucción mamaria en el centro Red UC Christus entre 2020 y 2025, identificando patrones quirúrgicos, tiempos operatorios, estadía hospitalaria, complicaciones, y factores asociados como irradiación o uso de malla

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo basado en 903 procedimientos quirúrgicos correspondientes a 269 pacientes. Se organizaron los datos en una tabla que incluyó edad, tipo de cirugía, tiempos operatorios, días de hospitalización, antecedentes de irradiación, uso de malla y complicaciones. Se aplicaron análisis descriptivos, ANOVA, Kruskal-Wallis, Tukey HSD, regresión lineal múltiple y regresión logística

Resultado: Se incluyeron 269 pacientes con un total de 903 procedimientos reconstructivos. La edad promedio fue de 47.8 años; promedio de 3.36 cirugías por paciente. El tiempo operatorio promedio fueron 170 minutos. El colgajo DIEP fue el más extenso (490 min), seguido del PAP (420 min) y TRAM (310 min); los más breves fueron la reconstrucción de pezón (55 min) y simetrización (95 min). La estadía hospitalaria promedio fueron 1.5 días, de las cuales se desglosan colgajo LD (4.7 días), TRAM (3.9 días) y PAP (4.0 días). El DIEP presentó una estadía promedio de 1.9 días, atribuida a protocolos institucionales de alta precoz. El 83.6% recibieron radioterapia. En este grupo se realizaron la mayoría de los colgajos: 74 LD, 64 DIEP y 26 TRAM. También se colocaron 385 expansores. El uso de malla se documentó en 75 procedimientos (8.3%), sin asociación significativa con complicaciones. Hubo 143 de 467 recambios de expansor a implante (30.6%) y 18 por colgajo (3.8%), con un intervalo promedio de 6.2 meses entre etapas. Además, se realizaron 41 simetrizaciones, 23 reconstrucciones de pezón y 9 lipoinyecciones complementarias. Se identificaron 22 pacientes con complicaciones clínicamente relevantes (8.1%), entre las que se describen: seroma (5 casos), infección (4), necrosis grasa (6), hematoma (2) y pérdida total o parcial de colgajo (5). El 36.4% requirieron una reintervención. Las complicaciones fueron más comunes en pacientes irradiadas (77%) y en técnicas con colgajos (TRAM, dorsal, DIEP). Se identificaron 154 casos izquierdos, 111 derechos y 4 bilaterales. Un análisis multivariado identificó que el tipo de cirugía y el tiempo operatorio fueron predictores significativos de una mayor estadía hospitalaria ($p < 0.001$), sin asociación con edad, irradiación ni uso de malla. No se identificaron predictores estadísticamente significativos para el desarrollo de complicaciones en el modelo de regresión logística, probablemente debido a su baja incidencia global.

Conclusión: La reconstrucción mamaria oncológica en Red UC Christus presenta alta complejidad técnica, bajo índice de complicaciones y un manejo quirúrgico estandarizado. Las pacientes irradiadas se beneficiaron mayoritariamente de técnicas con colgajos. El uso de mallas y la secuencia quirúrgica mostraron una implementación racional. Los hallazgos respaldan la efectividad de los protocolos reconstructivos y orientan futuras decisiones clínicas en oncología mamaria.

33, COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POSTOPERATORIAS TEMPRANAS TRAS REDUCCIÓN MAMARIA Y VARIABLES DE RIESGO ASOCIADAS: EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA

Autores: Nicole Gutiérrez, Enrique Cruz, Claudia Albornoz, Susana Benítez, Cristian Erazo, Carlos Domínguez, Sergio Sepúlveda

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La reducción mamaria es un procedimiento común en cirugía plástica, con beneficios funcionales y estéticos. Sin embargo, las complicaciones tempranas pueden afectar de manera significativa la recuperación y satisfacción de las pacientes. Identificar factores asociados a estas complicaciones es clave para optimizar resultados y seguridad.

Objetivos: Describir la frecuencia de complicaciones tempranas (≤ 30 días) tras reducción mamaria y analizar factores demográficos, clínicos y quirúrgicos asociados a su ocurrencia en una cohorte retrospectiva de pacientes intervenidas en un hospital universitario durante una década.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo de cohortes, basado en la revisión de fichas electrónicas de pacientes sometidas a reducción mamaria con técnica de pedículo superior o superomedial entre enero de 2014 y mayo de 2024, excluyéndose procedimientos con otros tipos de pedículos. Se consideraron complicaciones tempranas aquellas ocurridas dentro de los primeros 30 días postoperatorios. Se recopiló variables demográficas, antecedentes mórbidos, hábito tabáquico, parámetros quirúrgicos y complicaciones. Se realizó análisis descriptivo, pruebas univariadas y regresión logística multivariada para identificar factores de riesgo independientes, reportando odds ratios (OR) e intervalos de confianza (IC 95%).

Resultado: Se incluyeron 111 pacientes con edad media de 37,5 años e IMC promedio de 27,1 kg/m². La media de volumen mamario resecado fue de 1.029 g. La tasa global de complicaciones tempranas fue significativa en relación con mayor volumen resecado ($p = 0,028$) y presencia de comorbilidades distintas de hipertensión o diabetes ($p = 0,0067$). El antecedente de tabaquismo informó una tendencia ($p = 0,059$). El modelo multivariado confirmó asociación independiente de volumen resecado (OR 1,001; IC 95%: 1,000–1,003; $p = 0,037$), tabaquismo activo o suspendido (OR 4,180; IC 95%: 1,597–10,937; $p = 0,0036$) y distancia horquilla supraesternal–pezón (OR 1,527; IC 95%: 1,051–2,220; $p = 0,0265$). El índice de masa corporal no mostró asociación significativa en el modelo ajustado.

Conclusión: Este estudio identifica factores clínicos y quirúrgicos asociados a mayor riesgo de complicaciones tempranas dentro de los primeros 30 días postoperatorios tras reducción mamaria, destacando el volumen resecado, el tabaquismo y la distancia horquilla supraesternal–pezón. Estos hallazgos sustentan la necesidad de optimizar la selección de pacientes y la preparación preoperatoria, contribuyendo a mejorar la seguridad y los resultados de esta intervención.

34, EFICACIA DEL BLOQUEO INTERMUSCULAR DE LA PARED ABDOMINAL SIN ECOGRAFÍA EN ABDOMINOPLASTÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO EN UNA SERIE DE CASOS.

Autores: Carlos Ayala Pardo, Carlos Fonfach Zahn, Martín Sánchez Nualart, Alejandra Contreras Gálvez, Edward Van Driel Romero, Vanessa Obando-casanova, Camila Sánchez Sanhueza

Clínica Alemana De Valdivia, Universidad Austral De Chile

Introducción: El manejo del dolor postoperatorio en abdominoplastia es fundamental para optimizar la recuperación. El bloqueo intermuscular de la pared abdominal consiste en la inyección de anestésico local en el espacio entre los músculos oblicuo interno y transversal del abdomen, realizado idealmente bajo guía ecográfica, ha demostrado ser eficaz para reducir el dolor post operatorio inmediato. Sin embargo, su realización mediante palpación anatómica, sin ecografía, es una opción más accesible y de elección en la mayoría de los casos de nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la eficacia del bloqueo intermuscular de la pared abdominal sin ecografía en abdominoplastia, comparando dolor postoperatorio y necesidad de analgesia de rescate.

Contenido del E-Poster: Estudio prospectivo comparativo en 52 pacientes sometidos a abdominoplastia en Clínica Alemana de Valdivia. Se dividieron los pacientes al azar en dos grupos: con bloqueo intermuscular (sin ecografía) y sin bloqueo intermuscular. Se evaluó dolor a las 3, 6 y 12 horas (escala EVA), y uso de analgesia de rescate. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado, razón de verosimilitud y test exacto de Fisher.

Resultado: A las 3 horas postoperatorias, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de dolor entre ambos grupos ($p = 0.114$), aunque la razón de verosimilitud fue significativa ($p = 0.034$), lo que sugiere una posible diferencia. A las 6 horas, el dolor tampoco mostró diferencias significativas según la prueba de chi-cuadrado ($p = 0.137$), pero se observó una tendencia significativa según asociación lineal por lineal ($p = 0.030$), favoreciendo al grupo con bloqueo. A las 12 horas, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p = 0.671$). En cuanto al uso de analgesia de rescate, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos: el 19.2% de los pacientes con bloqueo requirieron analgesia de rescate, frente al 46.2% en el grupo sin bloqueo ($p = 0.039$). El test exacto de Fisher unilateral confirmó esta diferencia ($p = 0.037$).

Conclusión: Al evaluar la eficacia del bloqueo intermuscular de la pared abdominal sin ecografía en abdominoplastia en nuestro grupo de pacientes, no se observaron diferencias significativas en el dolor post operatorio inmediato a las 3, 6 y 12 horas en comparación con el grupo sin bloqueo. Sin embargo, el bloqueo intermuscular demostró de manera estadísticamente significativa disminuir la necesidad de analgesia postoperatoria de rescate.

35, DE LA PALABRA AL CRONÓMETRO: FÓRMULA PRÁCTICA PARA PLANIFICAR LA CIRUGÍA DEL GRAN QUEMADO

Autores: Roberto Machiavello, Fabián Álvarez, Daniela Guardia, Harold Romero, Enrique Cruz

Hospital De Urgencia Asistencia Pública

Introducción: La cirugía del paciente gran quemado es un desafío complejo que demanda eficiencia quirúrgica para reducir complicaciones severas como la hipotermia perioperatoria, el sangrado excesivo y la prolongación innecesaria de la exposición anestésica. La duración de la intervención depende de múltiples factores, como la extensión de la quemadura, el porcentaje de escarectomía e injerto, y la disponibilidad de recursos humanos especializados. En este contexto, contar con herramientas predictivas que permitan planificar racionalmente la extensión del procedimiento y optimizar la utilización del pabellón es esencial para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del equipo quirúrgico.

Objetivos: Diseñar una fórmula clínica sencilla y reproducible para estimar con precisión la duración operatoria en pacientes grandes quemados.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo de 86 pacientes sometidos a escarectomía e injertos entre enero y junio de 2023 en un centro nacional de referencia. Se recopilaron variables demográficas y quirúrgicas: porcentaje de escarectomía, porcentaje de injerto, número de cirujanos y tiempo operatorio real. Se construyeron modelos de regresión lineal para determinar la estructura óptima de una fórmula predictiva.

Resultado: Los pacientes presentaron una media de edad de 50,1 años (rango: 15–93); 71 % fueron hombres. La extensión media de quemadura fue de 23,9 % de la superficie corporal total, con un índice de Garcés promedio de 105,9 puntos. El mecanismo principal fue fuego (69 %). La mortalidad global fue del 29 %. El tiempo operatorio promedio fue de 106,9 minutos (20–240 min). Los modelos de regresión lineal múltiple arrojaron como resultado la siguiente fórmula predictiva: $\text{Tiempo operatorio (horas)} = 1 + (\% \text{ escarectomía} \times 0,3 / \text{número de cirujanos})$. Esta presentó un error absoluto promedio de 33 minutos respecto al tiempo real, con una leve tendencia a sobreestimación (+0,9 min).

Conclusión: La fórmula desarrollada constituye una herramienta predictiva, simple y clínicamente aplicable para estimar la duración de la cirugía en grandes quemados. Su uso podría contribuir a optimizar la planificación quirúrgica y disminuir complicaciones perioperatorias relacionadas con tiempos prolongados.

36, IMPACTO FUNCIONAL DEL USO DE DRENAJE EN ABDOMINOPLASTÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO EN UNA SERIE DE PACIENTES

Autores: Carlos Ayala Pardo, Carlos Fonfach Zahn, Martín Sánchez Nualart, Alejandra Contreras Gálvez, Edward Van Driel Romero, Vanessa Obando-casanova, Camila Sánchez Sanhueza

Clínica Alemana De Valdivia

Introducción: En la abdominoplastia, el uso de drenajes es una práctica común orientada a reducir complicaciones como el seroma. Sin embargo, su impacto en la recuperación funcional postoperatoria en relación con las actividades de la vida diaria sigue siendo motivo de discusión entre los pacientes que asisten a la consulta médica.

Objetivos: Evaluar el impacto funcional del uso de drenajes en pacientes operados de abdominoplastia en Clínica Alemana de Valdivia.

Contenido del E-Poster: Estudio prospectivo comparativo realizado en Clínica Alemana de Valdivia. Se incluyeron 52 pacientes sometidos a abdominoplastia, divididos en dos grupos según técnica de cierre del colgajo abdominal: Grupo con drenaje (n=26): cierre con drenaje cerrado tipo Hemosuc, y grupo sin drenaje (n=26): Obliterando espacio mediante fijación del colgajo a la fascia abdominal mediante suturas continuas barbadadas. La evaluación funcional se realizó en el postoperatorio mediante escala ordinal tipo Likert de dificultad para realizar actividades de la vida diaria (AVD), codificada de 1 (muy fácil) a 5 (muy difícil). El análisis estadístico se realizó con SPSS v.25. Se aplicaron las pruebas de chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher (en caso de baja frecuencia esperada) y Mann-Whitney U para comparación de distribuciones ordinales. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultado: El grupo con drenaje mostró más respuestas en categorías "difícil" y "muy difícil", mientras que el grupo sin drenaje presentó más respuestas en la categoría "muy fácil", sin que esto alcanzara diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a dificultad para realizar AVD (chi-cuadrado $p=0.407$; prueba de Mann-Whitney U: no significativa; prueba exacta de Fisher: no significativa).

Conclusión: El impacto funcional del uso de drenajes en pacientes operados de abdominoplastia en Clínica Alemana de Valdivia, no evidenció diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dificultad percibido para realizar actividades de la vida diaria al comparar uso y no uso de drenajes en el post operatorio en este grupo de pacientes.

330, DEL DOLOR CRÓNICO A LA SOLUCIÓN ESTÉTICA: EVOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ONICECTOMÍA PARCIAL SELECTIVA EN ONICOCRIPTOSIS COMPLICADA CON FÍSTULA UNGUEO CUTÁNEA

Autores: Yuliana Villegas O. Andreina Lastoria S. Renata Toro A.

Cirugía Menor Ambulatoria, Atención Primaria De Salud. Hospital Provincial "Rafael Avaria Valenzuela".

Introducción: La onicocriptosis, comúnmente conocida como uña encarnada, es una causa frecuente de consulta quirúrgica, especialmente en contextos ambulatorios, descrito como una afección del aparato ungueal en la que la lámina lesiona el rodete periungueal, por el continuo traumatismo que provoca su crecimiento. Se da con más frecuencia en pacientes adolescentes y jóvenes hasta los 30 años con predilección al sexo masculino. Su etiología es multifactorial, dentro de los cuales se incluye calzado inadecuado, obesidad o sobrepeso, microtraumatismos de repetición, corte inadecuado de la lámina ungueal, las malformaciones óseas de los orfijos como hallux abducto valgus y hallux extensus. Se caracteriza por cursar con dolor y/o inflamación de los pliegues laterales de la uña. Aunque no tiene una repercusión sistémica y suele presentarse en etapas leves, algunas formas avanzadas pueden generar complicaciones como infecciones recurrentes, granulomas, fístulas ungueo cutáneas e incluso la osteomielitis de la falange distal del dedo. Este caso describe un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo en un paciente con onicocriptosis en borde lateral de primer orfijo de pie izquierdo, complicado con fístula, que logró una resolución estética y funcional exitosa.

Objetivos: 1. Describir la presentación clínica y evolución del paciente previo a la intervención quirúrgica. 2. Exponer el procedimiento quirúrgico realizado, incluyendo técnica, materiales y consideraciones intraoperatorias. 3. Evaluar el manejo postoperatorio, las complicaciones potenciales y los criterios de éxito del tratamiento. 4. Promover la reflexión clínica sobre la prevención y el abordaje integral de casos similares en la práctica médica.

Contenido del E-Poster: Caso clínico: Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, quien consulta por dolor, enrojecimiento y aumento de volumen en borde lateral del hallux izquierdo de seis meses de evolución. Refiere episodios previos de inflamación local autolimitada y manejo con antibióticos orales y tópicos sin resolución definitiva. Tuvo inicialmente tratamiento con matricectomía parcial hace 1 año. A la evaluación física se constata onicocriptosis grado III complicada con fístula ungueo cutánea activa y drenaje de exudado seropurulento intermitente.

Resultado: El paciente presentó adecuada evolución postoperatoria sin complicaciones. Al tercer día, se evidenció disminución significativa del dolor, sin signos de infección ni sangrado activo. La herida quirúrgica mostró buena cicatrización y resolución completa del trayecto fistuloso. Al mes del procedimiento, el paciente retomó su actividad física habitual sin molestias y manifestó una alta satisfacción con el resultado estético del borde ungueal. Durante el seguimiento ambulatorio a los tres meses, no se observó recidiva de onicocriptosis ni formación de granuloma.

Conclusión: La onicocriptosis complicada con fístula ungueocutánea representa un desafío terapéutico poco documentado en la literatura, y su manejo exige un balance entre resolución funcional, mínima invasividad y resultado estético. La técnica de Winograd modificada, como se empleó en este caso, permite una exéresis precisa del segmento ungueal afectado, con reducción del trauma tisular y menor riesgo de recidiva. Comparado con técnicas más agresivas o matricectomías químicas, este abordaje favorece una recuperación más rápida, menor morbilidad y alta satisfacción del paciente.

331, DE CICATRIZ A CARCINOMA, ABORDAJE QUIRÚRGICO EN ÚLCERAS DE MARJOLIN.

Autores: Javiera Hernández M., Morgana Utreras S., Camilo Bustos R., Eddiz Cañas L., Marysol Alejo Q.

Hospital San Pablo. Coquimbo.

Introducción: Las úlceras de Marjolin corresponden a transformaciones malignas en heridas crónicas o cicatrices antiguas, comúnmente secundarias a quemaduras. Su presentación clínica suele ser exofítica, dolorosa e indurada, siendo el carcinoma escamoso cutáneo bien diferenciado el subtipo histológico más frecuente. El diagnóstico suele ser tardío, condicionando su pronóstico. Se requiere un manejo quirúrgico radical con reconstrucción adaptada al sitio y funcionalidad comprometida.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico curativo de dos pacientes con úlcera de Marjolin de evolución superior a 40 años, localizadas en extremidades, con reconstrucción mediante injerto dermoepidérmico y colgajos locales.

Contenido del E-Poster: Se presenta a un paciente masculino de 66 años, con antecedente de quemadura en región poplíteica izquierda de hace más de 40 años con úlcera crónica exofítica de 9,5 cm con cambios recientes en morfología y dolor. Biopsia confirmó carcinoma escamoso bien diferenciado, sin compromiso linfovascular y perineural. Se realizó resección oncológica amplia con márgenes mayor a 1 cm e injerto dermoepidérmico tomado del muslo ipsilateral. Se presenta Paciente masculino de 81 años, con quemadura antigua a los 4 años de edad en antebrazo izquierdo que evoluciona con úlcera crónica de 6×10 cm y brida cicatrizal que limitaba extensión del codo. Biopsia confirmó carcinoma escamoso bien diferenciado. Se realizó resección oncológica con márgenes mayores 0,5 cm, con posterior injerto parcial de piel y cobertura con colgajos locales. Se corrigió la brida cicatrizal con plastia funcional.

Resultado: Ambos pacientes presentaron una adecuada evolución postoperatoria, con injertos y colgajos viables, sin necrosis ni complicaciones inmediatas, con mejora en funcionalidad, sin recidiva local con posterior egreso y seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Las úlceras crónicas sobre cicatrices de quemaduras deben ser sospechadas de transformación maligna cuando presentan cambios morfológicos o sintomáticos. La biopsia temprana y el tratamiento quirúrgico radical permiten un manejo curativo. La reconstrucción debe adaptarse al sitio anatómico y compromiso funcional, siendo factible lograr buenos resultados incluso en lesiones extensas y en pacientes de edad avanzada. Es fundamental fomentar el desarrollo de registros multicéntricos que permitan caracterizar mejor la epidemiología, evolución clínica y respuesta terapéutica de las úlceras de Marjolin, así como estudios sobre nuevas estrategias de vigilancia en pacientes con cicatrices antiguas con el fin de avanzar hacia un diagnóstico más temprano y tratamientos personalizados.

332, COMPARACIÓN DEL USO DE TELFA VS JELONET PARA QUEMADURAS TIPO AB EN EL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI, ARICA, 2025

Autores: Juan Carlos Maturana Arancibia, Juan Maturana, Macarena Vallejos

Hospital Juan Noé Crevani, Arica

Introducción: Las quemaduras son un cuadro de manejo complejo, en especial a partir de aquellas tipo ab. su incidencia ha ido en aumento en el último año a pesar de las medidas de precaución desarrolladas por los equipos profesionales. el reconocimiento de aquellas quemaduras complejas, con evolución difícil, y del material más adecuado para su tratamiento, es de especial interés tanto para los médicos generales como para los cirujanos. el servicio de cirugía del hospital Juan Noé Crevani, no cuenta con cirujano plástico por lo que el desarrollo de habilidades en relación con lo expuesto es un deber impostergable para todos los especialistas de urgencia.

Objetivos: Analizar los resultados del manejo de quemaduras tipo ab, con materiales como jelonet y telfa, y revisar los mejores resultados con cada una de ellas en pacientes del servicio de cirugía del hospital de Arica durante el año 2025

Contenido del E-Poster: Revisión de fichas clínicas y registros computacionales de pacientes adultos y pediátricos, ingresados por el servicio de urgencia con el diagnóstico de quemadura tipo ab, en el hospital durante el año 2025.

Resultado: Se ingresó un total de 35 pacientes. 28 varones y 7 mujeres. de ellos, los sitios más comúnmente afectados fueron el abdomen con un 38%, extremidades inferiores, con un 15%, y extremidades superiores, con un 7%. hubo un promedio de 12% de superficie del cuerpo quemada con quemadura tipo ab. del total, un 60% fue tratado únicamente con jelonet, y un 40% con telfa. de los que utilizaron jelonet, tuvieron un promedio de estadía hospitalaria de 12 días versus telfa que fue de 18 días. la complicación más común fue la infección del sitio quemado, y un 45% fue manejado con injerto. no hubo fallecidos en esta muestra.

Conclusión: Se observa que el ingreso por quemadura tipo ab, fue más común en varones y en región abdominal. el jelonet mostró menos estadía hospitalaria, con casos excepcionales donde además fue requerido el injerto. la decisión del uso de un material u otro depende del estado general del paciente, el tipo de quemadura y los recursos disponibles en el centro de tratamiento. eventualmente, el desarrollo de otras técnicas asociadas o el uso de ambos materiales en conjunto mejorará los resultados estéticos y funcionales.

333, EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA FRENTE A CURACIONES CONVENCIONALES EN FRACTURAS EXPUESTAS: METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS

Autores: Daniel Montaña Socarras, Dania Molina Baez, Miguel Leal Morgado, Marcela Orellana Tapia, Florencia Woolvett Keim, Javier Villagrán Hermanns, Camila Vidal Vera, Javiera Gajardo Von Kunowsky, Franklin Ruiz Gutierrez, Leonardo Parada Matus

Hospital El Trabajador

Introducción: El manejo transitorio de heridas en fracturas expuestas antes de la cobertura definitiva representa un momento crítico en la prevención de complicaciones infecciosas, necesidad de reintervenciones y pérdida funcional. Entre las estrategias utilizadas, la terapia de presión negativa (VAC) se ha propuesto como una alternativa superior a las curaciones convencionales, al promover la formación de tejido de granulación y controlar el exudado. Sin embargo, los datos existentes sobre su efectividad clínica en fracturas abiertas son contradictorios, con resultados divergentes según la calidad metodológica de los estudios y el tipo de heridas evaluadas.

Objetivos: Comparar la efectividad de la terapia VAC frente a las curaciones convencionales en pacientes con fracturas expuestas, evaluando su impacto en la incidencia de infección profunda, tiempo hasta el cierre definitivo, reducción del tamaño de herida y necesidad de colgajos como forma de cobertura quirúrgica.

Contenido del E-Poster: Se llevó a cabo un metaanálisis como parte de una revisión sistemática de seis ensayos clínicos aleatorizados (ECA) seleccionados por criterios de calidad metodológica (evaluación GRADE), excluyendo aquellos con alto riesgo de sesgo. Se recopilaron datos comparativos entre grupos tratados con VAC y con curaciones convencionales avanzadas (gasas húmedas, apósitos hidrocoloides o antimicrobianos). Se utilizaron modelos de efectos aleatorios para calcular los odds ratio (OR) combinados, con intervalos de confianza del 95% (IC), y se evaluó la heterogeneidad estadística mediante el índice I^2 . Además, se realizó análisis por subgrupos según el tipo de sistema VAC utilizado (sellado vs no sellado) y diseño del estudio.

Resultado: El análisis agrupado mostró una reducción en el riesgo de infección profunda en el grupo VAC (OR 0.43; IC 95%: 0.17–1.09), sin alcanzar significancia estadística ($p = 0.08$). La heterogeneidad fue moderada ($I^2 = 50\%$). No se observaron diferencias significativas en la necesidad de colgajos para cobertura ni en la reducción del tamaño de la herida. El tiempo hasta cierre definitivo fue discretamente menor con VAC en tres estudios, pero sin significancia estadística global. El análisis por subgrupos reveló que los beneficios observados en estudios anteriores se asociaban principalmente a cohortes retrospectivas o ensayos de bajo poder. Los estudios más recientes y robustos no evidenciaron diferencias clínicamente relevantes.

Conclusión: La terapia VAC no demostró superioridad significativa frente a las curaciones convencionales en el manejo transitorio de heridas por fracturas expuestas cuando se consideran exclusivamente ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad. Su uso debe ser individualizado, considerándose especialmente en pacientes con fracturas tipo IIIB o IIIC, o en contextos donde se anticipa una demora mayor a 72 horas en la cobertura definitiva. En fracturas menos complejas, o cuando se dispone de equipos de cirugía plástica en forma precoz, las curaciones convencionales siguen siendo una alternativa costo-efectiva, clínicamente segura y de fácil implementación. Esta revisión busca aportar claridad en la toma de decisiones terapéuticas basadas en evidencia sólida, priorizando la indicación razonada sobre la aplicación sistemática de intervenciones costosas.

334, COBERTURA DE URGENCIA CON COLGAJO CRUZADO BRAQUIO-TORÁCICO EN HERIDA COMPLEJA TRAUMÁTICA DE EXTREMIDAD SUPERIOR, CON EXPOSICIÓN DE ARTERIA BRAQUIAL: REPORTE DE UN CASO

Autores: Gerson Pérez F, Carlos Casanova M, Dominique Schatte V, Valeria Arancibia Q, Gonzalo Yáñez C, Sebastián Silva G

Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: Las lesiones traumáticas complejas de extremidad superior con pérdida importante de cobertura, pueden comprometer diversas estructuras y compartimentos. La exposición arterial constituye una urgencia quirúrgica, ya que pone en riesgo la irrigación de la extremidad. La cobertura inmediata de estructuras vasculares es fundamental para prevenir complicaciones infecciosas y preservar la extremidad. En este contexto, el colgajo cruzado braquio-torácico representa una alternativa útil y sencilla cuando las opciones locales son insuficientes.

Objetivos: Describir un caso clínico de cobertura urgente de arteria braquial reparada y expuesta mediante colgajo cruzado braquio-torácico en un paciente politraumatizado, destacando su utilidad como alternativa reconstructiva de urgencia.

Contenido del E-Poster: Se recopila información clínica desde ficha electrónica y registros operatorios. Se obtuvo consentimiento informado para uso de imágenes. Se realiza revisión de la literatura en PubMed y LILACS con términos MeSH: "brachial artery", "upper extremity", "Plastic Surgery Procedures", "Surgical Flaps".

Resultado: Paciente masculino, previamente sano que ingresa politraumatizado. Presenta fractura expuesta de húmero izquierdo, con lesión de arteria braquial, desforramiento y defecto de cobertura por cara medial del brazo. En pabellón se realiza reparación con rafia arterial, aseo quirúrgico y reducción ósea con tutores externos, quedando un defecto de cobertura residual de 11x7 cm con exposición de la arteria braquial. Ante imposibilidad de opciones de cobertura local, regional y microquirúrgica, se decide realizar colgajo cruzado braquio-torácico. Se eleva colgajo random fasciocutáneo romboidal a nivel torácico lateral ipsilateral de 9,5x7 cm, el cual se interpola asegurando cobertura de la zona crítica y posterior inmovilización con cabestrillo. A las tres semanas, con colgajo vital y sin signos de complicación, se realiza segundo tiempo para independizar colgajo y cierre primario de zona dadora. Evolución favorable y buena calidad de cobertura. Respecto a la búsqueda bibliográfica existe poca evidencia respecto a esta alternativa, no se encontraron referencias textuales al uso de colgajos cruzados entre tórax y extremidad superior, existiendo principalmente literatura sobre colgajos cruzados abdominales.

Conclusión: El colgajo cruzado braquio-torácico randomizado es una alternativa eficaz y sencilla para la cobertura urgente de estructuras nobles en extremidad superior cuando no existen opciones locales disponibles. Su simplicidad técnica y fiabilidad lo convierten en una opción que debe considerarse en escenarios de urgencia reconstructiva, especialmente en centros con experiencia limitada en microcirugía.

335, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDAD DE VON RECKLINHAUSEN FACIAL Y PALPEBRAL.

Autores: Wilfredo Calderón, Matías Toloza, Sofía Abedrapo, Gerardo Maza, Pablo Vilca Y Macarena Villarreal .

Equipo de Cirugía Plástica. Hospital Del Salvador

Introducción: La Neurofibromatosis fue descrita en 1882 por el patólogo alemán Friedrich Daniel von Recklinhausen. Enfermedad genética autosómica dominante con incidencia de 1 en 3000 nacidos vivos. Se presenta como manchas de café con leche en la piel y neurodominante con piel. La variedad facial es plexiforme ó difusa, del tipo 1 que ocurre generalmente unilateral, produciendo hemi hipertrofia de los tejidos blandos de la cara. Corresponde a la presencia de tumores benignos alrededor de los nervios. El tratamiento quirúrgico debe consistir en reseca el tejido tumoral hipertrofiado, pero sin dañar estructuras sanas ni nervios.

Objetivos: Presentar el tratamiento quirúrgico de la Neurofibromatosis facial

Contenido del E-Poster: En el equipo de cirugía Plástica del hospital del Salvador, entre 2011 y 2025, hemos operado cuatro pacientes portadores de enfermedad de von Recklinhausen facial: dos en hemicara izquierda y dos palpebrales superiores izquierdas. Las edades fluctuaron entre 30 y 74 años. Fueron 3 hombres y una mujer. El territorio afectado se infiltró con nor epinefrina al 1/500000. Anestesia general. La cirugía consistió, en la cara, de ritidectomía sub cutánea supra SMAS reseca piel y tumor exuberante respetando los tejidos y nervios sanos. En el párpado resección cutánea y muscular orbicular superficial respetando la rama frontal del fanor epinefrinaasia fue con Bi Polar. Todos los pacientes con consentimiento fotográfico. Estudio retrospectivo de cohorte observacional.

Resultado: Las técnicas quirúrgicas permitieron preservar las estructuras sanas sin presentar secuelas neurológicas. No se requirió transfusiones sanguíneas. Las heridas cicatrizaron bien, sin infecciones, dehiscencias ó necrosis de colgajos. La biopsia confirmó el diagnóstico. Los pacientes fueron dados de alta al día siguiente. El seguimiento fue de 6 meses y en un caso, de op de la cara, fue de 5 años. La recidiva fue clínicamente pequeña en cuanto a la hipertrofia de los tejidos comprometidos.

Conclusión: La enfermedad de von Recklinhausen es de rara frecuencia, tratados habitualmente en la infancia. Nuestra casuística presenta pacientes adultos que no han sido tratados oportunamente por no haber recintos hospitalarios que ofreciesen solución quirúrgica eficaz. Los resultados adecuados animan a seguir tratando esta patología en estas localizaciones. Cabe destacar que en nuestro medio no existen publicaciones al respecto

Introducción: La Neurofibromatosis fue descrita en 1882 por el patólogo alemán Friedrich Daniel von Recklinhausen. Enfermedad genética autosómica dominante con incidencia de 1 en 3000 nacidos vivos. Se presenta como manchas de café con leche en la piel y neurofibromas bajo la piel. La variedad facial es plexiforme ó difusa, del tipo 1 que ocurre generalmente unilateral, produciendo hemi hipertrofia de los tejidos blandos de la cara. Corresponde a la presencia de tumores benignos alrededor de los nervios. El tratamiento quirúrgico debe consistir en reseca el tejido tumoral hipertrofiado pero sin dañar estructuras sanas ni nervios .

Objetivos: Presentar el tratamiento quirúrgico de la Neurofibromatosis facial

Contenido del E-Poster: En el equipo de cirugía Plástica del hospital del Salvador, entre 2011 y 2025, hemos operado cuatro pacientes portadores de enfermedad de von Recklinhausen facial: dos en hemicara izquierda y dos palpebrales superiores izquierdas. Las edades fluctuaron entre 30 y 74 años. Fueron 3 hombres y una mujer. El territorio afectado se infiltró con nor epinefrina al 1/500000. Anestesia general. La cirugía consistió, en la cara, de ritidectomía sub cutánea supra SMAS reseca piel y tumor exuberante respetando los tejidos y nervios sanos. En el párpado resección cutánea y muscular orbicular superficial respetando la rama frontal del facial. La hemostasia fue con Bi Polar. Todos los pacientes con consentimiento fotográfico. Estudio retrospectivo de cohorte observacional .

Resultado: Las técnicas quirúrgicas permitieron preservar las estructuras sanas sin presentar secuelas neurológicas. No se requirió transfusiones sanguíneas, Las heridas cicatrizaron bien, sin infecciones, dehiscencias ó necrosis de colgajos. La biopsia confirmó el diagnóstico. Los pacientes fueron dados de alta al día siguiente. El seguimiento fué de 6 meses y en un caso, de op de la cara, fue de 5 años. La recidiva fue clínicamente pequeña en cuanto a la hipertrofia de los tejidos comprometidos.

Conclusión: La enfermedad de von Recklinhausen es de rara frecuencia tratados habitualmente en la infancia. Nuestra casuística presenta pacientes adultos que no han sido tratados oportunamente por no haber recintos hospitalarios que ofreciesen solución quirúrgica eficaz. Los resultados adecuados animan a seguir tratando esta patología en estas localizaciones. Cabe destacar que en nuestro medio no existen publicaciones al respecto

336, TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN CON COMPROMISO ANOGENITAL EXTENSO MANEJO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINARIO EN TANDEM. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Gerson Pérez F., Dominique Schatte V., Carlos Casanova M., Tiare Cordero V., Valeria Arancibia Q., Walde-mar Adelsdorfer O., Gonzalo Yáñez C., Sebastián Silva G., Vinzenz Córdova De H.

Servicio Cirugía Adulto, Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: El condiloma gigante o tumor de Buschke-Löwenstein (TBL), es una variante clínica del condiloma acuminado de comportamiento localmente agresivo y con potencial de transformación maligna. Se presenta como masa exofítica de crecimiento lento que respeta el plano basal, pero puede causar destrucción extensa de tejidos perianales y genitales. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia, generalmente asociada a reconstrucción compleja y manejo multidisciplinario.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico escalonado y la reconstrucción en una paciente con TBL, enfatizando la planificación por etapas, utilización de colostomía preventiva, técnicas de cobertura con colgajos locales y seguimiento postoperatorio frente a complicaciones frecuentes.

Contenido del E-Poster: Se obtiene información desde ficha clínica y registros electrónicos. Se realiza seguimiento fotográfico pre y post operatorio previo consentimiento de la paciente. Se realizó revisión de literatura en Pubmed, LILACS y Scielo bajo los términos Mesh: Buschke-Löwenstein tumor, Giant condyloma acuminata, human papillomavirus.

Resultado: Paciente de 62 años, obesa, portadora de TBL hace 15 años, consulta por dolor en región genital y deterioro de su calidad de vida, al examen destaca lesión verrucosa de gran tamaño (40x20 cm), extendida desde región vulvar hasta periné (componente vulvar de 15x20 cm y perianal-perineal-glúteo bilateral semipedunculado de 20x20 cm con compromiso parcial de mucosa anal). Tras evaluación multidisciplinaria, se decide intervención quirúrgica en tándem. En un primer tiempo quirúrgico se realiza vulvectomía radical con preservación de clítoris por equipo de oncoginecología y cierre de defecto residual con colgajos locales de avance pubiano por cirugía plástica. En un segundo tiempo, en contexto de planificación quirúrgica para resección perineal amplia, se realiza transversostomía protectora laparoscópica. En un tercero, se efectúa resección extensa de la lesión glúteo-perianal-perineal con plastia anal con conservación del aparato esfinteriano por equipo de coloproctología y cobertura inmediata con colgajos de avance V-Y bilaterales por cirugía plástica, usando drenajes hemosuc y terapia de presión negativa como complementos al postoperatorio. La paciente evoluciona con infección local a los 10 días post operatorios como complicación menor, manejada exitosamente con antibióticos empíricos y curaciones. Por otro lado, todas las biopsias fueron compatibles con condiloma acuminado. Paciente actualmente en proceso preoperatorio para la última fase quirúrgica de reconstitución de tránsito. En cuanto a los hallazgos bibliográficos, se señala que el manejo escalonado y la utilización de colostomía temporal se consideran estrategias seguras en lesiones extensas, donde se documenta menor tasa de infección y mejor evolución con colostomía protectora. Destaca que el tratamiento quirúrgico debe ser radical y asociado a técnicas reconstructivas, como colgajos locales o regionales, priorizando la funcionalidad anal. Además destaca que la resección incompleta favorece recurrencias tempranas, lo cual refuerza la importancia de un abordaje amplio y multidisciplinario desde el inicio

Conclusión: El TBL requiere tratamiento quirúrgico radical, planificación por etapas y colaboración multidisciplinaria para optimizar los resultados funcionales y estéticos. La reconstrucción con colgajos locales como los V-Y bilaterales ha demostrado efectividad, buena vitalidad y funcionalidad, aunque no exenta de complicaciones.

337, RECONSTRUCCIÓN NASAL COMPLEJA CON COLGAJO FRONTAL IPSILATERAL AUTONOMIZADO TURNOVER ASOCIADO A COLGAJO FRONTAL CONTRALATERAL DE COBERTURA

Autores: Daniel Valenzuela C., Juan Pablo Rissios H., Rocío Jara C., Javier Salinas S., Victoria Castro P., Diego Romero V.

Hospital Sótero Del Río

Introducción: El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente. La localización en regiones de alta relevancia funcional y estética, como la nariz, puede generar defectos complejos tras resecciones oncológicas. Uno de los pilares de la Cirugía Plástica Reconstructiva de las Unidades Estéticas de la Nariz es el Colgajo Frontal, generalmente utilizado de forma Ipsilateral al defecto. Presentamos el caso de una reconstrucción mediante uso de Colgajo Frontal Ipsilateral Antiguo Tubulizado y uso conjunto de Nuevo Colgajo Frontal Contralateral.

Objetivos: Describir una estrategia reconstructiva nasal integral, inusual, dado la utilización de inversión de pedículo (Tubulización) de colgajo frontal antiguo autonomizado asociado a la utilización de un nuevo colgajo frontal contralateral e injertos costales múltiples para restaurar estructura, contorno y funcionalidad nasal.

Contenido del E-Poster: Paciente de sexo femenino de 66 años con diagnóstico de CBC de ala nasal izquierda. Tras múltiples resecciones y Cirugías de Mohs por dermatología con bordes recurrentemente positivos se realiza en noviembre 2022, por equipo de Cirugía Oncológica ampliación a bordes negativos: (Hemi-rinectomía con Resección total de ala izquierda, pared nasal lateral y hemi-dorso izquierdo más extensión a región malar) y cobertura con colgajo frontal ipsilateral (Sin Lining) asociado a Colgajo Mustardé. Posteriormente fue sometida a radioterapia adyuvante de 30 Gray. Evoluciona con oclusión de válvula nasal izquierda, acortamiento de colgajo frontal, retracción de punta y brida cicatricial de labio superior. El 04/07/2025, cirugía plástica realiza reconstrucción nasal compleja utilizando el colgajo frontal antiguo, ya autonomizado, seccionando su pedículo proximal y utilizando el extremo distal como pedículo de colgajo tipo Turnover para Revestimiento Interno (Lining) además de reconstrucción parcial de ala nasal. Se diseña para cobertura un nuevo colgajo frontal contralateral asociado a Injertos de Cartílago Costal para Extensión Septal y reconstitución de cartílago triangular nasal. Se realiza además Injerto de Piel Total a Labio.

Resultado: Evoluciona favorablemente, con colgajos vitales y sin áreas de necrosis. La proyección y funcionalidad de las áreas reconstituidas fue exitosa. La paciente se encuentra en seguimiento para sección de pedículo y eventuales plastías finales.

Conclusión: La tubulización y turnover de un colgajo frontal autonomizado resulta una estrategia a ser considerada en el arsenal reconstructivo del área nasal. La utilización conjunta de un nuevo colgajo frontal contralateral permite completar una reconstrucción nasal integral sin la necesidad de recurrir a eventuales colgajos libres.

338, RESULTADO DEL USO DE INJERTOS DERMOEPIDÉRMICOS EN QUEMADURAS TIPO B EN EL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI DURANTE EL AÑO 2025.

Autores: Juan Carlos Maturana Arancibia, Juan Maturana, Macarena Vallejos

Hospital Juan Noé Crevani, Arica

Introducción: LAS QUEMADURAS SON UN CUADRO DE MANEJO COMPLEJO, EN ESPECIAL A PARTIR DE AQUELLAS TIPO B. SU INCIDENCIA HA IDO EN AUMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO A PESAR DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN DESARROLLADAS POR LOS EQUIPOS PROFESIONALES. EL RECONOCIMIENTO DE AQUELLAS QUEMADURAS COMPLEJAS, CON EVOLUCIÓN DIFÍCIL, Y DEL MATERIAL MÁS ADECUADO PARA SU TRATAMIENTO, ES DE ESPECIAL INTERÉS TANTO PARA LOS MÉDICOS GENERALES COMO PARA LOS CIRUJANOS. EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI, NO CUENTA CON CIRUJANO PLÁSTICO POR LO QUE EL DESARROLLO DE HABILIDADES EN RELACIÓN A LO EXPUESTO ES UN DEBER IMPOSTERGABLE PARA TODOS LOS ESPECIALISTAS DE URGENCIA.

Objetivos: ANALIZAR LOS RESULTADOS DEL MANEJO DE QUEMADURAS TIPO B, CON EL USO DE INJERTOS DÉRMOEPIDÉRMICOS, Y REVISAR LA EVOLUCIÓN DE LOS MISMOS, EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI DE ARICA DURANTE EL AÑO 2025.

Contenido del E-Poster: REVISIÓN DE FICHAS CLÍNICAS Y REGISTROS COMPUTACIONALES DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS, INGRESADOS POR EL SERVICIO DE URGENCIA CON EL DIAGNÓSTICO DE QUEMADURA TIPO B, EN EL HOSPITAL JUAN NOÉ CREVANI, DE ARICA, DURANTE EL AÑO 2025.

Resultado: SE INGRESARON UN TOTAL DE 28 PACIENTES CON QUEMADURAS TIPO B, NINGUNO DE ELLOS CON COMPROMISO DE VÍA AÉREA. 55% FUERON MAYORES DE 50 AÑOS. DE ELOS, 18 FUERON VARONES Y 10 MUJERES. 80% TUVO COMO AGENTE CAUSAL EL AGUA. LOS SITIOS MÁS COMUNES AFECTADOS FUERON TÓRAX ANTERIOR CON UN 40%, ABDOMEN CON UN 16 % Y EXTREMIDADES INFERIORES CON UN 14%. EL USO DE INJERTO FUE NECESARIO EN TODOS ELLOS. SE UTILIZARON REINJERTOS EN UN 16%. LAS COMPLICACIONES MÁS COMUNES FUERON NECROSIS PARCIAL CON UN 10%, Y NECROSIS TOTAL CON UN 5%. NO SE REGISTRÓ INFECCIÓN ASOCIADA.

Conclusión: EN GENERAL SE OBSERVA QUE LA QUEMADURA TIPO B FUE MAS COMÚN EN VARONES, MAYORES DE 50 AÑOS. DADO QUE EL USO DE INJERTOS DÉRMOEPIDÉRMICOS FUE APLICADO EN TODOS ELLOS, EL CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA ADECUADA TANTO DE LA EXTRACCIÓN DE LA ZONA DADORA COMO DE SU UTILIZACIÓN EN LA ZONA RECEPTORA, ES VITAL PARA EL AHORRO DE TEJIDO Y EVITAR COMPLICACIONES POSTERIORES. EL PERFIL NUTRICIONAL DEBERÍA SER PARTE DE UN ESTUDIO FORMAL, DADO QUE LOS PACIENTES DIFIEREN BASTANTE ENTRE SÍ EN CUANTO A SU ESTADO GENERAL, SOBRE TODO EN PACIENTES MAYORES, EN QUE SE SUMAN ADEMÁS, COMORBILIDADES QUE AFECTAN EL RESULTADO DE LA VITALIDAD DEL INJERTO, TANTO EN LO ESTÉTICO, COMO EN LO FUNCIONAL.

339, COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO RECTO ABDOMINAL VERTICAL (VRAM) COMO RECURSO VALIOSO Y DE BAJA MORBILIDAD EN RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS PERINEALES. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE LA FLORIDA.

Autores: Alvaro Cambara Parro, Fabián Álvarez Ferrero, Ignacio Zamora Galleguillo, Sergio Arroyo Zamora

Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz

Introducción: La reconstrucción perineal en patología tanto oncológica como infecciosa representa un desafío para los equipos quirúrgicos debido a la complejidad anatómica y amplitud del defecto de cobertura secundario. El colgajo VRAM ha demostrado ser una alternativa versátil y segura, proporcionando una cobertura de mayor volumen con tejido bien vascularizado y resistente, asociado a una baja morbilidad.

Objetivos: Describir la experiencia del servicio de cirugía plástica del Hospital de La Florida en el uso y resultados del colgajo VRAM como herramienta reconstructiva para defectos perineales complejos en pacientes sometidos a cirugía por cáncer de recto o gangrena de Fournier.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo observacional que incluyó a 10 pacientes intervenidos entre 2019 y 2024 con defectos de cobertura perineales por patología oncológica o infecciosa y como primer o segundo intento reconstructivo utilizando el colgajo VRAM para reconstrucción perineal. Se evaluaron características demográficas, indicación quirúrgica, características de la cirugía, evolución postoperatoria, complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria y resultados funcionales.

Resultado: De un total de 10 pacientes reconstruidos, 8 fueron por cáncer de recto, de estos 2 fueron sometidos a resección abdominoperineal y 6 a resección extra elevadora (ELAPE). Otros 2 pacientes fueron por gangrena de Fournier, quienes en ambos casos requirieron reconstrucción escrotal. La decisión de utilizar este colgajo se fundamenta en la amplitud y volumen del defecto perineal, así como la utilización de un colgajo resistente, bien irrigado, seguro y eficiente en su cobertura. La edad promedio fue de 59 años. Siete casos correspondieron a pacientes de sexo masculino. Tres casos a pacientes de sexo femenino, requiriendo todas reconstrucción de pared vaginal posterior con colgajo VRAM extendido. En la mitad de los casos se utilizó malla de polipropileno para cerrar la pared abdominal. La media y mediana calculada para la estadía hospitalaria fue de 51 y 34 días respectivamente. Las complicaciones locales incluyeron un caso de dermatitis, un seroma y una dehiscencia cutánea con resolución tras curaciones ambulatorias. No hubo reoperaciones. El seguimiento fue clínico y se complementó con tomografía computarizada en pacientes oncológicos. No se observaron abultamientos ni hernias. A mediano plazo, un caso presentó retracción de cicatriz retractil perineal con dolor a la erección y otro caso presentó una recidiva local oncológica.

Conclusión: La reconstrucción perineal con colgajo VRAM en pacientes con defectos amplios perineales, independiente de su etiología, es una opción robusta, segura, efectiva y de baja morbilidad con resultados funcionales satisfactorios. Estos beneficios toman más relevancia en el contexto de centros hospitalarios en donde se requieren herramientas definitivas muchas veces debido al menor acceso y disponibilidad de pabellones u opción de reconstrucción óptima por sobrecarga asistencial. Nuestra experiencia reafirma su rol como una herramienta fundamental en reconstrucción perineal de alta complejidad.

340, LIFTING DE CEJAS DE PLANO PROFUNDO CON REVOLUMINIZACIÓN CILIAR: DESCRIPCIÓN DE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Autores: Matías Toloza A, Jocelyne Kohn B.

Universidad De Chile

Introducción: Existen múltiples técnicas quirúrgicas para realizar la pexia ciliar. Se ha descrito la resección de piel supraciliar, la pexia a través de incisiones coronales o de blefaroplastia y también a través de procedimientos endoscópicos. En este estudio se propone una nueva forma de pexia ciliar directa a través de la resección de piel supraciliar en forma similar a la descrita por Castañares, pero se agrega un proceso de revoluminización del arco ciliar utilizando un colgajo dermograso proveniente de la zona supraciliar.

Objetivos: Describir esta nueva técnica quirúrgica de pexia ciliar y analizar la evolución postoperatoria de nuestra serie de casos.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de pacientes que se sometieron a pexia ciliar los años 2024-2025 con esta técnica en 2 centros médicos de Santiago. Se analizaron características demográficas y evolución postoperatoria, considerando calidad de cicatriz, durabilidad de la pexia, complicaciones y grado de satisfacción. Además, se detalla paso a paso la técnica quirúrgica. **Técnica quirúrgica:** Marcación preoperatoria supraciliar lateral. Infiltración de anestesia local (lidocaína 1% y epinefrina 1:100.000). Desepidermización de zona marcada conservando la dermis. Se inicia la disección a nivel de incisión superior, disecando el tejido celular subcutáneo y músculo orbicular, identificando las fibras del músculo frontal, respetándolo. Se continúa la disección sub orbicular hacia caudal hasta su inserción en el reborde orbitario. Se libera la porción lateral del músculo orbicular, mejorando la movilización del tercio lateral de la ceja. El colgajo dermograso supraciliar se moviliza a modo de turn-over flap hacia el plano profundo, llevándolo hacia caudal y posicionándolo bajo el ROOF, fijándolo con PDS 4-0. Este paso es clave, ya que el movimiento del colgajo permite proyectar tridimensionalmente el arco ciliar, restituyendo el déficit de volumen a este nivel. Cierre de la dermis del borde cefálico de la incisión con la dermis de la base del colgajo, logrando el ascenso de la cola de la ceja. Cierre de piel con nylon o prolene 6-0. El manejo postoperatorio requiere el uso de taping compresivo.

Resultado: Se llevaron a cabo 12 pexias ciliares directas con esta técnica. 11 mujeres y 1 hombre. Las edades fluctuaron entre 41 y 71 años. El seguimiento fue de 6 meses y no hubo necesidad de reoperación por recidiva de ptosis ciliar. No hubo pacientes con cicatrización patológica. En 2 pacientes se realizó terapia láser periocular asociada en el intraoperatorio sin necesidad de retoques de cicatriz. Se aplicó una encuesta en la que se constató un alto nivel de satisfacción postoperatoria en todos los pacientes.

Conclusión: Esta nueva técnica de lifting de cejas permitiría una transposición de tejidos logrando la revoluminización del arco ciliar que suele perderse con el paso del tiempo, otorgando una mirada natural y juvenil, sin la necesidad de utilizar otros procedimientos como lipotransferencia o ácido hialurónico. Además, al realizar una disección suborbicular amplia, se logra una movilización más fácil de la cola de la ceja, logrando una reducción de la tensión sobre la cicatriz y del riesgo de cicatrización patológica o inestética. Si bien se realiza una cicatriz supraciliar, hay que considerar que hoy en día existe una mayor disponibilidad de la terapia láser para favorecer un proceso de cicatrización poco visible. Muchas pacientes suelen realizarse tatuaje de ceja como el microblading, logrando una cicatriz prácticamente imperceptible.

341, RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN CON INJERTO DE PIEL DE LABIOS MENORES: REPORTE DE CASO

Autores: Gerson Pérez F., Valeria Arancibia Q., Gonzalo Yáñez C., Sebastián Silva G., María Jesús Órdenes N., Dominique Schatte V., Carlos Casanova M.

Servicio De Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Introducción: El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuente en mujeres chilenas y constituye una de las principales causas de muerte por cáncer en el país. Algunas pacientes requieren mastectomía con resección del complejo areola-pezón (CAP). Su reconstrucción representa la etapa final del proceso reconstructivo mamario y puede realizarse mediante colgajos locales, injertos de piel, prótesis externas o tatuajes. El uso de injerto de piel total proveniente de labios menores es una opción poco frecuente descrita en la literatura y de utilidad en pacientes con hipertrofia de labios menores.

Objetivos: Describir un caso clínico de reconstrucción del complejo areola-pezón mediante injerto de piel total de labios menores.

Contenido del E-Poster: Se recopila información clínica desde ficha electrónica y registros operatorios. Se realiza seguimiento fotográfico pre y post operatorio previo consentimiento de la paciente. Se realizó revisión de literatura en Pubmed, LILACS y Scielo bajo los términos MeSH: Nipple-Areola Complex, Nipple reconstruction, Areola reconstruction, Skin graft, Full-thickness skin graft, Labia Minora, Vulvar graft.

Resultado: Paciente de sexo femenino con antecedente de reconstrucción mamaria aloplástica posterior a mastectomía total izquierda conservadora de piel, sin preservación del CAP. Paciente refiere además hipertrofia de labios menores con deseo de mejoría estética. Se realizó reconstrucción del CAP utilizando injerto de piel total obtenida del tejido redundante de ninfoloplastia realizada en el mismo acto quirúrgico. Al control postoperatorio inmediato y alejado evoluciona con prendimiento completo del injerto sin complicaciones y con una proyección del neo-pezón de 2 mm, zona dadora sin complicaciones. La paciente refirió satisfacción con el resultado estético y un impacto positivo en su autoestima y bienestar psicológico-sexual. Con relación a la búsqueda bibliográfica, el uso de injertos de piel total provenientes de labios menores ha sido descrito desde el año 1949, destacando su similitud en color y textura con el CAP original. Sin embargo, es una técnica poco documentada y basada principalmente en reportes aislados, con limitada experiencia publicada. Respecto al neo-pezón, algunas series refieren una tasa mayor de complicaciones de injertos respecto a colgajos locales. En la reconstrucción de la areola, la pérdida parcial del injerto y la hiperpigmentación son las complicaciones más frecuentes.

Conclusión: La literatura médica reconoce el uso de injertos de piel total provenientes de los labios menores vulvares como una alternativa válida para la reconstrucción del CAP. No obstante, la evidencia disponible es limitada y se basa principalmente en reportes históricos y revisiones generales de técnicas. Hasta la fecha, no se han publicado series de casos que documenten esta técnica en pacientes con hipertrofia de labios menores concomitante. Este contexto particular podría ofrecer beneficios adicionales, con un impacto potencialmente positivo en el bienestar físico, psicológico y sexual en este grupo de pacientes.

342, EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE QUELOIDES DE LA RED DE SALUD UC CHRISTUS A 5 AÑOS DE SU INICIO.

Autores: Carlos Barril, Daniela Guardia, Diego González, Alvaro Cuadra, Claudio Guerra, Susana Searle, Diego Marré, José Ramón Rodríguez, Alfonso Navia, Andrea Ramírez

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: El programa de Queloides de la Red de Salud UC Christus surgió como una alternativa para paquetizar cirugía y radioterapia, estandarizando el acceso y seguimiento de pacientes con cicatrices queloides. Desde su implementación se ha reunido un número creciente de casos que permiten obtener información para mejorar el manejo de dicha patología.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos, características clínicas y efectividad de la terapia.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal retrospectivo a través de revisión de ficha clínica. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos en el programa entre marzo 2021 y junio 2024, con un seguimiento mínimo de un año. Se analizaron variables clínicas, localización anatómica, uso de radioterapia adyuvante y percepción de la cicatriz, ésta última evaluada mediante la encuesta QUALIFIBRO, mediante llamadas telefónicas.

Resultado: 117 pacientes fueron operados, con predominio femenino (55,6%). La edad promedio fue 31,5 años. La localización más frecuente fue auricular (40,1%), seguida de tórax (34,1%) y extremidades superiores (17,9%). El 23% presentó múltiples queloides. El 79,6% recibió radioterapia postoperatoria como parte del protocolo institucional. Como terapias complementarias, el 45,3% utilizó láminas de silicona y el 23% recibió infiltraciones con corticoides. El análisis mostró un riesgo relativo de 1,42 a favor de la radioterapia. Respecto de la percepción de la cicatriz, destaca una mejora respecto al motivo de consulta inicial.

Conclusión: La caracterización epidemiológica muestra que la mayoría de los pacientes afectados por queloides son mujeres jóvenes con lesiones en zonas visibles. La combinación de cirugía y radioterapia muestra mejores resultados en la prevención de recidiva. Los hallazgos refuerzan el uso de la radioterapia adyuvante como parte del tratamiento multimodal para queloides, con resultados comparables a reportes internacionales y sin complicaciones relevantes asociadas. Si bien el tratamiento quirúrgico mejora aspectos funcionales de las cicatrices queloides, una proporción relevante de pacientes continúa presentando malestar en relación con su imagen corporal. Estos hallazgos destacan la importancia de integrar otras modalidades de tratamiento, como psicológicas, dentro del abordaje multidisciplinario.

343, RESECCIÓN INTESTINAL, ANASTOMOSIS Y ABDOMINOPLASTIA DE ASEO EN PACIENTE CON HERNIA INCISIONAL GIGANTE: RESOLUCIÓN INTEGRAL EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO

Autores: Constanza Alarcón A., Macarena Saavedra T., Nidia Vukasovic A., Francisca Morales O., Rafael Cárdenas A., María Rivera Z., Sebastián Reyes Z., Amador Montero R.

Hospital San José, Universidad De Santiago De Chile.

Introducción: La hernia incisional gigante presenta un desafío importante, especialmente en contexto de cirugía de urgencia. El cierre de la cavidad abdominal puede ser inviable sin resección de piel y tejido subcutáneo excedente. En esta oportunidad se presenta un caso que involucra resección intestinal con anastomosis término terminal, seguida de abdominoplastia de aseo con colgajo de avance, en un tiempo quirúrgico, en el servicio de urgencias. En pacientes bien seleccionados, es posible resolver de forma integral una urgencia compleja en un solo tiempo quirúrgico. Esto evita reintervenciones, reduce morbilidad y demuestra que la abdominoplastia funcional también puede ser parte del manejo agudo cuando está bien indicada.

Objetivos: Reportar caso infrecuente de resección intestinal, anastomosis y abdominoplastia de aseo asociada a obstrucción intestinal en paciente con hernia incisional gigante con pérdida de domicilio, con la finalidad que valorar caso a caso la posibilidad de resolución quirúrgica en un tiempo según costo y beneficio.

Contenido del E-Poster: Revisión de ficha clínica electrónica y revisión bibliográfica utilizando PubMed con términos MeSH: Hernia incisional gigante, resección intestinal, abdominoplastia, colgajo quirúrgico, pared abdominal.

Resultado: Paciente femenina de 62 años con obesidad mórbida e historia de hernia incisional de larga data. Ingresa al servicio de urgencias con cuadro de obstrucción intestinal evidenciado de manera clínica y radiológica. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciándose 180 cm de intestino delgado isquémico en saco herniario. Se resecan 170 cm desde ángulo de Treitz hasta 20 cm de distancia de la válvula ileocecal, realizándose anastomosis término-terminal manual. Dado el gran excedente de piel y la imposibilidad de cierre primario por pérdida de domicilio, funcionalmente factible, se realiza abdominoplastia de urgencia, resecando 2,5 kg de piel y tejido subcutáneo. La paciente se encontraba hemodinámicamente estable durante todo el procedimiento. Posteriormente se mantiene en observación durante seis días postoperatorios, con buena tolerancia oral, tránsito intestinal normal y sin complicaciones locales asociadas a resección de piel y partes blandas. Paciente evoluciona favorablemente y se mantiene en controles post operatorios sin complicaciones hasta la actualidad.

Conclusión: La resolución integral del cuadro obstructivo asociado a isquemia intestinal junto con la resección del exceso cutáneo en un solo tiempo quirúrgico demostró ser una alternativa segura y efectiva, en esta paciente seleccionada, con potencial aplicación en otros casos similares. Revisiones sistemáticas y metaanálisis demuestran que no hay diferencia significativa en la morbilidad ni en la estadía hospitalaria en la resolución quirúrgica en un solo tiempo quirúrgico, inclusive hay una disminución en los gastos asociados sin modificaciones significativas en la estadía hospitalaria. Por lo cual, si bien es poco habitual realizar una abdominoplastia de aseo en el contexto de una urgencia, en este caso permitió un cierre adecuado sin tensión y una recuperación favorable, lo cual abre las puertas a la consideración de dicho manejo en casos a futuro que cumplan con las condiciones requeridas, tales como hemodinamia estable y características médicas que permitan dicho procedimiento quirúrgico.

344, RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL BILATERAL TRAS EVISCERACIÓN OCULAR POR QUEMADURA QUÍMICA FACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Trinidad Aljaro E, Daniela Guardia C, Fabian Alvarez F, Diego Dominguez S, Denisse Vera H, Christian Aguilar M, Jose Klagges T.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Introducción: Las quemaduras químicas representan alrededor del 3% de todas las quemaduras y se asocian a alta morbilidad, especialmente cuando afectan la región facial. La destrucción palpebral completa con daño ocular bilateral constituye una secuela extremadamente infrecuente y devastadora, que requiere estrategias quirúrgicas complejas para restaurar la protección ocular, la anatomía palpebral y facilitar la rehabilitación integral.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico transdisciplinario de un paciente con reconstrucción palpebral bilateral tras evisceración ocular secundaria a quemadura química facial, complementado con una revisión no sistemática de la literatura sobre opciones reconstructivas.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de un paciente masculino de 24 años con quemadura química facial, pérdida palpebral completa y perforación ocular bilateral. Se realizó una revisión no sistemática de casos clínicos en PubMed, Scier, Cochrane y literatura sobre reconstrucción palpebral en quemaduras químicas. La información clínica se obtuvo de la ficha electrónica, registro fotográfico institucional y consentimiento informado del paciente.

Resultado: El paciente ingresó en estado crítico a UCI con quemaduras del 23,5% de la superficie corporal total, incluyendo compromiso facial y ocular bilateral. En pabellón se realizó aseo quirúrgico y tarsorrafia como medida inicial. Ante la progresión de las lesiones, junto a oftalmología se constató perforación de ambos globos oculares, ausencia corneal, adelgazamiento escleral con exposición de úvea y pérdida total del tejido palpebral, por lo que se efectuó evisceración ocular bilateral preservando la musculatura extraocular. Posteriormente, cirugía plástica realizó reconstrucción palpebral con colgajo de avance tipo Mustardé en el lado izquierdo y colgajo nasogeniano pediculado basado en la arteria angular en el lado derecho, logrando adecuada cobertura y cicatrización. El manejo fue transdisciplinario, con participación de oftalmología, cuidados intensivos, psicología y cirugía plástica. En el seguimiento se observó buena vitalidad de los colgajos y el paciente fue trasladado a su hospital de base para continuar rehabilitación integral.

Conclusión: La reconstrucción palpebral tras evisceración ocular bilateral por quemadura química es un escenario quirúrgico complejo. Aunque los colgajos microquirúrgicos y técnicas como los colgajos de músculo temporal, frontal y supraclavicular son útiles en defectos extensos, los colgajos locales de avance y rotación continúan siendo la primera opción por su menor morbilidad y buenos resultados funcionales. La comunicación de estos casos permite enriquecer estrategias terapéuticas y orientar el manejo transdisciplinario de pacientes con secuelas faciales severas.

345, COLGAJO ABDOMINAL MODIFICADO (GLOVE FLAP) PARA RECONSTRUCCIÓN POST-FASCITIS NECROTIZANTE DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR: REPORTE DE 2 CASOS

Autores: Jaime Jerez Muñoz, Daniela Guardia Castro, Jimena Doña Vial, Javier Moraga Concha, Juan Pablo Cárdenas Larenas, Francisco Bencina Matus

Equipo Cirugía Plástica Hospital San Juan De Dios - Universidad Finis Terrae

Introducción: La fascitis necrotizante de extremidad superior requiere un desbridamiento agresivo inmediato, generando defectos extensos con exposición tendinosa y articular que necesitan cobertura precoz vascularizada. El colgajo abdominal modificado (glove flap) descrito por Urushidate, originalmente diseñado para quemaduras, ofrece una alternativa reconstructiva simple mediante un bolsillo subcutáneo delgado con menor tiempo de integración. Presentamos nuestra experiencia adaptando esta técnica para reconstrucción post-fascitis necrotizante de extremidad superior.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del colgajo abdominal modificado (glove flap) para reconstrucción de defectos extensos post-fascitis necrotizante de la extremidad superior. Los objetivos específicos incluyeron analizar las complicaciones, viabilidad del colgajo, funcionalidad de la mano y el resultado estético final.

Contenido del E-Poster: La información clínica se obtuvo de la ficha electrónica y se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos. Entre junio de 2024 y julio de 2025 se trataron dos pacientes con fascitis necrotizante de la extremidad superior mediante colgajo abdominal modificado (glove flap). Los criterios de inclusión fueron defecto dorsal extenso post-desbridamiento con exposición tendinosa y/o articular, y superficie palmar preservada. La técnica consistió en desbridamiento agresivo, seguido de creación de bolsillo subcutáneo abdominal preservando redes vasculares subdérmicas, con incisiones puntuales para emergencia de dedos y preservación de áreas interdigitales. La resección del colgajo se realizó entre las 3-4 semanas.

Resultado: El primer caso presentó fascitis necrotizante por lesión de desforramiento con defecto dorsal extenso de la mano y exposición tendinosa múltiple. La resección del colgajo se realizó a la tercera semana con viabilidad completa y flexo-extensión digital preservada. El segundo caso desarrolló fascitis post-contusión con compromiso del dorso de la mano, exposición del aparato extensor y articulación de muñeca, además de dos tercios distales del antebrazo que requirieron injerto de piel total. La resección del colgajo se efectuó en la cuarta semana, presentando función digital conservada. Ambos casos mostraron supervivencia del colgajo del 100% sin complicaciones. No se requirieron procedimientos de adelgazamiento secundarios. El resultado estético fue satisfactorio con colgajos de grosor adecuado que preservaron función y apariencia.

Conclusión: El colgajo abdominal modificado (glove flap) demostró ser una técnica reconstructiva segura y efectiva para defectos extensos por fascitis necrotizante. Sus ventajas incluyen simplicidad técnica, cobertura vascularizada inmediata y excelentes resultados funcionales y estéticos sin procedimientos secundarios. Esta adaptación exitosa de la técnica de Urushidate demuestra su versatilidad más allá de las quemaduras. Recomendamos considerarla como alternativa válida en fascitis necrotizante con defectos dorsales extensos, especialmente cuando la microcirugía no está disponible o el estado del paciente contraindica procedimientos prolongados.

346, INFECCIÓN NECROSANTE SUBTERFUGIA EN PIODERMA GANGRENOSO SEVERO: REPORTE DE UN CASO Y CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Autores: Camilo Huerta M, Valentina Núñez P, Patricio Araya C, Abelino Jara N.

Universidad De Chile, Hospital Clínico

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica infrecuente, ulcerativa y dolorosa, cuyo diagnóstico es clínico y de exclusión. Se asocia frecuentemente a enfermedades sistémicas y su tratamiento se basa en inmunosupresores. En pacientes inmunocomprometidos, la distinción entre lesiones inflamatorias y procesos infecciosos graves como la fascitis necrotizante (FN) puede ser compleja, especialmente en fases iniciales, dado que los signos clásicos de infección pueden estar ausentes o atenuados.

Objetivos: Describir un caso clínico de PG complicado con FN en un paciente inmunosuprimido, destacando los desafíos diagnósticos, el valor de la tomografía computada en la evaluación precoz y el impacto del manejo quirúrgico oportuno en el pronóstico funcional.

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión clínica retrospectiva del caso de un paciente masculino de 52 años atendido en el Hospital Clínico Universidad de Chile, con diagnóstico confirmado de pioderma gangrenoso en extremidad inferior derecha. Se recolectaron antecedentes clínicos relevantes, incluyendo comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica y obesidad), evolución ambulatoria, tratamientos inmunosupresores indicados (prednisona, ciclosporina e infliximab) y respuesta clínica inicial. Se documentó la presentación aguda en el servicio de urgencia, el examen físico al ingreso, parámetros inflamatorios y hallazgos en la tomografía computada de partes blandas, que mostró enfisema subcutáneo y colección intramuscular compatible con fascitis necrotizante. Se analizaron las intervenciones quirúrgicas realizadas, incluyendo amputación infracondílea de urgencia y posterior ampliación transfemoral, así como los informes operatorios y la evolución clínica inmediata. Se integró al análisis el informe histopatológico de una biopsia cutánea tomada previamente, que reportó dermohipodermatitis crónica con vasculitis de vasos de mediano calibre. Finalmente, se incorporó la evolución funcional y el plan de rehabilitación implementado tras la estabilización, incluyendo el abordaje multidisciplinario por equipos de cirugía, dermatología, medicina interna y medicina física y rehabilitación, siguiendo un enfoque integral en la recuperación del paciente.

Resultado: El paciente se encontraba en tratamiento con prednisona, ciclosporina e infliximab, sin respuesta clínica significativa. Consultó en urgencias por empeoramiento de las lesiones, con dolor desproporcionado, exudado purulento y signos locales de infección sin fiebre ni inestabilidad hemodinámica. El examen físico reveló una úlcera extensa con exposición ósea y tendínea. La tomografía computada evidenció una colección profunda con gas y enfisema subcutáneo, compatible con FN. Se realizó amputación infracondílea de urgencia, luego ampliada a transfemoral por progresión necrótica. La biopsia previa reportó dermohipodermatitis crónica con vasculitis, compatible con PG. El paciente fue trasladado a rehabilitación funcional tras estabilización clínica.

Conclusión: Este caso evidencia las dificultades diagnósticas entre PG severo y FN en pacientes inmunosuprimidos, donde la presentación clínica puede ser solapada. El uso precoz de imagenología, especialmente tomografía computada, es fundamental en presencia de signos de alarma como dolor intenso o progresión rápida. El manejo quirúrgico agresivo oportuno, junto al trabajo interdisciplinario, permitió el control de la infección y una adecuada evolución funcional postoperatoria.

6. Sección: Sección: Coloproctología



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

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

Hospital Militar De Santiago

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

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

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

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

Conclusión: Entre 2001 y 2022, la enfermedad diverticular complicada mostró un aumento sostenido en la carga hospitalaria en Chile, con un crecimiento particularmente relevante en menores de 50 años. Este análisis entrega una caracterización nacional actualizada de la enfermedad diverticular complicada, incluyendo su comportamiento en población joven, información que no había sido previamente reportada en Chile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las principales causas de mortalidad oncológica en Chile. Aunque existen estándares quirúrgicos y oncológicos consolidados, la evidencia sobre resultados en hospitales regionales sigue siendo limitada. Evaluar sus desenlaces clínicos permite dimensionar el impacto de la experiencia local y orientar estrategias de mejora continua. La cirugía laparoscópica ha demostrado beneficios en recuperación postoperatoria, condiciones al alta y reducción de morbilidad, consolidándose como técnica estándar. Sin embargo, su impacto en contextos regionales no ha sido completamente caracterizado. Este estudio describe los resultados quirúrgicos y oncológicos de pacientes con cáncer colorrectal operados con intención curativa en el Hospital Dr. Franco Ravera Zunino.

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

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

Resultado: Se analizaron 518 pacientes. La edad promedio fue de 64 años, y la distribución por sexo fue equilibrada (52% hombres, 48% mujeres). La localización anatómica fue colon derecho en 32,3%, colon izquierdo en 29,7% y recto en 38%. Del total, 381 pacientes fueron intervenidos mediante cirugía abierta (73,5%) y 137 por vía laparoscópica (26,4%), observándose un aumento progresivo de esta última técnica, especialmente en 2023 y 2024. La mediana de estadía hospitalaria fue menor en el grupo laparoscópico (4,9 días; rango 4–6) respecto al grupo abierto (6,8 días; rango 6–13). La tasa de complicaciones postoperatorias también fue menor en el grupo laparoscópico (10,9% vs. 41,9%). La mortalidad fue inferior en pacientes operados por laparoscopia (22,6%) frente a cirugía abierta (37%). Un total de 341 pacientes fueron sometidos a estudio de inmunohistoquímica para evaluar la integridad del sistema de reparación de desajustes del ADN (MMR), identificándose deficiencia en el 11,7%. En cuanto a la profundidad de invasión tumoral, el 0,6% de los pacientes fue clasificado como Tis, el 2,8% como T1 y el 17% como T2. La mayoría presentaba enfermedad en estadios más avanzados, con un 51,3% en T3, un 23,4% en T4a y un 4,9% en T4b. En relación con el compromiso ganglionar regional, el 56,7% de los pacientes fue clasificado como N0. Entre quienes presentaban afectación linfática, el 10,7% correspondió a N1a, el 9,3% a N1b, el 9,9% a N1c, el 8,2% a N2a y el 5,2% a N2b.

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

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

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

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

Introducción: Los tumores apendiculares son neoplasias poco frecuentes que constituyen aproximadamente 0.5% de las neoplasias del tracto gastrointestinal. Se diagnostican principalmente de manera incidental en operados con sospecha de apendicitis aguda y se encuentran entre el 0.9% y 1.4% de las apendicectomías según la literatura. Esta entidad es un grupo heterogéneo que tiene diferentes subtipos histológicos y biológicos con una clasificación confusa que cada cierto tiempo se va actualizando. Dentro de las neoplasias más frecuentes encontramos el adenocarcinoma apendicular, neoplasia mucinosa apendicular y neoplasias neuroendocrinas.

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

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en el análisis de todas las biopsias de apendicectomía realizadas en el Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, entre el 21 de diciembre de 2020 y el 23 de junio de 2025. La fuente de información fue el registro digital del Servicio de Anatomía Patológica, desde el cual se extrajeron los siguientes datos: edad, sexo, fecha del informe, informe histopatológico, y clasificación histológica según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019. Se incluyeron todos los casos con diagnóstico histopatológico compatible con neoplasias apendiculares incluyendo Neoplasia mucinosa de bajo grado (LAMN), Adenocarcinoma mucinoso, Adenocarcinoma no mucinoso, Tumor neuroendocrino Linfoma, Sarcoma. Se excluyeron todos los casos sin evidencia de neoplasia además de aquellos casos en los que el compromiso del apéndice correspondía a diseminación secundaria. Las variables analizadas fueron edad, sexo y tipo histológico. Se estimó la frecuencia absoluta y relativa (prevalencia) de cada tipo de tumor en relación con el total de apendicectomías. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central (promedio, rango) y proporciones. La información se procesó en planillas Excel

Resultado: En el periodo descrito se realizaron 2.959 apendicectomías. De estas, 35 casos (1,18%) correspondieron a neoplasias apendiculares. El tipo más frecuente fue el tumor neuroendocrino apendicular (TNE), con 17 casos (48,6%), seguido por la neoplasia mucinosa de bajo grado (LAMN) con 10 casos (28,6%). Además, se identificaron: Adenocarcinoma mucinoso: 2 casos (5,7%) Adenocarcinoma no mucinoso: 2 casos (5,7%) Linfoma apendicular: 1 caso (2,9%) Sarcoma apendicular: 1 caso (2,9%) La distribución por sexo fue prácticamente equitativa, con 17 hombres (49%) y 18 mujeres (51%). En cuanto a la edad: Tumores neuroendocrinos (todos los grados): 33 años promedio (rango: 11–85) LAMN: 50,4 años (rango: 25–71) Adenocarcinoma mucinoso: 69,5 años Adenocarcinoma no mucinoso: 45 y 81 años Linfoma: 15 años. Sarcoma: 64 años

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

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

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

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

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

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

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes sometidas a RVM desde la implementación de la técnica en nuestro centro en 2011 a febrero de 2025. **Inclusión:** pacientes de sexo femenino, con indicación de rectopexia ventral con malla para la corrección del SDO o prolapso externo. Se consideró cirugía combinada toda vez que la rectopexia fuese acompañada de: colpopexia o histeropexia. **Exclusión:** cirugías resectivas de colon concomitantes. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades y defecoresonancias. Se registraron resultados perioperatorios: tipos de cirugía, tiempo operatorio, eventos intraoperatorios, complicaciones mayores (Clavien-Dindo $\geq$ III) y estadía hospitalaria.

Resultado: Se incluyeron 97 pacientes. La mediana de edad fue de 53[39-71] años. El 81.4% tuvo indicación quirúrgica por SDO mientras que el 18.6% dado por prolapso externo. Un 33% de las pacientes se sometió a RVM exclusiva y 67% a cirugía combinada. El procedimiento ginecológico más frecuentemente agregado fue la colpopexia en el 75.4% de las pacientes (n=49) y se agregó además una histerectomía en 10 pacientes. No hubo diferencias en el tiempo operatorio, presentando una mediana de 180 minutos ambos grupos. La morbilidad mayor de la serie fue de 1.03% (n=1): se trató de una paciente que, además de la cirugía combinada, recibió una malla transobturadora (TOT) y requirió reintervención para su ajuste. Esta no representó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. La mediana de estadía hospitalaria para pacientes sometidas a RVM y cirugía combinada fue de 3[2-4] días y 3[2.25-3.38] días respectivamente ($p>0.05$) y no hubo diferencias respecto a los reingresos a 30 días. Al separar la cohorte en dos fases, para comparar la primera mitad de casos con la segunda, se identificó que la proporción de cirugía combinada fue significativamente mayor en la segunda mitad de la serie (48% vs 79.3%, $p=0.02$).

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

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

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

Hospital Del Salvador, Servicio De Coloproctología

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La enfermedad pilonidal sacrococcígea (EPSC) tiene un impacto considerable en el ausentismo estudiantil, laboral y calidad de vida. El objetivo del tratamiento, además de la curación, es lograr una baja tasa de recidiva. Cuando esto ocurre la elección de la técnica quirúrgica es particularmente crítica porque usualmente tienen un mayor compromiso de tejidos y cicatrices previas. La técnica de elevación de la hendidura o Bascom Cleft Lift (BCL), es un colgajo de avance que comparte principios con la técnica de Karydakís (aplanar la fosita navicular y lateralizar la cicatriz), pero su principal ventaja es permitir la cobertura de defectos mayores. Ha demostrado excelentes resultados en enfermedad primaria, recidivada o lesiones extensas, con tasas de curación de hasta 96% en casos complejos y buenos resultados estéticos.

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

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EPSC recidivada, intervenidos por la técnica BCL entre noviembre 2023 y abril 2025. Se incluyeron pacientes con EPSC recidivada que se consideró no apta para una técnica de Karydakís por la extensión para lograr la escisión completa y cierre primario. El diagnóstico se basó en la clínica y estudio imagenológico compatibles. Se tabularon características demográficas, datos quirúrgicos, tiempo de cicatrización, y complicaciones. El tiempo de seguimiento fue desde la cirugía hasta el último contacto. Se rescataron datos anatomopatológicos y dimensiones del quiste. Se determinó la incapacidad laboral. La supuración o secreción mantenida por más de 3 meses se definió como retardo de cicatrización. La presencia de secreción persistente posterior a la cicatrización se consideró recidiva. En el último control se preguntó por la conformidad con la cirugía, la cicatriz y una nota al resultado final.

Resultado: Se operaron 10 pacientes (edad promedio 29,2 años; 80% hombres; mediana de 2 cirugías previas). Tamaño promedio de las piezas quirúrgicas fue $9,3 \pm 1,2$ cm de longitud (rango 8-12) y $3,9 \pm 1,3$ cm de ancho (rango 3-7,5). 2 pacientes presentaron complicaciones (20%): uno (10%) tuvo dehiscencia parcial de la porción inferior de la herida (<1.5 cm), que cicatrizó por segunda intención sin incidentes; otro (10%) desarrolló un seroma a las 2 semanas postoperatorias y fue drenado por punción en policlínico. Ambos fueron manejados conservadoramente sin reintervención quirúrgica, hospitalización ni cirugías adicionales. La cicatrización completa se logró en promedio $16,4 \pm 2,7$ días (rango 14-21). No hubo casos de retardo de cicatrización. Incapacidad laboral promedio fue de $24,1 \pm 5$ días (rango 14-28). Todos tuvieron seguimiento con promedio de $43,5 \pm 27,2$ semanas (rango 8-83). A la fecha, ningún paciente ha presentado recurrencia. Todos los pacientes (100%) refieren conformidad con la cirugía y el resultado estético de la cicatriz. Nota promedio al resultado final fue de $6,6 \pm 0,4$ (rango 6-7).

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

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

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

Hospital San Juan De Dios, Santiago, Chile

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

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

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

Resultado: La mediana de edad fue de 62 [51,5–70,5] años, con un 58,9% de pacientes de sexo masculino. Las indicaciones más frecuentes para la cirugía de Hartmann inicial fueron la neoplasia colorrectal (53,6%), la enfermedad diverticular complicada (19,9%) y el trauma (10,6%). Se realizó un abordaje laparoscópico en el 21,3% de los casos, con una tasa de conversión del 9,4%. La morbilidad global a 30 días fue de 21,2%, siendo las complicaciones Clavien-Dindo I-II las más frecuentes (48,5%). La tasa de reoperación fue de 11,3%, mientras que la dehiscencia anastomótica se presentó en el 2,6% de los casos. La mortalidad postoperatoria de esta serie fue del 1,3%. La mediana de estadía hospitalaria fue de 6 [5-7] días. El tiempo hasta la reconstitución fue de 581 [367–890] días. En el análisis comparativo, el abordaje laparoscópico se asoció con un tiempo operatorio significativamente menor (mediana 130 vs. 190 min; $p < 0.001$) y una estancia hospitalaria más corta (mediana 4 vs. 6 días; $p = 0.009$), sin diferencias significativas en los resultados de morbilidad postoperatoria.

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

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

Autores: Raquel Pérez Díaz, * **Mauricio Cáceres Pérez, ***Andras Eitler Heck, **Gabriel Rivera Delgado, ** Pablo Miranda Ortiz, ** Valentina Mora Almonacid

Hospital Base San José De Osorno

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

Objetivos: Comparar los resultados del uso de TPN asociado o no a malla de tracción para el cierre fascial temprano (CFT) en los primeros 7 días. Buscamos evaluar nuestra experiencia local para optimizar el manejo del AA, disminuir las complicaciones y mejorar el pronóstico

Contenido del E-Poster: Se revisa el sistema informático intrahospitalario (Phoenix), corroborado por la Ficha clínica del HBSJO de enero de 2019 a junio de 2025. El grupo de estudio incluyó 96 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión. Es un estudio observacional y descriptivo. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo con características demográficas e indicación para laparotomía, técnicas de cierre temporal (TPN y TPN con malla de tracción), número de aseos posteriores a la laparotomía índice, argumentos para No cierre, manejo quirúrgico definitivo (ostomías, o enterorrafias), complicaciones y mortalidad a 30 días. Criterios de inclusión Se incluyeron todos los pacientes con PS. Se dividieron en dos grupos, manejados a preferencia del grupo quirúrgico con TPN y TPN más malla tracción, realizándose aseos cada 24 /48 horas, de acuerdo con la evolución en la primera intervención, y estado hemodinámico y ventilatorio, según esto se decidió mantenerlo o cierre. Criterios de exclusión Se excluyeron pacientes menores de 18 años, pancreatitis severa y embarazadas y con registros incompletos.

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

Conclusión: La TPN en combinación con malla de tracción es una estrategia viable para el manejo del AA. La factibilidad del CFT se logró en una proporción significativa. La TPN, con o sin malla tracción, tuvo un impacto positivo en la reducción de complicaciones. El éxito del CFT depende de múltiples factores, como la estabilidad hemodinámica y control de la infección intraabdominal.

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

Autores: Valentina Castillo Warnken, Matías Lam Arratia, Alejandro Readí Vallejos, Marcelo Rodríguez González, Sebastián López Núñez, Gonzalo Campaña Villegas

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

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

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

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

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

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

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

Autores: Joselin Del Valle Jaimes Fernandez, Clara Del Carmen Silva Camus, Ignacio E. Gutierrez Maldonado, Claudio León Wainstein G, Felipe Quezada, Alejandro Barrera, José M Zúñiga, Francisco López Kostner

Clínica Universidad De Los Andes

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

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

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

Resultado: Se obtuvo una muestra de 39 pacientes, que corresponden a 26 con cáncer de colon operados con técnica robótica (CCr) y 13 pacientes con cáncer de recto operados con la misma técnica (CRr). En los pacientes con CCr la edad promedio fue de 68 años, 77% de ellos fueron operados en etapas I-II, el promedio del tiempo operatorio fue de 184 min y se observó solo una complicación (Clavien-Dindo IIIa). La estadía hospitalaria fue de 4 días. Con relación a la seguridad oncológica, se reportaron márgenes de resección proximal y distal negativos en todos los pacientes y la mediana de la cosecha ganglionar fue de 19 ganglios (12-36). Los pacientes con CRr fueron 13 y la mediana de edad fue de 61 años, con un tiempo operatorio de 282 min. La estadía hospitalaria fue de 6 días y se presentó solo una complicación postoperatoria (Clavien Dindo IIIb). Todas las piezas operatorias en cáncer de recto mostraron un margen circunferencial y distal negativo y una cosecha ganglionar de 13 ganglios (6-33). En el análisis comparativo, obtuvimos una muestra de 66 pacientes operados con cirugía laparoscópica, 54 con cáncer de colon (CCL) y 11 con cáncer de recto (CRL). Se observaron diferencias estadísticamente significativas con un mayor tiempo operatorio, menor estancia hospitalaria y menor tasa de conversión a favor de la cirugía robótica en ambos grupos. Los resultados de seguridad oncológica fueron similares en ambos grupos.

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

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

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

Hospital Del Salvador, Clínica Meds

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

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

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

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

Conclusión: PIPAC es una técnica mínimamente invasiva aún poco difundida en nuestro país. En esta serie prospectiva, su aplicación permitió controlar clínicamente la ascitis refractaria en el 100 % de los casos, con solo una sesión en la mayoría de los pacientes. En un caso fue necesario repetir el tratamiento a los cuatro meses, manteniendo eficacia y seguridad. No se observaron complicaciones postoperatorias, y la hospitalización fue breve en todos los procedimientos. Estos resultados apoyan el uso de PIPAC como alternativa terapéutica segura y efectiva en pacientes seleccionados, dentro del marco de decisiones multidisciplinarias. Su consolidación en la práctica clínica nacional requiere validación en estudios multicéntricos y seguimiento a largo plazo.

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

Autores: Paulina Pérez, Javiera Maurer, Javiera Castro, Constanza Narváez, Franz Krautz, Felipe Muñoz, María José Iriarte, Hernán Carrasco, Javier Gómez, Victoria Vargas

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

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

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

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

Resultado: Se analizaron 141 pacientes, la edad promedio fue de 63 años (DE: 11,4), con una mediana de 64 años; el 66,7 % correspondía a hombres y el 33,3 % a mujeres. La localización tumoral más frecuente fue el recto inferior (55 %), seguido por el recto medio (42,9 %). En relación con el estadio clínico, el 53,3 % se encontraba en estadio II y el 36,5 % en estadio III. El esquema de radioterapia más utilizado fue el esquema corto de radioterapia (86,3 %). El 84 % de los pacientes requirió cirugía y el 14,2 % fue incluido en la estrategia de vigilancia activa. La respuesta clínica completa se observó en el 15,6 % de los pacientes, mientras que la respuesta patológica completa fue del 9 %. La mediana de tiempo entre el fin de la radioterapia y el inicio del seguimiento activo fue de 45 semanas. La incidencia de recidiva fue del 9,5 % en el grupo de seguimiento y de un 15,7 % entre los pacientes operados. La supervivencia global fue de 73,8 % a 2 años y 59,7 % a 5 años.

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

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

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

Hospital Guillermo Grant Benavente/ Universidad De Concepción

Introducción: El tratamiento de la fístula perianal compleja constituye un desafío para el cirujano. Exige lograr elevadas tasas de curación preservando el máximo posible del aparato esfinteriano. En la literatura se han descrito múltiples técnicas con tasas de curación variables que van de un 35 y hasta 70%.

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

Contenido del E-Poster: Se diseñó un estudio piloto de tipo prospectivo donde se reclutaron de forma consecutiva pacientes con fístula perianal compleja basado en la evaluación clínica y resonancia magnética. El estudio se desarrolló en el Hospital Regional de Concepción entre octubre 2022 y enero 2025. Se preparó L-PRF obtenido de sangre periférica de 15 pacientes previamente estudiados con resonancia magnética y con diagnóstico de fístula perianal compleja. Tras la exploración anal e identificación del trayecto fistuloso, se procede a reseca el orificio fistuloso externo, seguido de un curetaje del trayecto hasta obtener sangrado. Se dispuso el L-PRF en el trayecto y se cerró el orificio fistuloso interno con sutura. Se recopiló datos sobre edad, sexo, comorbilidades y complicaciones. Se midió el estado de continencia mediante score de incontinencia de Cleveland antes y después del tratamiento. Se evaluó recurrencia, tiempo hasta cicatrización y tasa de cicatrización. Todos los pacientes fueron seguidos por al menos 12 meses.

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

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

54, MORBILIDAD DE LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL EN CÁNCER DE RECTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción

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

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

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

Resultado: Desde el año 2013 al 2022 se analizaron 1996 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal. De los cuales, 89 correspondían a colon transverso. Al aplicar los criterios de exclusión, quedaron 47 pacientes, 9 transversectomías y 38 colectomías extendidas. El abordaje preferido fue la colectomía extendida representando un 80% de la muestra, la mayoría electiva. Respecto a la reconstitución, 39 pacientes (82,9%) se realizaron anastomosis primaria. En relación con mortalidad operatoria a 30 días, en ambos grupos fue cero, y a 90 días 2 pacientes fallecieron en el grupo de colectomía extendida. En el recuento ganglionar, el grupo de colectomía extendida hubo 28 ganglios en promedio, a diferencia del grupo de transversectomía con una media de 14 ganglios. En ambos grupos, se encontraron bordes de la pieza quirúrgica libres con un límite cercano similar de 8.5 cm. Además, al menos un 50% fue a tratamiento adyuvante con quimioterapia. En términos de resultados oncológicos, la recurrencia local y sistémica a 3 años en el grupo de colectomía extendidas, alcanzó un 2.6% y 7.8% respectivamente, a diferencia del grupo de resección segmentaria con un 11% y 44% respectivamente. Respecto a la sobrevida a 3 años, en ambos grupos se obtuvieron resultados similares con un promedio de 32 meses de sobrevida global y en sobrevida libre de enfermedad, la colectomía extendida alcanzó 31 meses y segmentaria 29 meses.

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

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

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

Hospital Dipreca

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

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

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

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

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

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

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

1Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile, 2Departamento Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad De Chile.

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

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

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

Resultado: Se identificaron 16 casos de perforación entre 19.874 colonoscopias (incidencia anual entre 0% y 0,3%). La mayoría de los pacientes presentaba comorbilidades, principalmente hipertensión arterial (68,8%) y diabetes tipo 2 (25%). El 75%(N=12) de los procedimientos fueron diagnósticos y 25% (N=4) terapéuticos. La mediana de calidad de la preparación fue 9 puntos (Escala de Boston). La perforación fue advertida intra-procedimiento en 56,3% de los casos. Las localizaciones más frecuentes fueron recto/unión rectosigmoidea (37,5%), sigmoidea (25%) y colon derecho (18,8%). En colonoscopias diagnósticas, el sigmoidea y la unión rectosigmoidea fueron las zonas más comprometidas (30,8% cada una); en procedimientos terapéuticos, la distribución fue equitativa (20%) entre ciego, colon derecho y recto. Cuatro pacientes (25%), fueron tratados sin cirugía (2 de resorte medico con antibióticos y 2 de manejo endoscópico), solo 1 caso reportó manejo endoscópico frustrado requiriendo cirugía. Doce casos (75%) requirieron manejo quirúrgico, laparotomía (52,3%) o laparoscopia (41,6%). Se realizó ostomía en seis casos (5 terminales y 1 ileostomía de protección), mientras que en los restantes, se realizó resección y anastomosis primaria. La mediana de tiempo entre colonoscopia y cirugía fue de 9 horas. No se evidenció asociación significativa entre mayor tiempo hasta cirugía y necesidad de ostomía ($p = 0,125$). La mediana de estadía hospitalaria fue de 9 días, menor en pacientes manejados laparoscópicamente (8 días) o endoscópicamente (6 días).

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: Esta serie muestra buenos resultados quirúrgicos en endometriosis colorrectal, siendo el primer estudio a nivel nacional que realiza un análisis separado de los procedimientos ginecológicos y colorrectales que se realizan en el mismo tiempo quirúrgico. Con la consiguiente agrupación de estos según el riesgo quirúrgico inevitablemente combinado, se pueden interpretar más específicamente los resultados y podrían tener aplicabilidad en protocolos de manejo y recuperación específicos para cada grupo. De acuerdo con los hallazgos de esta serie, los procedimientos colorrectales complejos parecen requerir estadías más largas que los ginecológicos, con morbilidad y tiempos similares.

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

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

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

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

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

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo, observacional, de base poblacional. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de CCR registrados en la base prospectiva del programa GES del HPM entre el 1 de Julio 2013 y a 30 de Junio de 2024. Se excluyeron registros duplicados y casos con diagnóstico no confirmatorio o pertenecientes a comunas fuera del área de estudio. Para la población de referencia se utilizaron datos censales oficiales por comuna, considerando población total y población mayor de 15 años (proporción regional de 86,8% del total). Se clasificaron las comunas según predominio urbano o rural. Se calcularon tasas crudas acumuladas y tasas crudas anuales promedio (por 100.000 habitantes), así como tasas ajustadas acumuladas y anuales promedio para población mayor de 15 años, mediante el método directo de estandarización. El análisis se realizó con Python 3.1, calculando intervalos de confianza al 95% para todas las tasas, y se elaboraron rankings comparativos por comuna.

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

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

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

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

Hospital Dipreca

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

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

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

Resultado: De los 63 pacientes intervenidos entre 2020 y diciembre de 2024, se obtuvieron 45 respuestas a la encuesta (70%), de las cuales 37 cumplieron con los criterios de inclusión. Edad promedio fue 54 años, 55% con grado II, 28% grado III y 13% grado IV; 38% con enfermedad mixta. Síntomas frecuentes preoperatorios: dolor (92%), sangrado (90%) y prolapso (85%). Postratamiento se observó mejoría significativa, sin reintervenciones ni hospitalizaciones a 5 años. Incontinencia fecal se mantuvo de 2,2 vs 1,7 puntos (escala Wexner). Satisfacción promedio fue 6,6/7, con 92% evaluando ≥ 6 y 97% recomendando el procedimiento. El dolor postoperatorio, fue en promedio de 2 semanas, no superó las 8 semanas y el 72% de los pacientes reportó dolor postoperatorio con EVA ≤ 5 .

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

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

Autores: Erik Manríquez Alegría, Pamela Briones Núñez, Carlos Morales Mora, Valentina Duran Espinoza, Gonzalo Carvajal Guijon, Felipe Mena Gil, Martín Quintana, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Kusanovich Bórquez, Felipe Quezada-Díaz

Hospital Sótero Del Río/ Pontificia Universidad Católica.

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Dr. Franco Rivera Zunino

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

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

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

Resultado: En esta cohorte de cirugía oncológica colorrectal electiva, la incidencia global de complicaciones fue del 13 %, con distribución equitativa por sexo. Las más frecuentes fueron dehiscencia anastomótica (32 %), colecciones intraabdominales (16 %) e íleo adinámico (13,3 %). El protocolo institucional con PCR al día 4 y uso dirigido de imágenes permitió detectar precozmente complicaciones y guiar decisiones, como la reintervención. Del total de casos complicados, un 15,5 % requirió imágenes, con hallazgos patológicos en el 77,4 %; de ellos, un 7,5 % fue reintervenido. Entre los pacientes reintervenidos (n=57), el 75 % contaba con imágenes previas. El abordaje laparoscópico (72 %) se asoció a menor estadía (5,8 días; DE $\pm 6,65$) versus cirugía abierta (8,24 días; DE $\pm 7,61$), sin aumento de complicaciones. Según localización, los tumores rectales (39,7 %) presentaron mayor tasa de eventos, incluyendo fuga anastomótica en el 6,73 %, de las cuales el 73,3 % se manejó médicamente, logrando restitución del tránsito en el 60 % con funcionalidad adecuada.

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

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

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

Clínicas Redsaud

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

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

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en un centro privado chileno durante el período 2014-2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con adenocarcinoma colorrectal y metástasis hepáticas sincrónicas tratados quirúrgicamente en un solo tiempo. Se excluyeron casos con metástasis extrahepáticas o datos incompletos. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas mediante estadística descriptiva.

Resultado: Se estudiaron diez pacientes, ocho hombres y dos mujeres, con una edad promedio de 57,8 años. Siete de ellos presentaban tumores localizados en recto superior con metástasis hepáticas únicas o múltiples. Cuatro pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante. Todos fueron sometidos a resección colorrectal y cirugía hepática sincrónica, seis por laparotomía y cuatro por vía laparoscópica. El tiempo operatorio promedio fue de 299 minutos, con pérdidas hemáticas medias de 877 cc y la mediana de estadía hospitalaria fue de 6,5 días (rango 5-22 días). Se reportaron dos complicaciones postoperatorias menores (íleo y colección intraabdominal). En el 90% de las cirugías se logró una resección completa (R0). La anatomía patológica mostró un predominio de adenocarcinoma de tipo moderadamente diferenciado, con frecuente invasión linfovascular y perineural.

Conclusión: La cirugía sincrónica en cáncer colorrectal con metástasis hepáticas demostró ser una estrategia segura en pacientes seleccionados, caracterizada por una baja morbilidad y una alta tasa de resección completa R0. Los resultados obtenidos en este centro son comparables con series internacionales, posicionando esta estrategia como una opción válida y replicable en otros centros del país, contribuyendo al desarrollo de la cirugía oncológica compleja en Chile.

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

Autores: Joselin Del Valle, Jaimes Fernández, Clara Del Carmen Silva C, Francisco López K, Diego Marín

Clínica Universidad De Los Andes. Servicio de Coloproctología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultado: Se analizaron 9 pacientes, con una mediana de edad de 71 años. Todos fueron intervenidos por vía laparoscópica, sin conversiones. El tiempo quirúrgico promedio fue de 267,9 minutos (rango 175-424 minutos). No hubo complicaciones quirúrgicas ni reintervenciones. Oncológicamente, 7 casos fueron adenocarcinoma (77,8%), 7 casos fueron T3/T4a (77,8%) y 7 casos fueron estadios IIIB o IIIC (77,8%). La cosecha ganglionar total fue en promedio 58,9 (rango 30-108); en el grupo ganglionar D3 fue de 23,3 (rango 15-34) y en el grupo pericolónico fue 37,6 (rango 18-83). De la positividad ganglionar, 6 casos (66,7%) fueron positivos, 5 incluyeron el grupo pericolónico (83,3%). 1 caso fue positivo exclusivo en territorio D3 y negativo pericolónico (metástasis ganglionar saltatoria).

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

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

Autores: Valentina Castillo Warnken, Marcelo Rodríguez Gonzalez, Alejandro Readí Vallejos, Sebastián López Núñez, Eduardo Mordojovich Zúñiga, Gonzalo Campaña Villegas

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

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

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

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

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

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

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

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

Hospital del Salvador, Servicio de Coloproctología

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

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

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

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

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

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

Autores: Francisca Arcos Gertosio, Víctor Cortes Fuentes, Antonella Sanguinetti Montalva, José Luis Llanos Bravo, Mario Abedrappo Moreira, Mauricio Díaz Beneventi, Sebastián Olivares Medina, Cristoph Scheel Bastias

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias malignas más frecuentes a nivel mundial. En Chile, según datos del año 2020, fue el segundo cáncer con mayor incidencia en ambos sexos. Su manejo depende de la etapa clínica y patológica, según la clasificación TNM, considerando T4 aquellos tumores con invasión del peritoneo visceral (T4a) o de órganos adyacentes (T4b), estos se asocian a peor pronóstico y tasas de sobrevida a 5 años de 40-60%. Acorde a la literatura (Estudios ACOSOG y ALACART) el tratamiento gold estándar es la cirugía oncológica por vía mínimamente invasiva, sin embargo, aún existen controversias en relación a la recurrencia y sobrevida de los pacientes sometidos a este abordaje. Por otra parte, en los pacientes T4 se ha descrito una importante discordancia entre la etapificación preoperatoria por tomografía y la definitiva por anatomía patológica que podría impactar en la recurrencia y sobrevida.

Objetivos: - Evaluar los resultados oncológicos, del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de colon T4, del Hospital Clínico Universidad de Chile en los últimos 10 años, según su abordaje. - Comparar la etapificación preoperatoria con la definitiva del estudio histopatológico y evaluar su impacto en términos oncológicos.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectivo, basado en revisión de fichas clínicas, se incluyó a todos los pacientes operados entre los años 2014 y 2023 cuyo estudio histológico informó T4. Se excluyeron pacientes fallecidos antes de seguimiento clínico o cuya resolución quirúrgica fue realizada en otro centro. El análisis estadístico se realizó con programa STATA V17.0, se aplicó estadística descriptiva, Mann Whitney U para comparación de variables cuantitativas y Chi cuadrado para variables cualitativas con valor de $p < 0,05$ estadísticamente significativo.

Resultado: Cohorte de 83 pacientes, 50,6% corresponde a mujeres ($n=42$), promedio de edad de 64 años (39-95 años). 100% adenocarcinoma, con sobrevida global a 5 años de 33,3%. Se realizó cirugía abierta a 54% de los pacientes. Al comparar tiempo quirúrgico, días de hospitalización, tasas de complicación quirúrgica y médica, se encontró diferencia significativa en días de hospitalización, menor en el grupo laparoscópico ($p=0,002$). Sin diferencias significativas en tasas de recidiva, sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global. Al comparar la etapificación tomográfica con la histológica 22 pacientes fueron etapificados erróneamente en el preoperatorio (26%), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en recurrencias ni sobrevida libre de enfermedad entre ambos grupos.

Conclusión: El presente estudio demuestra que los resultados oncológicos de los pacientes con cáncer de colon T4 tratados quirúrgicamente en nuestro centro se alinean con reportado en la literatura. No se observaron diferencias significativas en pronóstico oncológico a largo plazo al comparar los grupos de cirugía abierta y laparoscópica lo que respalda el uso de laparoscopia incluso en tumores localmente avanzados. Se encontró discordancia entre la etapificación pre y postoperatoria en un 26% de los casos, no obstante esto no impactó en el pronóstico oncológico, lo que sugiere que si bien la tomografía presenta limitaciones en esto no compromete el pronóstico oncológico cuando se realiza una resección con criterios oncológicos. Estos hallazgos evidencian la importancia de un enfoque individualizado y multidisciplinario en este grupo de pacientes, priorizando una cirugía R0 mínimamente invasiva.

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

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

Hospital De Villarrica, Servicio De Salud Araucanía Sur.

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

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

Contenido del E-Poster: Estudio prospectivo desarrollado a partir de junio 2024 hasta junio 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con indicación de cirugía colorrectal mayor electiva. Se aplicó un protocolo que incluyó: •Estudios preoperatorios: valoración funcional, ASA, comorbilidades, todos con evaluación preanestésica. •Preparación prequirúrgica: preparación de colon con PEG el día previo (salvo las colectomías derechas), profilaxis antibiótica (ciprofloxacino – metronidazol oral día previo), ayuno abreviado, ingreso hospitalario 1 hora previo a su cirugía, protocolo ERAS abreviado (deambulación precoz, kine pre y post op, realimentación precoz con tránsito a gases, cirugías sin sondas ni drenajes) •Registro de días de estadía hospitalaria post operatoria •Complicaciones - Mortalidad

Resultado: - Total de pacientes incluidos: 30- Edad promedio: 56,3 años- Distribución diagnóstica: 18 cáncer, 8 Reconstituciones de tránsito, 2 vólvulos de sigmoides, 2 Diverticulares complicados.- Días promedio de estadía post operatoria: 6,5 días- Complicaciones postoperatorias: 3 pacientes (1 hemoperitoneo, 1 filtración anastomótica, 1 evisceración contenida), todos reintervenidos en forma precoz.- No hubo mortalidad en la serie.

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: Conclusión: el POLARS, como herramienta predictiva, demostró una correlación moderada con el puntaje LARS medido a posteriori, sin embargo, la concordancia fue baja. Expandir la aplicación sistemática de este score permitiría un análisis más preciso respecto a su rendimiento en población chilena. De manera adicional, incorporar y registrar prospectivamente elementos adicionales que podrían estar involucrados con el desarrollo de LARS podrían permitir ajustar un modelo complementario de mayor utilidad en nuestra población.

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

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

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Hospital Militar De Santiago

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultado: En la validación de jueces, el índice de validez de contenido (IVC) fue de 0.95. En la validación aparente, 136 personas mostraron un nivel de acuerdo del 100% en todas las preguntas. La validación de constructo incluyó 183 participantes: 93 hombres (50,8 %) y 90 mujeres (49,2 %). En cuanto al nivel educacional, 76 (41,1 %) tenían educación básica, 69 (37,3 %) media y 40 (21,6 %) superior. Clínicamente, 131 (70,8 %) presentaban colostomía y 54 (29,2 %) ileostomía. Un 44,1 % (82 personas) no reportó complicaciones asociadas. Las principales preocupaciones identificadas en Stoma-QoL fueron: temor a que la bolsa se despegue (54,0 %), necesidad de saber dónde hay un aseo al salir (53,5 %) y dificultad para disimular la bolsa (49,2 %), todas destacadas con alta frecuencia en la opción "Siempre".

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

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

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

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

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

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

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

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

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

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

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

Clínica Indisa - Universidad Andrés Bello

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Universidad De Valparaíso.

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

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

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

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

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

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

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

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

Introducción: A nivel mundial, el cáncer colorrectal continúa siendo un problema de salud pública. El cáncer de recto representa un 40% del total de las neoplasias colorrectales, con una estimación de 770.570 casos nuevos anuales. El pronóstico ha mejorado en los últimos años con la estandarización de la resección total del mesorrecto instaurada por el Dr. Heald, y la incorporación de neoadyuvancia total, lo que ha mejorado la sobrevida global y disminuido la recurrencia local. La sobrevida en pacientes con compromiso nodal lateral sigue siendo inferior a la de aquellos con compromiso mesorrectal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: En esta serie, la exenteración pélvica con sacrectomía en bloque presentó una similar tasa de resecciones R0 que aquellos pacientes sin sacrectomía sin un aumento significativo en las complicaciones postoperatorias mayores, de la estadía hospitalaria y una alta tasa de reoperaciones, en línea con publicaciones internacionales.

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

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

Universidad De Chile

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Dr Franco Ravera Zunino. Rancagua.

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

Objetivos: 1. Caracterizar el perfil clínico y demográfico de los pacientes sometidos a RTI en la VI Región de Chile. 2. Identificar variables asociadas a complicaciones postoperatorias.

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

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

Conclusión: El tiempo entre cirugías y tasa de complicaciones en nuestra cohorte fue superior a centros privados nacionales. El tiempo transcurrido entre cirugía primaria y RTI se identificó como el principal factor asociado a las complicaciones postoperatorias, evidenciando una variable potencialmente modificable con impacto en el pronóstico. Si bien este estudio aporta información regional relevante, el tamaño limitado de la muestra constituye una de sus principales limitaciones. La realización de estudios multicéntricos a nivel nacional permitiría ampliar el número de casos, fortalecer la validez externa de los hallazgos y generar datos comparables con las series internacionales.

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

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

Hospital Militar De Santiago

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

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

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

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

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

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

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

Universidad Austral De Chile, Hospital Base Valdivia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultado: Habiendo reclutado la totalidad de la muestra comprometida, se identificó una pérdida del 27% en el seguimiento, dado por una mala adherencia a completar el autoreporte. Se incluyeron para este análisis interino, 45 pacientes: 19 del grupo control y 26 en el intervenido. En términos generales, se evidenció una tendencia no significativa a la reducción del dolor defecatorio y la media de dolor diario en el periodo post operatorio. Se identificó al día 3 la mayor diferencia entre el grupo control y de intervención, con EVAs defecatorios de 5.6(1.7) vs 5.0(2.4) y EVA promedio de 4.9(2.3) vs 3.9(2.2) respectivamente. Se identificó una diferencia estadísticamente significativa en la media de dosis de opioides de rescate, siendo menor en el grupo intervenido (2.19(3.6) dosis) vs el control (6.11(8.1) dosis). No se reportaron eventos adversos severos.

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

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

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

Hospital Base San José Osorno; Unidad De Endoscopia; Servicio De Salud Osorno^{*}/ Universidad Austral De Chile Campo Clínico Osorno^{**}/Centro del Cáncer Clínica Universidad De Los Andes^{***}

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

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

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

Resultado: Entre dic del 2017 y el 2024 (1º y 2º Periodo) se enrolaron en Total 6145 personas De todos los TSODi entregados fueron recuperados 5199 (84,6%) resultando positivos (+/- o +/+) 584 (9,5%); Se realizaron 870 colonoscopias totales reseándose Adenomas con displasia bajo grado : 472 Adenomas con displasia alto grado: 105 Se detectaron 14 (1,6%) adenocarcinomas de los cuales 2 fueron tratados endoscópicamente (14,2%) 1 por TAMIS (7,1%) 6 por videolaparoscopia (42,8%) 5 por via laparotómica (35,7%) Encontrándose Anatomopatológicamente : en etapa 0 = 5 (35,7%) en etapa I = 2 (14,3%) en etapa II = 3 (21,4%) en etapa III = 4 ((28,6%) No se observó mortalidad relacionada a los procedimientos e intervenciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

193, COLECTOMÍA SEGMENTARIA DE COLON TRANSVERSO

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

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

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

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

Contenido del video: 1. Caso clínico 2. Abordaje craneal a través de la transcavidad de los epiplones 3. Disección desde ángulo esplénico hasta ángulo hepático 4. Acceso medial de vena mesentérica inferior (VMI) 5. Sección de vasos cólicos medios próximos a cuerpo de páncreas 6. Anastomosis latero-lateral isoperistáltica colo-colónica intracorpórea 7. Resultados postoperatorios e histopatológicos.

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

Autores: Rodrigo Flandez F, Christian König P, José Vivanco A, Gino Caselli M, Eduardo Larenas R, Carla Carvajal R
Hospital Clínico Regional De Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente/ Universidad De Concepción

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

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

Contenido del video: Se describe caso de paciente con tumor de recto extraperitoneal cT3cN1bM0, con linfonodos imagenológicamente patológicos en compartimento lateral derecho (8 mm arteria ilíaca interna derecha y de 7 mm arteria obturatriz). En el video muestra la técnica quirúrgica de una linfadenectomía lateral derecha por abordaje videolaparoscópico, con preservación vascular completa, donde se identifica el plano medial del compartimento lateral derecho conformado por uréter y plexo pélvico-fascia ureterohipogástrica; el plano lateral conformado por el músculo psoas y obturador interno y el plano dorsal constituido por los vasos ilíacos internos y nervio isquiático. Durante el procedimiento se preservan las siguientes estructuras: arteria ilíaca interna y sus ramas, vena ilíaca interna y obturatriz, arteria obturatriz y nervio obturador, disecando los linfonodos del compartimento iliaco interno y obturador derechos.

196, ABORDAJE POR VIA LAPAROSCOPICA DE TUMOR PRESACRO.

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

Universidad De Concepción

Introducción: Los tumores retrorrectales (presacros) corresponde a un grupo muy heterogéneo de lesiones que surgen en el espacio retrorrectal. Se pueden clasificar según origen en congénito o adquirido y según la histología (benigna o maligna). Su clínica es inespecífica y de diagnóstico tardío. Usualmente asociado a compresión o infiltración de estructuras anatómicas de la pelvis.

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

Contenido del video: Se presenta paciente masculino con cambio en el hábito defecatorio. Al examen físico destacaba al tacto rectal una masa que abombaba la pared derecha del recto medio de 5 cm. La Tomografía computada de abdomen y pelvis evidenció una masa hipervascular en fosa isquiorrectal izquierda de 7.5cm x 5.5cm, sin claro plano de clivaje con pared posterior de la próstata. La resonancia magnética demuestra masa mesorrectal izquierda, con características de paraganglioma como primera posibilidad y en diagnóstico diferencial debe considerar un tumor fibroso pelviano. Colonoscopia sin hallazgos intraluminales de importancia y AngioCT informa masa de crecimiento expansivo pararectal izquierda, en estrecha relación con vasos ilíacos internos. Se decide abordaje por vía abdominal laparoscópica, evolucionando sin complicaciones. Estudio histopatológico informa tumor compatible con tumor fibroso solitario. Se define seguimiento clínico.

197, CUERPO EXTRAÑO RECTAL COMPLICADO

Autores: Felipe Imigo G, Tomas Contreras R

Hospital Puerto Montt, Universidad San Sebastián

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

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

Contenido del video: Se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años con antecedente de dos hospitalizaciones previas por cuerpo extraño rectal, que requirieron extracción en pabellón. Una semana posterior a la última extracción, el paciente reingresa por un síndrome febril sin foco aparente y elevación de parámetros inflamatorios. El estudio imagenológico inicial evidenció cambios inflamatorios a nivel colónico, lo que motivó el inicio de terapia antibiótica empírica. La colonoscopia subsiguiente evidenció la presencia de una úlcera rectal. Ante la persistencia del cuadro inflamatorio, se escala el tratamiento antibiótico y se descartaron infecciones de transmisión sexual. Posteriormente, el paciente desarrolló signología radicular, lo que condujo a un estudio de columna vertebral. La tomografía computarizada (TC) de columna lumbar reveló una lesión lítica anterior en L5 y S1. La resonancia magnética (RM) de columna confirmó un proceso inflamatorio-infeccioso a nivel de L5-S1, con compromiso facetario y del canal medular. Se realizó un drenaje endoscópico espinal de una colección purulenta periarticular con destrucción de la cápsula facetaria por parte del equipo de neurocirugía. A pesar de las intervenciones, el paciente se mantuvo febril. Tras dos ecocardiogramas transtorácicos negativos, se realizó un ecocardiograma transesofágico que evidenció una posible vegetación, sin indicación quirúrgica en ese momento. En una RM de control posterior, se documentó espondilodiscitis L5-S1 con signos de progresión y desarrollo de fístula hacia el recto, por lo que se decide operar. Mediante laparoscopia, se realiza una exploración abdominal evidenciando una fístula rectodiscal activa, bajo el promontorio. Por cara medial del mesosigmoide se realiza una disección logrando aislar completamente la fístula. Sección de la misma entre Hemolocks para luego completar la cirugía con una colostomía terminal.

199, MARSUPIALIZACIÓN DE SENO PRESACRO POR TAMIS

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

Hospital Militar De Santiago

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

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

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

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

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

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico P. Universidad Católica

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

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

Contenido del video: El video muestra una EPT robótica combinada con una linfadenectomía pélvica lateral y la fase de reconstrucción urinaria. El paciente, un hombre de 45 años, fue inicialmente diagnosticado con adenocarcinoma rectal cT3N+ con sospecha de afectación ganglionar ílica interna izquierda. Tras terapia neoadyuvante total y respuesta clínica completa, presentó recurrencia local 11 meses después, confirmada por resonancia magnética. Tras evaluación multidisciplinaria, se indicó una EPT robótica con linfadenectomía lateral. El procedimiento se realizó con el paciente en posición Lloyd-Davies modificada y cinco trocares estándar. Se muestran cápsulas de los pasos críticos de la cirugía. Se incluye la ligadura baja de los vasos mesentéricos inferiores, escisión mesorrectal total y disección en bloque de vejiga, base prostática, uréteres, diafragma pélvico y canal anal. La disección distal y sección uretral se realizaron por vía perineal asistida con retracción Lone Star lo cual se muestra en el video. Luego de la extracción de la pieza y cierre perineal, se redockeó el robot para la linfadenectomía lateral izquierda, confirmando metástasis ganglionar por biopsia intraoperatoria. Se muestra la reconstrucción que incluyó conducto ileal intracorpóreo y colostomía terminal. El tiempo operatorio total fue de 540 minutos, con 600 mL de pérdidas hemáticas. El paciente tuvo una recuperación sin complicaciones y fue dado de alta al sexto día postoperatorio. La patología final evidenció resección R0 con un margen distal de 2.5 mm y un ganglio positivo.

201, COLGAJO DE MARTIUS PARA MANEJO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL BAJA

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

Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: La fístula recto vaginal es una conexión aberrante entre recto, ano y vagina de causa inflamatoria, tumoral, infecciosa, traumática o actínica. Su clasificación es fundamentalmente por altura y tamaño del defecto. Su tratamiento en un alto porcentaje es quirúrgico incluyendo la interposición de tejidos para el cierre definitivo.

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

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



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

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

Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné

Introducción: El recurso humano quirúrgico es una limitante en el desarrollo de cirugía oncológica en algunos sistemas de salud. La implementación de nuevas tecnologías como el robot o la cirugía magnética podrían resultar útil para aumentar la cirugía oncológica de calidad con técnica mínimamente invasiva en entornos con recursos humanos limitados. Se presenta como prueba de concepto el uso del sistema MARS de Levita Magnetics en cirugía oncológica colorrectal.

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

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

203, ANASTOMOSIS COLORRECTAL TRANSMESOCÓLICA EN COLECTOMÍA IZQUIERDA

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

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

Introducción: La colectomía izquierda con anastomosis colorrectal transmesocólica representa una opción técnica válida y segura en escenarios complejos. Esta técnica permite optimizar el ángulo de la anastomosis y preservar una adecuada perfusión, especialmente útil cuando existe tensión en la pelvis. Estudios recientes reportan buenos resultados funcionales y oncológicos, con baja tasa de complicaciones anastomóticas.

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

Contenido del video: Situación intraoperatoria: Tras la sigmoidectomía, el colon no alcanza la pelvis para realizar la anastomosis colorrectal. Se libera el ángulo esplénico por vía medial, sin lograr alcance adecuado. Pasos críticos: División del ligamento gastro-cólico desde el colon transversal. Liberación del ángulo hepático desde el retroperitoneo. Abordaje subileal para liberar el duodeno y la cabeza del páncreas del mesocolon. Creación de un túnel en el mesocolon, en una zona avascular conocida como "ventanaduodenal". A través de esta ventana, se tracciona el colon transversal proximal hacia la pelvis, permitiendo una anastomosis colorrectal libre de tensión.

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

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

Nueva Clínica Cordillera

Introducción: La rectopexia ventral laparoscópica es una técnica quirúrgica utilizada en el tratamiento del prolapso rectal completo, una condición caracterizada por un descenso circunferencial de la pared rectal a través del canal anal, con impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Esta técnica, consiste en la fijación anterior del recto al ligamento longitudinal anterior del sacro mediante una malla, sin disecar posteriormente el recto, lo que reduce el riesgo de constipación posoperatoria y complicaciones neurológicas. Aunque se ha establecido como una opción segura y eficaz, la recidiva del prolapso rectal puede ocurrir tras la cirugía, particularmente en pacientes que ya han sido intervenidos previamente. En estos casos, la reoperación representa un desafío técnico, con tasas de recidiva que alcanzan hasta el 25% a cinco años, según estudios recientes.

Objetivos: 1. Dar a conocer la técnica quirúrgica de una rectopexia ventral laparoscópica en contexto de recidiva. 2. Analizar las particularidades técnicas de una reintervención. 3. Presentar un caso clínico representativo, discutir las indicaciones, riesgos y resultados.

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

205, CIRUGÍA DE MILES CON SECCIÓN EXTRA ELEVADOR VÍA LAPAROSCÓPICA

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

Introducción: La amputación abdominoperineal (AAP), o cirugía de Miles, ha sido históricamente el tratamiento estándar para los tumores de recto localizados en el tercio distal cuando no es posible realizar una resección con conservación del esfínter. Sin embargo, las tasas de margen circunferencial positivo (CRM) y recurrencia local asociadas a la técnica convencional han llevado al desarrollo de abordajes quirúrgicos más radicales y anatómicamente precisos. En este contexto, la amputación abdominoperineal extraelevadora (ELAPE, por sus siglas en inglés) ha sido propuesta como una modificación técnica que mejora el control oncológico. Esta técnica implica una escisión más amplia del plano del elevador del ano, extrayendo el recto en bloque con los músculos elevadores, lo que reduce la manipulación tumoral y permite una disección cilíndrica más completa del espécimen. Como consecuencia, se ha observado una disminución en la tasa de CRM positivo y recurrencia pélvica, a costa de una herida perineal más extensa que, en algunos casos, requiere reconstrucción. A pesar de sus beneficios oncológicos, la ELAPE continúa siendo objeto de debate debido a sus requerimientos técnicos, mayor morbilidad perineal y la necesidad de reconstrucción del piso pélvico. Por ello, su indicación debe ser individualizada según la extensión tumoral, la respuesta a la neoadyuvancia y las condiciones anatómicas del paciente.

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

Contenido del video: Paciente masculino de 69 años con diagnóstico de cáncer de recto inferior localmente avanzado con compromiso de músculo elevador del ano a derecha y canal anal post neoadyuvancia con radioterapia y FOLFOX. Se muestran los distintos pasos de la cirugía de Miles extraelevadora laparoscópica, haciendo hincapié en la modificación de la técnica con sección del piso pélvico por vía anterior.

206, PROCTOCOLECTOMÍA ROBÓTICA CON RESERVORIO ILEAL

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

Universidad De Los Andes

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

Objetivos: Mostrar paso a paso la técnica de proctocolectomía robótica

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

348, EXENTERACIÓN PELVIANA CON RESECCIÓN EN BLOQUE DEL HUESO PÚBICO: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y SERIE PRELIMINAR.

Autores: Cristian Faúndez L., Cristian Jarry T., Gonzalo Urrejola S.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico Universidad Católica

Introducción: La exenteración pélvica (EP) se ha posicionado como una alternativa potencialmente curativa para aquellos cánceres pélvicos avanzados o recurrentes. Clásicamente se ha considerado la infiltración ósea o neuromuscular como una contraindicación a la cirugía. Sin embargo, con el avance de los cuidados postoperatorios y el desarrollo de nuevas técnicas, como la resección en bloque del hueso púbico, se han ido ampliando los márgenes de resección con intención curativa. En Chile, no existe reportes de series que incorporen la resección ósea mayor (transección ósea completa) en bloque del hueso púbico en el contexto de una resección multivisceral por tumores pélvicos de partes blandas y su aplicabilidad, siendo necesario su desarrollo para incentivar su ejecución en el país.

Objetivos: Presentar los primeros casos de resección en bloque del hueso púbico en una exenteración pélvica. Exponer los criterios de selección, detallar los aspectos de la técnica quirúrgica y caracterizar los resultados perioperatorios.

Contenido del E-Poster: Se describe la técnica de exenteración pelviana con resección en bloque del hueso púbico utilizada en nuestro centro y se realiza una descripción de la serie inicial de 2 casos. La selección se basó en identificar candidatos sin comorbilidad sistémica, con tumores locorregionalmente avanzados, pero sin enfermedad metastásica a distancia. Todos los casos fueron presentados en el comité interdisciplinario de tumores colorrectales donde la indicación quirúrgica fue respaldada de manera unánime y fueron operados por un equipo con experiencia previa en más de 14 procedimientos con resección ósea en contexto de EP.

Resultado: Se incluyen los primeros dos casos de la experiencia. El primero con un sarcoma localmente avanzado y el segundo con un adenocarcinoma de recto recidivante. En ambos casos se logró márgenes R0, con tiempos quirúrgicos de 15 y 16 horas y pérdidas sanguíneas de 1600 y 6000 ml. Se requirió de la participación de 4 especialidades quirúrgicas: Coloproctología, Urología, Oncología y Plástica. El tiempo de hospitalización fue de 35 y 36 días. Ambos presentaron complicaciones, siendo necesario el drenaje quirúrgico y reparación de colgajo dehiscente en uno de los pacientes.

Conclusión: La infiltración tumoral del hueso púbico no es una contraindicación para una cirugía con intención curativa. Se requiere una selección adecuada, una técnica quirúrgica correcta y equipos preparados para afrontar las potenciales complicaciones, junto a un seguimiento postoperatorio estricto. Si bien es una descripción inicial, los resultados son prometedores.

349, FÍSTULA ENTERO-VESICAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UN LINFOMA T INTESTINAL EPITELOTRÓPICO MONOMÓRFICO (MEITL): REPORTE DE CASO

Autores: Karen Francisca Concha Vergara, Renate Hormazábal A.¹, Javiera Muñoz C.¹, Roberto Olguín R.³, Felipe Imigo G.³, Tomás Contreras³, Enrique Morales³, Julio Figueroa³ ¹internas De Medicina, Hospital Base De Puerto Montt ²residente De Cirugía, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Hospital Base De Puerto Montt ³equipo De Cirugía Coloproctología, Hospital Base De Puerto Montt

Hospital Base De Puerto Montt

Introducción: El linfoma T intestinal epitelotrópico monomórfico (MEITL) es una neoplasia poco frecuente, de alto grado y mal pronóstico, que compromete principalmente el intestino delgado, en especial el yeyuno. A diferencia del linfoma T asociado a enteropatía, MEITL no suele vincularse a enfermedad celíaca ni antecedentes gastrointestinales, y suele manifestarse con síntomas inespecíficos. Su diagnóstico se realiza habitualmente en fases avanzadas o durante intervenciones quirúrgicas. La presentación inicial como fístula entero-vesical es excepcional y representa un reto clínico y quirúrgico.

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico y quirúrgico de un caso inusual de linfoma T intestinal epitelotrópico monomórfico (MEITL) que debutó como fístula entero-vesical, destacando su presentación clínica atípica y la importancia del manejo multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento de esta neoplasia infrecuente.

Contenido del E-Poster: Análisis de caso clínico de paciente del Hospital Base de Puerto Montt. Información obtenida de la base de datos local "Experto" el 2025.

Resultado: Mujer de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e isquemia cerebral transitoria, en seguimiento ambulatorio por baja de peso de 10 kg en pocos meses. Consultó por incontinencia fecal y fecaluria como única sintomatología. Exámenes de laboratorio con leve elevación de parámetros inflamatorio, uroanálisis reportó muestra con contenido fecal. En tomografía computada abdominopélvica y Resonancia de abdomen con contraste se evidenció una masa solidoquística con fístula entre yeyuno y cúpula vesical, de etiología inespecífica, sin evidencia de metástasis a distancia. Se realizó laparotomía exploradora, identificándose masa de 10 cm, con componente quístico roto e infiltración del yeyuno, domo vesical y pared abdominal. Se efectuó resección en bloque. El estudio histopatológico diferido reveló linfoma T intestinal epitelotrópico monomórfico, con patrón epitelotrópico, infiltración transmural e invasión vesical. El análisis inmunohistoquímico confirmó estirpe T con positividad para CD3, CD8 y expresión aberrante de CD56. La paciente fue evaluada por comité oncológico, indicándose quimioterapia sistémica.

Conclusión: MEITL es una entidad rara y agresiva, cuya presentación clínica puede confundirse con adenocarcinomas o tumores mesenquimáticos del intestino delgado. Su comportamiento infiltrativo y la frecuente afectación transmural explican la posibilidad de complicaciones inusuales, como la formación de fístulas. Las imágenes (especialmente PET/CT y RM) son útiles, pero el diagnóstico definitivo suele requerir confirmación histopatológica e inmunofenotípica. La relevancia este caso radica en su forma de debut poco habitual y en el rol clave del equipo quirúrgico tanto en el abordaje diagnóstico como en el manejo inicial. Contribuye a ampliar el conocimiento clínico de MEITL y a reforzar la necesidad de un enfoque multidisciplinario ante lesiones intestinales complejas.

349, ABORDAJE QUIRÚRGICO COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS INTESTINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Paula Asima F., Heriberto Mancilla C., Javier Lozano V., Esperanza Salvo P., Javiera San Martín H., Luis Javier Ormazabal B.

Hospital Clínico Fuerza Aérea De Chile (FACH)

Introducción: La amiloidosis intestinal es una manifestación excepcional de hemorragia digestiva, representa 1% de los casos de hemorragia digestiva de origen indeterminado. Su diagnóstico constituye un desafío para el cirujano debido a lo inespecífico de los síntomas. Se presenta caso clínico de hemorragia digestiva persistente asociada a síndrome consuntivo, los cuales hacen considerar dentro de los diagnósticos diferenciales esta patología poco frecuente y que mediante abordaje quirúrgico se logró diagnóstico definitivo.

Objetivos: Describir caso clínico en que abordaje quirúrgico es usado como método diagnóstico y terapéutico de hemorragia digestiva masiva secundaria a amiloidosis intestinal, la cual se confirmó por histología de la muestra rescatada en el intraoperatorio y realizar el análisis mediante revisión bibliográfica. Hay que destacar la relevancia de la sospecha clínica e intervención quirúrgica como herramienta diagnóstica y terapéutica en caso de hemorragia de origen indeterminado.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso con revisión bibliográfica. Los antecedentes clínicos, laboratorios, estudios imagenológicos, hallazgos intraoperatorios, anatomopatológicos y evolución postoperatoria del paciente se recopilaron de la ficha clínica del Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. La revisión bibliográfica se realizó a través PubMed, SciELO y UpToDate.

Resultado: Paciente masculino 63 años sin antecedentes mórbidos previos, consulta por astenia, constipación, pérdida de peso mayor a 30 kg en los últimos 2 meses, antecedente reciente de hospitalización por obstrucción intestinal. Ingresa por sospecha de nueva obstrucción intestinal. Exámenes de laboratorio que destacan anemia normocítica, hipoalbuminemia, insuficiencia renal aguda y un TC que informó distensión abdominal sin obstrucción clara. Durante la hospitalización inicia con hematoquecia, se realizó Angio TC que mostró sangrado activo en íleon distal. Se realiza Laparoscopia exploradora sin hallazgos evidentes de sangrado, persiste con hematoquecia con requerimientos de múltiples transfusiones. Se realiza Laparotomía Exploradora con resección Ciego e íleon distal aproximadamente 60 cm y se confecciona una ileostomía terminal, a través de esta se realiza endoscopia que evidencia múltiples focos de sangrados de la mucosa ileal y yeyunal. Durante el postoperatorio persiste con sangrados a través de la ileostomía. Biopsia quirúrgica informó pared entero-colónica congestiva y en partes erosionadas con extensos depósitos de amiloide. Estudios de laboratorio complementarios apoyaron una gammopatía monoclonal subyacente como etiología probable. Paciente falleció durante la hospitalización por deterioro clínico y sangrado incoercible.

Conclusión: La amiloidosis intestinal constituye una entidad infrecuente pero catastrófica de hemorragia digestiva cuyo diagnóstico tardío se asocia a elevada mortalidad. La cirugía emerge como herramienta diagnóstica - terapéutica crucial y su uso en determinados casos puede ayudar a encontrar la etiología del sangrado coercible de forma eficaz y precoz.

350, ENFERMEDAD DE BOWEN PERIANAL: REPORTE DE UN CASO

Autores: Florencia Pinto G, José Tomás Correa O, Macarena Fernández A, Felipe Illanes F, Diego García P, Cristián Gallardo V, Carlos Melo L, Alejandro Barrera E.

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

Introducción: la Enfermedad de Bowen Perianal (EBP) es una entidad poco frecuente que corresponde a un carcinoma escamoso intraepitelial, que puede progresar a carcinoma invasor en el 2-5% de los casos. Su manejo es variable y debe ser individualizado.

Objetivos: presentar un caso de EBP

Contenido del E-Poster: análisis de la ficha clínica, imágenes, protocolo operatorio, biopsias y desarrollo de una revisión bibliográfica

Resultado: Caso clínico: hombre de 47 años con antecedentes de VIH en tratamiento con carga viral indetectable. Consulta por lesión ulcerada perianal de 4 años de evolución. Al examen físico destaca úlcera perianal no dolorosa en cuadrante anterior derecho de 4x2cm, sin compromiso del canal anal, asociada a secreción serosa escasa sin adenopatías inguinales. La biopsia incisional informa EBP y la tomografía computada de tórax abdomen y pelvis fue negativa para diseminación a distancia. Se realiza resección de la lesión con márgenes de 5 mm y cierre primario parcial. La biopsia informó EBP ulcerado con P16 positivo sugerente de acción viral por VPH, con márgenes negativos. El paciente se mantiene en control actualmente asintomático.

Conclusión: la Enfermedad de Bowen corresponde a un carcinoma escamoso in situ de la piel. Las zonas más afectadas son el tronco y extremidades dado que su principal factor de riesgo es la exposición a la luz UV. La EBP al ser una zona poco fotoexpuesta, es poco frecuente y se asocia a otros factores de riesgo como inmunosupresión, infección por VPH y VIH. El diagnóstico clínico es difícil, siendo exacto sólo en un 54% de los casos ya que se puede confundir con papulosis bowenoide, queratosis actínica, carcinoma basocelular, queratosis seborreica, nevo pigmentado y psoriasis, por lo cual la confirmación histológica es fundamental. El tratamiento no está estandarizado y puede incluir terapias tópicas, fotodinámicas o cirugía. La elección debe ser individualizada, optando por la resección quirúrgica en pacientes jóvenes de bajo riesgo operatorio portadores de lesiones circunscritas en las que se puede obtener márgenes adecuados con el objetivo de evitar la progresión a carcinoma invasor.

351, DIVERTICULITIS COMPLICADA CON FÍSTULA COLOUTERINA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN CLÍNICA.

Autores: Denisse Alejandra Vera Hinojosa, Santiago Xavier Sánchez Idrovo, Amanda Irene Wosiack Menin, Valentina Del Carmen Vergara Migeot, Jacinta Sigala Sánchez, Rocío Anabel Gutierrez Monsalve, Diego Andrés Domínguez Souter, Trinidad Isabel Aljaro Ehrenberg, Carla Pereira Mitrovic

Universidad Finis Terrae

Introducción: Las fístulas colónicas de origen diverticular representan hasta el 26% de los casos quirúrgicos por esta patología (Bannura et al., 2019). Aunque las colouterinas son infrecuentes, deben sospecharse ante secreción vaginal fétida en mujeres con antecedentes de diverticulitis, incluso sin síntomas urinarios o ginecológicos típicos (Chang et al., 2024). Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y estudios imagenológicos dirigidos. El manejo quirúrgico es preferente, especialmente ante cuadros con colección y deterioro progresivo. Este caso ilustra la relevancia de la evaluación multidisciplinaria y la cirugía coordinada (ginecológica y colónica), logrando la resolución efectiva de la patología (Smeenk et al., 2012; Chang et al., 2024).

Objetivos: Describir el manejo integral de una diverticulitis complicada con fístula colouterina.

Contenido del E-Poster: Mujer de 77 años, con HTA y antecedente de EAO derecha, ingresó por dolor abdominal de un mes de evolución, asociado a diarrea autolimitada. TAC reveló colección pelviana con gas y sospecha de fístula colouterina. Fue hospitalizada, iniciando antibióticos EV (ceftriaxona y metronidazol). RNM confirmó comunicación entre sigmoides y miometrio posterior. Radiología intervencional descartó drenaje percutáneo. Se programó cirugía conjunta. Se realizó histerectomía subtotal y anexectomía bilateral, seguida de una cirugía tipo Hartmann. Evolucionó favorablemente con cambio de antibiótico a tigeciclina por *Enterococcus faecium* en cultivo. Actualmente en seguimiento postoperatorio sin complicaciones.

Resultado: El caso refleja una presentación típica de fístula colouterina en mujer postmenopáusica, con clínica inespecífica y diagnóstico imagenológico clave. La elección de cirugía en bloque con Hartmann y abordaje ginecológico fue adecuada ante inflamación extensa, priorizando seguridad sobre restitución inmediata del tránsito. Aunque existen alternativas mínimamente invasivas, la estrategia individualizada evitó complicaciones mayores. Este manejo multidisciplinario refuerza la importancia de adaptar la técnica quirúrgica a las condiciones locales y generales del paciente, siguiendo evidencia actualizada.

Conclusión: La fístula colouterina es una complicación poco frecuente de la diverticulitis complicada. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de mujeres con antecedentes de diverticulitis y síntomas ginecológicos atípicos ante alta sospecha clínica (dolor pélvico persistente, secreción vaginal fétida/purulenta, salida de gas o material fecaloide por vagina), apoyada en estudios imagenológicos como RNM y cultivo de secreción vaginal. Este caso evidencia la utilidad del manejo quirúrgico coordinado e individualizado entre coloproctología y ginecología.

352, TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL DE BAJO GRADO CON METÁSTASIS LINFÁTICA AL COMPARTIMENTO LATERAL PÉLVICO: REPORTE DE UN CASO

Autores: Christian König P, Carla Carvajal R, José Vivanco A, Gino Caselli M.

Universidad De Concepción/ Hospital Clínico Regional De Concepción

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (NET) son neoplasias raras y de lento crecimiento; las más comunes son del tracto gastrointestinal, sistema respiratorio, timo y páncreas. La ubicación más común de los NET gastrointestinales es el intestino delgado, seguido del recto, colon y estómago. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, dado por una mayor detección incidental de NETs rectales. Aproximadamente el 80% de ellos tienen un tamaño de 10 mm o menos, y la gran mayoría están confinados a la capa submucosa al momento del diagnóstico. Para lesiones pequeñas, se recomienda la resección local endoscópica o transanal. La razón por la que la resección local se considera suficiente es que la metástasis de los ganglios linfáticos es muy rara, apareciendo solo en el 2,5 % en tumores menores de 10 mm. Así también, se describen muy pocos casos de metástasis linfáticas pélvicas laterales (LPLN). En este trabajo, presentamos el caso de paciente con tumor neuroendocrino rectal menor de 1 cm con metástasis ganglionar en el compartimento pélvico lateral, sometido a resección anterior baja más linfadenectomía pélvica lateral.

Objetivos: Describir la presentación clínica y tratamiento de paciente con tumor neuroendocrino rectal de bajo grado, con compromiso metastásico ganglionar en el compartimento lateral izquierdo de la pelvis.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 27 años, portador de cardiopatía hipertrófica; se realizó rectosigmoidoscopia por tamizaje, en la cual se evidenció lesión de aspecto neoplásico de 18 mm en recto medio, la cual fue biopsiada; dando como resultado un tumor neuroendocrino bien diferenciado, con Ki67 de 3%, infiltrando hasta la capa muscular de la mucosa, sin signos de invasión linfovascular. Se completó etapificación con tomografía axial computada sin evidencia de diseminación; la resonancia magnética de pelvis describió lesión en pared posterolateral izquierda, a 10 cm. del margen anal, confinada a la pared del recto, sin presencia de adenopatías mesorrectales ni signos de invasión vascular extramural, sin embargo se pesquió adenopatía de 15 mm sugerente de compromiso tumoral en compartimento iliaco interno izquierdo. Se complementó estudio con PET con octreotida, el cual demostró hipercaptación tanto en la lesión de recto como la adenopatía lateral izquierda. Se discutió caso en comité oncológico, se decidió cirugía. Se realizó resección anterior de recto con escisión mesorrectal total y linfadenectomía pélvica lateral izquierda con preservación neurovascular. La biopsia quirúrgica concluyó tumor neuroendocrino bien diferenciado de recto, de 0,9 x 0,7 cm, con invasión hasta la submucosa, sin invasión linfovascular, bordes quirúrgicos libres, sin compromiso de ganglios mesorrectales y un ganglio lateral izquierdo positivo para metástasis de 1,6 cm.

Resultado: El paciente evolucionó favorablemente y actualmente refiere eyaculación retrógrada, sin otras secuelas funcionales.

Conclusión: En conclusión, este caso destaca que los NET rectales pueden presentar metástasis de ganglios linfáticos laterales, incluso en las primeras etapas. Por lo tanto, es esencial realizar un acabado estudio de etapificación imagenológica para definir la posibilidad de resección local versus la resección radical. Es importante tener en cuenta que no existe un enfoque de tratamiento estandarizado para los NET rectales y por lo tanto el análisis multidisciplinario e individualizado del caso juega un papel fundamental.

353, ABSCESO APENDICULAR CON HALLAZGO DE ENDOMETRIOSIS APENDICULAR EN PACIENTE EN EDAD NO REPRODUCTIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Paz Bello V, Rocío Chanampa V, Andrea Torres G, Graciela Herrera R, Gabriel Sandoval S, Javier Salamanca P.

Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile. Facultad De Medicina, Universidad De Tarapacá. Arica, Chile. Facultad De Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Introducción: La apendicitis aguda es una de las principales causas de dolor abdominal; la prevalencia en países occidentales es del 7% de la población. Habitualmente, con una correcta anamnesis y con la exploración física es suficiente para el diagnóstico e indicación quirúrgica. El absceso periapendicular se desarrolla hasta en el 10% de los pacientes con apendicitis, es una complicación de la apendicitis aguda que se presenta cuando la inflamación y necrosis del apéndice derivan en una colección purulenta encapsulada. Su abordaje depende del estado clínico del paciente y puede ser médico, quirúrgico o por drenaje percutáneo. Por otro lado, el hallazgo histológico de endometriosis en un apéndice resecado es extremadamente infrecuente, especialmente en pacientes postmenopáusicas, y suele ser un hallazgo incidental sin sintomatología ginecológica asociada.

Objetivos: Presentar un caso clínico de absceso apendicular con hallazgo histológico de endometriosis apendicular en una paciente postmenopáusica.

Contenido del E-Poster: Se obtuvo información a partir de historia clínica, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, evaluación preoperatoria y biopsia postquirúrgica, previa autorización y consentimiento informado.

Resultado: Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial, colecistectomía y absceso apendicular que requirió drenaje percutáneo por radiología intervencional. Posteriormente acude con un nuevo cuadro de dolor abdominal compatible con apendicitis aguda. Se realizan exámenes de laboratorio que resultan normales, sin elevación de parámetros inflamatorios. Se solicita un scanner de abdomen y pelvis con contraste, que revela colección líquida hipoeecogénica heterogénea en $\frac{3}{4}$ distales del apéndice vermiforme. Con base en los hallazgos se programó apendicectomía laparoscópica, encontrando apéndice cecal corto, bajo adherencias de peritoneo y epiploon con absceso apendicular localizado. En el postoperatorio, evoluciona favorablemente, por lo que es dada de alta. Posteriormente la biopsia informó tejido compatible con apéndice cecal, con áreas de periapendicitis y focos de endometriosis, siendo este último un hallazgo muy infrecuente.

Conclusión: El absceso apendicular sigue siendo una complicación relevante de la apendicitis aguda, cuyo tratamiento puede incluir cirugía de urgencia en casos seleccionados. La endometriosis apendicular es un hallazgo histológico raro, especialmente en pacientes postmenopáusicas, y debe ser considerada en el estudio de síntomas abdominales crónicos o hallazgos incidentales. Este caso refuerza la importancia del análisis histológico sistemático de las piezas quirúrgicas resecadas.

354, ADENOCARCINOMA MUCINOSO ORIGINADO EN FÍSTULA ANORRECTAL CRÓNICA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Javier Muñoz C., Jorge Widerström I., Leonardo Cárcamo G.

Universidad Austral De Chile

Introducción: La transformación maligna de una fístula anorrectal crónica es una complicación excepcional, descrita en menos del 0,1 % de los portadores de trayectos fistulosos de larga evolución. La inflamación crónica persistente, la epitelización anómala y la exposición a secreciones purulentas favorecen la carcinogénesis, siendo el adenocarcinoma mucinoso el subtipo histológico más reportado. El retraso diagnóstico se debe mayormente a síntomas inespecíficos y a la falsa sensación de estabilidad clínica, generando un significativo en la morbilidad y mortalidad. Reconocer cambios clínicos en fístulas de larga data es crucial para reducir el diagnóstico tardío.

Objetivos: Describir un caso de adenocarcinoma mucinoso originado en fístula anorrectal crónica y discutir las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas basadas en la evidencia disponible.

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica de un paciente asistido en el Servicio de Coloproctología del Hospital Base Valdivia (2015-2025) y se efectuó una búsqueda en PubMed (2000-2025) sobre neoplasias asociadas a fístulas anorrectales.

Resultado: Varón de 48 años con fístula transesfinteriana anterior de 10 años, intervenido en 2015 y 2018, consultó por cuadro de dolor, sangrado y masa perianal de 5 × 5 cm, indurada y friable. La resonancia magnética mostró lesión sólido-quística de 54 × 40 mm con extensión al espacio interesfinteriano sin invasión del esfínter externo. Biopsia intraoperatoria confirmó adenocarcinoma mucinoso de bajo grado; inmunohistoquímica compatible con origen glandular. PET-CT evidenció captación limitada a la región perianal (cT3N0M0). El comité oncológico indicó radioterapia conformada (50,4 Gy/28 fracciones) y capecitabina oral como neoadyuvante, con reducción tumoral del 45 % a las 8 semanas; se planifica exéresis abdominoperineal. La revisión sistemática identificó 112 casos publicados en los últimos 25 años; la mediana de evolución de la fístula fue 15 años, el adenocarcinoma mucinoso representó el 62 %, el 78 % se diagnosticó en estadio localmente avanzado y la supervivencia global a 5 años fue 38 %.

Conclusión: La aparición de síntomas nuevos o la modificación del trayecto fistuloso debe motivar estudio exhaustivo con resonancia, biopsias repetidas y PET-CT para estadificación y diseminación. La detección precoz posibilita estrategias neoadyuvantes con intención curativa. Se propone vigilancia anual con examen digital y resonancia en fístulas ≥5 años o con factores de riesgo y biopsiar toda lesión sospechosa.

355, PIOMIOSITIS AGUDA DE LA PELVIS Y MUSLO SECUNDARIA A PERFORACIÓN POR RECURRENCIA DE CÁNCER DE RECTO INFERIOR.

Autores: Eduardo Larenas R, Gino Caselli Morgado Eduardo Larenas Ricke Carla Carvajal Rojas, José Vivanco Aguilar, Rodrigo Flandez, Brian Morales, Christian König Pelt-laurent

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

Introducción: La piomiositis aguda es una infección bacteriana del músculo esquelético y que puede provocar la formación de abscesos. Presentamos un caso de absceso agudo del músculo vasto lateral (piomiositis) con propagación a los compartimentos adyacentes del muslo a través de la escotadura ciática, sin afectación del músculo iliopsoas. Debido a la afectación de todo el compartimento del muslo, el drenaje quirúrgico se consideró como tratamiento inicial del cuadro.

Objetivos: Presentación de caso clínico de presentación infrecuente en paciente con Cáncer de recto.

Contenido del E-Poster: Se presenta caso de paciente masculino de 71 años con diagnóstico inicial de cáncer de recto inferior. Fue tratado con terapia neoadyuvante total seguido de una resección anterior baja con anastomosis primaria. Durante el seguimiento, el paciente cursa con cuadro de dolor pélvico y de muslo izquierdo, evidenciando en la tomografía una extensa masa rectal en el contexto de una recurrencia local que se extiende hacia anterior, comprometiendo la próstata y las vesículas seminales. Se evidencia además una conexión fístulo-cutánea a través de los músculos glúteos izquierdos. Se procede a realizar una Resonancia magnética del muslo izquierdo donde se observa abundante cantidad de líquido prefascial superficial del músculo vasto lateral derecho y colecciones subcutáneas izquierdas. Se procede a realizar drenaje quirúrgico y aseos de la región del muslo y uso de terapia de presión negativa. Los cultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus*. Paciente presenta mejoría clínica con disminución de parámetros inflamatorios y evolución favorable.

Resultado: El estudio de imágenes confirmó recurrencia tumoral local con perforación anterior y formación de trayecto fistuloso hacia el muslo izquierdo, asociado a piomiositis y abscesos subcutáneos. El drenaje quirúrgico permitió la evacuación de colecciones purulentas, con cultivos positivos para *Staphylococcus aureus*. Tras el manejo quirúrgico, antibiótico dirigido y aplicación de terapia de presión negativa, el paciente evolucionó favorablemente, con disminución progresiva del dolor, regresión de las colecciones y normalización de los parámetros inflamatorios.

Conclusión: En un paciente portador de una recurrencia de cáncer de recto y que presentan cuadro de dolor pélvico y el muslo, se debe considerar la posibilidad de una perforación rectal asociado a una piomiositis.

356, USO DEL CONDÓN DE RIVERA EN EL MANEJO DE UNA DEHISCENCIA MUCOCUTÁNEA TOTAL DE UNA OSTOMÍA

Autores: Cristian Faúndez L., Ximena Meneses C., Ana Rodríguez B., Cristian Jarry T., Gonzalo Urrejola S.

Unidad De Coloproctología, Hospital Clínico Universidad Católica

Introducción: La incidencia de complicaciones en ostomías digestivas se estima ocurre entre el 21% y el 70% de todos los casos. La dehiscencia mucocutánea se presenta en el 7.9-15% de los pacientes. El manejo de esta complicación puede ser médico o quirúrgico según las condiciones que presente la ostomía y la repercusión clínica en el paciente. Sin embargo, la cirugía en un territorio previamente intervenido y la morbilidad asociada de estos pacientes, agregan riesgos incluso al poder esto resolverse de manera local. La técnica del condón de Rivera, originalmente descrita para el manejo de fístulas entero-atmosféricas en pacientes con abdómenes complejos, tendría potencial de uso en dehiscencias mucocutáneas. Esta técnica consiste en el uso de 2 preservativos de látex que se adaptan para conformar un tubo que funciona de conexión entre un borde mucoso y la bolsa recolectora. Es aplicable en la cama del paciente por el equipo de enfermería y presentaría bajo riesgo de complicaciones. Pese a lo anterior, el uso de esta técnica en pacientes ostomizados es poco reportado en la literatura y sus indicaciones terapéuticas no están del todo claras.

Objetivos: Describir la técnica del condón de Rivera y, mediante un caso clínico, describir su uso en el manejo de una dehiscencia mucocutánea de una ostomía.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de una paciente de 78 años portadora de un cáncer de ovario metastásico, quien, en contexto de urgencias, es sometida a una colectomía con ostomía terminal. Evoluciona con una dehiscencia mucocutánea total de una colostomía que fue manejado utilizando la técnica del condón de rivera. Se describe la técnica y resultados de su aplicación

Resultado: El condón de Rivera, consiste en una anastomosis entre un preservativo de látex y el borde mucocutáneo de una ostomía o bien la mucosa de una fístula entero-atmosférica. El procedimiento se realiza al borde de cama del paciente y el objetivo es la conducción del contenido intestinal hacia una bolsa recolectora evitando su contacto con tejido granulatorio y piel. La paciente presentada, evolucionó con una invaginación profunda del estoma e inflamación de piel periestomal. El equipo de enfermería planteó el uso de la técnica del condón de Rivera, el cual se instaló. A pesar de que se evidenció la progresión de la dehiscencia mucocutánea hasta hacerse total, el tejido periestomal y la piel evolucionaron favorablemente con el uso del preservativo. Con la mejoría de las condiciones locales, se pudo instaurar nuevamente el uso habitual de bolsas de ostomía y ambulatorizar los cuidados de enfermería.

Conclusión: La técnica del condón de Rivera es una alternativa de bajo costo, simple y segura para el manejo de la dehiscencia mucocutáneas total de una ostomía.

357, DESAFÍOS Y RESULTADOS DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN PERIANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: María Ignacia Von Bennewitz B. (1), Herta Sagredo T. (2), Augusto Barrera Z. (3), Florencia Pinto G. (4), Sebastián López N. (5), Pablo Baeza I. (5), Julio Rojas A. (5), Aníbal Tica P. (5), José Antonio Hernández M. (5), Katya Carrillo G. (5)

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

Introducción: La enfermedad de Bowen, definida histológicamente como carcinoma escamoso in situ, representa una neoplasia intraepitelial. Su presentación perianal es poco frecuente y plantea desafíos clínicos únicos debido a las limitaciones anatómicas y al riesgo de progresión a carcinoma invasivo. La enfermedad de Bowen perianal, en su forma extensa, requiere un enfoque estratégico e individual. Existe poca evidencia reportada a nivel nacional.

Objetivos: Caso clínico de enfermedad de Bowen perianal tratado mediante escisión quirúrgica primaria. Evaluar resultados quirúrgicos e histopatológicos.

Contenido del E-Poster: Caso clínico-anatomopatológico. Se presentan imágenes quirúrgicas e histológicas.

Resultado: Paciente masculino, 67 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión arterial. Consulta por un año de evolución de aparición de masa perianal derecha asociada a prurito y dolor. Al examen físico lesión perineal-glútea derecha liquenificada e indurada de 10 x 4 cm. Colonoscopia sin lesiones. Biopsia de lesión: carcinoma escamoso in situ. Tomografía computarizada de tórax abdomen y pelvis y resonancia magnética nuclear de pelvis, sin hallazgos patológicos. Se realiza escisión quirúrgica de manera electiva en un tiempo, asegurando márgenes libres de 15-20 mm, respetando aparato esfinteriano y cierre por segunda intención. Paciente evoluciona favorablemente, alta al tercer día, en proceso de cicatrización completa.

Conclusión: La escisión quirúrgica, especialmente mediante escisión local amplia y evaluación histológica de los márgenes, sigue siendo el estándar de oro para el control localizado de la enfermedad de Bowen perianal extensa. La escisión completa con márgenes de 5–10 mm asegura limpieza histológica y reduce la posibilidad de progresión a carcinoma escamoso invasivo. Lograr márgenes adecuados en áreas anatómicamente restringidas, como cerca del margen anal o pliegues perineales, es complejo e infrecuente. Una planificación personalizada, la consideración de necesidades reconstructivas y la integración de terapias no quirúrgicas en casos seleccionados son claves para lograr resultados óptimos.

358, HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE PERINEAL: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UN TUMOR VASCULAR RARO. REPORTE DE CASO.

Autores: Karen Francisca Concha Vergara, Renate Hormazábal A.¹, Javiera Muñoz C.¹, Karen Concha V.², Roberto Olguín R.³, Felipe Imigo G.³, Tomás Contreras³, Enrique Morales³, Julio Figueroa³ ¹internas De Medicina, Hospital Base De Puerto Montt ²residente De Cirugía, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Hospital Base De Puerto Montt ³equipo De Cirugía Coloproctología, Hospital Base De Puerto Montt

Hospital Base Puerto Montt, Chile

Introducción: El hemangioendotelioma epitelioides (HEE) es una neoplasia vascular maligna infrecuente, con comportamiento biológico intermedio entre hemangioma y angiosarcoma. Representa menos del 1 % de los tumores vasculares y su localización perineal es excepcional. Su diagnóstico se basa en hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos, con positividad habitual para CD31, CD34 y FLI-1. El tratamiento no está estandarizado, pero la resección quirúrgica con márgenes negativos constituye el manejo de elección en enfermedad localizada.

Objetivos: Reportar un caso de hemangioendotelioma epitelioides (HEE) de localización perineal, una presentación infrecuente, con el fin de describir sus características clínicas, hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos, y discutir las consideraciones quirúrgicas y terapéuticas asociadas a su manejo en un contexto hospitalario local.

Contenido del E-Poster: Análisis de caso clínico de paciente del Hospital Base de Puerto Montt. Información obtenida de la base de datos local "Experto" el 2025.

Resultado: Varón de 32 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consultó por masa inguinal derecha de crecimiento progresivo y doloroso. El examen físico reveló lesión exofítica ulcerada en región perianal, sin compromiso anorrectal. Ecografía mostró masa sólida, vascularizada, y la tomografía descartó extensión profunda. Se realizó resección quirúrgica completa. La pieza medía 10,5 × 5,4 cm. El estudio histopatológico evidenció proliferación vascular con células epitelioides en estroma mixohialino, pleomorfismo y mitosis frecuentes. La inmunohistoquímica fue positiva para CD31, CD34 y FLI-1, confirmando HEE perineal. El informe evidenció borde quirúrgico comprometido, por lo que el caso fue evaluado en comité oncológico, recomendándose ampliación quirúrgica.

Conclusión: El HEE perineal es una manifestación extremadamente rara de esta entidad tumoral, lo que resalta la importancia de un diagnóstico histológico e inmunohistoquímico certero. La localización perianal plantea desafíos quirúrgicos adicionales debido a la cercanía de estructuras anorrectales, lo cual puede condicionar el abordaje quirúrgico y la planificación oncológica. La positividad para CD31, CD34 y FLI-1 es compatible con fenotipo endotelial y permite diferenciar al HEE de otros tumores de partes blandas, como el carcinoma epidermoide perianal, el melanoma o el angiosarcoma. Aunque en este caso la resección quirúrgica fue inicial, el margen comprometido obliga a considerar una reintervención para optimizar el control local, estrategia respaldada por estudios recientes. En ausencia de enfermedad metastásica, el tratamiento quirúrgico completo sigue siendo el pilar fundamental. Sin embargo, se ha descrito la utilidad de agentes como interferón-alfa o sirolimus en casos con enfermedad residual, no resecable o metastásica, con tasas de respuesta aceptables y perfil de toxicidad moderado. Este caso contribuye a ampliar el conocimiento clínico del HEE en localizaciones infrecuentes, subrayando la relevancia de un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento.

359, HAMARTOMA PARARRECTAL EN PACIENTE JOVEN: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE ABORDAJE POSTERIOR TIPO KRASKE

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

Universidad De Valparaíso.

Introducción: Los tumores presacrales son entidades infrecuentes que representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Dentro de estos, los hamartomas pararrectales son extremadamente raros, con escasa representación en la literatura, pudiendo simular lesiones malignas o infecciosas. Su identificación es clave para planificar un tratamiento quirúrgico curativo con mínima morbilidad.

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de un hamartoma pararrectal en una paciente joven, enfatizando el valor del estudio imagenológico y del abordaje posterior tipo Kraske en lesiones retrorectales bajas.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de una paciente de 21 años con dolor en la pierna izquierda y espalda baja de un mes de evolución, asociado a metrorragia. Durante su estudio ginecológico se realizó resonancia magnética de pelvis que descartó patología uterina u ovárica, y evidenció una masa presacra de 3 cm de aspecto compatible con hamartoma pararrectal, sin signos de infiltración. Una tomografía de tórax, abdomen y pelvis descartó enfermedad a distancia.

Resultado: La paciente fue intervenida mediante abordaje posterior tipo Kraske, logrando una escisión completa de la masa sin complicaciones intraoperatorias. El postoperatorio cursó sin eventos adversos, con alta médica precoz. El análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de hamartoma mesenquimatoso benigno. Al seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin signos de recurrencia.

Conclusión: El hamartoma pararrectal es una entidad infrecuente que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de masas presacras en pacientes jóvenes. La resonancia magnética constituye la herramienta de elección para su caracterización. La resección quirúrgica completa mediante abordaje posterior tipo Kraske permite un tratamiento curativo con bajo riesgo de complicaciones y excelente pronóstico.

360, SÍNDROME DE MCKITTRICK - WHEELOCK: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Fernanda Belén Bustamante Bahamonde, Lucas Eduardo Uribe San Martín, Rodrigo Andrés Venegas Lagos, Gabriel Andrés Bastías Rojas, Rodrigo Chirino Tadeo Flández Fuentealba, Gino Alejandro Caselli Morgado, Eduardo Andrés Larenas Ricke, Christian Allan Köenig Petit-Laurent, José Manuel Rubén Vivanco Aguilar.

Universidad De Concepción

Introducción: El síndrome de McKittrick–Wheelock (SMW) es una entidad clínica infrecuente pero potencialmente grave, caracterizada por una pérdida masiva de electrolitos y agua secundario a una neoplasia secretora del recto, usualmente un adenoma vellosa. Su etiopatogenia se basa en la hiperproducción de secreciones mucosas ricas en potasio y bicarbonato, lo que genera hipokalemia, acidosis metabólica e incluso insuficiencia renal aguda. La revisión sistemática más grande y reciente en 2018 identificó 257 casos descritos en la literatura, sin embargo, se desconoce su incidencia actual. En Chile se han publicado tres casos clínicos en la Revista Médica de Chile. Los síntomas incluyen diarrea mucosa crónica, deshidratación, debilidad generalizada y alteraciones del estado de conciencia, lo que obliga a un alto índice de sospecha para evitar desenlaces adversos.

Objetivos: Presentar caso de Síndrome de McKittrick - Wheelock.

Contenido del E-Poster: Presentación de caso.

Resultado: Mujer de 80 años, con Diabetes Mellitus 2, hipertensión e hipotiroidismo. Con historia de larga data de diarrea asociada a alteraciones electrolíticas, se hospitalizó por falla renal e hipokalemia. Dentro del estudio, la tomografía computada (TC) evidenció una lesión rectal sospechosa de neoplasia, por lo que se realizó rectoscopia donde se observó una gran lesión estenosante en recto, friable, con áreas ulceradas, que se biopsió. Se informó adenoma vellosa con displasia de alto grado. En RNM se observa engrosamiento parietal en plano mucoso - submucoso de recto medio, superior e inferior de aspecto tumoral de extensión longitudinal de 11.3 cm. Se realizó resección anterior baja de recto (RAR) con colostomía terminal. En la cirugía se observó el tumor que se extendía desde el recto superior hasta el recto inferior sin compromiso transmural. No se evidenció metástasis hepáticas. De alta.

Conclusión: El diagnóstico del SMW suele retrasarse por su presentación inespecífica. La diarrea crónica, los desequilibrios electrolíticos recurrentes y la insuficiencia renal suelen motivar estudios de imagen, que orientan el diagnóstico, confirmado por colonoscopia y biopsia. El tratamiento definitivo es la resección del tumor, con resolución completa de los síntomas. Sin cirugía, la mortalidad supera el 50%. El SMW es una entidad poco frecuente pero potencialmente fatal si no se trata oportunamente. La resección completa de la lesión tras la estabilización hidroelectrolítica, es fundamental para la resolución de los síntomas y la prevención de complicaciones. Un alto índice de sospecha y el uso adecuado de imágenes y endoscopia son claves para su diagnóstico y tratamiento exitoso.

361, ADENOCARCINOMA COLORRECTAL DIAGNOSTICADO EN ABSCESO PERIANAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Autores: Trinidad Aljaro E., Carla Pereira M, Amanda Wosiack M., Sofía Pinedo R., Carolina Morales C., Denisse Vera H., Xavier Carrero M., Diego Domínguez S., Militza Romagnoli R.

Hospital El Carmen

Introducción: El absceso perianal es una causa frecuente de consulta en cirugía general y coloproctología, habitualmente de origen criptoglandular. Sin embargo, en casos atípicos, recidivantes o de evolución desfavorable, es fundamental considerar diagnósticos diferenciales menos comunes como neoplasias malignas. Una de las posibilidades más relevantes es la siembra tumoral secundaria a un cáncer colorrectal, fenómeno poco habitual, pero de gran relevancia clínica, ya que suele indicar enfermedad avanzada y cambia el enfoque terapéutico.

Objetivos: Describir la importancia del diagnóstico diferencial ante abscesos perianales atípicos, a propósito de un caso en que esta presentación fue el debut de un adenocarcinoma colorrectal, complementando con una revisión de los mecanismos relacionados con la siembra tumoral en la región perianal.

Contenido del E-Poster: Se expone el caso clínico de un paciente con diagnóstico de adenocarcinoma de colon sigmoide, a partir de un absceso perianal inusual. Se realizó una revisión no sistemática de casos clínicos en PubMed, Sevier, Cochrane y literatura sobre presentación atípica de adenocarcinoma colorrectal y su mecanismo de diseminación. La información clínica se obtuvo de la ficha electrónica, registro fotográfico institucional y consentimiento informado del paciente.

Resultado: Paciente masculino de 69 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor y aumento de volumen en región perianal, asociado a diarrea y malestar abdominal. Al examen físico presenta signos inflamatorios locales perianales, al tacto rectal esfínter hipotónico, sin evidencia de fístulas. Al estudio de laboratorio destaca anemia y elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza tomografía computarizada abdominopélvica, que evidenció engrosamiento neoplásico del colon sigmoide y una colección perianal derecha. Se realiza drenaje quirúrgico del absceso con toma de biopsia. Fue dado de alta y citado a control. En el seguimiento se observa mala evolución del sitio drenado, con una lesión solevantada, no fluctuante, sin salida de material purulento, por lo que se hospitaliza para drenar por segunda instancia. El informe histopatológico reveló fragmentos de tejido tumoral necrótico e infiltración neoplásica, concluyendo adenocarcinoma tubular poco y moderadamente diferenciado ulcerado. Tras el segundo procedimiento, el paciente presentó mejoría clínica progresiva, siendo dado de alta para completar estudio ambulatorio e iniciar su terapia oncológica.

Conclusión: El hallazgo de adenocarcinoma en un absceso perianal, sin antecedentes de fístula crónica ni enfermedad inflamatoria intestinal, debe levantar la sospecha de siembra tumoral secundaria a cáncer colorrectal. Este caso resalta la importancia de realizar biopsias sistemáticas en abscesos atípicos o de evolución inusual para un diagnóstico oportuno. La detección precoz permite mejorar el pronóstico y planificar una terapia adecuada. Asimismo, el uso de herramientas inmunohistoquímicas contribuye a descartar síndromes hereditarios y guiar el tratamiento oncológico, en el marco de una atención personalizada y basada en evidencia.

362, ADENOCARCINOMA DE YEYUNO QUE SIMULA CÁNCER DE COLON: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN CLÍNICA

Autores: Mauricio Lira, Paulina Pérez, Victoria Vargas

Servicio De Cirugía - Hospital Clínico Magallanes

Introducción: El adenocarcinoma del intestino delgado representa menos del 5% de las neoplasias gastrointestinales, siendo el yeyuno una localización particularmente infrecuente. Su presentación clínica es inespecífica y frecuentemente se confunde con otras patologías abdominales, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. El presente caso adquiere relevancia por su presentación clínica, imagenológica y operatoria sugerente de una neoplasia primaria colónica.

Objetivos: Reportar un caso de adenocarcinoma de yeyuno con presentación clínica sugestiva de cáncer de colon, destacando su valor diagnóstico y quirúrgico en el contexto de una resección en bloque.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consultó por rectorragia, dolor en hemiabdomen inferior, baja de peso, fiebre intermitente y anorexia. El estudio con TAC con contraste evidenció engrosamiento del colon sigmoidees, compatible con neoplasia, sin lesiones secundarias aparentes y con compromiso fistulizante de yeyuno asociado a dilatación e imagen de pseudoheces de este. Fue derivado al servicio de cirugía del Hospital de Punta Arenas para evaluación y manejo quirúrgico. Durante la laparotomía, se observa masa que compromete colon sigmoidees y asas de intestino delgado a 150 cm de distancia del ángulo de Treitz, sin adherencia a planos profundos. Se realizó resección en bloque con anastomosis colorrectal terminoterminal y enteroenteral laterolateral mecánica. La pieza incluyó sigmoidees, 29 cm de yeyuno, epiplón, nódulo mesentérico y nódulo umbilical.

Resultado: El estudio anatomopatológico evidenció adenocarcinoma túbulo-papilar bien diferenciado (G1) de yeyuno con invasión transmural hacia la pared colónica, sin displasia en mucosa colónica, sin invasión perineural o linfovascular, y con márgenes quirúrgicos negativos. Se analizaron 49 ganglios linfáticos, todos sin metástasis (pT4N0). El estudio inmunohistoquímico (CK20+, CDX2+, CK7-, EPCAM-) respaldó el origen yeyunal. El paciente evolucionó satisfactoriamente, cursando con íleo postoperatorio transitorio, sin otras complicaciones, y fue dado de alta con seguimiento por coloproctología. Fue presentado al comité oncológico donde se decide realizar quimioterapia adyuvante.

Conclusión: Este caso destaca la dificultad diagnóstica del adenocarcinoma yeyunal, el cual simuló un carcinoma colónico fistulizado a yeyuno a nivel clínico e imagenológico. La resección quirúrgica en bloque fue clave para su tratamiento definitivo. La inmunohistoquímica permitió confirmar el origen intestinal delgado. Este tipo de casos enfatiza la importancia de considerar neoplasias del intestino delgado en el diagnóstico diferencial de masas colónicas atípicas. La sospecha clínica ampliada y la exploración quirúrgica cuidadosa son determinantes para un manejo adecuado.

363, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL BAJA SECUNDARIA A INTUSUSCEPCIÓN ILEO-CECAL MALIGNA

Autores: Sebastián J. Uribe V, Felipe Celedón P

Hospital Clínico De La Fuerza Aérea De Chile

Introducción: La intususcepción intestinal (II) es una causa poco común de obstrucción intestinal en adultos, con una prevalencia estimada entre el 1% y el 5% de las obstrucciones mecánicas. En contraste con la población pediátrica, en adultos la II está asociada a una etiología patológica subyacente en aproximadamente el 90% de los casos, siendo la neoplasia la más frecuente. La intususcepción ileocecal, que involucra la invaginación del íleon terminal en el ciego, es particularmente rara y suele requerir intervención quirúrgica debido a su asociación con malignidad. Este reporte presenta un caso de intususcepción ileocecal neoplásica en una paciente nonagenaria, destacando su manejo y relevancia clínica.

Objetivos: Presentar el caso de una intususcepción ileocecal neoplásica en una paciente de 98 años, analizando los aspectos diagnósticos, terapéuticos y la evolución postoperatoria en el contexto de la edad avanzada.

Contenido del E-Poster: Se recopiló datos clínico-demográficos, imagenológicos, quirúrgicos y de evolución postoperatoria de una paciente atendida en el Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, analizándolos de forma descriptiva. Se realizó una revisión narrativa en los principales motores de búsqueda, SCIELO y PUBMED, para contextualizar el caso dentro de la literatura actual.

Resultado: Paciente femenina de 98 años, autovalente, ingresó al servicio de urgencias por dolor abdominal progresivo, vómitos de retención, diarrea, lipotimia e hipotensión. Al examen físico se evidenció abdomen distendido, disminución de ruidos hidroaéreos y aumento de la sensibilidad. Los estudios paraclínicos mostraron anemia moderada (Hb 9.9 mg/dl). La tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis reveló intususcepción ileocecal con dilatación proximal de asas intestinales. Tras un intento fallido de manejo conservador, se realizó laparotomía exploradora, confirmando la intususcepción y un engrosamiento parietal del ciego. Se procedió a una ileo-tiflectomía abierta con ileo-ascenso anastomosis mecánica, resecando íleon terminal, ciego, apéndice y 5 linfonodos. La histopatología informó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con márgenes quirúrgicos negativos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con resolución de los síntomas y alta hospitalaria al décimo día. La intususcepción ileocecal en adultos es una entidad infrecuente, representando entre el 5% y el 15% de todas las intususcepciones intestinales en esta población. Su ocurrencia en pacientes nonagenarios es excepcional, y este caso resalta la necesidad de incluirla en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal en adultos mayores. La literatura reporta una asociación con malignidad en hasta el 66% de las intususcepciones colónicas, lo que justifica un abordaje quirúrgico con criterios oncológicos, incluso en pacientes de edad avanzada. La resección en bloque es el tratamiento de elección.

Conclusión: La intususcepción ileocecal neoplásica es una complicación rara pero significativa en pacientes de edad avanzada, que requiere un alto índice de sospecha ante síntomas de obstrucción intestinal. Este caso demuestra la viabilidad del manejo quirúrgico con criterios oncológicos en una paciente nonagenaria, logrando una recuperación satisfactoria y subrayando la importancia de un diagnóstico oportuno y una intervención adecuada en este grupo etario.

364, MIGRACIÓN RECTAL DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO: RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA SEGURA DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Autores: Daniel Montaña Socarras, Won Hee Kim Kim, Javiera Gajardo Von Kunowsky, Javier Villagrán Hermanns, Camila Vidal Vera, Florencia Woolvett Keim, Franklin Ruiz Gutierrez, Dania Molina Baez, Nicolas Kerrigan Bustos
Hospital Félix Bulnes Cerda

Introducción: El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, eficaz y de bajo costo, ampliamente utilizado en mujeres en edad fértil. A pesar de su perfil de seguridad favorable, pueden presentarse complicaciones como expulsión, perforación uterina y migración a órganos adyacentes. La perforación uterina ocurre en menos del 2‰ de las inserciones y puede pasar inadvertida, especialmente cuando es parcial o secundaria. La migración hacia el recto es una entidad inusualmente reportada, con escasos casos documentados en la literatura. Su diagnóstico puede retrasarse debido a síntomas inespecíficos y la larga latencia entre la inserción del DIU y el inicio del cuadro clínico. La identificación de esta complicación requiere un alto índice de sospecha clínica y el uso oportuno de estudios imagenológicos. Aunque el tratamiento quirúrgico ha sido históricamente el estándar, se ha descrito la extracción endoscópica como una opción segura en casos seleccionados.

Objetivos: Describir un caso clínico de migración rectal de un DIU tipo T de cobre, con resolución endoscópica exitosa y sin complicaciones, analizando sus implicancias diagnósticas y terapéuticas a la luz de la literatura actual.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de un caso clínico asistido en el Servicio de Cirugía General del Hospital Félix Bulnes Cerda. Se realizó análisis descriptivo del abordaje diagnóstico, manejo terapéutico y evolución clínica. Se contrastaron los hallazgos con reportes nacionales e internacionales, incluyendo casos similares publicados en revistas indexadas y revisiones sistemáticas. Se detallan las características técnicas del procedimiento endoscópico realizado.

Resultado: Paciente de 63 años, hipertensa, con antecedente de cesárea única y colocación de DIU hace más de 30 años. Consulta por dolor abdominopélvico de larga data, exacerbado con la defecación y acompañado de episodios de rectorragia intermitente. El examen físico fue inespecífico. Una tomografía computada abdominopélvica evidenció imagen lineal hiperdensa compatible con cuerpo extraño en el recto medio-bajo, sin signos de neumoperitoneo ni líquido libre. Se realizó colonoscopia que identificó un DIU tipo T de cobre incrustado en la pared anterior del recto medio, el cual fue retirado exitosamente mediante tracción con pinza endoscópica. No se observaron signos de perforación transmural ni se requirió cierre de defecto. La paciente fue dada de alta sin complicaciones clínicas ni imagenológicas.

Conclusión: Este caso ilustra una complicación excepcional asociada al uso prolongado de dispositivos intrauterinos, con migración rectal tardía como causa subyacente de dolor pélvico crónico y rectorragia. Su presentación clínica inespecífica puede dificultar el diagnóstico, especialmente en ausencia de antecedentes ginecológicos recientes. La tomografía sigue siendo el estudio de elección para localizar el DIU migrado, aunque la colonoscopia es útil tanto para confirmar su ubicación intraluminal como para su eventual extracción. La resolución endoscópica, en ausencia de perforación transmural o signos de sepsis, representa una alternativa terapéutica efectiva y menos invasiva que la cirugía. Este caso reafirma la importancia de la vigilancia clínica post-inserción, el control de la localización del DIU y la consideración diagnóstica de complicaciones tardías en pacientes con síntomas digestivos atípicos y antecedentes gineco-obstétricos relevantes.

365, SARCOIDOSIS GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Autores: Macarena Fernández A, José Tomás Correa O, Diego García P, Felipe Illanes F, Cristián Gallardo V, Carlos Melo L, Alejandro Barrera E.

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

Introducción: la sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica poco frecuente de causa no precisada que generalmente afecta a los pulmones y linfonodos intratorácicos. La afectación gastrointestinal es particularmente rara pero clínicamente significativa por las posibles complicaciones asociadas.

Objetivos: presentar un caso sarcoidosis gastrointestinal (SGI) con compromiso de intestino delgado, colon ascendente, hígado y peritoneo.

Contenido del E-Poster: análisis de la ficha clínica, imágenes, protocolo operatorio, biopsias y desarrollo de una revisión bibliográfica.

Resultado: paciente hombre de 32 años, sano. Consulta por cuadro clínico de 4 meses de evolución caracterizado por dolor en FID, baja de peso y constipación progresiva. Se realiza una TAC AP que informa un engrosamiento parietal estenosante de íleon distal de 5 cm de diámetro con innumerables adenopatías mesentéricas de hasta 24 mm, además de un nódulo subcapsular hepático hipodenso de 15 mm en el segmento 7. La colonoscopia evidencia una lesión de aspecto tumoral estenosante en íleon distal, a 5 cm válvula ileocecal con biopsia que informa inflamación crónica sin neoplasia. Se realiza laparoscopia exploradora donde se objetiva una masa de aspecto inflamatorio en íleon, el nódulo hepático descrito además de múltiples nódulos de 5-10 mm en peritoneo. La biopsia del tejido peritoneal y hepático fue informada como tejido fibroso y muscular estriado vascularizado con granulomas epitelioides de tipo sarcoidales, con estudio negativo para cultivo de Koch, EII, micobacterias no TBC, VEB, CMV, toxoplasmosis, Chagas y VIH. Se realiza ileotiflectomía más anastomosis ileocólica latero lateral mecánica vía laparoscópica. El paciente evoluciona favorable y es dado de alta al 4° día post operatorio. La biopsia de la pieza quirúrgica confirma una ileocolitis crónica granulomatosa parcialmente estenosante compatible con sarcoidosis y presencia de granulomas no necrotizantes en 24 linfonodos. El paciente actualmente se encuentra asintomático en control ambulatorio.

Conclusión: la SCI, en particular la del intestino delgado, es muy poco frecuente, con menos de 10 casos reportados en la literatura existente. Las manifestaciones clínicas varían según el órgano afectado y el diagnóstico diferencial abarca EII, TBC, enfermedades autoinmunes, entre otras patologías. El sello histopatológico distintivo es la presencia de granulomas no necrosantes ni caseificantes. El tratamiento es la conducta expectante en pacientes asintomáticos, corticoides orales en casos de progresión sintomática de la enfermedad y cirugía oportuna en casos complicados para prevenir la perforación o ascitis hemorrágica.

366, FIBROMATOSIS DESMOIDE MESENTÉRICA: PRESENTACIÓN COMO MASA INFLAMATORIA EN ÍLEON TERMINAL

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

Hospital De Villarrica, Servicio De Salud Araucanía Sur.

Introducción: La fibromatosis desmoide mesentérica (FDM) es un tumor fibroblástico benigno, caracterizado por su comportamiento localmente invasivo y alta tasa de recurrencia. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico precoz.

Objetivos: En este trabajo se reporta un caso de FDM con presentación como masa inflamatoria en íleon terminal, simulando patología tumoral maligna.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de un paciente masculino de 43 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha. La tomografía computada (TAC) reveló litiasis ureteral distal y una masa tumoral en íleon terminal con infiltración mesentérica. Se realizó laparotomía exploradora, identificándose una masa infiltrativa que comprometía raíz del mesenterio. Se practicó resección intestinal en bloque (íleon terminal, colon derecho y mesenterio) con anastomosis ileotransversa. La evolución postoperatoria fue favorable.

Resultado: El estudio histopatológico demostró una fibromatosis desmoide mesentérica con patrón infiltrativo, escasa mitosis y expresión nuclear de β -catenina. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos. No se requirió tratamiento médico adyuvante. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento clínico e imagenológico activo sin evidencia de recurrencia.

Conclusión: La FDM debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de masas abdominales en pacientes jóvenes. Su manejo depende de la sintomatología y localización. En casos sintomáticos con compromiso anatómico, la resección quirúrgica completa representa el tratamiento de elección. El enfoque multidisciplinario y el seguimiento prolongado son claves para un buen pronóstico.

367, COLITIS ULCEROSA EN PACIENTE CON DOBLE ESTENOSIS DEL COLON. REPORTE DE CASO

Autores: Joselin Del Valle Jaimes Fernandez, Clara Del Carmen Silva Camus, Maria Ignacia Velasco Campino, Daniela Haas Howard, Claudio Wainstein G, Jose Miguel Zuñiga G, Francisco Lopez Kostner

Clínica Universidad De Los Andes

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) son las principales entidades que conforman la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero su diferenciación diagnóstica puede ser compleja, especialmente cuando se presentan formas atípicas. La EC puede comprometer cualquier segmento del tubo digestivo, siendo el íleon el sitio más frecuente, sin embargo, hasta un 25–60% de los casos presentan compromiso colónico aislado. En CU, las estenosis ocurren en 5,4%, pero con mayor riesgo de CCR (hasta 22%). El paciente reportado a continuación presenta diagnóstico de acromegalia, lo que incrementa de forma independiente el riesgo de desarrollar pólipos y neoplasias colónicas, con una prevalencia de CCR de 14%

Objetivos: Describir un caso de CU con evolución atípica y alto riesgo oncológico, en paciente portador de acromegalia

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico

Resultado: Paciente masculino de 55 años, con acromegalia, antecedentes quirúrgicos de sigmoidectomía en el 2009 por diverticulitis recurrente, resección de adenoma hipofisiario en el 2017 y colecistectomía en el 2018. Paciente en tratamiento médico por colitis ulcerosa desde 2019, y en vigilancia por pólipos hiperplásicos del colon de gran tamaño que han sido resecados en controles de colonoscopia anuales. En colonoscopia de agosto 2024 presenta actividad inflamatoria leve, adenoma con displasia de alto grado en ciego resecado; a los 9 meses de última colonoscopia presenta pérdida de peso y diarrea constante, colonoscopia control evidencia doble estenosis franqueable (con dificultad) de colon transverso y descendente, además presenta divertículos en todo el colon, se indica TAC de abdomen y pelvis donde se evidencia engrosamiento de colon, sospechoso de malignidad. Frente a la ausencia de manifestaciones perianales y estenosis sospechosa de malignidad, se realiza proctocolectomía robótica más reservorio ileal con ileostomía en asa.. Actualmente con buena evolución, ileostomía funcional. La pieza presenta al examen anatómopatológico múltiples adenomas con displasia de bajo grado, y estenosis inflamatoria sugerente de Enfermedad de Crohn, descartando malignidad y confirmándose etiología inflamatoria de las masas estenosantes.

Conclusión: Se presenta un paciente con evolución atípica de su colitis ulcerosa quien desarrolla displasia de alto grado y estenosis infranqueable del colon. Es posible que su acromegalia pueda explicar en parte esta evolución.

368, VÓLVULO DE SIGMOIDES COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN SERVICIO DE URGENCIAS. REPORTE DE UN CASO

Autores: Ignacio Santos G, Alejandro Heiden Z, Sofía Vargas R, Sarvia Toledo N, Eduardo Baima S.

Hospital Las Higueras, Servicio De Cirugía, Talcahuano. Universidad De Concepción.

Introducción: Los vólvulos colónicos representan el 5-15 % del total de obstrucciones intestinales, siendo el vólvulo de sigmoides (60-75 %) el más frecuente, seguido de el vólvulo de ciego (25-40 %). El vólvulo de sigma se define como la rotación y torsión del sigmoides sobre su propio mesenterio, generando isquemia de su pedículo vascular, si esta condición no se trata oportunamente, puede progresar a isquemia, necrosis y finalmente perforación intestinal. Su manejo está orientado a la estabilidad clínica del paciente, considerando la desvolvulación endoscópica en pacientes estables, el tratamiento inicial de elección logrando tasas de éxito de (75-90%). Por otro lado, en pacientes con sospecha de sufrimiento de asa intestinal la cirugía de Hartmann es el tratamiento de elección.

Objetivos: Describir un cuadro clínico de baja frecuencia como diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, con manejo exitoso y paciente con evolución favorable.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de ficha médica y literatura de caso clínico.

Resultado: Paciente masculino de 46 años con antecedentes de esquizofrenia, constipación crónica, usuario de laxantes, consulta por cuadro de obstrucción intestinal de 5 días de evolución; náuseas, vómitos, ausencia de tránsito intestinal. Ingresa estable hemodinámicamente, afebril, con abdomen muy distendido, doloroso difusamente a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Al laboratorio se pesquisa parámetros inflamatorios elevados y radiografía de abdomen con dilatación patológica de asas. Se toma scanner de abdomen y pelvis que informa vólvulo de sigma, alcanzando un tamaño de 9 cm, que genera dilatación marco colónico retrógrada, sin signos de isquemia intestinal. Sin posibilidad de manejo endoscópico, se realiza laparotomía exploradora que evidencia vólvulo de colon sigmoides con rotación antihoraria 360° que alcanza 12 cm de diámetro, se realiza cirugía de Hartmann, sin incidentes. Paciente con evolución favorable en postoperatorio, sin dolor abdominal, colostomía funcional, tolerando régimen liviano, egresa a los 4 días postoperado. Se controla en policlínico a las 3 semanas de alta, sin signos de complicación postquirúrgica.

Conclusión: Los vólvulos colónicos, son una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, El vólvulo de sigma es el más frecuente dentro de esta categoría, siendo relevante considerarla dentro de nuestro diagnóstico diferencial, ya que es una patología tiempo dependiente que pone en riesgo la vida de nuestro paciente, en este sentido este reporte contribuye a ampliar el pensamiento diagnóstico en nuestra práctica diaria con el fin de llegar un tratamiento oportuno y disminuir la morbimortalidad dada por la perforación intestinal.

369, VÓLVULO DE CIEGO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN SERVICIO DE URGENCIAS, REPORTE DE UN CASO

Autores: Ignacio Santos G, Alejandro Heiden Z, Sofía Vargas R, Sarvia Toledo N, Felipe Baima S.

Hospital Las Higueras, Servicio De Cirugía, Talcahuano. Universidad De Concepción.

Introducción: El vólvulo de ciego es una rara causa de obstrucción intestinal, se define como la rotación y torsión de un ciego móvil sobre su propio mesenterio, que causa obstrucción intestinal, generalmente comprometiendo pedículo mesentérico de arteria ileocecal. Si no se trata, el vólvulo cecal puede progresar a isquemia, necrosis o perforación intestinal. Aunque los vólvulos pueden ocurrir en otras partes del tracto digestivo, como el estómago, la vesícula biliar y el intestino delgado, es más común en el colon. Siendo el vólvulo de ciego (25-40 %) y el vólvulo de sigmoides (60-75 %) los dos sitios más comunes de vólvulo colónico.

Objetivos: Describir un cuadro clínico de baja frecuencia como diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, con manejo exitoso y paciente con evolución favorable.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de ficha médica y literatura de caso clínico.

Resultado: Paciente masculino de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, Diabetes mellitus e hiperplasia prostática. Consulta por cuadro de obstrucción intestinal de 3 días de evolución Ingresa hemodinámicamente estable, afebril, con abdomen asimétrico y doloroso difusamente a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Al laboratorio se pesquisa parámetros inflamatorios elevados y radiografía de abdomen con dilatación patológica de asas. Se toma scanner de abdomen y pelvis que informa vólvulo de ciego con signos de isquemia intestinal, con válvula competente. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia de vólvulo de ciego con doble rotación antihoraria, ciego con diámetro de 14 cm aproximadamente con signos de isquemia, sin perforación. Se realiza hemicolectomía derecha más anastomosis ileotransversa manual. Paciente con evolución favorable en postoperatorio, leve dolor abdominal, con tránsito intestinal presente, tolerando régimen liviano, egresa a los 4 días postoperado. Se controla en policlínico a las 2 semanas de alta, sin signos de complicación postquirúrgica.

Conclusión: El vólvulo de ciego es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, es relevante considerarla dentro de nuestro diagnóstico diferencial, ya que es una patología tiempo dependiente que pone en riesgo la vida de nuestro paciente, en este sentido este reporte contribuye a ampliar el pensamiento diagnóstico en nuestra práctica diaria con el fin de llegar un tratamiento oportuno y disminuir la morbilidad dada por la perforación intestinal.

370, LINFOMA PRIMARIO DE COLON: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autores: Verónica Vidal M, Nicolás Escudero B, Alessio Espinoza, Macarena Grandón, Felipe Imigo G, tomas Contreras R.

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

Introducción: El linfoma gastrointestinal primario constituye entre el 1% y 4% de los linfomas no Hodgkin y hasta el 40% de los extranodales, predominando en estómago e intestino delgado. Los subtipos histológicos más frecuentes en colon son el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL), seguido por el linfoma MALT. El compromiso colónico es excepcional, representando menos del 0,5% de las neoplasias malignas del colon. A diferencia del adenocarcinoma de colon, los linfomas pueden no presentar lesiones polipoideas o estenosis, y su tratamiento incluye quimioterapia como pilar principal, reservando la cirugía para complicaciones como perforación, sangrado. En Chile, los reportes son escasos. Este estudio describe dos casos de linfoma primario de colon diagnosticados en un abordaje terapéutico y evolución, para contribuir al conocimiento local de esta patología infrecuente.

Objetivos: Describir y analizar características clínicas, hallazgos imagenológicos e histopatológicos y resultados quirúrgicos de 2 pacientes con diagnóstico de linfoma primario de colon. Contextualizar estos resultados en la literatura nacional e internacional.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de 2 casos clínicos en pacientes adultos del Hospital de Puerto Montt, comprendidos entre enero y mayo del 2025. Se incluyeron aquellos con diagnóstico histológico de linfoma primario de colon, aplicando los criterios diagnósticos de Dawson. Se registraron las siguientes variables clínicas y quirúrgicas: edad, comorbilidades, síntomas, hallazgos de tomografía contrastada, localización tumoral, estadificación TNM preoperatoria, técnica quirúrgica empleada, tipo histológico, índice proliferativo Ki-67, tratamiento oncológico y evolución clínica. Los casos fueron discutidos en comité oncológico interdisciplinario. Se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional.

Resultado: Se analizaron dos pacientes, ambas mujeres, con edad promedio 68 años y comorbilidad cardiovascular. La baja de peso fue el síntoma principal, los síntomas secundarios fueron constipación, diarrea y diaforesis nocturna. La tomografía abdominopélvica con contraste mostró engrosamiento parietal colónico segmentario y adenopatías mesentéricas, sin lesiones secundarias en otros órganos sólidos. Ambas fueron sometidas a colectomía parcial más anastomosis primaria mediante laparotomía. La histología reveló un linfoma B difuso de células grandes CD20+ en un caso y un linfoma T epiteliotrópico de alto grado ulcerado, con coexpresión CD3, CD7, CD8, CD56 y TIA-1, Ki-67 60-70%, en el otro. Se indicó quimioterapia R-CHOP en ambas pacientes. Actualmente en seguimiento inicial no se han registrado complicaciones.

Conclusión: El Linfoma primario de colon es una neoplasia infrecuente y de difícil sospecha preoperatoria, dada su clínica inespecífica. La resección quirúrgica permite un diagnóstico definitivo y facilita la planificación oncológica. El tratamiento combinado cirugía-quimioterapia mostró buena tolerancia inicial. Se destaca la necesidad de considerar linfoma en el diagnóstico diferencial de lesiones colónicas atípicas y la importancia del abordaje multidisciplinario.

371, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO PERITONEAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN

Autores: Valentina Burgos B.¹, Mauricio Lira V.¹, Julio Rubio B.², William Acero B.² ¹residente De Cirugía General, Universidad San Sebastián, Hospital Puerto Montt ²cirujano General, Hospital Puerto Montt

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

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI), anteriormente conocido como pseudotumor inflamatorio, es una lesión mesenquimática rara, generalmente benigna, caracterizada por proliferación de células fusadas y un infiltrado inflamatorio mixto. Aunque más común en pulmón, su presentación en cavidad abdominal es infrecuente, especialmente en pacientes jóvenes, donde puede simular procesos neoplásicos agresivos y manifestarse como abdomen agudo o cuadro obstructivo.

Objetivos: Describir un caso de obstrucción intestinal secundaria a tumor miofibroblástico inflamatorio peritoneal, destacando su presentación clínica, hallazgos quirúrgicos, diagnóstico histológico e inmunohistoquímico, y evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso clínico de un paciente hospitalizado en el Hospital Base de Puerto Montt. La información fue extraída de la ficha clínica, protocolo quirúrgico e informe anatomopatológico. Se complementó con una revisión narrativa de literatura sobre TMI abdominal, sus manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial y estrategias de manejo.

Resultado: Paciente masculino de 18 años, previamente sano, consultó por dolor abdominal hipogástrico, constipación de 48 horas, náuseas y vómitos biliosos. La tomografía computarizada mostró obstrucción de íleon medio, nódulos peritoneales parcialmente calcificados, ascitis leve y masa periapendicular. Ante este cuadro clínico se realizó laparotomía exploradora, observándose como hallazgos líquido peritoneal seroso, una brida entre una masa apendicular y el intestino delgado a 220 cm del ángulo de Treitz, y múltiples nódulos en meso y serosa intestinal. Se practicó apendicectomía, liberación de bridas y biopsia de lesiones. El diagnóstico definitivo anatomopatológico fue tumor miofibroblástico inflamatorio peritoneal. El paciente evolucionó sin complicaciones, con restablecimiento del tránsito intestinal al cuarto día postoperatorio y alta médica con seguimiento en coloproctología. El estudio de extensión oncológica se encuentra en curso.

Conclusión: El tumor miofibroblástico inflamatorio debe considerarse en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal en pacientes jóvenes, particularmente en ausencia de antecedentes quirúrgicos. Su comportamiento clínico puede simular tumores malignos, lo que hace fundamental una evaluación histológica e inmunohistoquímica precisa. El tratamiento de elección es quirúrgico, y el seguimiento multidisciplinario resulta clave para descartar enfermedad residual o recurrencia.

372, USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN PROLAPSO RECURRENTE DE COLOSTOMÍA: REPORTE DE CASO

Autores: Juan Pablo Ruiz R, Javier Palominos S, Tomislav Mostacedo M, Franco Ippoliti C, Marisol Noriel V, Nicolas Kerrigan B, Erika Chacon D, Steffy Wachtendorff S, Javiera Suarez E.

Hospital Félix Bulnes

Introducción: El prolapso de ostomía es una complicación postoperatoria frecuente, suele tener indicación quirúrgica, sin embargo, en aquellos pacientes con alto riesgo operatorio cobra relevancia tener presente alternativas no invasivas. Entre estas, la toxina botulínica representa una nueva opción de manejo.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de caso clínico y analizar la literatura disponible con el fin de proponer como una línea de tratamiento posible el uso de toxina botulínica en el prolapso recurrente de las ostomías. Asimismo, se busca identificar ventajas y limitaciones de la técnica en comparación con las opciones quirúrgicas tradicionales.

Contenido del E-Poster: Presentación de un caso clínico y sus resultados. En paciente de nuestra institución. Se tomaron datos de ficha clínica con previa autorización de paciente junto con la presentación de registro fotográfico de su evolución posterior al tratamiento.

Resultado: Se presenta un paciente de 68 años con antecedente de enfermedad de Parkinson y colostomía terminal secundaria a resección abdominoperineal por carcinoma escamoso de recto inferior, quien desarrolló prolapso recurrente de colostomía. Fue sometido a dos nuevas confecciones de colostomía, presentando nuevamente un episodio de prolapso meses después. Se sospechó que la contracción constante de la musculatura abdominal y el aumento de la presión intraabdominal, atribuibles a la rigidez muscular del Parkinson avanzado (hipertonía parietal), eran factores etiológicos. Dada la contraindicación relativa para una nueva cirugía, se optó por manejo conservador mediante inyección de toxina botulínica en la pared abdominal, utilizando la técnica aplicada para hernias abdominales gigantes. Desde entonces, el paciente ha sido seguido periódicamente por más de seis meses, sin reportar nuevas complicaciones. Luego de realizado el análisis del caso y la aplicación del tratamiento se observó una mejoría clínica evidente, con una reducción del prolapso en un 100%, disminución de los síntomas y no se observaron efectos adversos, hasta el día de hoy.

Conclusión: El uso de toxina botulínica podría representar una alternativa mínimamente invasiva para el manejo del prolapso estomal recurrente, especialmente en pacientes con hipertonía parietal o contraindicación quirúrgica absoluta. Al revisar la bibliografía, no se encontraron otros estudios que reporten esta indicación, lo cual posiciona este caso como una posible apertura hacia estudios prospectivos futuros sobre el tema. Palabras clave: Prolapso de ostomía, toxina botulínica, Parkinson, colostomía.

373, PERFORACIÓN DE COLON SECUNDARIA A INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UNA URGENCIA QUIRÚRGICA

Autores: Carlos Negrete E, Pedro Triviño R, Heriberto Mancilla C, Sebastián Uribe A, Felipe Celedón P.

Hospital De La Fuerza Aérea De Chile

Introducción: La perforación del colon por ingesta de cuerpos extraños es una emergencia gastrointestinal infrecuente pero potencialmente grave. Afecta principalmente a poblaciones vulnerables como adultos mayores y pacientes con trastornos psiquiátricos. Su presentación clínica puede ser inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico temprano. La tomografía computada es el método diagnóstico de elección para identificar el cuerpo extraño y las complicaciones asociadas.

Objetivos: Describir un caso de perforación colónica secundaria a cuerpo extraño ingerido, destacando los hallazgos clínicos, imagenológicos, el manejo quirúrgico y la evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 76 años con antecedentes de hipertensión y coleditiasis, consultó por dolor abdominal inferior de 2 días de evolución. La tomografía computada reveló signos de perforación colónica y presencia de cuerpo extraño lineal en colon descendente. Se realizó operación de Hartmann, encontrando un hueso de pollo perforando el colon sigmoide. Se efectuó resección segmentaria, colostomía en flanco izquierdo y aseo quirúrgico. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, con buena tolerancia oral, parámetros inflamatorios en descenso y colostomía funcionante sin complicaciones.

Resultado: La evolución clínica fue satisfactoria, sin necesidad de reintervenciones. La paciente permaneció hospitalizada para control clínico, sin signos de infección ni alteraciones hemodinámicas. El seguimiento laboratorial confirmó disminución de parámetros inflamatorios.

Conclusión: La perforación colónica por ingesta de cuerpos extraños representa a una entidad rara y corresponde a una urgencia quirúrgica que requiere alto grado de sospecha clínica. La tomografía permite confirmar el diagnóstico y planificar el abordaje quirúrgico. El tratamiento debe ser precoz para reducir la morbimortalidad. Un enfoque multidisciplinario es esencial para el manejo integral del paciente.

374, MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN TUMOR DESMOIDE PERINEAL GIGANTE EN UN CENTRO TERCIARIO.

Autores: Felipe Navarro H, Carlos Ayala R, Gonzalo Rebolledo D, Matías Pruzzo G, Francisca Honold G, Mónica Martínez M, Patricio Opazo S, Rodrigo Capona P, Gonzalo Rossel D, Ernesto Melkonian T.

Hospital Del Salvador, Servicio De Coloproctología

Introducción: Los tumores desmoides (TD) son neoplasias benignas poco frecuentes que representan el 3% de todos los tumores de tejidos blandos. Pueden ser espontáneos o estar asociados a poliposis adenomatosa familiar. Aunque son histológicamente benignos, presentan un comportamiento local agresivo, con una alta tasa de recurrencia. Las localizaciones extraabdominales representan aproximadamente el 43% de los casos, y las localizaciones glúteas o perineales son poco frecuentes, con solo reportes de casos. Su manejo es particularmente complejo cuando se localizan en el periné, ya que la resección quirúrgica puede comprometer las estructuras y funciones anatómicas.

Objetivos: Presentar un caso raro de TD glúteo-perineal gigante con manejo multidisciplinario

Contenido del E-Poster: Reporte retrospectivo de un caso único de un paciente del Hospital del Salvador (Chile) con un TD perineal que requirió manejo quirúrgico multidisciplinario. Revisión de ficha clínica y registro imagenológico del paciente y procedimiento quirúrgico, previa autorización mediante consentimiento informado.

Resultado: Paciente masculino de 55 años con una gran masa en el glúteo izquierdo. La resonancia magnética de pelvis mostró un tumor de 13 x 9 x 15 cm que desplazaba el músculo elevador del ano (EA) sin infiltración aparente. La biopsia confirmó un TD. Inicialmente, se programó radioterapia (RT) neoadyuvante para reducir el tamaño del tumor; sin embargo, debido a dehiscencia completa de la herida posterior a la biopsia incisional y a infección de herida operatoria, se requirió cirugía definitiva. Se realizó una resección en bloque del tumor, el cual contactaba con el EA y se adhería firmemente a los vasos testiculares izquierdos, requiriéndose una orquiectomía unilateral, resección parcial y sutura del EA. Los márgenes de resección fueron negativos. Se indicó RT adyuvante debido al tamaño del tumor y la proximidad a estructuras críticas. El paciente se encuentra actualmente libre de enfermedad, con buena continencia urinaria y fecal, y con una marcada mejoría en su calidad de vida.

Conclusión: Este caso destaca el dilema terapéutico que plantea el TD en localizaciones complejas. Su comportamiento puede ser localmente agresivo a pesar de su naturaleza benigna, y comprometer funciones importantes como la continencia fecal y urinaria. La evaluación y el manejo multidisciplinario fueron clave para adaptar el tratamiento a las complicaciones. La resección quirúrgica es la base del tratamiento, y la RT adyuvante puede contribuir a reducir el riesgo de recurrencia del mismo.

375, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON PERFORACIÓN DE SIGMOIDES EN DOLICOSIGMOIDES POR FECALOMA: CASO CLÍNICO

Autores: Rafael Cárdenas A., Macarena Saavedra T., Constanza Alarcón A., Francisca Morales O., Nidia Vukasovic A., María Rivera Z.

Hospital San José

Introducción: La obstrucción intestinal secundaria a fecaloma es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave, especialmente cuando se asocia a complicaciones como la perforación colónica. El dolicosigmoide se define como una elongación y redundancia del colon sigmoide, la cual constituye un factor anatómico predisponente para el estancamiento fecal y la formación de fecalomas. Estos últimos pueden provocar un cuadro obstructivo de evolución insidiosa, con incremento progresivo de la presión intraluminal, isquemia mural y, en casos severos, necrosis y perforación del colon. La perforación colónica conduce a la liberación de contenido fecal intraperitoneal, generando peritonitis secundaria y un cuadro de abdomen agudo quirúrgico que implica una elevada morbilidad. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y se apoya en estudios de imagen, principalmente la tomografía computarizada, que permite valorar tanto la causa obstructiva como las complicaciones asociadas.

Objetivos: Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas tanto conservadoras como quirúrgicas de un caso de obstrucción intestinal complicada con perforación de sigmoide en el contexto de dolicosigmoide por fecaloma

Contenido del E-Poster: Paciente de 75 años con antecedentes de constipación crónica sin tratamiento. Consulta por cuadro de 1 mes constipación con heces líquidas escasas ocasionales que evoluciona hace 10 días con ausencia de deposiciones. Al Examen físico, abdomen distendido, masa abdominal en hipocondrio derecho, inmóvil y no dolorosa. Tacto rectal con contenido fecaloideo impactado en ampolla. TAC AP 12/06: Hallazgos compatibles con fecaloma. Se inicia conservador inicial. El primer intento con fleet enema resulta frústro. Segundo intento con proctoclisis sin resultados. Evoluciona con distensión, dolor abdominal y leucocitosis. TAC AP 16/06: Dólico-sigmoide con fecaloma asociado. El 18/06 Se realiza laparotomía exploratoria. dolicosigmoide secundario a gran cantidad de contenido estercoráceo, parche isquémico perforado en sigmoide con asa de intestino delgado adherida a este, recto dilatado. Se realiza extracción de deposiciones y cirugía de Hartmann

Resultado: En el caso presentado, se planteó como manejo inicial el manejo conservador con dos intentos de desimpactación y posterior intento de extracción manual la cual resulta frustra. Según la literatura, se recomiendan 1 a 3 maniobras de desimpactación manual en pacientes que no presenten signos de complicación como lo son peritonitis, perforación, isquemia y sepsis. Según lo descrito, luego del segundo intento de desimpactación, presentó evolución tórpida con signos de complicación por lo que se optó de forma oportuna por realizar una cirugía de Hartmann. En su postoperatorio, el paciente evolucionó favorablemente, tolerando régimen liviano y con su colostomía dando deposiciones pastosas.

Conclusión: La obstrucción intestinal por fecaloma en dolicosigmoide es una causa poco frecuente pero potencialmente grave de abdomen agudo, especialmente en adultos mayores. El conocimiento de los factores anatómicos y fisiopatológicos permite sospechar esta entidad ante cuadros de estreñimiento severo y distensión abdominal. La tomografía computarizada es fundamental para el diagnóstico y para identificar complicaciones como perforación. Aunque pueden intentarse entre 1 y 3 maniobras de desimpactación en ausencia de signos de alarma, la cirugía es imprescindible en casos de perforación, peritonitis o fracaso del tratamiento conservador.

376, TÉCNICA DE PULL-THROUGH RETROILEAL COMO ALTERNATIVA PARA UNA ANASTOMOSIS COLORRECTAL LIBRE DE TENSIÓN: UNA SERIE DE CASOS

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

Hospital San Juan De Dios, Santiago, Chile

Introducción: La confección de una anastomosis colorrectal libre de tensión representa un desafío quirúrgico significativo, particularmente tras resecciones colónicas extensas que resultan en un cabo proximal de longitud insuficiente. La maniobra de pull-through retroileal, que implica la movilización del colon a través de una ventana en el mesocolon por debajo de los vasos ileocólicos, constituye una estrategia para ganar longitud y asegurar una anastomosis sin tensión.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la técnica y reportar los resultados perioperatorios en una serie de casos en los que se utilizó esta maniobra para facilitar una anastomosis colorrectal sin tensión.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo de una serie de cinco casos consecutivos en quienes se empleó la técnica de pull-through retroileal para facilitar una anastomosis colorrectal en el Hospital San Juan de Dios. Se analizaron datos demográficos, indicaciones quirúrgicas, detalles técnicos y resultados postoperatorios a 30 días, obtenidos a partir de los registros clínicos electrónicos.

Resultado: La serie incluyó cinco pacientes, con una mediana de edad de 59 [47-62] años, de los cuales cuatro (80%) eran de sexo masculino. Las indicaciones quirúrgicas fueron reconstitución de tránsito post-Hartmann en cuatro casos (3 por neoplasia colorrectal, 1 por trauma) y una colectomía izquierda con anastomosis primaria por neoplasia en un caso. El abordaje fue laparotómico en todos los pacientes. La mediana del tiempo operatorio fue de 300 [220-335] minutos y la de la estancia hospitalaria fue de 11 [6 – 14] días. Se reportó morbilidad postoperatoria en cuatro pacientes (80%), correspondiendo a complicaciones menores (Clavien-Dindo I-II) en todos los casos afectados. No se registraron dehiscencias anastomóticas ni mortalidad a 30 días.

Conclusión: La técnica de pull-through retroileal representa una alternativa quirúrgica segura y eficaz para la confección de anastomosis colorrectales sin tensión en escenarios de alta complejidad. Esta maniobra puede obviar la necesidad de resecciones colónicas más extensas o la confección de una ostomía definitiva, constituyendo una herramienta valiosa en el arsenal del cirujano colorrectal.

377, ¿APENDICITIS AGUDA O DIVERTICULITIS APENDICULAR? REPORTE DE UN CASO

Autores: Javiera Maurer, Javiera Castro, Paulina Pérez, Victoria Vargas

Hospital Clínico Magallanes

Introducción: La diverticulitis apendicular aguda corresponde a un diagnóstico prospectivo difícil debido a su poca frecuencia y a su similitud clínica con otras enfermedades ileocecales, como la apendicitis aguda. La incidencia patológica reportada de diverticulosis apendicular oscila entre el 0,014 % y el 1,9 %, y se cree que la diverticulitis apendicular representa entre el 0,004 % y el 2,1 % de los casos de apendicitis aguda.

Objetivos: Describir un caso clínico infrecuente y revisar la literatura.

Contenido del E-Poster: Análisis de ficha clínica y protocolo quirúrgico. Revisión de literatura en PUBMED.

Resultado: Hombre de 39 años, sin antecedentes mórbidos y 2 consultas previas en extrasistema por cuadro de 6 días de evolución de dolor periumbilical EVA 10/10 que responde parcialmente a analgésicos, sin otros síntomas asociados. Fue referido a la Unidad de Emergencia desde centro imagenológico por TC de abdomen y pelvis sugerente de apendicitis aguda. Al examen físico presenta abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Se realiza nuevo TC con contraste con imagen compatible con apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía laparoscópica donde se evidencia plastrón apendicular y apéndice gangrenoso. En el postoperatorio evoluciona en buenas condiciones, por lo que se decide alta al segundo día post operatorio. En control ambulatorio se recepciona biopsia que reporta: "Apendicitis aguda ulcero flegmonosa. Diverticulosis y diverticulitis de apéndice cecal". Evolución sin complicaciones por lo que se da el alta definitiva.

Conclusión: La diverticulitis apendicular es un cuadro poco frecuente dentro de la patología apendicular, que aparece habitualmente a partir de la tercera década de vida y con predominio en el sexo masculino. La presentación clínica inicial puede ser poco específica, con un dolor abdominal puede prolongarse hasta 2 semanas, sin sintomatología gastrointestinal asociada. Suele localizarse en fosa iliaca derecha y su principal diagnóstico diferencial es la apendicitis aguda. Pese al actual alcance imagenológico, el diagnóstico definitivo suele ser retrospectivo mediante anatomía patológica. Sin embargo, el manejo precoz de este cuadro de abdomen agudo, a través de apendicectomía laparoscópica, ayuda a prevenir complicaciones como la perforación apendicular, la cual es cuatro veces más frecuente que en la apendicitis aguda, aumentando considerablemente la mortalidad.

378, RESULTADOS INICIALES DE LOS PRIMEROS 40 CASOS DE RESECCIÓN TOTAL DE MESORRECTO POR VÍA TRANSANAL (TaTME) EN CÁNCER DE RECTO EN UN HOSPITAL REGIONAL

Autores: Carla Arias Torres, Carla, Arias, T. Gonzalo, Palominos, S.

Hospital Regional De Talca, Universidad Católica Del Maule

Introducción: El cáncer colorrectal ha mostrado un crecimiento significativo en su incidencia y mortalidad en los últimos años a nivel mundial, siendo el cáncer de recto responsable de aproximadamente un 40% de estos casos. A pesar de los avances en medicina y nuevas técnicas quirúrgicas, la mortalidad por cáncer de recto sigue siendo un desafío. La excisión total del mesorrecto (ETM) es el estándar quirúrgico para el cáncer de recto localmente avanzado, pero su ejecución puede ser técnicamente difícil, especialmente en tumores bajos, pacientes con pelvis estrechas u obesidad. La TaTME, una técnica mínimamente invasiva reportada por primera vez en 2010 surge como una prometedora alternativa para superar estas dificultades, demostrando seguridad y resultados oncológicos comparables.

Objetivos: General: Evaluar la experiencia inicial y los resultados clínico-quirúrgicos de la implementación de la Resección Total de Mesorrecto por Vía Transanal (TaTME) en pacientes con cáncer de recto en un hospital regional. Específicos: Describir las características demográficas y oncológicas de la cohorte de pacientes. Analizar los resultados quirúrgicos, incluyendo el tiempo operatorio, tipo de abordaje. Describir los resultados de seguimiento a corto y mediano plazo en términos de recurrencia y sobrevida.

Contenido del E-Poster: Se realizó una serie de casos, con un análisis descriptivo prospectivo de 40 pacientes con adenocarcinoma de recto medio o inferior, sometidos a TaTME en el Hospital Regional de Talca entre abril de 2018 y octubre de 2023. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado, estudio de etapificación completo y discusión en comité oncológico regional, candidatos a tratamiento curativo. Se excluyeron pacientes con cirugía rectal previa o recidiva. Se evaluaron variables demográficas, estadificación oncológica, resultados intraoperatorios y postoperatorios (según Clavien-Dindo), y seguimiento. Los resultados se presentan con medianas y rangos, o frecuencias y porcentajes.

Resultado: La serie incluyó 40 pacientes (33H/7M), con edad promedio de 61.1 años. El 52.5% presentó comorbilidades. La distancia mediana del tumor al margen anal fue de 5 cm. La mayoría se presentó en etapa clínica T3 (24) y N+ (32), siendo Etapa III la más frecuente (33/40). Un 95% recibió neoadyuvancia. El tiempo operatorio promedio fue de 261 minutos, con estancia hospitalaria promedio de 6 días. Hubo 35 anastomosis (protegidas), y 10 pacientes (25%) presentaron complicaciones postoperatorias, 4 de ellas Clavien IIIb requiriendo reoperación. La patología mostró mesorrecto completo en 26 de 31 casos descritos (83.9%), 8 pacientes con respuesta completa, y solo 1 (2.5%) con margen radial positivo. Seis pacientes (15%) tuvieron ganglios positivos en la biopsia. Al seguimiento, 38 pacientes (95%) estaban vivos, con 1 recidiva pelviana y 2 progresiones de enfermedad sistémica en etapa IV inicial.

Conclusión: Nuestra serie inicial de 40 casos de TaTME en un hospital regional demuestra la factibilidad y seguridad de la técnica. A pesar de la curva de aprendizaje, los resultados son altamente competitivos con la literatura internacional, mostrando tasas favorables de mesorrecto completo (83.9%), bajos márgenes positivos (2.5%), y morbilidad postoperatoria (25%) comparable. Esto respalda la TaTME como una alternativa valiosa, destacando la importancia de la capacitación y adherencia técnica para la calidad oncológica y minimizar complicaciones en la implementación.

379, DOLOR PELVIANO COMO PRESENTACIÓN DE QUISTE RETRORRECTAL: REPORTE DE CASOS

Autores: Camila Alejandra González García, Anai Ignacia Valenzuela Soto, Marlene Beatriz Carrasco Honores, Madeleine Stephanie Reyes Reyes, Felipe Enrique Paredes Aravena, Gustavo Javier Montesinos Abujatum, Jorge Ignacio Escárate Lorca.

Hospital Regional Franco Ravera Zunino

Introducción: Los quistes retrorrectales habitualmente corresponden a tumores congénitos infrecuentes, localizados en el espacio presacro. Suelen presentarse como masas asintomáticas, especialmente en mujeres de mediana edad, o bien manifestarse con síntomas pélvicos inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. Su potencial de malignización, aunque bajo, justifica el manejo quirúrgico como tratamiento de elección.

Objetivos: Descripción de una serie de casos (2) de quiste presacro con presentación clínica atípica y revisión actualizada de literatura sobre diagnósticos diferenciales, estudio imagenológico y abordaje quirúrgico oportuno como herramientas diagnósticas y terapéuticas clave.

Contenido del E-Poster: Revisión de ficha clínica y documentos digitales de casos manejados íntegramente por equipo de Cirugía Colorrectal Hospital Regional Franco Ravera Zunino durante el año 2024. Revisión de literatura actualizada (Pubmed, Scielo, Elsevier).

Resultado: Se presentan dos casos de pacientes femeninas de 45 y 58 años, con dolor pélvico persistente de características inespecíficas, irradiado hacia región posterior, sin alteraciones del hábito intestinal. En ambos casos, la exploración física y la colonoscopia no evidenciaron hallazgos relevantes. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis, y posteriormente la Resonancia de Pelvis Blanda mostró lesiones quísticas retrorrectales. En ambos casos se realizó resección quirúrgica completa vía posterior, con desarticulación del sacrocoxis, permitiendo un adecuado acceso a la lesión. El estudio histopatológico confirmó la naturaleza benigna de ambos quistes, sin signos de malignidad. La evolución postoperatoria fue favorable, sin recidiva en los controles posteriores.

Conclusión: El diagnóstico de los quistes retrorrectales representa un reto clínico por su baja frecuencia y presentación inespecífica. La presión ejercida sobre estructuras pélvicas puede producir síntomas urinarios, digestivos o dolor local. La resonancia magnética es la herramienta más útil para definir la extensión y características de la lesión. La biopsia previa no está indicada por el riesgo de complicaciones y la pobre rentabilidad diagnóstica. La cirugía es el tratamiento estándar, con elección del abordaje según la altura del quiste. El seguimiento es clave, debido al riesgo de recidiva o transformación maligna, lo que hace relevante una sospecha precoz y un manejo multidisciplinario.

381, ANÁLISIS COMPARATIVO DE RECOMENDACIONES GENERADAS POR UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL VERSUS LAS DECISIONES DE UN COMITÉ ONCOLÓGICO MULTIDISCIPLINARIO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Autores: Maria Francisca Molina Aguirre, Maria, Molina, A. Claudia, C. Diego, Marin, G
Hospital Dipreca

Introducción: El manejo terapéutico del cáncer colorrectal se basa en la aplicación de guías clínicas internacionales como NCCN, ASCO y ESMO para la toma de decisiones en comités oncológicos multidisciplinares, que, si bien en la práctica clínica puede existir variabilidad en criterios al momento de definir la conducta, la mayoría se basa en algoritmos conocidos y reproducibles. Estos comités se encuentran exigidos por alta demanda asistencial, con centros a nivel nacional que incluso no cuentan con sus propios equipos, dilatando la toma de decisiones en perjuicio del paciente. Por otra parte, los modelos de inteligencia artificial LLM (Large Language Models) han emergido como instrumentos capaces de entender y generar texto similar al humano a través del entrenamiento masivo, logrando reconocer patrones y predecir de palabras para generar un texto relevante basado en los textos referenciados. Se ha estudiado largamente el desempeño de estos modelos en responder preguntas o tomar decisiones en base a textos entregados, y específicamente en su rol en decisiones de comités multidisciplinares. En el país no existen mediciones de este tipo, por lo que este trabajo pretende entregar una experiencia nacional en el uso de modelos de lenguaje para ayuda en la toma de decisiones.

Objetivos: Medir la correlación entre las decisiones de un comité oncológico multidisciplinario de un Hospital de Santiago, y un modelo de lenguaje de inteligencia artificial (IA) en pacientes con cáncer colorrectal.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo. Se registraron retrospectivamente los comités oncológicos del Hospital DIPRECA entre 2025-2024, recopilando variables clínicas, estadificación TNM, estadio, comorbilidades, biomarcadores y plan terapéutico. Se incluyeron pacientes con cáncer de colon o recto, con estadificación clínica completa: colonoscopia, CEA, TAC TAP, RM (en recto) y biopsia, además del registro de la decisión final del comité. Se excluyeron pacientes con neoplasias distintas a adenocarcinoma, biopsias incompletas, etapa IV, recidiva o tumores metacrónicos. Se usó el modelo ChatGPT (GPT-4), con guías NCCN, ESMO y ASCO, alimentado con información clínica estructurada para generar un plan oncológico. Se evaluó concordancia, variabilidad intra-TNM y adherencia a guías.

Resultado: Se analizaron retrospectivamente 62 pacientes con cáncer colorrectal presentados en comités oncológicos. Los resultados mostraron un 72,6% de concordancia entre el comité y la IA, con una discordancia del 27,4%. El comité presentó un 15,4% de variabilidad en sus decisiones dentro de subgrupos con igual TNM, mientras que la IA fue absolutamente consistente (0% de variabilidad intra-TNM). Las principales discrepancias se concentraron en la omisión de quimioterapia adyuvante en estadios IIA y IIIB y en la indicación inapropiada de radioterapia adyuvante, contrarias a lo recomendado por las guías actuales.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren que la IA podría ser una herramienta útil para estandarizar las decisiones clínicas, disminuir la variabilidad interinstitucional y reforzar la adherencia a guías en el manejo del cáncer colorrectal, especialmente en estadios tempranos y localmente avanzados donde las diferencias en criterio humano son más frecuentes. Futuros desarrollos podrían integrar esta tecnología como apoyo formal en la validación de planes terapéuticos en comités oncológicos.

382, NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ESCAMOSA RECTAL DE ALTO GRADO: UN HALLAZGO POCO FRECUENTE EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

Autores: Camila Paz Samaniego Sanhueza, Camila P. Samaniego S.2, Anahí R. García F.1, Diego Marín G.3, 4
Hospital Dipreca

Introducción: La neoplasia intraepitelial escamosa rectal de alto grado es una patología infrecuente, habitualmente asintomática o con síntomas inespecíficos. El diagnóstico requiere endoscopia, citología anal e histopatología. Clínicamente visualizado como placas verrugosas irregulares. La inmunohistoquímica muestra sobreexpresión de p16 y Ki-67, marcadores asociados a displasia de alto grado. La infección por VPH de alto riesgo tipos 16 y 18, está presente en la mayoría de los casos. El tratamiento varía según extensión y características de la lesión. La coexistencia con Colitis Ulcerosa en tratamiento con anticuerpos monoclonales es extremadamente rara y escasamente reportada. Este caso recalca la importancia de mantener un alto nivel de sospecha clínica y realizar un abordaje diagnóstico amplio, considerando posibles interacciones entre inflamación crónica, inmunomodulación y persistencia viral en la aparición de lesiones escamosas de alto grado.

Objetivos: Presentar un caso clínico de paciente con Colitis Ulcerosa de difícil manejo, en tratamiento inmunológico, en quien se diagnostica neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado asociada a VPH sin lesión macroscópica reconocida, con revisión bibliográfica breve.

Contenido del E-Poster: Se realiza revisión bibliográfica breve, con reporte de caso clínico. Paciente de 43 años, sin antecedentes, consulta por un año de rectorragia y pérdida de peso de 10 kg. Durante el estudio se diagnosticó Colitis Ulcerosa izquierda severa, requiriendo tratamiento inmunológico, logrando control parcial. La biopsia mostró lesión neoplásica intraepitelial escamosa con proceso inflamatorio ulcerado. Inmunohistoquímica positiva para p16, confirmando infección por VPH tipo 16 y 6, con displasia epitelial de alto grado. El estudio de citomegalovirus resulta positivo y tratado. Nueva biopsia confirma neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado en epitelio plano estratificado, sin lesión macroscópica evidente. Actualmente, el paciente continúa estudio y manejo ambulatorio, con persistencia sintomática.

Resultado: En este reporte de caso, se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de colitis ulcerosa de difícil manejo, en tratamiento con anticuerpos monoclonales, con rectosigmoiditis residual y diagnóstico de neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado sobre mucosa rectal ulcerada, con biopsias persistentemente positivas. Se mantiene el diagnóstico de rectosigmoiditis crónica activa con citomegalovirus positivo tratado. El manejo ha sido sintomático, hospitalizaciones a repetición para estudio, persistencia clínica y manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusión: Este caso destaca una asociación infrecuente que implica una interacción entre inflamación crónica, inmunosupresión y VPH en la génesis neoplásica. Refuerza la necesidad de sospecha en pacientes con colitis ulcerosa y plantea la importancia de profundizar el estudio de este vínculo para futuras estrategias diagnósticas y de seguimiento endoscópico.

383, INTUSUSCEPCIÓN COLÓNICA SECUNDARIA A LIPOMA SUBMUCOSO: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA CON INTENCIÓN ONCOLÓGICA

Autores: Xabier Andonegui M, Sofía Fuentes L, Valentina Castillo D, Josefina Arellano R, Vesna Pletikosic B
Hospital Padre Hurtado, Santiago. Chile.

Introducción: La intususcepción intestinal en adultos es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, representando menos del 5 % de los casos. A diferencia de la población pediátrica, donde suele ser idiopática, en adultos generalmente existe una lesión estructural subyacente que actúa como punto de anclaje, llegando a ser maligna hasta en un 70% de los casos. Los lipomas colónicos son tumores benignos poco frecuentes con potencial para generar síntomas obstructivos o sangrado digestivo bajo, especialmente cuando superan los 2 cm y se ubican en el colon izquierdo.

Objetivos: Describir el manejo diagnóstico y terapéutico de un caso de intususcepción colónica en adulto secundaria a un lipoma submucoso, destacando el rol de la reducción endoscópica como estrategia segura en casos seleccionados.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 48 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor abdominal tipo cólico de tres semanas de evolución, exacerbado con la ingesta y acompañado de hematoquecia. Se describen los hallazgos clínicos, imagenológicos, endoscópicos, quirúrgicos e histopatológicos.

Resultado: El scanner evidenció intususcepción de colon sigmoides, con imagen sugerente de lipoma intestinal. La colonoscopia mostró una lesión redondeada, friable y erosionada en colon descendente distal y sigmoide, que obstruía casi completamente el lumen. Se realizó reducción endoscópica de la intususcepción de forma exitosa y, en un segundo tiempo, se efectuó una sigmoidectomía con intención oncológica y anastomosis término-terminal con sutura mecánica circular. Al examinar la lesión se evidenció una masa submucosa de 35 × 35 mm y mucosa perilesional hematoide. La biopsia confirmó lipoma submucoso, sin signos de malignidad.

Conclusión: Aunque la mayoría de las intususcepciones colónicas en adultos se relacionan con neoplasias malignas, los lipomas colónicos representan una causa benigna que puede simular clínicamente un tumor maligno. En este caso, los hallazgos imagenológicos y endoscópicos permitieron sospechar una lesión benigna, por lo que se intentó una reducción endoscópica exitosa. Esta maniobra, aunque controvertida en contextos oncológicos, puede considerarse segura en casos seleccionados, permitiendo estabilizar al paciente y planificar una cirugía definitiva. La resección con intención oncológica fue apropiada ante la incertidumbre diagnóstica, confirmándose posteriormente la naturaleza benigna de la lesión.

384, TUBERCULOSIS PERITONEAL Y PERIANAL EN INMUNOCOMPETENTES: GRANDES SIMULADORES

Autores: Alessandra Jarufe C, Francisca Martínez T, José Luis Escobar R, Nicolás Besser P

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La tuberculosis (TBC) gastrointestinal es una manifestación extrapulmonar infrecuente de infección por *Mycobacterium tuberculosis*, representando cerca del 3-5% de los casos. Afecta el peritoneo, tubo digestivo, vísceras y ganglios linfáticos intraabdominales. Se asocia clásicamente a estados de inmunosupresión, pero también puede presentarse en pacientes inmunocompetentes, desafiando el diagnóstico. Su presentación clínica es inespecífica y puede simular enfermedades benignas o malignas, lo que retrasa su sospecha e identificación.

Objetivos: Se presentan dos casos de tuberculosis gastrointestinal, peritoneal y perianal, manifestaciones muy infrecuentes de la enfermedad, en pacientes inmunocompetentes sin antecedentes epidemiológicos ni diagnóstico previo de TBC.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de dos casos clínicos a partir de sus fichas clínicas, exámenes de laboratorio, imágenes, procedimientos endoscópicos, protocolos operatorios y biopsias.

Resultado: Caso 1: Mujer de 65 años, con antecedentes de dislipidemia, consulta por proctalgia, rectorragia y secreción anal. Al examen físico, fisura anal de 4 cm, hipertonía esfinteriana y adenopatía inguinal. Se indica manejo médico sin mejoría, por lo que se realiza colonoscopia que muestra úlcera anal y rectal distal. La biopsia informa colitis granulomatosa con necrosis de caseificación y células gigantes, sin aislamiento microbiológico. Se realiza Cuantiferon que resulta positivo y tomografía computada de tórax sin hallazgos pulmonares. Por persistencia de síntomas, se decide exploración quirúrgica con biopsia de úlcera y aplicación de toxina botulínica. La nueva muestra confirma TBC anal mediante PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia terapia antituberculosa, con resolución clínica y endoscópica completa en 6 meses. Caso 2: Hombre de 85 años, con antecedentes de fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca, consulta por astenia y baja de peso. Laboratorio destaca anemia microcítica severa (Hb 7,9 g/dL). Se estudió con tomografía computada y tomografía por emisión de positrones que mostraron engrosamiento peritoneal con implantes hipermetabólicos perihepáticos y lesión ileal sugestiva de carcinomatosis peritoneal con primario intestinal. Marcadores tumorales bajos. La colonoscopia e ileoscopia resultaron normales, por lo que se realiza laparotomía exploradora con biopsia rápida de los implantes peritoneales que mostraron granulomas epiteloideos, sin evidencia de neoplasia. Se decide resección intestinal de la lesión ileal por falta de acceso endoscópico adecuado y se solicita PCR de *Mycobacterium tuberculosis* que resulta positiva. Estudio con baciloscopia resulta negativo. Se inicia tratamiento antituberculoso, obteniendo respuesta clínica favorable.

Conclusión: La TBC gastrointestinal debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial ante cuadros clínicos atípicos que simulan neoplasias o enfermedades inflamatorias, incluso en pacientes sin inmunosupresión aparente. El diagnóstico puede requerir biopsia quirúrgica, especialmente ante baciloscopías negativas. La respuesta al tratamiento antituberculoso es excelente si se inicia precozmente. Estos casos destacan la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante patologías refractarias a tratamientos habituales, especialmente en contextos clínicos donde la TBC no es el primer diagnóstico considerado.

7. Sección: Sección: Endoscopia



87, EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE ESD PARA CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

Autores: Matías Lyner B., Francisco Parada D., Gonzalo Ross R., Claudio Navarrete G, Carlos García C, Sebastián Hernández G., Guillermo Martínez S., Gustavo Díaz S., Oliver Maida M., Jonathan Zang

Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La disección submucosa endoscópica (ESD) ha emergido como una estrategia terapéutica efectiva para el manejo del cáncer gástrico temprano, permitiendo la resección en bloque con márgenes adecuados, evitando así procedimientos quirúrgicos mayores. En centros asiáticos su efectividad y seguridad están ampliamente validadas, pero en Latinoamérica su uso sigue siendo limitado. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del procedimiento en nuestra institución, estimando tasas de resección completa, complicaciones y evolución oncológica.

Objetivos: Objetivo principal: Evaluar la tasa de resección completa (R0) en pacientes sometidos a ESD por cáncer gástrico temprano en nuestro centro. Objetivos secundarios: Describir la frecuencia de complicaciones postoperatorias, necesidad de cirugía complementaria, tasa de recurrencia tumoral y explorar factores asociados mediante análisis multivariable.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo tipo cohorte descriptiva. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a ESD por adenocarcinoma gástrico temprano (T1a o T1b superficial) entre 2015 y 2024 en el Hospital San Borja Arriarán. Se excluyeron casos con lesiones benignas o datos clínicos incompletos. Se analizaron variables clínicas, endoscópicas y patológicas. Se aplicó estadística descriptiva y regresión logística para explorar factores asociados a complicaciones postoperatorias.

Resultado: Se analizaron 84 procedimientos. La edad media fue de 68.5 años; 54.8% fueron mujeres. La tasa de resección R0 fue de 78.6%. Las complicaciones incluyeron perforación en 4.8% y sangrado en 9.5% de los casos. La invasión submucosa estuvo presente en el 38.1% y la invasión linfovascular en el 10.7%. Se requirió cirugía resectiva diferida en 10.7% de los pacientes y se observó recurrencia tumoral en 3.6% durante el seguimiento.

Conclusión: La ESD demostró ser un procedimiento efectivo y seguro para el manejo del cáncer gástrico temprano en nuestra institución, con alta tasa de resección completa, baja tasa de complicaciones mayores y excelente control oncológico. Este estudio representa uno de los primeros reportes sistematizados de ESD gástrica en un hospital público chileno y aporta evidencia relevante para validar esta técnica en el contexto latinoamericano.

88, COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Autores: Dr. Sergio Sotelo H, Dr. Carlo Marino C, Catalina Sotelo A, Dr. Franz González A, Dr. César Muñoz C.

Hospital Regional De Talca - Universidad Católica Del Maule

Introducción: La Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) es un procedimiento frecuente y con complicaciones que son conocidas, pero el periodo de observación postoperatorio adecuado no está definido en la literatura. En contraste, el realizar casos en la modalidad ambulatoria puede mejorar la oportunidad de resolución de los pacientes.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento de la modalidad ambulatoria, así como la morbilidad postoperatoria (MPO) y su gravedad en un grupo seleccionado de pacientes sometidos a CPRE en nuestro hospital en dicha modalidad.

Contenido del E-Poster: Diseño: serie de casos retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a ERCP con intención de manejo ambulatorio en el periodo de julio 2024 a junio 2025 (muestreo no probabilístico de casos consecutivos). Se excluyó pacientes con registros incompletos. De interés son las variables independientes de ASA y diagnóstico preoperatorio y como variables de resultado: cumplimiento de la modalidad ambulatoria, incidencia de complicaciones y días de hospitalización. Se confeccionó una base de datos a partir de registros clínicos disponibles. Se realizó análisis exploratorio de datos y estadística descriptiva. Se aplicó estadística analítica, no paramétrica (exacto de Fisher).

Resultado: La serie está constituida por 35 pacientes, 71 % mujeres. Promedio etario 62,5 años con una mediana de 69 años (rango 20-89). 91,4 % de los pacientes fueron ASA 1 o 2. El 85,7 % de los pacientes fue sometido a sedación como anestesia. 40 % fueron casos de coledocolitiasis (primera ERCP) y 45,7 % prótesis biliar (con ERCP previa) por la misma causa (3 casos neoplásicos). El promedio de duración de la ERCP fue de 19 minutos (rango 7-44 minutos). En el 88,6 de los casos se consiguió una vía biliar limpia. Complicaciones: 5,8 % (grado I-II de Clavien Dindo). El 82,9 % de los pacientes fueron ambulatorios, el 14,3 % requirió 1 día de hospitalización para observación y 1 paciente fue rehospitalizado para tratamiento de Colangitis. Al comparar el grupo de pacientes con papilotomía previa versus los sin papilotomía, no existe diferencias significativas en el número de días de hospitalización ($p = 0,076$).

Conclusión: La presente serie está constituida por un grupo seleccionado de pacientes tanto por un ASA bajo como por un grupo con papilotomía previa, con una baja incidencia de complicaciones y cuyo régimen en modalidad ambulatoria no perjudicó su evolución.

89, MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA ORAL EN ANTOFAGASTA, TRATAMIENTO DE LA ACALASIA EN LA SEGUNDA REGIÓN DE CHILE.

Autores: Carlos Corrales Zamora, Nasser Eluzen Gallardo, Paolo Ruiz Gómez, David Vega Fernández, Gina Gutiérrez Ortega, Sebastián Icaza Campos

Universidad De Antofagasta, Hospital Regional De Antofagasta

Introducción: La Acalasia es un trastorno motor esofágico relativamente infrecuente, entre los exámenes diagnósticos destacan la manometría esofágica de alta resolución y la endoscopia. El tratamiento de elección es la miotomía de Heller laparoscópica, sin embargo, desde el año 2010 la miotomía endoscópica oral o por sus siglas en inglés "POEM" ha ido ganando terreno en el manejo de la Acalasia. Hoy en día las principales sociedades científicas recomiendan ambos manejos, quedando a criterio del cirujano la elección de la técnica. En Chile, el POEM se realiza principalmente en centros de Santiago. En Antofagasta, se realiza desde el año 2018.

Objetivos: Presentamos la primera casuística regional de pacientes sometidos a POEM para el tratamiento de la Acalasia, sus características clínicas, demográficas y resultados quirúrgicos.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron datos clínicos y demográficos de pacientes con diagnóstico de Acalasia por manometría esofágica de alta resolución, sometidos a POEM, en el Hospital Regional de Antofagasta.

Resultado: Se analizaron los datos de 29 pacientes, 10 (34%) hombres y 19 (66%) mujeres. Todos de la región de Antofagasta. El rango etario de mayor diagnóstico fue entre los 50 y 75 años. La mediana de edad en la que se realizó POEM fue 57 años. Todos se presentaron con disfagia, seguido de baja de peso (75%) y regurgitación (42%). La evaluación endoscópica de 17 pacientes mostró que 16 (94%) presentaban esófago dilatado. La manometría diagnosticó 76% pacientes con Acalasia Tipo II; 12% Tipo III; 12% Tipo I. Además, en 3 ellos el tratamiento fue por una recidiva de miotomías anteriores. La mediana de tiempo desde la presentación de los síntomas hasta la realización del procedimiento fue de 12 meses. La comorbilidad más frecuente fue Hipertensión Arterial (42.9%), seguida de Diabetes Mellitus tipo 2 (28.6%) e Hipotiroidismo (21.4%). Hubo 2 complicaciones, una perforación esofágica contenida asociada a neumomediastino y neumoperitoneo manejado con pleurostomía en cuidados intermedios y 1 neumotórax a tensión con neumomediastino manejado con pleurostomía en cuidados intensivos. El tiempo operatorio promedio fue de 110 minutos. No hubo mortalidad. Sólo 2 (15%) pacientes refirieron síntomas de reflujo. En control endoscópico 4 pacientes presentaron Esófagitis grado A (3) y D (1), según la clasificación de los Ángeles, el segundo paciente rechazó cirugía antireflujo.

Conclusión: La miotomía endoscópica por vía oral (POEM) se consolida como una alternativa eficaz para el tratamiento de la acalasia en nuestra región, con baja presencia de reflujo y sin mortalidad asociada. La mayoría de los pacientes presentaron Acalasia Tipo II, concordante con la literatura internacional. Las complicaciones observadas fueron manejadas exitosamente, sin comprometer la evolución clínica. El neumomediastino y el neumoperitoneo son hallazgos posibles luego de POEM, sin significar necesariamente complicación. Esta es la primera casuística del norte de Chile que muestra los resultados del tratamiento de la Acalasia con POEM. Estos resultados respaldan la factibilidad del POEM en centros regionales, ampliando el acceso a terapias avanzadas en Chile.

90, EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE ESD PARA CÁNCER ESOFÁGICO TEMPRANO EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

Autores: Francisco Parada D., Matías Lyner B., Gonzalo Ross R., Claudio Navarrete G., Gustavo Díaz S., Carlos García C., Oliver Maida M., Víctor Marshall, Guillermo Martínez S., Ignacio Miranda C.

Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La disección submucosa endoscópica (ESD) ha emergido como una alternativa curativa y mínimamente invasiva frente a la cirugía en pacientes con cáncer esofágico temprano. Esta técnica permite la resección en bloque de lesiones extensas localizadas en la mucosa y submucosa superficial del esófago, logrando tasas altas de resección completa (R0) y baja recurrencia local. En países asiáticos se ha convertido en el tratamiento de elección para tumores seleccionados; sin embargo, en Latinoamérica, su aplicación es aún limitada. Este estudio busca aportar evidencia local sobre la seguridad y eficacia de esta técnica en nuestro centro.

Objetivos: Objetivo primario: Evaluar la tasa de resección completa (R0) en procedimientos ESD para cáncer esofágico. Objetivos secundarios: Estimar la prevalencia de complicaciones (perforación, sangrado, necesidad de cirugía). Describir las características clínicas y patológicas de los pacientes sometidos a ESD. Evaluar la necesidad de reintervenciones quirúrgicas o tratamientos complementarios. Estimar la recurrencia tumoral y la supervivencia libre de enfermedad en seguimiento. Identificar factores asociados a complicaciones post-procedimiento mediante modelo multivariable. **Hipótesis:** La ESD es un procedimiento eficaz y seguro para el tratamiento del cáncer esofágico temprano en nuestro centro, con tasas altas de resección completa, baja incidencia de complicaciones y recurrencia.

Contenido del E-Poster: Diseño del estudio: Estudio observacional, retrospectivo de cohorte única. Población y muestra: Pacientes mayores de 18 años con cáncer esofágico temprano sometidos a ESD en el Hospital San Borja Arriarán entre 2015 y 2024. Criterios de inclusión: Cáncer esofágico intramucoso o con invasión submucosa superficial (T1a/b). Procedimientos realizados por equipo endoscópico institucional. Criterios de exclusión: Lesiones no neoplásicas. Datos clínicos incompletos. Variables: Resección R0, perforación, sangrado, invasión submucosa, linfovascular o perineural, recurrencia, necesidad de cirugía posterior. Fuente de datos: Historia clínica electrónica, informes endoscópicos, anatomía patológica, controles ambulatorios y registro civil para estado vital. Análisis estadístico: Estadística descriptiva (medias, proporciones, desviación estándar). Comparaciones bivariadas (chi-cuadrado, t-student). Modelo multivariable con regresión logística para predictores de complicación.

Resultado: Se incluyeron 31 procedimientos de ESD por cáncer esofágico. Distribución por sexo: 64.5% hombres y 35.5% mujeres. Localización: 100% de las lesiones fueron esofágicas. Complicaciones post-ESD: Perforación en 6.5% y sangrado en 6.5% de los casos. Resección R0: Se logró en el 87.1% de los procedimientos. Invasión submucosa: 38.7% de las lesiones. Invasión linfovascular: 6.5%. Reintervención quirúrgica: 0%. Cirugía resectiva diferida: 6.5%.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren una experiencia clínica positiva, con buenos resultados oncológicos, adecuada selección de pacientes y baja tasa de complicaciones, respaldando que la ESD es un procedimiento eficaz y seguro para el tratamiento del cáncer esofágico temprano.

91, DETERMINANTES DE RESECCIÓN COMPLETA (R0) EN ESD EN ADENOCARCINOMAS GÁSTRICOS: SERIE DE 49 CASOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Autores: Francisco Parada D., Matías Lyner B. Gonzalo Ross R., Claudio Navarrete G., Sebastián Hernández G., Gustavo Díaz S., Carlos García C., Oliver M., Guillermo Martínez S. Jonathan Zang.

Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La disección endoscópica submucosa (ESD) del adenocarcinoma gástrico incipiente permite resección en bloque con márgenes libres (R0), lo cual se asocia a bajo riesgo de recurrencia, mejor pronóstico y calidad de vida. Sin embargo, la influencia de características endoscópicas e histopatológicas sobre la probabilidad de lograr R0 en la práctica clínica real no está completamente definida.

Objetivos: Determinar los factores endoscópicos e histopatológicos asociados con resección completa (R0) en adenocarcinoma gástrico tratado mediante ESD en un centro de referencia.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de 49 pacientes sometidos a ESD de adenocarcinoma gástrico entre enero 2015 y diciembre 2024 en INCHIJAP. **Criterios de inclusión:** Edad ≥ 18 años. Adenocarcinoma gástrico confirmado histológicamente. Tratamiento con ESD completa (disección submucosa y resección en bloque). **Datos disponibles:** márgenes radial y profundo. **Criterios de exclusión:** Lesiones benignas (adenomas, pólipos, metaplasias, displasia sin cáncer). **Técnicas distintas a ESD pura (EMR, ESD híbrida incompleta).** Tumores no gástricos o de origen neuroendocrino. **Variables clave faltantes:** (tamaño, morfología París, invasión submucosa). Se registraron: edad, sexo; localización (antro/cuerpo/fúndus), tamaño en mm, clasificación París, ulceración, grado de diferenciación, presencia de invasión submucosa, linfovascular y perineural. R0 se definió como márgenes radial y profundo libres de tumor. **Análisis estadístico:** Descriptivo: medianas [IQR] para continuas y frecuencias (%) para categóricas. Bivariado: Mann–Whitney U para tamaño y chi-cuadrado o Fisher para categóricas. Multivariante: regresión logística incluyendo variables con $p < 0.10$ en bivariado; $p < 0.05$ se consideró significativo.

Resultado: La mediana de edad fue 67 años (IQR 62–75) y el 61 % fueron mujeres. El tamaño mediano de la lesión fue 14 mm (IQR 9–21); 20 % correspondieron a morfología París 0-IIc; 35 % presentaron invasión submucosa y 18 % ulceración. La tasa de R0 fue 84 % (41/49). En el análisis bivariado, lesiones ≥ 20 mm alcanzaron R0 en 70 % frente a 90 % si < 20 mm ($p=0.04$). En la regresión logística, la invasión submucosa resultó predictor independiente de márgenes positivos (OR 0.45; IC 95 % 0.20–0.98; $p=0.046$), mientras que mayor tamaño y ulceración mostraron tendencia a asociarse con R1.

Conclusión: La invasión submucosa y el tamaño de la lesión condicionan de forma independiente la probabilidad de resección completa en ESD de adenocarcinoma gástrico. Estos hallazgos pueden optimizar la selección de pacientes candidatos a ESD y mejorar la planificación terapéutica.

385, MANEJO ENDOSCÓPICO DE INTUSUSCEPCIÓN COLÓNICA POR LIPOMA INTRALUMINAL DE GRAN TAMAÑO

Autores: Cristian Faúndez L., Isidora Huete R., Cristian Jarry T., Hugo Richter R., Gonzalo Urrejola S.

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

Introducción: Las intususcepciones intestinales o colónicas son una causa rara de obstrucción o dolor intestinal. Su manejo es por lo general quirúrgico para explorar y eventualmente resecar la causa de la intususcepción. Las causas neoplásicas malignas representan el 66% de las intususcepciones colónicas. Dentro de las etiologías benignas, los lipomas son frecuentes y su tratamiento, al ser superiores a los 2 cm, suele ser quirúrgico. Sin embargo, con el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías en endoscopia, la resección intraluminal se ha descrito como exitosa en lesiones progresivamente mayores. En el caso de lipomas colónicos gigantes, el tratamiento endoscópico representa el 10% de los procedimientos, logrando más de un 90% de resección con una baja tasa de complicaciones. Debido a la rareza de esta combinación, se vuelve relevante el generar evidencia y reportar experiencias locales de manejo endoscópico con tal de establecer la factibilidad de esta alternativa terapéutica en Chile.

Objetivos: Describir un caso de intususcepción colónica por lipoma de gran tamaño tratado endoscópicamente y discutir la factibilidad y técnica de la colonoscopia como método terapéutico alternativo para condiciones previamente consideradas de manejo quirúrgico.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso y presentación clínica de un paciente masculino de 39 años que se diagnosticó con un lipoma gigante. Se presentan imágenes preoperatorias, del procedimiento y del resultado anatomopatológico.

Resultado: Un paciente masculino de 39 años se presenta con un cuadro de dolor abdominal subagudo. Se le realizó una tomografía abdominal que reveló una intususcepción colónica por un lipoma de 7 cm, lo que fue confirmado por colonoscopia. Se evaluó en comité conjunto a los cirujanos endoscopistas y se determinó que cumplía con las condiciones para efectuar un tratamiento endoscópico, las que fueron: (1) Ser pediculado, (2) No incluir la capa muscular propia y/o serosa y (3) Diagnóstico imagenológico claro de lipoma. Asimismo, no presentaba otra indicación de cirugía (ausencia de obstrucción intestinal o duda de vitalidad intestinal). Fue tratado con resección endoscópica por asa diatérmica y Flush-knife, sin complicaciones posteriores. El tiempo operatorio fue de 240 min aproximadamente y la estadía hospitalaria de 24 hrs.

Conclusión: El tratamiento endoscópico es una alternativa segura de realizar en pacientes que se presentan con intususcepción colónica por lipomas de gran tamaño, siempre que se cumplan las condiciones adecuadas para su realización y exista un operador experto. Se necesita mayor investigación para establecer indicaciones precisas para la realización de este método por sobre el quirúrgico.

386, TERAPIA ENDOSCÓPICA DE VACÍO PARA RESOLUCIÓN DE PERFORACIÓN DUODENAL POST-ERCP: REPORTE DE CASO

Autores: Christian Torres V., Isidora Belletti S., David Cambiazo F., Catalina Acuña M., Francisca Campillay R.

Universidad Andrés Bello. Servicio De Cirugía, Hospital El Pino, Santiago, Chile.

Introducción: La perforación duodenal posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) es una complicación poco frecuente, con una incidencia <1%, pero de alto riesgo y con una morbilidad que puede superar el 30% si no se maneja oportunamente. Habitualmente, el tratamiento ha sido conservador o quirúrgico, como la rafia primaria o exclusión duodenal. Sin embargo, en las últimas décadas, los avances endoscópicos han permitido instaurar alternativas mínimamente invasivas. Entre ellas, la terapia endoscópica de vacío (TEV) se ha presentado como opción eficaz para el manejo de fugas, fístulas y perforaciones del tracto gastrointestinal.

Objetivos: Presentar el uso combinado de clips y TEV como estrategia terapéutica efectiva y segura para la resolución de una perforación duodenal antipapilar post-ERCP.

Contenido del E-Poster: Presentación del caso de un paciente masculino de 76 años, sin comorbilidades, ingresado de forma electiva en septiembre de 2024 al Hospital El Pino (HEP) por coledocolitiasis confirmada por ecografía, sin colangitis asociada. Durante la ERCP y debido a la dificultad de canulación papilar, se produjo una perforación duodenal de 10 mm en borde antipapilar. Se decidió resolución inmediata mediante cierre con ocho clips endoscópicos y la instalación complementaria de TEV para sellar el defecto, permitir drenaje controlado y favorecer la cicatrización local. El paciente permaneció con manejo multidisciplinario, soporte antibiótico y nutrición parenteral.

Resultado: El paciente evolucionó adecuadamente, sin signos de peritonitis ni complicaciones sépticas mayores. Al séptimo día, se realizó nueva endoscopia que constató el cierre del defecto y formación de lecho fibrinoso, permitiendo recambio de TEV y su posterior retiro a las 48 horas, tras constatar débito mínimo. Se reinició la vía oral de forma escalonada y el paciente completó su recuperación sin requerir cirugía complementaria. Fue dado de alta en buenas condiciones generales y se mantuvo sin complicaciones al mes de seguimiento ambulatorio.

Conclusión: La combinación de clips, para cierre del defecto, y TEV representa una alternativa eficaz y segura para el manejo de casos seleccionados de perforaciones duodenales post-ERCP, evitando la morbilidad de una cirugía de urgencia y mejorando los resultados clínicos.

387, USO DE PRÓTESIS METÁLICA DE APOSICIÓN DE LUZ (LAMS) PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE NECROSIS AMURALLADA PANCREÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Cristóbal Guzmán I. (1), María Trinidad González D. (1), Magdalena Guerrero B. (2), Francisca González M. (2), Nicolás Rojas F. (3).

Servicio De Cirugía, Hospital Padre Hurtado, U Del Desarrollo, Santiago. Interno, Hospital Padre Hurtado, U Del Desarrollo, Santiago. Servicio De Cirugía Digestiva, Hospital Padre Hurtado, U Del Desarrollo, Santiago.

Introducción: La pancreatitis aguda es una causa frecuente de hospitalización. En aproximadamente 15% de los casos puede presentarse con necrosis pancreática y/o peripancreática que determina una mayor mortalidad para el paciente, especialmente si esta se encuentra infectada. En referencia a las complicaciones de la pancreatitis necrotizante, dentro de las primeras cuatro semanas pueden desarrollar colecciones necróticas agudas que posterior a este periodo de tiempo generan una pared definida, denominándose, necrosis amurallada (WON). El tratamiento invasivo está indicado en presencia de síntomas persistentes, infección o compresión de estructuras vecinas. Actualmente, el drenaje endoscópico guiado por ultrasonido (USE) es el tratamiento de referencia, con eficacia comparable a la cirugía y menor morbilidad. Los stents metálicos con aposición luminal (LAMS) han mejorado esta técnica, al permitir un acceso más directo y seguro a las colecciones.

Objetivos: Presentar un caso clínico infrecuente de necrosis pancreática amurallada sintomática persistente, tratado exitosamente mediante abordaje endoscópico con colocación de LAMS, así como describir las complicaciones posteriores y sus respectivas resoluciones.

Contenido del E-Poster: Caso clínico. Se cuenta con evidencia fotográfica del caso reportado, tanto de su estudio como de su resolución endoscópica.

Resultado: Mujer de 42 años sin antecedentes relevantes, consulta en servicio de urgencias por cuadro dolor abdominal agudo. Se diagnostica pancreatitis aguda necrotizante mediante exámenes de laboratorio y tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis (TAC AP). Inicialmente se decide un manejo conservador. Luego de un mes iniciado cuadro de pancreatitis, paciente reconsulta por dolor abdominal persistente donde a través de un TAC AP se pesquiza como complicaciones una necrosis amurallada. En primera instancia se maneja mediante drenaje endoscópico transgástrico guiado por USE, con posterior recurrencia de los síntomas, tras lo cual se decide un segundo drenaje endoscópico con colocación de LAMS. El postoperatorio fue favorable, se da el alta la paciente a las 48 horas con mejoría clínica. Un mes más tarde, ingresa nuevamente por dolor abdominal y fiebre, donde se realiza una endoscopia que evidencia obstrucción del LAMS con detritos necróticos. Se realizan aseos endoscópicos exitosos, con resolución progresiva de los síntomas y alta médica. Durante el seguimiento ambulatorio permanece asintomática y sin complicaciones.

Conclusión: El avance de la ultrasonografía endoscópica (USE) intervencionista ha posicionado al endoscopista como un actor clave en el tratamiento de la necrosis pancreática encapsulada. El drenaje endoscópico, especialmente con LAMS, ha demostrado ser una técnica segura y eficaz. No obstante, el manejo de la WON sigue siendo complejo y requiere un enfoque multidisciplinario. Aunque los recientes desarrollos en el diseño de LAMS han mejorado los resultados del procedimiento, aún persisten desafíos técnicos que limitan su aplicación más allá del drenaje pancreático, y su uso requiere seguimiento estricto, ya que su permanencia prolongada puede asociarse a complicaciones como obstrucción del stent, infección o fístulas.

388, EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TRICOBEOAR ESOFÁGICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Autores: Valentina Núñez P. (1), Camilo Huerta M. (1), Juan Espinoza M. (2), Juan Rojas A. (2), Esteban Maldonado M. (2), Héctor Valladares H. (3). (1) Residente Cirugía General, Hospital Clínico Universidad De Chile. (2) Interno De Medicina, Facultad De Medicina, Universidad De Chile. (3) Departamento De Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: Los tricobezoares son masas formadas por la acumulación de cabello ingerido. Corresponden a un 6-8% de todos los bezoares reportados. Ocurren casi exclusivamente en niñas o mujeres jóvenes con antecedentes de tricofagia y tricotilomanía. Su presentación clínica suele ser insidiosa e inespecífica, con síntomas gastrointestinales y pérdida de peso. Tradicionalmente, la mayoría de estos casos han sido manejados mediante gastrotomía quirúrgica debido al tamaño y consistencia de las masas, sin embargo, existen reportes exitosos de extracción endoscópica en casos seleccionados.

Objetivos: Describir el manejo endoscópico para la extracción de un tricobezoar esofágico y su indicación como alternativa mínimamente invasiva ante la opción de extracción quirúrgica.

Contenido del E-Poster: Datos de ficha clínica y atención directa del paciente. Revisión de literatura.

Resultado: Paciente femenina de 31 años con antecedentes psiquiátricos y tricotilomanía, consultó en servicio de urgencias por epigastralgia de inicio súbito asociado a vómitos profusos, ingresa estable, sin signos de irritación peritoneal. TC evidenció esófago distal con engrosamiento parietal edematoso y un estómago parcialmente distendido. Endoscopia digestiva alta (EDA) evidencia a los 34 cm cuerpo extraño que ocupa lumen esofágico y que impresiona corresponder a tricobezoar, con escasa movilización al empuje y tracción, e intento frustrado de extracción. Nueva EDA con equipo ultrafino se logra rodear y avanzar a distal, pero fracasa el intento de extracción. Se realiza tercera EDA en pabellón bajo anestesia general. Se introduce vaselina líquida al esófago y antiespasmódicos endovenosos. Se instala sobretubo y se tracciona bezoar con pinza de cuerpo extraño, logrando avance hasta esófago proximal y su extracción. Revisión no muestra lesiones. Esófagograma control muestra buen paso, sin fugas. Paciente se observa por 48 horas, con adecuada tolerancia oral a líquidos. Alta bajo control psiquiátrico

Conclusión: La remoción endoscópica de tricobezoares ha sido considerada poco efectiva debido a la dificultad de fragmentar y extraer por completo estas masas densas. No obstante, se han reportado casos que, con la instrumentación adecuada, como redes de recuperación y endoscopios con doble canal, es posible realizar una extracción completa. La lubricación con vaselina, los antiespasmódicos y la anestesia general, en este caso, facilitaron las maniobras endoscópicas. La extracción endoscópica de un tricobezoar representa una opción terapéutica menos invasiva, con beneficios en tiempo de recuperación y morbilidad. Su aplicabilidad debe evaluarse cuidadosamente según el tamaño del bezoar y las capacidades del centro.

389, OBSTRUCCIÓN BILIAR POR COÁGULOS, UNA NUEVA COMPLICACIÓN POST CPRE

Autores: Bárbara Carreño, Katherine Carreño, Vania Córdova, Ramón Hermosilla, Cristian Gallegos, Valladares H, Owen Korn.

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento mini-invasivo empleado en el diagnóstico y tratamiento de patologías bilio-pancreáticas. Aunque generalmente seguro, tiene tasas de complicaciones entre 5 y 10% y de mortalidad 0,1 - 1%. Entre las complicaciones se describen: pancreatitis aguda (3,5%), colangitis (1,4%), sangrado intraluminal (1,3%) y la perforación duodenal o biliar (0,6%). La obstrucción de la vía biliar por coágulos post-CPRE es de rara ocurrencia, con menos de una decena de casos reportados en la literatura. Su reconocimiento precoz y el manejo oportuno son determinantes en el pronóstico.

Objetivos: Describir la presentación clínica, el manejo y la evolución de cinco pacientes que desarrollaron obstrucción biliar secundaria a coágulos post-CPRE, en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de cinco casos consecutivos de pacientes que desarrollaron obstrucción biliar por coágulos luego de CPRE realizada como parte del manejo de colecistitis aguda y coledocolitiasis. La información clínica, de laboratorio, imágenes, procedimientos endoscópicos y evolución fueron obtenidas desde los registros médicos institucionales.

Resultado: Se incluyeron cinco pacientes, 4 mujeres y un hombre, con edades entre 19 y 89 años. Tres pacientes con comorbilidades significativas: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y cardiopatía isquémica. En todos los casos, se realizó colecistectomía con técnica Rendez Vous y papilotomía con extracción de litiasis. El intervalo entre la CPRE y la aparición de síntomas osciló entre 24 y 96 horas. La presentación clínica consistió en dolor abdominal intenso, alteración de pruebas hepáticas con patrón colestásico y en dos pacientes signos de sepsis y disfunción multiorgánica. Los estudios de imagen (colangiografía o TC) evidenciaron dilatación de la vía biliar con material obstructivo compatible con coágulo. Los 5 pacientes requirieron nueva CPRE con extracción de coágulos y una colocación de prótesis biliar en un caso. Una paciente evolucionó con pancreatitis aguda grave y fallece por falla multiorgánica, otra cursa con hemobilia recurrente masiva que requirió angiografía y esfinteroplastia quirúrgica para control del sangrado. La mortalidad global fue 20 %.

Conclusión: La obstrucción biliar secundaria a coágulos post-CPRE es una complicación infrecuente pero potencialmente letal. Debe sospecharse ante el deterioro clínico precoz, con patrón colestásico sin evidencia de coledocolitiasis residual. La colangiografía y la endoscopia permiten el diagnóstico y tratamiento oportuno. Esta nueva entidad debe incluirse en el algoritmo de complicaciones post CPRE y su reconocimiento y manejo oportuno reduce la morbilidad asociada.

391, ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA ENDOBILIAR EN NEOPLASIA PERIAM-PULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Catalina Sofía Ortiz Valenzuela, Fernanda Cristina Huber Hornung, Álvaro Gallardo Villalobos, José Manuel Martínez Villegas, Francisco Parada Díaz, Sofía Begoña Ignacia López Ruiz, Maximiliano Alonso López Muñoz
Hospital Naval Almirante Adriaola

Introducción: Los tumores periampulares son un grupo heterogéneo de neoplasias que incluyen cabeza del páncreas, vía biliar distal, segunda porción duodenal y la propia ampolla de Vater. Su tratamiento a elección es la resección quirúrgica, sin embargo, debido a que la mayor parte de estas neoplasias son detectadas en etapas avanzadas, no es posible optar a cirugía, por lo que el tratamiento paliativo es crucial y de esta forma aliviar los síntomas y complicaciones asociadas a la obstrucción de la vía biliar. (1, 2, 3) Dentro de las opciones de tratamiento paliativo para este grupo de neoplasias se encuentra la instalación de stents en la vía biliar; estos pueden ser metálicos o plásticos, o incluso medicados, pero todos poseen una vida útil limitada por su eventual obstrucción. (2,4) La ablación por radiofrecuencia (RFA) ha surgido como un complemento eficaz para prolongar la permeabilidad del stent. El procedimiento se realiza mediante Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), a través de una corriente alterna que favorece la fricción entre iones aumentando la temperatura hasta 50°C generando desnaturalización de proteínas, deshidratación celular y necrosis coagulativa del sitio tumoral. Con esta técnica se consiguen beneficios como disminución en la progresión de la obstrucción, prolongación de los beneficios paliativos y mejorar la sobrevida global. (2, 4, 5)

Objetivos: Presentar el uso de la RFA endobiliar como complemento terapéutico a los stents biliares para la terapia paliativa en un paciente con neoplasia periampular irresecable.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 54 años, con antecedentes de tumor Adenocarcinoma G2 con diferenciación neuroendocrina periampular avanzado en tratamiento paliativo. Consultó por ictericia asociada a fiebre, prurito intenso y dolor abdominal. En laboratorio de ingreso destaca bilirrubina total (BT) en 13.56 mg/dl y directa (BD) 10.6 mg/dl. Los estudios revelaron dilatación de vía biliar intra y extrahepática y colangitis secundaria a obstrucción biliar distal debido a progresión tumoral. Se realizó una CPRE y prótesis autoexpandible con RFA endobiliar y colocación de stent metálico. Procedimiento realizado sin incidentes.

Resultado: Paciente con evolución favorable, con respuesta clínica inmediata respecto al dolor. Prurito disminuye a los 5 días. Bilirrubina con franco descenso hasta 2,2 mg/dL total y directa en 1.66 mg/dl. Paciente fue dado de alta en cuidados paliativos y no requirió reingresos ya sea por dolor, prurito o colangitis.

Conclusión: El manejo paliativo de las neoplasias periampulares irresecables es un desafío importante. La RFA disminuye la progresión de la obstrucción y mejorar los beneficios paliativos. (5) Se considera como una herramienta complementaria prometedora para prolongar la permeabilidad del stent, reducir la tasa de oclusión, mejorar significativamente la sobrevida global y la calidad de vida de los pacientes. (2,3,4)

8. Sección: Sección: Esofagogástrico



92, HERNIA PARAESOFÁGICA AGUDA CON VÓLVULO GÁSTRICO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

Autores: Carlos Manterola, Enrique Biel, Josué Rivadeneira, Manuel Pera, Luis Grande.

Programa De Doctorado En Ciencias Médicas, Universidad De La Frontera. Chile. Departamento De Cirugía, Universidad De Concepción, Chile. Departamento De Cirugía, Universitat Autònoma De Barcelona, España. Real Academia De Medicina De Cataluña, Barcelona, España.

Introducción: El vólvulo gástrico agudo (VGA) es una complicación poco frecuente de las hernias paraesofágicas de gran tamaño (HPE), que se produce una obstrucción de asa cerrada que puede provocar incarceration y estrangulación.

Objetivos: Resumir la evidencia disponible respecto de las características clínicas, el tratamiento quirúrgico, complicaciones postoperatorias (CPO), recurrencia y mortalidad a 30 días (M30D) en pacientes sometidos a cirugía por VGA secundaria a HPE.

Contenido del E-Poster: Diseño: Revisión sistemática con meta-análisis (protocolo registrado en PROSPERO ID: CRD42024620580). Criterios de elegibilidad: Se incluyeron todo tipos de estudios primarios (experimentales y observacionales) que informaran sobre CPO y IM30D en pacientes tratados por VGA/HPE, diagnosticados por radiología, tomografía computarizada o resonancia magnética, publicados entre 1990 y 2024. No se aplicaron restricciones geográficas ni de idioma. Se excluyeron editoriales, cartas al editor, revisiones narrativas, documentos de consenso y debates. Fuentes de información: Se revisaron Web of Sciences (WoS), Embase, Medline, Scopus, BIREME-BV y SciELO. Proceso de selección: Los documentos identificados fueron gestionados con el software COVidence®, eliminando duplicados. Los resultados primarios incluyeron CPO, M30D y recurrencia. Los resultados secundarios incluyeron fecha de publicación, origen y diseño del estudio, número de pacientes, tipo de vólvulo, estancia hospitalaria, tratamientos y la calidad metodológica (CM) de los estudios, evaluada mediante escalas MInCir-T y MInCir-Pr2. Se aplicaron estadísticas descriptivas, promedios ponderados (PP), regresión logística de mínimos cuadrados y meta-análisis de prevalencia de CPO y M30D.

Resultado: De 1049 estudios encontrados, sólo 171 cumplieron los criterios de selección, representando a 15178 pacientes. La edad de los pacientes fue $75,3 \pm 13,9$ años, con un 51,3% de sexo femenino. La mayoría de los estudios se originaron en EE. UU. (31,6 %); y un 52,6% fue publicado en la última década. La mayoría de los casos se operaron de urgencia, siendo el acceso abierto el más utilizado (9934 casos, 86,2%). Las técnicas más frecuentes fueron la funduplicatura de Nissen (39,1%) y la gastropexia (23,9%). En el período más reciente la población fue significativamente mayor ($p=0,011$), hubo una reducción en las indicaciones de cirugía de emergencia ($p=0,003$; OR: 1,7 [IC 95%: 1,2-2,5]) y una disminución del acceso laparoscópico ($p<0,001$; OR: 2,4 [IC 95%: 2,1-2,7]). Además, se observó un aumento de las reintervenciones ($p=0,035$), junto con una marcada reducción de reingresos y recurrencia ($p=0,0001$ y $p<0,008$, respectivamente). La estancia hospitalaria fue $7,9 \pm 5,3$ días. Las CPO ocurrieron en el 32% de los casos, 7,6% requirió reintervenciones, y la M30D fue 5,7%. Las puntuaciones CM promediaron $8,9 \pm 2,3$ (MInCir-T) y $13,4 \pm 5,4$ (MInCir-Pr2). Al comparar los períodos 1990-2014 y 2015-2024, hubo diferencias significativas en las variables edad, reintervenciones, reingresos y tasa de recurrencia. El meta-análisis identificó una tasa de CPO de 0,30 (IC 95%: 0,23-0,37) y de M30D de 0,03 (IC 95%: 0,02-0,05). En ambos casos, se observó alta heterogeneidad (I^2 del 94% y 93%, respectivamente).

Conclusión: A pesar de los avances quirúrgicos y de reanimación, el pronóstico del VGA/HPE sigue siendo desfavorable, con altas tasas de CPO, hospitalizaciones prolongadas y M30D significativa. Estos hallazgos enfatizan la importancia del diagnóstico temprano y la intervención oportuna para mejorar los resultados.

93, FUNDUPLICATURA DE NISSEN A MÁS DE UNA DÉCADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Autores: Sofía Álamo M., María Elena Vial B., Victoria Zapata G., Attila Csendes J.

Departamento De Cirugía, Hospital Clínico De La Universidad De Chile.

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una patología altamente frecuente a nivel mundial. Aunque existen varias técnicas quirúrgicas aceptadas para su manejo, el gold standard es la funduplicatura de Nissen. Debido a la amplia utilización de esta técnica es de suma importancia evaluar la calidad de la evidencia disponible sobre el resultado a largo plazo de los pacientes sometidos a esta cirugía.

Objetivos: Analizar la calidad de la evidencia disponible del seguimiento a largo plazo de los pacientes con funduplicatura de Nissen.

Contenido del E-Poster: Revisión sistemática. Búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane y Google Scholar de la literatura, se incluyeron trabajos retrospectivos o prospectivos publicados entre enero 2016 y marzo 2025 sobre el seguimiento de pacientes sometidos a una funduplicatura de Nissen. Se excluyeron revisiones narrativas sin datos originales analizables y trabajos que no cumplieran con un mínimo de 10 años de seguimiento. Los estudios se agruparon en dos categorías: Grupo A, que utilizó variables tanto objetivas como subjetivas (síntomas) y Grupo B, basado únicamente en seguimiento subjetivo. A su vez, ambos se subdividieron según el porcentaje logrado de seguimiento de pacientes: A.1 y B.1 ($\geq 80\%$) y A.2 y B.2 ($< 80\%$). Se evaluaron los aspectos más relevantes de cada subgrupo, con especial atención en el Grupo A.1.

Resultado: De un total de 1.635 estudios revisados, se obtuvieron 16 que cumplieron los criterios de inclusión. Cuatro trabajos corresponden al grupo A.1, dos al A.2, dos al B.1 y ocho al B.2. La mediana de porcentaje de pacientes seguidos al final del estudio fue de un 73.15% (Q1 66.88 - Q3 82.23), observándose un 74.5% (67.2-84) y 69.4% (IQR 56-74) de seguimiento en los grupos A y B, respectivamente. El grupo A.1 tuvo una mediana de porcentaje de seguimiento de 92.35% (IQR 84.48 - 100), sin embargo, dos de los trabajos incluidos no lograron realizar los estudios propuestos al 100% de los pacientes iniciales. De este grupo, cuatro estudios realizaron pH-metría, uno manometría, cuatro endoscopia y dos radiografías baritadas. El porcentaje de seguimiento del grupo A.2, B.1 y B.2 fueron 59.4% (IQR 46.3-75.2), 85.75 (IQR 84 - 87.4) y 69.4% (IQR 61.25 - 74.5), respectivamente. Finalmente, se observó que para la medición de los criterios subjetivos se utilizaron tanto cuestionarios validados como herramientas creadas por los investigadores según sus necesidades.

Conclusión: Esta revisión evidencia que la cantidad de trabajos con seguimiento a largo plazo de las funduplicaturas de Nissen son escasos y la calidad de estos es insuficiente. La mayoría se basa en evaluaciones subjetivas, existiendo una marcada heterogeneidad en las herramientas aplicadas. Además, las evaluaciones objetivas a realizar durante el seguimiento de los pacientes no se encuentran estandarizadas. Por otro lado, se observa una pérdida de seguimiento importante en ambos grupos, siendo mayor en los que realizaron solo mediciones subjetivas, disminuyendo la validez de las conclusiones. La incapacidad de algunos estudios de realizar las pruebas objetivas al 100% de los pacientes es una limitante para el correcto cálculo de seguimiento, como ocurre en el grupo A.1, por lo que el porcentaje de seguimiento real podría ser aún menor. Estos resultados evidencian la necesidad de implementar protocolos de seguimiento que garanticen una mejor retención de la cohorte estudiada y una homogeneización de las herramientas de evaluación.

94, GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA, RESULTADOS ACTUALIZADOS DEL NUEVO ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO PARA CÁNCER GÁSTRICO

Autores: Felipe Araya, Enrique Norero, Marco Ceroni, Cristian Martínez, Emilio Morales, Ignacio Obaid, Paulina González, Alfonso Díaz.

Hospital Sótero Del Río

Introducción: La gastrectomía subtotal laparoscópica, según la evidencia más actualizada se podría considerar el nuevo tratamiento estándar para el tratamiento de cáncer gástrico. En países occidentales y Chile no hay grandes estudios publicados validando dicha técnica.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de las gastrectomías subtotales laparoscópicas y evaluar las complicaciones postoperatorias y la sobrevida a largo plazo.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a una gastrectomía subtotal laparoscópica por cáncer gástrico, en el Hospital Sotero del Río. Dicha cohorte contempla pacientes desde el año 2006 al año 2025. Se obtuvieron los datos a partir de una base de datos prospectiva de pacientes. Se utilizaron curvas de sobrevida según método de Kaplan-Meier.

Resultado: Se incluyeron 115 pacientes (Hombres 57, mujeres 58) con una mediana de edad de 67 años (32-88) y una mediana de IMC de 26,5 (19,7-51). El 80% de los pacientes presentaba al menos una comorbilidad. Se realizó una linfadenectomía D2 en 71,3% de los pacientes y D1 en 26%. El 93% de los pacientes tuvieron una reconstrucción en Y de Roux. El tiempo operatorio tuvo una mediana de 302 min (160-498) y la mediana del sangrado operatorio fue de 100 cc (10-900). La mediana de estadía hospitalaria fue de 6 días (3-79). Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en el 25,2% de los casos, siendo las más frecuentes; retención gástrica (7,8%), colección intraabdominal (5,2%) y fístula pancreática (2,6%). Dos pacientes (1,7%) presentaron fístula del muñón duodenal y no hubo pacientes con filtración de la gastro-entero anastomosis. En el 6% de los casos las complicaciones fueron Clavien III o superior. La mortalidad postoperatoria fue de 0,8% (1). La Etapificación patológica para pacientes sin quimioterapia neoadyuvante (107) resultó en Etapa I (53,1%), Etapa II (23,3%), Etapa III (15,7%) y Etapa IV (5,6%). Los bordes quirúrgicos resultaron R0 en 94,7% (109) de los pacientes, R1 en 2,6% (3) y R2 en 2,6% (3). La sobrevida global a 5 años fue de 77% (mediana de 208 meses). La sobrevida a 5 años de pacientes en etapa IA fue de 84% (mediana de 213 meses), etapa IB fue de 99% (mediana no alcanzada), etapa IIA fue de 56% (mediana de 75 meses), etapa IIB fue de 90% (mediana de 104 meses), etapa IIIA fue de 80% (mediana no alcanzada), etapa IIIB fue de 39% (mediana de 51 meses), etapa IIIC fue de 75% (mediana de 93 meses).

Conclusión: Destaca en esta serie que los pacientes tuvieron una mediana de IMC elevada y alto porcentaje de comorbilidades. Se presentaron un bajo porcentaje de complicaciones graves y una corta estadía hospitalaria. La sobrevida a largo plazo fue concordante con la etapificación del cáncer gástrico. Los resultados apoyan que la gastrectomía subtotal laparoscópica podrían ser el nuevo estándar de tratamiento.

95, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA.

Autores: Daniela Leporati J., Loreto Ramírez G., Carlos Cárcamo I.

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

Introducción: La acalasia es un trastorno motor primario del esófago, caracterizado por aperistalsis del cuerpo esofágico e hipertonía del esfínter esofágico inferior (EEI), lo que provoca disfagia, regurgitación, pérdida de peso y deterioro en la calidad de vida. La cardiomiectomía de Heller, desarrollada en 1913, implica dos miotomías (anterior y posterior) y se asocia a riesgo de reflujo severo. En 1923, Zaaier propuso una miotomía anterior combinada con funduplicatura, opción que ha evolucionado hacia la miotomía de Zaaier con funduplicatura parcial (Dor o Toupet), siendo la de Dor la más utilizada por su capacidad de cubrir la miotomía y bajo riesgo de disfagia. Actualmente esta técnica se considera tratamiento estándar, con tasas de éxito superiores al 85%.

Objetivos: Evaluar los resultados postoperatorios de pacientes con acalasia tratados quirúrgicamente mediante miotomía de Zaaier y funduplicatura parcial por vía laparoscópica.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de 38 pacientes con diagnóstico de acalasia operados por el equipo de cirugía digestiva de Valdivia, entre enero 2007 y mayo 2025. Se extrajeron datos de fichas clínicas y seguimiento telefónicos, se analizaron en Excel. El objetivo primario fue evaluar la morbilidad y mejoría sintomática según puntaje de Eckardt. Objetivos secundarios incluyeron caracterización clínica, hallazgos imagenológicos y técnica quirúrgica.

Resultado: Se incluyeron 38 pacientes, edad media 47 años (18–84), 63% mujeres y 55% con comorbilidades (principalmente hipertensión y diabetes). La mediana de duración de síntomas fue de 23 meses. Los principales síntomas fueron disfagia (87%), regurgitación (78%), pirosis (66%) y vómitos posprandiales (42%), con una mediana de baja de peso de 11 kg. La endoscopia preoperatoria otorgó la sospecha diagnóstica en 92%, mostrando esófago dilatado (94%) y retención salival (83%). Solo siete pacientes accedieron a manometría. La esofagografía fue diagnóstica en 79%, evidenciando “pico de pájaro” (63%), dilatación esofágica (61%) y aperistalsis (53%). La técnica quirúrgica consistió en miotomía de 7 cm, asociado a funduplicatura de Dor (92%) o Toupet (8%). El tiempo operatorio tuvo una moda de 90 minutos. No hubo conversiones ni complicaciones inmediatas. La de estadía postoperatoria mediana fue de 2 días (1-5). En el seguimiento (n=31, mediana 69 meses), se documentó un caso de recardiomiectomía al año y una estenosis péptica tratada con dilatación endoscópica a los 8 años del postoperatorio. Treinta de 31 pacientes presentaron mejoría sintomática significativa, con éxito terapéutico del 97%.

Conclusión: La miotomía de Zaaier más hemivalva anterior de Dor por vía laparoscópica demostró alta eficacia y seguridad en el tratamiento de la acalasia, con baja morbilidad y sostenida mejoría sintomática en el seguimiento, consolidándose como tratamiento estándar en nuestro centro.

96, NUEVA VARIANTE PATOGENICA CTNNA1 ASOCIADA A CÁNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITARIO EN SUDAMÉRICA. PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE

Autores: Camila Sotomayor, Valeria Galaz, Cristián Martínez, Paulina González, Guillermo Lay-son, Enrique Norero

1 Hospital Sótero Del Río, Residente De Cirugía General, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile.

2 Unidad De Cirugía Esofagogástrica, Departamento De Cirugía, Hospital Dr. Sótero Del Río, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El cáncer gástrico difuso hereditario (CGDH) se asocia principalmente a variantes patogénicas en el gen CDH1. Recientemente, se han identificado variantes germinales en el gen CTNNA1, que codifica para la α -catenina, como asociadas a CGDH. Sin embargo, los casos reportados hasta la fecha son escasos y provienen principalmente de Europa y Norteamérica.

Objetivos: Reportar el primer caso identificado en Chile de una variante germinal patogénica en el gen CTNNA1 asociada a cáncer gástrico difuso hereditario (CGDH). Hay que destacar la importancia del estudio genético para la identificación precoz y el manejo del riesgo en familias con sospecha de CGDH.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de registros clínicos electrónicos de la paciente índice y familiares portadores de una variante patogénica en CTNNA1 asociada a CGDH.

Resultado: Se presenta el caso de una familia con CGDH. La paciente índice, mujer de 51 años, fue diagnosticada con adenocarcinoma gástrico difuso (AGD) pobremente diferenciado con células en anillo de sello. La estadificación clínica fue T1N0M0. Se realizó una gastrectomía total laparoscópica, confirmándose el diagnóstico final de AGD T1N0M0, estadio IA. En la familia se identificaron otros tres familiares de primer y segundo grado con diagnóstico de cáncer gástrico. La paciente índice fue sometida a estudio genético germinal, detectándose una variante en el gen CTNNA1: c.531T>G (p.Tyr177*), la cual fue considerada patogénica. A partir de este hallazgo, se inició estudio genético en cascada. De los tres hijos evaluados, dos presentaron la misma variante y actualmente están en evaluación para gastrectomía total profiláctica.

Conclusión: Este es el primer caso reportado en Sudamérica de una variante patogénica en CTNNA1 asociada a CGDH. El hallazgo de la variante c.531T>G (p.Tyr177*) en CTNNA1 en una paciente con antecedentes familiares de CGDH justifica una mayor investigación para detectar agregación familiar de la enfermedad en pacientes sin mutaciones en CDH1. Este hallazgo puede ser especialmente relevante en países con alta incidencia de cáncer gástrico, como es el caso de este reporte.

97, FUNDOPLICATURA TOTAL VERSUS PARCIAL POSTERIOR EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Autores: Enrique Cruz, Javiera Araya, Matías Panza, Attila Csendes

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) es una de las patologías crónicas más frecuentes del tracto digestivo superior. La fundoplicatura laparoscópica, en sus variantes total (Nissen) y parcial posterior (Toupet), constituye una alternativa quirúrgica efectiva en pacientes refractarios al tratamiento médico. No obstante, la evidencia disponible presenta discrepancias y alta heterogeneidad metodológica respecto de su eficacia comparativa en el seguimiento a largo plazo.

Objetivos: Analizar la evidencia publicada entre 1982-2023 que compara ambas técnicas quirúrgicas. Evaluar la modalidad y duración de seguimiento, uso de evaluaciones objetivas, uso de inhibidores de la bomba de protones y calidad metodológica.

Contenido del E-Poster: Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados, estudios prospectivos y retrospectivos, metaanálisis y revisiones sistemáticas mediante búsqueda en PubMed, Scopus, Web of Science y motores de búsqueda potenciados por inteligencia artificial. Se excluyeron estudios con técnicas no estandarizadas y aquellos con abordaje abierto exclusivo.

Resultado: Se incluyeron 37 estudios clínicos y 13 revisiones sistemáticas. Nissen mostró mayor disfagia precoz (12% vs. 7,7% en Toupet), pero sin diferencia a largo plazo. La pHmetría evidenció más reflujo ácido tras Toupet. No se estableció relación clara entre dismotilidad esofágica y técnica quirúrgica seleccionada. Los estudios con mayor solidez metodológica, mejor seguimiento y mediciones objetivas, favorecen a Nissen sobre Toupet por menor recurrencia. Los reportes centrados en Toupet describen alta recurrencia y sugieren restringirlo a casos con dismotilidad esofágica severa.

Conclusión: La evidencia con seguimiento prolongado y pruebas objetivas sugiere que la fundoplicatura total tipo floppy Nissen ofrece mejor control sostenido del RGE, reservando Toupet para dismotilidad esofágica significativa. Se requieren estudios prospectivos con seguimiento estandarizado para fortalecer estas recomendaciones.

99, ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE: COMPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA FLOT, CIRUGÍA PRIMARIA Y TERAPIA ADYUVANTE EN UNA COHORTE CHILENA

Autores: Diego Gianetti Bahamonde, Nicolás Larrañaga Riquelme, Brenda Briceño Rodríguez, Pablo Meyer Scholle, Jorge Sosa Machado, Gonzalo Masia López, Juan Stambuk Mayorga

Hospital San Juan De Dios

Introducción: El manejo óptimo del cáncer gástrico avanzado resecable es controversial. Aunque la quimioterapia perioperatoria con FLOT es un estándar, la cirugía primaria con o sin quimioterapia adyuvante es una práctica frecuente.

Objetivos: El objetivo fue comparar los resultados de estas tres estrategias en nuestra institución.

Contenido del E-Poster: A partir de una serie histórica del servicio de Cirugía oncológica del Hospital San Juan de Dios, de 739 pacientes con cáncer gástrico, se analizaron retrospectivamente 315 pacientes con tumores resecados entre 2017 y 2025. Tras excluir casos con datos incompletos o manejos no estandarizados, se compararon tres cohortes según la estrategia de tratamiento: quimioterapia perioperatoria FLOT, cirugía primaria como único tratamiento (Cirugía Upfront) y cirugía seguida de quimioterapia adyuvante (CX-QT). El objetivo primario fue la supervivencia global (SG), analizada mediante curvas de Kaplan-Meier y un modelo multivariado de regresión de Cox.

Resultado: Se analizaron 274 pacientes: 99 (36.1%) en el grupo FLOT, 115 (42.0%) en Cirugía Upfront y 60 (21.9%) en CX-QT. Los grupos presentaron diferencias significativas en sus características basales: el grupo de Cirugía Upfront tuvo una edad media mayor (70.5 años), mientras el grupo CX-QT concentró los tumores de mayor agresividad (40.7% CAS, 58.3% G3). La calidad de la linfadenectomía fue alta y homogénea, con una media de 33.8 (FLOT), 32.8 (Cirugía Upfront) y 34.9 (CX-QT) linfonodos resecados. La mortalidad operatoria a 30 días en la serie quirúrgica global fue del 0.99%. La SG a 24 meses fue del 80.8% para el grupo CX-QT, 69.2% para Cirugía Upfront y 63.0% para FLOT. En el análisis multivariado, y usando FLOT como referencia, la cirugía upfront se asoció de forma independiente con mayor riesgo de mortalidad (HR=2.1; IC 95%: 1.05-4.15; p=0.035). La terapia CX-QT no mostró diferencias significativas (HR=1.1; p=0.810). La edad avanzada también fue un predictor independiente de peor supervivencia (HR=1.04 por año; p=0.005).

Conclusión: La terapia multimodal que incluye quimioterapia sistémica, ya sea perioperatoria o adyuvante, se asocia con una mejor supervivencia que la cirugía como único tratamiento. En nuestra cohorte, la cirugía upfront fue un factor independiente de mal pronóstico. Los resultados entre FLOT y quimioterapia adyuvante fueron estadísticamente comparables, subrayando que la adecuada selección del paciente y la aplicación de una terapia sistémica son claves para el éxito del tratamiento.

100, IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DIGESTIVA MAYOR EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Autores: Jonathan Zang, Carlos Esperguel G., Carlos García C., Daniela Medina S., Daniel Valenzuela C, Ignacio Miranda, Gonzalo Ross R., Oliver Maida M., Víctor Marshall D., Aratxa García

Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La cirugía digestiva mayor se asocia a una alta morbilidad postoperatoria, especialmente en pacientes con baja reserva fisiológica. La prehabilitación multimodal —que incluye intervención nutricional, kinesiológica y psicológica antes de la cirugía— surge como una estrategia prometedora para mejorar resultados quirúrgicos, al optimizar el estado funcional y metabólico preoperatorio. Este estudio evalúa la implementación de un programa de prehabilitación en un hospital público, describiendo su adherencia y el perfil de complicaciones postoperatorias.

Objetivos: Describir la implementación de un programa de prehabilitación multimodal previo a cirugía digestiva alta mayor, incluyendo su adherencia, variable nutricional y complicaciones postoperatorias.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional prospectivo de cohorte en pacientes sometidos a cirugía digestiva mayor electiva entre 2023 y 2025 en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se incluyeron pacientes todos los pacientes que se inscribieron al programa de prehabilitación, con intervención en nutrición, kinesiológica y salud mental. Se registraron variables clínicas, tipo de cirugía, complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo), indicadores nutricionales (IMC, score PONS) y capacidad funcional (dinamometría). Criterios de inclusión están: pacientes sometidos a cirugías mayores (esofagectomía), pacientes mayores de 18 años, pacientes candidatos a neoadyuvancia. Criterios de exclusión: Pacientes con indicación quirúrgica de urgencia, pacientes no candidatos a cirugía curativa.

Resultado: Se incluyeron 53 pacientes, con edad media de 60,4 años (rango 33–82). El IMC promedio al ingreso fue de 26,0 kg/m²; 10 pacientes presentaban riesgo nutricional según score PONS. El 85 % realizó al menos 4 sesiones de prehabilitación, y el 50 % completó las 10 sesiones planificadas. Las cirugías más frecuentes fueron paliativas (24,5 %), esofagectomía (22,6 %) y gastrectomía (20,8 %). La tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo ≥ III) fue de 18,9 %. Se objetivó una mejoría en la funcionalidad motora de los pacientes objetivado por mejoría en el test de la dinamometría de +0,67 kg en la fuerza de prensión.

Conclusión: El programa de prehabilitación multimodal demostró que es factible con una buena adherencia y seguridad. Estos son los resultados preliminares de un programa en desarrollo en nuestro hospital.

101, ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO EN ETAPA II CON Y SIN NEOADYUVANCIA, EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO ENTRE 2015 Y 2025

Autores: Antonia Vela H, Cristóbal Vidaurre W, Catalina Valenzuela T, Valentina Molina H, Benjamín Dublé M, Krystel Werner F, Andrés Navarrete M

Hospital Militar De Santiago - Universidad De Los Andes

Introducción: Las guías recientes recomiendan el uso de quimioterapia neoadyuvante frente al diagnóstico desde un cáncer gástrico etapa II con performance status 0-1, pero en la práctica clínica muchas veces se decide realizar gastrectomía de entrada.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir los resultados oncológicos y sobrevida largo plazo de pacientes con cáncer gástrico etapa clínica II sometidos a neoadyuvancia versus cirugía de entrada.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en etapa clínica II operados entre los años 2015-2024. Se dividieron en dos grupos a los pacientes: Neoadyuvancia previa gastrectomía y gastrectomía de entrada. Se describen los resultados oncológicos, sobrevida, mortalidad y recurrencia comparando entre grupos.

Resultado: De un total de 40 pacientes diagnosticados adenocarcinoma gástrico etapa clínica II, un 42.5% se realizó neoadyuvancia preoperatoria con un promedio de edad de 68.4 ± 7.2 vs 69.4 ± 12.8 . En el grupo con neoadyuvancia el 94.1% eran de sexo masculino versus 78.3% (p value=0.19). En el grupo con neoadyuvancia el 17.6% tenían un ASA ≥ 3 , mientras que en el grupo sin neoadyuvancia fue un 34.8%. En cuanto a resultados oncológicos, se lograron márgenes negativos en el 94.1% del grupo sometido a neoadyuvancia, versus 100% en el grupo con gastrectomía de entrada. El recuento ganglionar promedio fue de 32.6 ± 12.3 en el primer grupo versus 30.5 ± 10.8 en el segundo, no mostrando diferencias significativas (p value=0.58; [-5.5, 9.7]). Dentro de la distribución por etapas de la pieza quirúrgica; la etapa III fue la más frecuente en el grupo sometido a neoadyuvancia, siendo un 35.3% de los casos, versus el grupo con gastrectomía directa, en el cual etapa III fue predominante, en un 39.1%. La sobrevida a 3 años fue de 47.1% en el primer grupo y de 43.5% en el segundo, con una sobrevida promedio 39.6 meses ± 33.7 versus 32.3 meses ± 26.5 meses respectivamente (p value=0.46; [-12.7, 27.3]). La mortalidad a 90 días fue de un 5.9% para el grupo sometido a neoadyuvancia versus 4.3% para el grupo con gastrectomía directa.

Conclusión: Este estudio muestra que no hay diferencias significativas en sobrevida, márgenes quirúrgicos ni recuento ganglionar entre pacientes con cáncer gástrico etapa II tratados con neoadyuvancia o gastrectomía de entrada. Ambos enfoques presentan resultados similares, lo que sugiere que la elección del tratamiento debe ser individualizada según las características del paciente. Se debe continuar con estudios de mejor calidad de evidencia.

102, CAMBIO DE LA INCIDENCIA DE ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN EL PERIODO PANDEMIA COVID EN CHILE.

Autores: Patricio Araya C., Ramón Hermosilla V., Bárbara Carreño M., Cristian Gallegos C., Manuel Figueroa G.
Hospital Clínico De La Universidad De Chile

Introducción: La úlcera péptica perforada constituye una emergencia quirúrgica con alta mortalidad. Durante la pandemia por COVID-19 y el periodo posterior, múltiples estudios han señalado un aumento en las complicaciones gastrointestinales severas, entre ellas, la úlcera perforada. En los distintos estudios estos cambios se han atribuido al retraso en la atención médica, mayor uso de antiinflamatorios y antiagregantes, incremento en la infección por *Helicobacter pylori* y efectos del estrés crónico, entre otros factores. Presentamos los cambios epidemiológicos de esta patología en nuestro país en los últimos años.

Objetivos: Analizar la incidencia de úlceras pépticas perforadas en Chile y su relación con la pandemia COVID en Chile.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo donde se analizó la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) en Chile, entre los años 2018 y 2023. Se incluyeron pacientes adultos (>18 años) con diagnóstico de úlcera perforada en Chile, según las codificaciones CIE-10 de úlcera gástrica y duodenal perforada y sus combinaciones.

Resultado: La cohorte analizada estuvo compuesta por 9339 casos, de los cuales 6945 corresponden a hombres y 2394 a mujeres. La mayor incidencia se registró en el grupo etario comprendido entre los 20 y 49 años. En cuanto a la distribución regional, la mayor concentración de casos se observó en la Región Metropolitana y en la Región de Valparaíso, pero las mayores incidencias en el extremo sur, en las regiones de Aysén y Magallanes. Se observó un aumento significativo en la incidencia durante los años 2020 (9,32 por 100.000 habitantes) y 2023 (9,51 por 100.000), en comparación con el periodo pre-pandemia (6,99 en 2019). La regresión de Poisson reveló un incremento anual significativo del 4,3% en los casos ($p < 0,001$). Además, a partir del 2020 se evidenció un predominio en los casos en mayores de 50 años, representando el 58% ($p < 0,001$). Este cambio en la distribución etaria fue especialmente notorio en regiones como la Metropolitana y de Antofagasta.

Conclusión: Desde el inicio de la pandemia de COVID se ha evidenciado un aumento sostenido en la incidencia de úlcera péptica perforada, con un cambio en la distribución etaria hacia un predominio en mayores de 50 años. Los resultados de nuestro análisis coinciden con estudios internacionales que reportan un aumento de úlceras complicadas en el contexto post-COVID. La tendencia refuerza la hipótesis de que la pandemia ha influido directamente en la presentación y gravedad de esta patología. La tendencia observada en nuestro estudio destaca la necesidad de implementar estrategias preventivas enfocadas en adultos mayores con comorbilidades.

103, FASE ABDOMINAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA EN ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA VIDEOTORACOSCÓPICA CON TÉCNICA MCKEOWN. ANÁLISIS COMPARATIVO.

Autores: Javier Meneses P., Enrique Norero M., Gonzalo Sáez C., Marco Ceroni V., Cristian Martínez B., Emilio Morales Z., Ignacio Obaid C., Paulina González C., Fernando Araos V., Alfonso Díaz F.

Pontificia Universidad Católica De Chile, Complejo Asistencia Dr. Sótero Del Río

Introducción: La evidencia apoya que la esofagectomía mínimamente invasiva (EMI) mejora los resultados perioperatorios comparado con la cirugía abierta, con resultados oncológicos equivalentes. Existen pocos estudios que comparen realizar el tiempo abdominal abierto o laparoscópico.

Objetivos: Comparar los resultados a corto y largo plazo de la fase abdominal de la EMI con técnica McKeown por vía laparoscópica versus abierta

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio de tipo cohorte retrospectivo, a partir de una base de datos prospectiva. Se incluyeron 51 pacientes sometidos a EMI tipo McKeown por cáncer de esófago o de unión gastroesofágica, operados en el Hospital Sótero del Río, entre 2013 y 2023. En todos los pacientes se realizó el tiempo torácico por videotoracoscopia (VATS) y se realizó la reconstrucción del tubo digestivo con una anastomosis cervical. El tiempo abdominal se realizó por vía abierta o por vía laparoscópica. Los pacientes se dividieron en 2 grupos de acuerdo con el abordaje del tiempo abdominal: el grupo laparoscópico (N=27) y el grupo abierto (N=24). Se compararon los resultados a corto y largo plazo de ambos grupos. Las variables se compararon mediante prueba de Chi-cuadrado, t de Student o prueba de Mann-Whitney. Se evaluó la sobrevida con curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank para comparación.

Resultado: Las variables basales (sexo, edad, clasificación ASA, comorbilidades específicas, laparotomías previas, ubicación tumoral y utilización de noeadyuvancia) no presentaron diferencia entre los dos grupos (p=ns). El grupo laparoscópico presentaba un IMC menor al grupo abierto (24 ± 4 vs 27 ± 4 ; $p=0.047$). El tiempo operatorio total (402 ± 68 vs 376 ± 94 ; p=ns), el tiempo operatorio abdominal (236 ± 71 vs 204 ± 79 ; p=ns) y el sangrado operatorio (189 ± 146 vs 288 ± 320 ; p=ns) no presentaron diferencias. La anastomosis más realizada en el grupo laparoscópico fue con sutura mecánica circular (85%) y en el grupo abierto la más utilizada fue una anastomosis manual (54%) ($p<0,001$). La morbilidad postoperatoria global (70% vs 75%; p=ns), la morbilidad grave (19% vs 29%; p=ns), la mortalidad a 90 días (3% vs 4%; p=ns), las complicaciones respiratorias (19% vs 29%) y la filtración de la anastomosis esofagogástrica (44% vs 38%; p=ns) no presentaron diferencias estadísticas entre ambos grupos. La estadía hospitalaria no presentó diferencias (27 ± 18 vs 24 ± 13 ; p=ns). Se logró una resección R0 comparable en ambos grupos (89% vs 87%; p=ns). El recuento ganglionar total (27 ± 10 vs 25 ± 12 ganglios; p=ns) y abdominal (17 ± 8 vs 16 ± 11 ; p=ns) no presentó diferencias en ambos grupos. La etapificación según el yTNM no presentó diferencias estadísticamente significativas. La mediana de sobrevida fue de 48 meses en el grupo laparoscópico (48% a 5 años) y de 75 meses en el grupo abierto (57% a 5 años) (p=ns).

Conclusión: Según los datos presentados, los resultados a corto y largo plazo de la EMI con la fase abdominal por vía laparoscópica versus abierta son comparables, en pacientes operados con técnica McKeown. Estos resultados se deben evaluar en un estudio prospectivo y con mayor número de pacientes.

104, MANEJO DE FILTRACIONES DE ESOFAGO YEYUNO ANASTOMOSIS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO.

Autores: Luis Barra Lobos, Mariela Urrutia Soto, Felipe Sandoval Orrego, Víctor Molina Gatica, Luis Fonseca Riquelme, Cristóbal Azocar Bizama

Hospital Hernán Henríquez Aravena

Introducción: La anastomosis esófago yeyunal laparoscópica en gastrectomía por cáncer gástrico es de alta demanda técnica dado que en muchas ocasiones existen situaciones anatómicas adversas como anastomosis altas intra mediastínicas, fragilidad del esófago, tensión del asa alimentaria ascendida, entre otras. La esófago yeyuno anastomosis tiene mayor frecuencia de filtración que otras anastomosis reportándose entre un 7 y 10% y su manejo requiere un enfoque multidisciplinario, con el uso de terapias endoscópicas como pilar fundamental.

Objetivos: Describir características demográficas, clínicas, resultados y pronóstico de los pacientes con filtración de esófago yeyuno anastomosis en gastrectomía total por cáncer gástrico manejadas mediante terapia de presión negativa endoscópica en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyó todos los pacientes con filtración de esófago yeyuno anastomosis por gastrectomía total oncológicas, Clavien Dindo III-IV que se manejaron con terapia de presión negativa endoscópica desde enero 2024 a enero 2025. Se obtuvo información de ficha clínica electrónica y se realizó revisión de la literatura con los términos no MESH: endosponge, filtración de esofagoyeyunostomía. Análisis estadístico, descriptivo con SPSS.

Resultado: Se operaron 103 pacientes de cáncer gástrico en un periodo de 2 años (2024-2025) de los cuales 63 fueron gastrectomías subtotales y 40 totales. De estas se identificaron 5 pacientes con filtración de esófago yeyuno anastomosis, con una tasa de filtración del 12.5%, manejados con terapia de presión negativa endoscópica confeccionados con insumos propios, de los cuales la edad fue en promedio 67.4 años. El diámetro de la filtración medido endoscópicamente tuvo una mediana de 7 mm (5 a 10). El tiempo de cierre del defecto fue de 7 a 33 días con una media de 19.9 días. La cantidad de recambios del dispositivo fue de 2 a 5 con una mediana de 3 veces. La tasa de éxito fue del 80% con solo 1 caso de falla a la terapia que requirió uso de endoprótesis complementaria. Hubo una complicación posterior al cierre del defecto, correspondiente al 20%, y fue estenosis que se resolvió mediante dilataciones seriadas.

Conclusión: En la literatura se reportan tasas de eficacia del 70-100% con estadías hospitalarias de 15 - 40 días con un cierre del defecto en un promedio de 20 días en series internacionales. Nuestra serie presenta datos concordantes con la literatura y reafirma la terapia endoscópica de vacío como un pilar fundamental en el tratamiento de las filtraciones esófago yeyunales, permitiendo exteriorizar la saliva, afrontar los bordes y estimular el crecimiento de tejido granulatorio.

105, FACTORES DE RIESGO EN FISTULA DEL MUÑÓN DUODENAL POST GASTRECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO

Autores: Javiera Araya S, Enrique Cruz M, Rodrigo Villegas R, Ignacio Cruz M, Matías Panza C, Attila Csendes J.

Departamento De Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: la fístula del muñón duodenal (FMD) es una complicación poco frecuente de la gastrectomía subtotal o total por carcinoma gástrico, ocurre entre 1.6 a 6% después de la gastrectomía. Sin embargo, la morbilidad que produce es alta, la mortalidad varía entre 7 a 67% y la estadía hospitalaria es prolongada. Se han descrito distintos factores de riesgo para su producción, debido a la importancia de su conocimiento para la prevención.

Objetivos: describir a pacientes que desarrollaron una FMD, sus características demográficas y qué factores de riesgo se asocian a esta complicación en un hospital universitario, así permitir una mejor planificación para su prevención y tratamiento.

Contenido del E-Poster: estudio de cohorte retrospectiva desde enero 2004 a diciembre 2024 que incluyó pacientes sometidos a gastrectomía subtotal o total por adenocarcinoma gástrico en el Hospital Clínico Universidad de Chile, desenlace de interés FMD. Comparación de características demográficas, preoperatorias, intraoperatorias y mortalidad de los que filtraron. Se excluyen pacientes sometidos a cirugía paliativa R1 o R2.

Resultado: un total de 764 pacientes fueron sometidos a gastrectomía subtotal o total por adenocarcinoma gástrico, el 3.4% (n= 26) de los pacientes presentó FMD, de estos el 61% fue hombres y la mediana de edad fue 68 años vs 63 años en los sin filtración (p = 0.20). Los pacientes con filtración del muñón estuvieron hospitalizados 24.5 días versus 8, (p < 0.01). No hubo diferencias significativas en el índice de masa corporal preoperatorio entre ambos grupos ni en la presencia de comorbilidades (hipertensión, diabetes o tabaquismo). La hemoglobina preoperatoria y la albúmina tampoco fueron factores significativos. Se halló un mayor riesgo de filtración al comparar la vía laparoscópica convertida con respecto a la abierta, RR 6.2. El tiempo de cirugía total fue 220 min con FMD vs 190 min sin filtración.

Conclusión: la filtración del muñón duodenal si prolonga la estadía hospitalaria y por ende los costos asociados en salud de pacientes sometidos a FMD. En este estudio no se encontraron diferencias significativas en las características preoperatorias pero sí al convertir una cirugía laparoscópica a abierta, lo que implicaría en pacientes con anatomía hostil o mayor dificultad técnica que podrían evolucionar con esta complicación. Se debe conocer esta complicación para poder prevenirla y sospecharla tempranamente.

106, SOBREVIDA GLOBAL EN CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO: ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA

Autores: Elías Arroyo Alarcón, Camila Gomez Parraguez, Daniel Valenzuela Candia, Daniela Medina Sanhueza, Arantxa García A, Ignacio Miranda C, Guillermo Martínez S, Jonathan Adam Zang, Carlos Esperguel G, Carlos García C

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El cáncer gástrico temprano (pT1a/pT1b) posee una excelente expectativa de sobrevida con tratamiento curativo. Sin embargo, algunos pacientes experimentan recurrencia o fallecen, lo que plantea interrogantes sobre los factores patológicos asociados a mal pronóstico. El objetivo de este estudio fue estimar la sobrevida global y libre de enfermedad en pacientes con cáncer gástrico temprano, y explorar si variables clínico-patológicas se asocian a diferencias significativas en pronóstico.

Objetivos: Estimar la sobrevida global y libre de enfermedad en una cohorte con cáncer gástrico temprano tratada quirúrgicamente. Evaluar si variables como edad, invasión submucosa, estado ganglionar, grado histológico y número de ganglios resecados impactan en la sobrevida.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal. Se incluyeron 99 pacientes con adenocarcinoma gástrico temprano (pT1a/pT1b) tratados con cirugía curativa en el Hospital San Borja Arriarán entre 2010 y 2024. Se excluyeron tumores no adenocarcinomas, casos metastásicos y registros incompletos. Se recolectaron datos demográficos, anatomopatológicos y de seguimiento clínico. Se estimó la sobrevida global y libre de enfermedad mediante Kaplan-Meier, comparando subgrupos con test de log-rank. Se realizó análisis multivariado con modelo de regresión de Cox. Nivel de significancia: $p < 0.05$.

Resultado: La mediana de edad fue 69 años, con predominio de hombres. El subtipo intestinal fue el más frecuente. El 95 % de los pacientes se encontraban vivos al cierre del seguimiento, con solo 5 eventos (fallecimientos). Las curvas de Kaplan-Meier no mostraron diferencias estadísticamente significativas en sobrevida global ni libre de enfermedad según edad (<60 vs ≥ 60), invasión de la submucosa, grado de diferenciación o estado ganglionar (N0 vs N+), aunque algunas tendencias fueron observadas. En el modelo de Cox, ninguna variable alcanzó significancia estadística, aunque se observó una posible asociación entre invasión submucosa y menor sobrevida (HR 3.88; $p = 0.24$). Los cinco casos con fallecimiento presentaban características heterogéneas, incluyendo edad avanzada, grado moderado de diferenciación, complicaciones postoperatorias (como absceso hepático o perforación duodenal) y, en un caso, compromiso ganglionar (N1).

Conclusión: En esta cohorte de cáncer gástrico temprano, la sobrevida global fue excelente. Ninguna de las variables analizadas mostró una asociación estadísticamente significativa con la sobrevida, posiblemente debido al bajo número de eventos. No obstante, la descripción de los casos con mortalidad permite generar hipótesis futuras sobre factores clínicos y quirúrgicos que podrían impactar negativamente en el pronóstico. Estudios con mayor poder estadístico son necesarios para confirmar estos hallazgos.

107, QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA FLOT VERSUS CIRUGÍA PRIMARIA CON ADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: UN ANÁLISIS COMPARATIVO

Autores: Diego Gianetti Bahamonde, Nicolás Larrañaga Riquelme, Brenda Briceño Rodríguez, Jorge Sosa Machado, Pablo Meyer-Schöhlle Martínez, Gonzalo Masia López, Juan Stambuk Mayorga.

Hospital San Juan De Dios

Introducción: El carcinoma gástrico con células en anillo de sello (CAS) es un subtipo histológico de mal pronóstico cuyo manejo óptimo es controversial. Aunque la quimioterapia perioperatoria con FLOT es un estándar para el cáncer gástrico avanzado resecable, su eficacia en esta histología particular es debatida.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar la supervivencia global (SG) en pacientes con CAS resecable tratados con FLOT versus cirugía primaria seguida de quimioterapia adyuvante (CX-QT).

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio retrospectivo a partir de una serie de 739 pacientes con cáncer gástrico, de los cuales se analizaron 315 con tumores resecados entre 2017 y 2024 en el servicio de cirugía oncológica del Hospital San Juan de Dios de Santiago. De estos, se seleccionó una cohorte con histología CAS, definiendo dos subgrupos según la estrategia terapéutica: quimioterapia perioperatoria FLOT o cirugía primaria con adyuvancia (CX-QT). La SG fue analizada mediante curvas de Kaplan-Meier y un modelo de regresión de Cox ajustado por edad y grado de diferenciación.

Resultado: Se incluyeron 48 pacientes con CAS (24 FLOT, 24 CX-QT). Los grupos fueron comparables en edad (media ~59 años). Sin embargo, el grupo CX-QT presentó una mayor proporción de tumores de alto grado (91.7% G3 vs. 58.3% en FLOT). La calidad de la linfadenectomía fue alta y comparable en ambos grupos, con una media de 33.2 (FLOT) y 35.7 (CX-QT) linfonodos resecados. No hubo mortalidad a 30 días en la serie quirúrgica estudiada. A pesar del perfil de mayor riesgo histológico del grupo CX-QT, su supervivencia a 24 meses fue superior (75.0%) en comparación con el grupo FLOT (56.5%). En el modelo multivariado, la diferencia entre tratamientos no fue estadísticamente significativa.

Conclusión: La estrategia de cirugía primaria seguida de quimioterapia adyuvante se asoció con mejores resultados de supervivencia a mediano plazo en pacientes con CAS en comparación con la terapia FLOT. Este hallazgo, particularmente notable en un grupo con tumores histológicamente más agresivos, sugiere que la quimioterapia neoadyuvante podría tener una eficacia limitada en la histología de anillo de sello, lo que apoya la evidencia internacional sobre su potencial quimiorresistencia. Se requieren estudios prospectivos con mayor poder estadístico para validar estas conclusiones.

108, EXTRACCIÓN DE DATOS NO ESTRUCTURADOS DE UN INFORME DE BIOPSIA DE CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE LLM (LARGE LENGUAJE MODELS): COMPARACIÓN CON LA EXTRACCIÓN HUMANA

Autores: Oliver Maida M, Carlos García C, Elías Arroyo Alarcón, Ignacio Miranda, Guillermo Martínez S, Claudio Navarrete, Carlos Esperguel, Gonzalo Ross.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: Tradicionalmente, la extracción de datos de documentos o fuentes no estructuradas en la investigación clínica es un proceso lento, tedioso y propenso a errores. La inteligencia artificial (IA), mediante modelos de procesamiento del lenguaje natural (PLN), ha demostrado su eficacia en los informes de patología del cáncer de pulmón, alcanzando una precisión general del 89 %. Sin embargo, no se han reportado análisis similares en informes de patología del cáncer gástrico.

Objetivos: Evaluar y comparar la eficacia de un modelo de IA, en concreto Chat GPT-4o, frente a la extracción manual realizada por un experto para obtener datos específicos de las variables contenidas en los informes de patología de piezas oncológicas postresección de cáncer gástrico.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis comparativo mixto (cualitativo y cuantitativo) de la extracción de datos no estructurados de informes de biopsia de muestras quirúrgicas de cáncer gástrico entre Chat GPT-4o y la extracción manual por expertos. Se seleccionaron aleatoriamente cuarenta informes en formato PDF de una base de datos prospectiva de cáncer gástrico, utilizando instrucciones específicas y bien estructuradas para las siguientes variables: • Tipo de gastrectomía • Tipo histológico • Forma macroscópica (Borrmann y OI) • Tamaño del tumor • Invasión vascular • Invasión linfática • Invasión perineural • Total de ganglios linfáticos • Total de ganglios linfáticos con metástasis • Índice ganglionar (total de ganglios linfáticos/total de ganglios linfáticos con metástasis). Los resultados se compararon con las mismas variables extraídas manualmente por un experto. Se realizó un análisis estadístico cualitativo de la precisión y la sensibilidad generales, junto con un análisis cuantitativo de los errores identificados en la extracción mediante Chat GPT.

Resultado: La precisión general de la extracción mediante Chat GPT fue de 0,93 y la sensibilidad, de 0,98. Estos parámetros variaron según las variables, con una precisión de 0,75 para la invasión perineural y de 0,97 para el tamaño del tumor. El análisis cuantitativo de errores reveló que la mayoría de los errores se debieron a la ausencia de datos en las variables del registro.

Conclusión: El uso de Chat GPT-4o para la extracción de datos de informes de biopsias de cáncer gástrico demostró ser altamente preciso y sensible. Si bien persisten desafíos, especialmente con variables menos documentadas, la IA puede ser una herramienta valiosa para complementar o reemplazar la extracción manual, optimizando la gestión y el análisis de datos clínicos en la investigación y la práctica médica.

110, SOBREVIDA GLOBAL EN CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE: ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA

Autores: Elías Arroyo Alarcón, Camila Gómez Parraguez, Daniel Valenzuela Candia, Daniela Medina Sanhueza, Arantxa García A, Ignacio Miranda C, Guillermo Martínez S, Jonathan Adam Zang, Carlos Esperguel G, Carlos García C

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El cáncer gástrico incipiente (pT1a/pT1b) posee una excelente expectativa de sobrevida con tratamiento curativo. Sin embargo, algunos pacientes experimentan recurrencia o fallecen, lo que plantea interrogantes sobre los factores patológicos asociados a mal pronóstico.

Objetivos: Estimar la sobrevida global y libre de enfermedad en una cohorte con cáncer gástrico incipiente tratada quirúrgicamente. Evaluar si variables como edad, invasión submucosa, estado ganglionar, grado histológico y número de ganglios resecados impactan en la sobrevida.

Contenido del E-Poster: Estudio de análisis prospectivo, observacional. Se incluyeron 102 pacientes con adenocarcinoma gástrico incipiente (pT1a/pT1b) tratados en el Hospital San Borja Arriarán entre 2010 y 2025. Criterios de inclusión: Paciente con adenocarcinoma gástrico incipiente: A) Tratados con cirugía curativa. Criterios de exclusión: Se excluyeron pacientes con: A) Tumores gástricos no adenocarcinomas, B) Casos metastásicos. Se recolectaron datos demográficos, anatomopatológicos y de seguimiento clínico. Se estimó la sobrevida global y libre de enfermedad mediante Kaplan-Meier, comparando subgrupos con test de log-rank. Se realizó análisis multivariado con modelo de regresión de Cox. Nivel de significancia: $p < 0.05$.

Resultado: La mediana de edad fue 69 años. El subtipo intestinal fue el más frecuente. El 95 % de los pacientes se encontraban vivos al cierre del seguimiento, con solo 5 eventos por causas oncológicas. Las curvas de Kaplan-Meier mostraron diferencias estadísticamente significativas en sobrevida global y libre de enfermedad en pacientes mayores a <60 vs ≥ 60 , invasión de la submucosa, grado de diferenciación, pero no mostraron significancia en relación al compromiso ganglionar ni a la presencia de células en anillo de sello. En el modelo de Cox, ninguna variable alcanzó significancia estadística, aunque se observó una posible asociación entre invasión submucosa y menor sobrevida (HR 3.88; $p = 0.24$). Los cinco casos con fallecimiento presentaban características heterogéneas, incluyendo edad avanzada, grado moderado de diferenciación, complicaciones postoperatorias (como absceso hepático o perforación duodenal) y, en un caso, compromiso ganglionar (N1).

Conclusión: En esta cohorte de cáncer gástrico incipientes, la sobrevida global fue la esperada para esta etapa de la enfermedad. Ninguna de las variables analizadas mostró una asociación estadísticamente significativa con la sobrevida en el análisis multivariable, posiblemente debido al bajo número de fallecimientos.

111, DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DEL ESTADÍO LINFÁTICO EN EL CÁNCER GÁSTRICO.

Autores: Oliver Maida M, Carlos García C, Elías Arroyo Alarcón, Ignacio Miranda, Guillermo Martínez S, Claudio Navarrete, Carlos Esperguel, Gonzalo Ross.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La predicción preoperatoria precisa de la afectación ganglionar en el cáncer gástrico sigue siendo un reto clínico. El estado ganglionar (N0-N3) es un factor pronóstico clave y determinante para la planificación quirúrgica y oncológica. El objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo predictivo y una aplicación para estimar la probabilidad del estado ganglionar mediante variables preoperatorias.

Objetivos: Desarrollar una herramienta de machine learning para la predicción de estadio linfonodal preoperatoria.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a gastrectomía con intención curativa por adenocarcinoma gástrico durante un período de 10 años en el Hospital San Borja de Arriarán. Se construyó un modelo de regresión logística ordinal para predecir el estadio N (N0, N1, N2, N3) con base en las siguientes variables preoperatorias: estadio clínico T (T1-T2 vs. T3-T4), tipo histológico, invasión linfovascular (LVI), invasión perineural (PNI) e invasión vascular (IV). Los coeficientes del modelo se utilizaron para construir una herramienta clínica en línea que permite estimar las probabilidades individuales de afectación ganglionar. **Criterios de inclusión:** Diagnóstico de cáncer gástrico con cirugía con intención curativa. **Criterios de exclusión:** Cirugía con intención paliativa.

Resultado: Se evaluaron 396 pacientes. Todas las variables incluidas mostraron una asociación estadísticamente significativa con un estadio ganglionar más alto. Los predictores más sólidos fueron el estadio T avanzado (T3-T4) (OR: 4,18; $p < 0,001$) y la presencia de LVI (OR: 5,22; $p < 0,001$). El PNI (OR: 2,04; $p = 0,005$) y el VI (OR: 1,72; $p = 0,037$) también contribuyeron significativamente. El modelo se validó internamente y se utilizó para crear una aplicación accesible que genera las probabilidades predichas para N0, N1, N2 y N3.

Conclusión: Presentamos una herramienta novedosa y clínicamente relevante para la predicción preoperatoria del estado de los ganglios linfáticos en el cáncer gástrico. Este modelo puede facilitar la toma de decisiones quirúrgicas, el asesoramiento al paciente y la planificación terapéutica individualizada.

207, GIST DUODENAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA: PRECISIÓN, PRESERVACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN.

Autores: Iñaki Castro Arandeda, Enrique Cruz Mackenna, Ricardo Gallardo Ossio, Maher Musleh Katan, Ramon Diaz Jara

Hospital Clínico De La Universidad De Chile

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan la neoplasia mesenquimática más frecuente del tracto digestivo, siendo el duodeno una localización poco habitual, con una incidencia estimada del 4–5%. El abordaje quirúrgico constituye el pilar del tratamiento curativo, y en lesiones localizadas del duodeno distal puede evitarse una pancreatoduodenectomía mediante resecciones segmentarias. La resección laparoscópica de GIST duodenales es técnicamente desafiante debido a la proximidad del páncreas, la vía biliar y la necesidad de reconstrucción duodenal segura.

Objetivos: El presente video tiene como objetivo mostrar una alternativa quirúrgica mínimamente invasiva, con resección segmentaria del duodeno afectado y reconstrucción con anastomosis yeyuno-duodenal, destacando su factibilidad, técnica y seguridad en un centro con experiencia.

Contenido del video: Cirugía: Resección duodenal + duodenoyeyunoanastomosis latero lateral mecánica laparoscópica. Hallazgos: Lesión en 3ª porción duodenal de 3 x 3 cm dependiente de la pared posterior, en íntima relación con cabeza del páncreas, pero sin infiltración. El tumor depende de la pared duodenal. Técnica: Se realiza maniobra de Kocher, se aísla tumor de estructuras vecinas utilizando Sonicision, clips y hook. Punto a nivel de tumor para tracción se moviliza bien la pieza, y se decide reseccionar ese segmento de duodeno seccionándolo con stapler dos cargas 60 mm dorados. Para reconstruir se realiza una duodenoyeyunoanastomosis con stapler lineal 45 mm, cerrando brecha con monocryl 3.0 corrido puntos Conell. La pieza se extrae en guante por puerto umbilical. Se posiciona drenaje JP en anastomosis y lecho pancreático. Se revisa hemostasia y recuento correcto.

208, REOPERACIÓN POR HERNIA HIATAL POST NISSEN: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

Autores: Javiera Araya S, Cristian Gallegos C, Owen Korn B, Italo Braghetto M.

Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Entre un 15-20% de los pacientes sometidos a hernioplastia hiatal con funduplicatura de Nissen y gastropexia presentan falla postoperatoria, especialmente en pacientes con esófago de Barret (3 veces más fallas) y pacientes obesos. Se describe que un 15-18% de estos pacientes deben ser sometidos a cirugía revisional debido a una triada sintomática que incluye síntomas de reflujo, dolor y disfagia que no responde a tratamiento médico o endoscópico. Las opciones quirúrgicas son: - Rehiatoplastia y refunduplicatura, presenta una recidiva en torno a un 30%. - Gastrectomía distal sola, es una cirugía incompleta pues no soluciona los problemas atribuidos al esófago de Barrett ni hernia hiatal. - Procedimientos combinados: rehiatoplastia más refunduplicatura y gastrectomía distal con gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. Nuestra propuesta de funduplicatura es conversión a Toupet. Esta es una cirugía compleja que representa un desafío quirúrgico.

Objetivos: Presentar el abordaje quirúrgico de un paciente con Hernia Hiatal y funduplicatura de Nissen previa recidivada y la manera de enfrentar estos casos en un hospital universitario.

Contenido del video: El video presenta las etapas del procedimiento: 1. Liberación de adherencias, identificación de pilares, identificación de la anatomía anterior de la funduplicatura. 2. Disección del saco herniario y desmantelamiento de la antigua funduplicatura. 3. Rehiatoplastia. 4. Funduplicatura de Toupet. 5. Gastrectomía distal + gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. El objetivo de esta cirugía es mejoría sintomática y mejorar aspectos anatómicos y fisiopatológicos, evitar el reflujo del contenido gastroduodenal. Los resultados obtenidos a corto y largo plazo en esta técnica son satisfactorios en torno al 90% de los pacientes.

209, GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA Y LINFADENECTOMÍA D2 POR CÁNCER GÁSTRICO GUIADA POR FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA.

Autores: Felipe Araya, Enrique Norero, Cristian Martínez, Emilio Morales, Ignacio Obaid, Paulina González, Alfonso Díaz.

Hospital Sótero Del Río

Introducción: La gastrectomía subtotal laparoscópica es una cirugía altamente efectiva y validada por diversos estudios para el tratamiento del cáncer gástrico. Actualmente el verde de Indocianina aparece como una nueva tecnología para mejorar la linfadenectomía de dicha cirugía.

Objetivos: Demostrar la utilidad del uso de verde de indocianina en la gastrectomía subtotal laparoscópica por cáncer gástrico

Contenido del video: Se trata de un paciente de sexo masculino de 35 años sin antecedentes mórbidos. Consulta por dolor torácico asociado a disfagia alta en el cuello junto con baja de peso de 10 kg. Se realiza una endoscopia digestiva alta por el equipo de Hospital Sotero del Río en la que destaca una lesión de aspecto neoplásico de unos 15 mm, 0IIa+0IIc, el borde proximal que se ubica a unos 10 cm de la unión gastroesofágica. La biopsia muestra un adenocarcinoma gástrico tubular moderadamente diferenciado. Se decide realizar una gastrectomía subtotal laparoscópica con verde de indocianina con linfadenectomía D2. Por laparoscopia se realizan dos inyecciones en la subserosa de 1,25 mg de verde de indocianina en el tercio distal del estómago. El paciente tuvo una reconstrucción en Y de Roux antecólica con un tiempo operatorio de 290 minutos y un sangrado de 50 cc. El periodo postoperatorio tuvo un curso favorable sin complicaciones por lo que se le dio el alta al paciente al quinto día. El informe de patología demostró un adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado de 1cm, con compromiso hasta la submucosa. El recuento ganglionar fue de 40 ganglios, de los cuales dos fueron positivos (Grupo 1 y 3). El uso de verde de indocianina es una buena opción para guiar la identificación nódulos linfáticos y en consecuencia, aumentar el número de nódulos resecados. Esto podría impactar en la sobrevida global a largo plazo.

340, CÁNCER GÁSTRICO POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA, REPORTE DE CASO

Autores: Bárbara Constanza Araneda González, Sergio Fernando Chaparro Bustamante

Hospital Regional Franco Ravera Zunino

Introducción: El cáncer gástrico tras cirugía bariátrica es raro, con una incidencia reportada inferior al 1%. Sin embargo, su diagnóstico suele ser tardío debido a la alteración anatómica del estómago y la presentación de síntomas inespecíficos. La mayoría de los casos corresponden a adenocarcinomas y su desarrollo puede estar asociado a factores como la infección por *Helicobacter pylori* y cambios inflamatorios crónicos. La vigilancia endoscópica periódica es crucial para la detección temprana y mejorar el pronóstico en estos pacientes.

Objetivos: Presentar caso clínico de baja incidencia como es el cáncer gástrico posterior a cirugía bariátrica

Contenido del E-Poster: Revisión literatura y ficha clínica

Resultado: Paciente masculino de 75 años con antecedentes mórbidos de Diabetes mellitus tipo II, hipertensión y quirúrgicos by-pass gástrico resectivo en el año 2011. Consulta al servicio de urgencias por cuadro de disfagia lógica y baja de peso, al ingreso con intenso dolor abdominal y vómitos, se realiza tomografía que informa hallazgos compatibles con neoplasia gástrica en relación con anastomosis gastroyeyunal. Endoscopia digestiva alta evidencia lesión tumoral en la anastomosis gastroyeyunal se biopsia, reportada como adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en anillo de sello y componente mucinoso. Ingresa a pabellón, dentro de los hallazgos intraoperatorios tumor en remanente gástrico con compromiso de 5 centímetros de asa alimentaria y adherido a colon transversal, sin signos de carcinomatosis peritoneal ni lesiones hepáticas. Se realiza gastrectomía de pouch gástrico, esofagoyeyunoanastomosis y D1. Paciente evoluciona favorablemente dado de alta al séptimo día. Biopsia postoperatoria Adenocarcinoma, G3, con células anillo de sello (30%) y mucinoso (18%), invasión linfovascular y perineural presente, márgenes negativos, 12 ganglios libres de neoplasia. Se presenta a comité oncológico, se decide quimioterapia adyuvante.

Conclusión: El adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado con células en anillo de sello y componente mucinoso es una entidad agresiva y de mal pronóstico, cuya detección tras cirugía bariátrica puede ser tardía debido a la alteración anatómica y síntomas inespecíficos. El tratamiento posterior incluye cirugía oncológica en casos resecables, complementada con quimioterapia basada en fluoropirimidinas y platinos. En enfermedad avanzada, la terapia paliativa busca mejorar la calidad de vida. Este caso resalta la importancia de la vigilancia endoscópica y el abordaje multidisciplinario.

341, PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A CARCINOMA EPIDERMOIDE.

Autores: Valentina Paz Vega Quintana, Airlyn Constanza Aguilera Vera, Gloria Katherina Belén Heutger Melita, Lucas Eduardo Constanza Ramírez, Nélica Leticia Saavedra Vedia

Hospital Clínico Hermina Martín, Servicio De Urgencias, Chillán. Universidad Católica De La Santísima Concepción, Chillán.

Introducción: La perforación esofágica es una urgencia médico-quirúrgica poco frecuente, con una tasa de mortalidad de aproximadamente 20%. Dentro de sus causas está la etiología iatrogénica, espontánea (síndrome de Boerhaave) y, más raramente, neoplásica; esta última representa aproximadamente un 1% de los casos. Puede ser torácica (siendo esta la más frecuente), abdominal o cervical. Según la extensión y gravedad, su manejo puede ser conservador o quirúrgico. Cuando el origen es neoplásico, este conlleva un desafío diagnóstico y terapéutico particular, dificultando la reparación primaria.

Objetivos: Se describe un caso de perforación esofágica de origen neoplásico, con el objetivo de exponer su abordaje terapéutico en un contexto de poca frecuencia de presentación clínica.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 69 años, gastrectomizado por adenocarcinoma gástrico el 2015, con antecedente de carcinoma epidermoide esofágico en quimioterapia paliativa. Acude a Urgencias por cuadro de 1 semana de evolución de malestar general y disnea. En tomografía de tórax se evidencia solución de continuidad de tercio distal de esófago hacia cavidad pleural con colección paramediastínica derecha asociada. Se inició manejo conservador intensivo, con antibioticoterapia prolongada de amplio espectro, soporte nutricional vía sonda nasoyeyunal y drenaje percutáneo de colección pleural. Posteriormente, ya estabilizado, se instaló stent esofágico en pabelón. Paciente evoluciona estable clínicamente, con parámetros inflamatorios a la baja y se logra dar de alta con seguimiento ambulatorio.

Resultado: Se contuvo la perforación mediante un enfoque multidisciplinario que combinó medidas conservadoras y procedimientos mínimamente invasivos, sin realizar una reparación primaria dado el basal oncológico del paciente.

Conclusión: La perforación esofágica neoplásica es una entidad infrecuente y grave, cuyo manejo requiere una estrategia personalizada basada en la estabilidad clínica del paciente, el tiempo de evolución y la localización de la lesión. En contextos paliativos, un enfoque conservador combinado con intervenciones mínimamente invasivas puede ser seguro y eficaz. La experiencia clínica compartida permite mejorar la toma de decisiones frente a este complejo escenario.

343, SÍNDROME DE WILKIE EN PACIENTE JOVEN: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA TRAS FALLA DE MANEJO CONSERVADOR

Autores: Xabier Andonegui M, Josefina Arellano R, Valentina Castillo D, Sofia Fuentes L, Cristian Cavalla C.

Clínica Alemana Vitacura

Introducción: El síndrome de Wilkie, o síndrome de compresión de la arteria mesentérica superior (AMS), corresponde a una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta, secundaria a la compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno entre la AMS y la aorta abdominal, con disminución del ángulo aorto-mesentérico ($<25^\circ$) y de la distancia entre la AMS y la aorta (<8 mm). Se asocia clásicamente a pérdida de peso significativa, la cual reduce el tejido adiposo retroperitoneal, estrechando el ángulo aorto-mesentérico. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que retrasa su diagnóstico.

Objetivos: Describir un caso clínico de síndrome de Wilkie en una paciente joven, destacando el abordaje diagnóstico y la decisión terapéutica tras el fracaso del tratamiento conservador inicial.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de una paciente de 20 años atendida en el servicio de urgencias de la Clínica Alemana de Santiago. Se revisaron antecedentes clínicos, estudios imagenológicos, estrategia terapéutica empleada y evolución postoperatoria.

Resultado: La paciente consultó por dolor abdominal epigástrico opresivo de intensidad 9/10, acompañado de náuseas y múltiples vómitos biliosos. Refería pérdida de peso progresiva durante los últimos dos años. Al examen físico, destacaba distensión abdominal y dolor epigástrico sin signos de irritación peritoneal. Se realizó tomografía computarizada abdominopélvica con contraste, que evidenció marcada distensión gástrica y compresión de la tercera porción del duodeno entre la aorta y la AMS, compatible con síndrome de Wilkie. Se inició manejo conservador con descompresión mediante sonda nasogástrica y soporte nutricional enteral, sin mejoría clínica significativa. Ante la escasa respuesta y para evitar recurrencias, se decidió resolución quirúrgica mediante duodeno-yeyuno anastomosis laterolateral anisoperistáltica, con sutura mecánica, por vía laparoscópica. La intervención se realizó sin incidentes. La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable y fue dada de alta en buenas condiciones generales. En controles ambulatorios, a 90 días se ha mantenido sin dolores ni nuevos episodios de náuseas, se alimenta sin problemas y ha recuperado su peso.

Conclusión: El síndrome de Wilkie debe sospecharse en pacientes jóvenes con baja de peso y síntomas de obstrucción alta. La tomografía computarizada permite confirmar el diagnóstico al evidenciar el estrechamiento del ángulo aorto-mesentérico. Aunque el tratamiento inicial suele ser conservador, basado en la recuperación ponderal, la falta de respuesta obliga a considerar la intervención quirúrgica. La duodeno-yeyuno anastomosis es una alternativa efectiva, con buenos resultados a largo plazo, como se evidenció en este caso.

344, ESTRATEGIAS EN HERNIA HIATAL CON VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE 5 CASOS CONSECUTIVOS

Autores: Lorena Gárate, Óscar Gamarra, Enrique Biel

Departamento De Cirugía, Facultad De Medicina, Universidad De Concepción

Introducción: El vólvulo gástrico (VG) como complicación aguda de una hernia hiatal (HH) es infrecuente (1,6% anualmente), pero grave (hasta 11% de mortalidad). Existe controversia en cuanto al mejor momento quirúrgico y, también, en la técnica más adecuada. En cuanto al momento, el factor más importante es la necesidad de cirugía urgente cuando hay signos de perforación o signos de perforación inminente; cuando no los hay, la evidencia parece estar a favor de un abordaje semielectivo o diferido, permitiendo la optimización preoperatoria. Por otra parte, en cuanto a la técnica, si bien las guías clínicas internacionales mencionan la fijación y la funduplicatura, estudios poblacionales actuales han mostrado resultados a favor de la funduplicatura como técnica definitiva.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es mostrar una experiencia local de distintos enfoques o abordajes de tratamiento para la HH asociada a VG y contrastarla con la literatura.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo de una serie consecutiva de 5 casos que ingresaron en Urgencias con diagnóstico de HH y VG (2023—2024). Todos los pacientes fueron evaluados al ingreso con énfasis en descartar peritonitis e inestabilidad hemodinámica. Luego, una tomografía computada confirmó el diagnóstico. Se indicó la instalación de sonda nasogástrica para descomprimir el estómago y se solicitó una evaluación endoscópica. Se estableció el tipo de tratamiento: conservador, quirúrgico urgente (<48 horas), semielectivo (>48 horas) y diferido (> 15 días u otra hospitalización). En los casos quirúrgicos, se realizó una cruroplastía y una funduplicatura parcial o total posterior laparoscópica. En el postoperatorio (PO) se hizo especial énfasis en las complicaciones, la estancia hospitalaria, readmisiones y la recidiva a los 6 meses de seguimiento. Revisión bibliográfica en PubMed con términos de búsqueda "Hiatal Hernia" y "Gastric Volvulus".

Resultado: En el período del estudio, ingresaron 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) de $70 \pm 10,7$ años. En una paciente de 81 años, muy frágil y con alta carga de comorbilidad cardiovascular, se decidió tratamiento conservador ante el alto riesgo quirúrgico y la adecuada respuesta a la descompresión inicial, siendo dada de alta 5 días luego del ingreso. Los otros 4 pacientes (incluyendo una paciente de 85 años) fueron manejados quirúrgicamente: en 1 caso urgente (por parámetros inflamatorios alterados e imposibilidad de descompresión endoscópica), en 2 casos cirugía semielectiva a los 3 y 4 días del ingreso (previa optimización y evaluación cardiológica) y en 1 caso en forma diferida (adecuada respuesta a descompresión inicial en un paciente con recidiva de hernioplastia hiatal 5 años antes que requería mayor estudio preoperatorio). La técnica quirúrgica más realizada fue la funduplicatura parcial posterior (de Toupet) en 3 pacientes; en el cuarto, se realizó una funduplicatura total posterior (floppy-Nissen). Todos los pacientes fueron abordados por vía laparoscópica, sin conversiones y con un tiempo operatorio de 136 ± 15 minutos. La estancia hospitalaria fue de $3,2 \pm 0,9$ días y no hubo complicaciones mayores ni mortalidad PO. Tampoco reintervenciones o readmisiones a 30 días. A los 6 meses, no se detectaron recidivas.

Conclusión: Este estudio destaca el rol de un abordaje de la HH con VG adaptado a cada situación clínica, así como la seguridad de la funduplicatura laparoscópica como técnica definitiva, incluso en mayores de 80 años. La descompresión gástrica inicial es clave para optimizar al paciente previo a la cirugía.

345, INVAGINACIÓN ANTERÓGRADA DEL REMANENTE GÁSTRICO: CAUSA INUSUAL DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO

Autores: Rafaella Bianchi Vergara, Aldo Becerra Román, María José Gormaz Peña, Wenceslao Zegers Vial, Andrea Monsalve Cueto, Carlos Casanova Morales, Catalina Hernández Campos

Universidad De Valparaíso

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux es una de las cirugías bariátricas más realizadas a nivel mundial, con tasas de éxito superiores al 60%. Sin embargo, hasta un 15 % de los pacientes puede desarrollar complicaciones quirúrgicas tardías. Dentro de estas, la invaginación del remanente gástrico representa una entidad infrecuente, con una incidencia estimada de 0,1 a 0,3 % de los casos post bypass. Clínicamente, suele presentarse como un cuadro de dolor abdominal agudo, sin signos clásicos de obstrucción, lo que dificulta su diagnóstico precoz.

Objetivos: Dar a conocer un caso clínico de abdomen agudo en una paciente con antecedente de bypass gástrico cuya causa fue una invaginación anterógrada del remanente gástrico, detallando su abordaje terapéutico y evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 45 años con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux, consultó por dolor abdominal intenso de inicio súbito de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología sobreagregada, que evoluciona con dos episodios de lipotimia. Al examen físico reveló abdomen doloroso, sin signos de irritación peritoneal. La tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste evidenció imagen sugestiva de hernia interna, sin signos de compromiso vascular o distensión de asas. Se ingresó a pabellón de urgencia en primera instancia se realizó laparoscopia exploradora, sin evidenciar hernias ni alteraciones, por lo que se convirtió a laparotomía exploradora, donde se constató invaginación anterógrada del remanente gástrico comprometiendo píloro y duodeno, por lo que se realizó gastrectomía distal con sutura manual en dos planos, sin incidentes.

Resultado: El estudio anatomopatológico informó mucosa gástrica con pliegues engrosados y congestivos, asociados a signos de isquemia leve sin necrosis ni hallazgos tumorales. La paciente evolucionó de forma favorable, manteniéndose afebril, con adecuada tolerancia a la alimentación oral progresiva, sin eventos infecciosos ni filtraciones, con disminución progresiva de los parámetros inflamatorios, por lo que fue dada de alta al cuarto día postoperatorio. En el control posterior, se evidenció leve persistencia de dolor abdominal, por lo cual se realizó tomografía de abdomen y pelvis con contraste en donde no se evidenciaron alteraciones significativas.

Conclusión: La invaginación del remanente gástrico es una causa infrecuente pero potencialmente grave de abdomen agudo en pacientes con bypass gástrico. A diferencia de la invaginación intestinal clásica, este cuadro no suele presentar signos obstructivos. Estudios recientes señalan que cerca del 70% de los casos se diagnostican en el intraoperatorio, dada la baja sensibilidad de los métodos de imagen convencionales. Este caso subraya la importancia de considerar esta entidad como diagnóstico diferencial en pacientes bariátricos, siendo su temprana sospecha y resolución quirúrgica precoz, claves para evitar complicaciones que podrían aumentar considerablemente la morbilidad a largo plazo.

348, REGRESIÓN TUMORAL COMPLETA TRAS RADIOTERAPIA HEMOSTÁTICA SEGUIDA DE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO: REPORTE DE DOS CASOS DESDE UNA COHORTE INSTITUCIONAL

Autores: Daniel Valenzuela C., Carlos García C., Oliver Maida M., Carlos Esparguel G., Arantza García, Camilo Henríquez, Elías Arroyo, Ignacio Miranda C., Guillermo Martínez S., Gonzalo Ross R.

Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La radioterapia hemostática (RT-H) es una medida comúnmente empleada para controlar hemorragia digestiva alta en pacientes con cáncer gástrico avanzado, en contextos paliativos. No obstante, su uso como puente hacia terapias con intención curativa ha sido escasamente reportado. Presentamos los únicos dos casos dentro de una cohorte institucional de 39 pacientes tratados con RT-H, en quienes fue posible completar tratamiento quirúrgico radical y se evidenció respuesta patológica completa.

Objetivos: Describir la evolución clínica, terapéutica e histológica de dos pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado tratados con RT hemostática seguida de quimioterapia neoadyuvante y cirugía curativa, en el contexto de una cohorte retrospectiva institucional.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de 39 pacientes con cáncer gástrico que recibieron RT-H entre 2019 y 2025 en un hospital público de alta complejidad. Se clasificaron según desenlace clínico: paliativo, quimioterapia sin cirugía o cirugía con intención curativa. Se describen los dos únicos pacientes que completaron gastrectomía, detallando antecedentes clínicos, esquema terapéutico, dosis de radioterapia y hallazgos histopatológicos.

Resultado: De los 39 pacientes tratados con RT-H, 37 fueron manejados en contexto paliativo. Solo dos casos completaron cirugía radical, ambos con respuesta patológica completa. •Caso 1: Hombre de 58 años, adenocarcinoma prepilórico Borrmann III G2, con sangrado digestivo alto y anemia severa. Recibió RT-H 8 Gy en una fracción, seguida de 4 ciclos de FLOT. Se realizó gastrectomía subtotal y duodenopancreatectomía. Anatomía patológica: sin neoplasia residual, mucina acelular y fibrosis subserosa, 0/21 ganglios positivos. •Caso 2: Mujer de 69 años, adenocarcinoma antral intestinal G2, con anemia aguda. Recibió RT-H 20 Gy en 4 fracciones, y 6 ciclos de FOLFOX. Fue sometida a gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2. Anatomía patológica: sin tumor residual, ganglios negativos, con extensa regresión en el sitio irradiado. Ambos pacientes evolucionaron sin complicaciones postoperatorias mayores y permanecen en seguimiento sin recaída clínica.

Conclusión: Estos dos casos sugieren que la RT-H, tradicionalmente usada con intención paliativa, podría tener un efecto terapéutico significativo cuando es seguida de quimioterapia intensiva. La respuesta patológica completa observada en ambos pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico tras RT-H plantea la hipótesis de que, en casos seleccionados, esta estrategia podría permitir la conversión a terapia curativa. Este hallazgo podría tener implicancias relevantes para el manejo multimodal del cáncer gástrico localmente avanzado.

351, HEMORRAGIA EN REMANENTE GÁSTRICO POST-BYPASS: REPORTE DE UN CASO

Autores: Valentina Núñez P. (1), Vania Córdova Z. (2), Katherine Carreño M. (2), Camilo Huerta M. (1), Florencia Danioni H. (1), Owen Korn B. (3). (1) Residente Cirugía General, Hospital Clínico Universidad De Chile. (2) Interno De Medicina, Facultad De Medicina, Universidad De Chile. (3) Departamento De Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) con conservación del remanente gástrico es la técnica estándar en cirugía bariátrica. Sin embargo, la exclusión del estómago remanente genera un segmento gástrico susceptible a complicaciones como úlceras, perforaciones y hemorragias. Estas son infrecuentes, potencialmente graves, con presentación clínica inespecífica y difícil acceso endoscópico, lo que retrasa el diagnóstico. La hemorragia digestiva del remanente tiene una incidencia <1% y puede estar asociada a lesiones ulcerosas pépticas o neoplásicas. En escenarios refractarios, la gastrectomía del remanente surge como la alternativa quirúrgica definitiva.

Objetivos: Presentar un caso de hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera péptica del remanente gástrico post-BGYR, resuelta mediante la resección de este. Se revisa la literatura sobre frecuencia, diagnóstico, manejo y resultados.

Contenido del E-Poster: Estudio tipo reporte de caso, basado en atención clínica directa en centro terciario. Obtención de datos, exámenes y procedimientos a través de ficha clínica electrónica del paciente. Se realizó además revisión de literatura.

Resultado: Paciente masculino de 51 años con BGYR hace 8 años consultó por dolor epigástrico agudo sin evidencia de sangrado. Ingresó estable, con anemia moderada. TC mostró remanente gástrico distendido con contenido hiperdenso. Intrahospitalario presenta melena con caída de hemoglobina a 5,9 g/dL. Endoscopia digestiva alta sin hallazgos en pouch. La angiotomografía evidenció un hematoma intragástrico de 736 ml. Se indicó cirugía y por laparoscopia se resecó el estómago remanente, exteriorizándolo parcialmente para hacer una endoscopia y visualizar el duodeno para descartar lesiones antes de seleccionarlo. El paciente evolucionó favorablemente, con alta al tercer día. La biopsia reveló gastritis crónica con úlcera péptica en el antro, sin signos de malignidad ni H. pylori.

Conclusión: Las úlceras pépticas del remanente son poco frecuentes, pero su complicación de sangrado o perforación tienen morbilidad y mortalidad. Se reporta mortalidad de hasta 25% y morbilidad mayor en 30–40%. Si bien hoy es posible, el acceso endoscópico del remanente es difícil y limitado, por lo que el diagnóstico suele basarse en la clínica y en imágenes. En casos refractarios, la gastrectomía del remanente es el tratamiento definitivo, particularmente cuando existe sospecha de malignidad, recurrencia o imposibilidad de control endoscópico. Es una alternativa terapéutica segura y efectiva cuando el diagnóstico es claro y el manejo conservador ha fallado. Este caso contribuye a la escasa evidencia sobre esta entidad y refuerza el valor del abordaje quirúrgico temprano.

352, ALTERNATIVA DE REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL GIGANTE CON CONTRACTILIDAD ESOFÁGICA AUSENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Carlos Casanova M, Marcos Núñez C, Anaís Galeas V, Catalina Herrera C, José Aroca S

Hospital Biprovincial Quillota-Petorca

Introducción: La asociación entre hernia hiatal y trastornos motores esofágicos mayores es poco frecuente, con una incidencia entre 1,6–3,7%. Se postula que la elongación esofágica observada en la acalasia explicaría la baja coexistencia de ambas condiciones, ya que son entidades fisiopatológicamente distintas. El diagnóstico representa un desafío, ya que una hernia hiatal gigante puede alterar la anatomía esofagogástrica y generar artefactos en la manometría de alta resolución, especialmente sobre la presión de relajación integrada (IRP), dificultando la evaluación precisa del esfínter esofágico inferior (EEI). Esto complica la diferenciación entre acalasia y contractilidad esofágica ausente. En este contexto, el análisis debe ser multidisciplinario y considerar todas las variables clínicas, imagenológicas y funcionales. Dado lo infrecuente de esta asociación, existe escasa evidencia sobre su manejo.

Objetivos: Describir el caso clínico de una paciente con hernia hiatal gigante y contractilidad esofágica ausente, abordada quirúrgicamente mediante miotomía de Heller, funduplicatura de Toupet y refuerzo hiatal con malla compuesta, destacando el enfoque diagnóstico y terapéutico integral.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 72 años, sin comorbilidades relevantes, con disfagia de 4 años de evolución, asociada a reflujo y regurgitación con respuesta parcial a inhibidores de bomba de protones. Se realiza endoscopia digestiva alta que evidencia hernia hiatal de 9 cm, TC que describe hernia por deslizamiento y radiografía contrastada que muestra ascenso de más del 50% del estómago. La manometría de alta resolución revela aperistalsis esofágica sin cálculo fiable del IRP por artefactos técnicos. Al no cumplirse criterios para acalasia, y ante ausencia completa de contractilidad, se establece diagnóstico de contractilidad esofágica ausente con hernia hiatal gigante asociada. Se decide resolución quirúrgica mediante abordaje laparoscópico.

Resultado: Durante la cirugía se confirma hernia tipo III con área hiatal aproximada de 27 cm² y estómago intratorácico en más del 50%. Se realiza reducción completa del contenido herniado, cardiomiectomía esofágica de 6 cm y gástrica de 3 cm, funduplicatura posterior de Toupet de 270°, y cierre hiatal reforzado con malla compuesta. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones, con buena tolerancia oral y resolución de los síntomas. Al control del primer mes, la paciente se mantiene asintomática, sin disfagia ni pirosis.

Conclusión: Este caso destaca las dificultades diagnósticas en pacientes con disfunción motora esofágica asociada a hernia hiatal gigante, debido a la distorsión anatómica que afecta la fiabilidad de los estudios funcionales, especialmente manométricos. En contextos donde el IRP no es interpretable, la evaluación clínica debe integrar múltiples elementos para orientar el diagnóstico. El tratamiento de estas patologías asociadas no está totalmente zanjado, es una alternativa válida la miotomía de Heller con funduplicatura parcial posterior y refuerzo hiatal con malla, siendo seguro y efectivo en estos casos, permitiendo el control sintomático y reducción del riesgo de recurrencia.

353, TERAPIA ENDOLUMINAL DE VACÍO PROFILÁCTICA PARA ANASTOMOSIS ESOFAGOYEUNALES. REPORTE DE DOS CASOS

Autores: Víctor Marshall D, Oliver Maida M, Jonathan Zang, Carlos García C, Claudio Navarrete G, Carlos Esparguel G, Gonzalo Ross R, Ignacio Miranda C, Aratxa García

Hospital San Borja Arriarán

Introducción: Las fugas anastomóticas tras gastrectomía total o esofagectomía conllevan elevada morbilidad. La terapia endoluminal de vacío (EndoVAC) ha demostrado eficacia en su tratamiento; su uso profiláctico, no obstante, permanece en evaluación.

Objetivos: Determinar la factibilidad y seguridad del EndoVAC profiláctico en anastomosis esofagoyeyunales de alto riesgo.

Contenido del E-Poster: Serie prospectiva de dos varones atendidos en un centro terciario (2024-2025). Criterios de inclusión: pacientes ≥ 18 años, discutidos en el Comité de Cirugía Digestiva del HCSBA, con indicación de gastrectomía total o esofagectomía (patología benigna o maligna) y reconstrucción en un solo tiempo mediante anastomosis esofágica digestiva abdominal, torácica o cervical. Criterios de exclusión: reconstrucción esofágica diferida y uso de asa yeyunal con injerto. **Caso 1:** adenocarcinoma gástrico (cT3-4 N+ M0); gastrectomía robótica previa complicada con estenosis y perforación contenida secundaria a dilatación endoscópica. Se realizó reanastomosis esofagoyeyunal y EndoVAC profiláctico intraoperatorio. **Caso 2:** adenocarcinoma de la unión gastroesofágica Siewert II (cT3-4 N+ M0); gastrectomía abierta, maniobra de Pinotti y esofagoyeyunoanastomosis transhiatal intratorácica con EndoVAC profiláctico artesanal. Las variables estudiadas fueron fuga anastomótica, estenosis, reintervención y mortalidad a 30 días; seguimiento endoscópico a 1-5 meses.

Resultado: No se observaron fugas anastomóticas clínicas ni radiológicas posterior al uso de terapia endoluminal de vacío profiláctica. Prueba con azul de metileno (caso 1) y estudio contrastado (caso 2) negativos al 5º día; retirada endoscópica del EndoVAC en la misma fecha. Alimentación oral progresiva y egreso en los días 7 y 8, respectivamente. Sin complicaciones atribuibles al dispositivo ni mortalidad a 30 días. En el seguimiento ninguno presentó estenosis (caso 1: 5 meses; caso 2: 1 mes).

Conclusión: La aplicación profiláctica de EndoVAC en anastomosis esofagoyeyunales de alto riesgo fue técnica y clínicamente segura, sin fugas ni estenosis tempranas. Se requieren estudios controlados para confirmar su valor preventivo; actualmente se desarrolla un ensayo clínico aleatorizado (PREVENT-III) en nuestro centro.

354, USO DE TERAPIA ASISTIDA POR VACÍO ENDOLUMINAL EN LESIÓN PENETRANTE DE ESÓFAGO CERVICAL, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Antonia Maria Cereceda Caneo, Katherina Alejandra Herrera Torres, Jose Manuel Delgado Flores, Claudia Andrea Lemus Rivera

Clínica Dávila

Introducción: El trauma esofágico es una entidad poco frecuente, pero con alta morbilidad asociada. El manejo de estas lesiones depende principalmente de su ubicación, el espesor comprometido, la presencia de compromiso vascular asociado. Las alternativas de manejo varían desde el manejo conservador hasta el manejo quirúrgico. En los últimos años, se ha abierto paso al manejo con terapia asistida por vacío endoluminal (TEV) como una opción segura y eficaz en el manejo de perforaciones esofágicas de mayor tamaño

Objetivos: Describir caso clínico de Uso de Terapia asistida por vacío endoluminal en lesión penetrante de esófago cervical

Contenido del E-Poster: Descripción de caso clínico y revisión de la literatura

Resultado: Mujer de 43 años situación calle, policonsumo que sufre agresión por arma blanca con lesión cervical. Ingres a al SU agitada, HDE, afebril, lesión cervical en zona 2 izquierda, de 4 cm sin sangrado activo. Se intuba por agitación. PANTAC muestra enfisema cervical profundo, sin lesión vascular, neumotórax derecho, neumomediastino. Probable foco de laceración del ápice pulmonar derecho. Colección líquida en subcutáneo de región lumbar izquierda. Pleurostomía derecha. Ingres a pabellón de urgencias. En endoscopia a 17 cm de arcada dentaria se observa orificio esofágico de espesor total que compromete el 50% de la circunferencia, sin sangrado activo. Abordaje cervical anterior, aseo profuso y rafia primaria con puntos de maxon 3-0. Instalación endoscópica de TEV y gastrostomía endoscópica. Drenaje a sitio qx. Salida a UCI, en VMI, DVA dosis bajas, ATB de amplio espectro. Retiro drenaje cervical día 4 y punción colección lumbar izquierda por radiología intervencional. Lesión pulmonar derecha y absceso pulmonar derecho resueltos por toracotomía video asistida, pleurodesis. Evolución favorable retiro del dispositivo al día 10 por endoscopia. TAC control pequeña colección en espacio visceral cervical izquierdo, que se resuelve espontáneamente. Se inicia y progresa alimentación por gastrostomía. Logra extubación al día 19, rehabilitación por fonoaudiología con inicio de alimentación oral en el día 30 y posterior consolidación de ésta. Se fuga de la institución al día 40. Control 1 mes después asintomática, herida cervical sana.

Conclusión: El manejo de las lesiones traumáticas cervicales penetrantes supone un desafío ya que habitualmente se asocia a complicaciones postoperatorias con eventual necesidad de reintervenciones, estadía hospitalaria y rehabilitación prolongada. Entre las alternativas de manejo existe la rafia primaria, el drenaje externo con esofagostomía cervical, y las terapias endoscópicas. En este caso se combinó la rafia primaria con el uso de TEV por 10 días, logrando una buena evolución clínica de la paciente sin requerir mayores intervenciones en la parte esofágica. Se plantea que el manejo combinado pudiera mejorar los resultados en este tipo de lesiones.

355, DIVERTICULOS DEL ESOFAGO CERVICAL: SERIE DE CASOS INCLUYENDO UN INFRECUENTE DIVERTICULO DE KILLIAN-JAMIESON

Autores: María Duhart R, Diego Guerra S, Marcelo Beltrán S.

Hospital De La Serena

Introducción: Los divertículos del esófago cervical son tres, siendo el más frecuente el divertículo de Zenker. El tratamiento de elección es quirúrgico mediante el abordaje cervical y la cirugía endoscópica.

Objetivos: Reportar la experiencia institucional del Hospital de La Serena con el tratamiento quirúrgico mediante abordaje cervical de los divertículos esofágicos de Zenker y la discusión de un infrecuente divertículo de Killian- Jameson.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de una serie casos clínicos en la que se incluyeron todos los pacientes operados por divertículos del esófago cervical entre los años 2008 y 2024. La información se obtuvo de una base de datos personal que incluye variables demográficas, continuas y categóricas. Se utilizó estadística descriptiva para reportar los resultados.

Resultado: Se operaron 15 pacientes. La serie incluye 8 pacientes femeninos y 7 masculinos. La edad promedio fue 71 ± 14 (58-84) años. El periodo de evolución fue entre 1 y 13 años (5 ± 2). La mayoría de los pacientes refirieron regurgitación de alimentos descompuestos (93%), siendo la pirosis (87%) menos frecuente. En todos los pacientes se realizó un esofagograma (100%), otros estudios fueron endoscopia (67%), tomografía cervical (47%) y ecografía cervical (7%). Todos los pacientes fueron operados siguiendo la misma técnica quirúrgica por el mismo cirujano. Todos los especímenes fueron enviados a biopsia la que no reportó la presencia de tumores malignos o benignos. En 14 pacientes el diagnóstico fue el de un divertículo de Zenker y en 1 caso (6%) fue un divertículo de Killian-Jamieson. No existieron complicaciones en toda la serie. La estadía hospitalaria promedio fue de $4 \pm 0,6$ días (3 a 5) y al alta todos los pacientes se fueron con régimen liviano. Todos los pacientes fueron controlados a las 2 semanas y posteriormente al primer mes desde la cirugía, el promedio fue de $81,5 \pm 18$ (4 a 96) meses de seguimiento. En 13 pacientes (87%) se realizó un esofagograma de control. Durante todo el periodo de seguimiento en cada evaluación se aplicó la Escala de Resultados y Severidad para Disfagia, 12 pacientes (80%) reportaron encontrarse en el nivel 7 que consiste en una deglución y dieta normal y 3 pacientes (20%) reportaron el nivel 6 con una disfagia leve y dieta blanda. Al momento del presente estudio, 5 pacientes han fallecido (33%) por causas no relacionadas con el divertículo cervical o la cirugía, el periodo de fallecimiento después de la cirugía fue de $50,8 \pm 20$ meses (14 a 84) y las causas fueron por patología cardíaca (3 casos), pulmonar (1 paciente) y neurológica (1 caso).

Conclusión: La presente serie de casos ilustra la realidad de la mayoría de los hospitales provinciales. El tratamiento endoscópico de los divertículos del esófago cervical aún no se encuentra implementado y la cirugía abierta permanece como el tratamiento de elección con buenos resultados funcionales acorto, mediano y largo plazo.

393, ESOFAGITIS MICÓTICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ACALASIA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Paula Villablanca P., Gustavo Barril M., Mikel Scott B., Stephanie Rubio M., Braulio Westermeier C., Camila Sotomayor L., Luis Ibáñez A.

Departamento Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La esofagitis micótica es una infección causada principalmente por *Cándida albicans*, cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas, particularmente en pacientes inmunocomprometidos o con factores de riesgo como el uso prolongado de antibióticos, inhibidores de bomba de protones o enfermedades sistémicas. Entre las causas menos frecuentes, se ha propuesto una asociación con trastornos de la motilidad esofágica, aunque su fisiopatología no ha sido completamente elucidada. Estudios recientes indican que hasta un 12% de los pacientes con candidiasis esofágica presentan un trastorno motor subyacente, siendo la acalasia el más común. Presentamos el caso de una paciente con factores de riesgo en quien la candidiasis esofágica fue la manifestación inicial de una acalasia tipo II, destacando la relevancia de considerar trastornos motores ante cuadros de esofagitis micótica.

Objetivos: Describir un caso de acalasia diagnosticada a partir de una esofagitis micótica de difícil manejo, resaltando la asociación entre ambas patologías para fomentar su pesquisa.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de ficha clínica y exámenes complementarios, complementada con búsqueda bibliográfica sobre la asociación entre acalasia y esofagitis micótica.

Resultado: Paciente femenina de 66 años, con antecedente de cáncer de mama en tratamiento con hormonoterapia y esplenectomía por quiste pancreático, derivada desde atención ambulatoria por cuadro de esofagitis micótica intensa con mala tolerancia a tratamiento oral. Presentaba cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por epigastralgia, pirosis, regurgitación, náuseas y vómitos. Fue hospitalizada para estudio etiológico y manejo. Se realizó evaluación por infectología, incluyendo estudio de inmunodeficiencias, el cual fue negativo. Se indicó antifúngico endovenoso, con buena respuesta clínica. En endoscopia digestiva alta de control, persistía esofagitis en regresión parcial, con abundantes restos alimentarios y saliva en esófago, lo que sugería posible trastorno motor. Se completó estudio con esofagograma contrastado, que mostró esófago dilatado con retención del medio de contraste en los dos tercios distales y paso filiforme hacia el estómago, compatible con acalasia. La manometría esofágica confirmó diagnóstico de acalasia tipo II. Se realizó dilatación hidroneumática sin complicaciones, con progresión del régimen y transición a antifúngicos orales. Fue dada de alta en buenas condiciones generales.

Conclusión: Este caso ilustra una presentación inusual de acalasia como candidiasis esofágica. La evidencia sobre esta asociación aún es limitada, por lo que su sospecha puede facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno de la acalasia subyacente. Este hallazgo subraya la necesidad de estudios adicionales que exploren la relación entre trastornos motores esofágicos y candidiasis en ausencia de factores de riesgo clásicos.

394, SEPTOTOMÍA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA EN ESTENOSIS POSTERIOR A RESECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA (ESD) POR CÁNCER GÁSTRICO.

Autores: Luis Barra Lobos, Mariela Urrutia Soto, Felipe Sandoval Orrego, Víctor Molina Gatica, Luis Fonseca Riquelme, Cristóbal Azocar Bizama

Hospital Hernán Henríquez Aravena

Introducción: Las principales complicaciones de la ESD son la perforación, el sangrado y la estenosis, estas pueden ser tratadas de forma endoscópica o conservadora en la mayoría de los casos. La cirugía en general es un último recurso en casos más complejos.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con complicaciones de difícil resolución y múltiples intervenciones, posterior a ESD. Revisión de la literatura sobre complicaciones de este procedimiento y su tratamiento.

Contenido del E-Poster: Se obtiene información de ficha electrónica y se realiza revisión de la literatura con los términos MESH resección endoscópica submucosa, complicaciones, perforación.

Resultado: Se presenta el caso de complicación severa e infrecuente de necrosis parcial del estómago posterior a ESD que luego presentó perforación. Este cuadro se resolvió mediante cirugía laparoscópica en dos tiempos con un primer momento de resección mínima conservando la mayor cantidad posible de estómago sano y en un segundo tiempo de manera diferida resolviendo estenosis y angulación con técnica de anastomosis gastro-gástrica tipo septotomía.

Conclusión: La ESD es el manejo de elección en los cánceres gástricos incipientes y dado su aumento de frecuencia como terapia oncológica en los últimos años, se deben tener presentes sus eventuales complicaciones, aunque sean infrecuentes. La estenosis se da principalmente en resecciones amplias, de más de tres cuartos de circunferencia y con mayor frecuencia en cardias y antro. La terapia de primera línea es la dilatación endoscópica, que en nuestro caso no fue posible por lo que requirió manejo quirúrgico.

395, VÓLVULO GÁSTRICO ASOCIADO A BAZO ERRANTE: UNA ASOCIACIÓN ANATÓMICA INFRECUENTE

Autores: Paula Villablanca P., Gustavo Barril M., Mikel Scott B., Camila Sotomayor L., Braulio Westermeier C., Sergio Riveros G.

Departamento Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: El vólvulo gástrico asociado a bazo errante representa una condición clínica infrecuente, resultante de la coexistencia de dos anomalías anatómicas: la rotación anormal del estómago sobre su eje y la movilidad aberrante del bazo, atribuida a la ausencia o laxitud congénita o adquirida de los ligamentos peritoneales que normalmente los fijan. Esta combinación puede conducir a un cuadro abdominal agudo potencialmente grave, con riesgo de isquemia e infarto tanto gástrico como esplénico. La baja prevalencia de esta asociación y la respuesta parcial a medidas conservadoras suele retrasar su diagnóstico y tratamiento definitivo. Este caso clínico busca resaltar la relevancia de su reconocimiento oportuno y el valor del abordaje quirúrgico precoz para evitar complicaciones mayores.

Objetivos: Presentar un caso de vólvulo gástrico mesenteroaxial asociado a bazo errante, resaltando su valor diagnóstico y terapéutico desde una perspectiva quirúrgica.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de ficha clínica y exámenes complementarios del caso reportado, junto con búsqueda bibliográfica sobre la patología.

Resultado: Paciente femenina de 71 años, con antecedente de hipotiroidismo, consulta en urgencias por dolor epigástrico progresivo de dos semanas de evolución, intenso, acompañado de náuseas, vómitos alimentarios y anorexia. Al examen físico destaca deshidratación moderada, abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis contrastada evidenció vólvulo gástrico mesenteroaxial con marcada distensión gástrica, signos sugerentes no categóricos de neumatosis parietal y neumatosis portal. Se realizó endoscopia digestiva alta, que mostró mucosa gástrica congestiva con parches de aspecto isquémico. No fue posible realizar devolvulación endoscópica, por lo que se instaló sonda nasogástrica para descompresión gástrica y se indicó manejo conservador. En nuevo TC de control se constata persistencia de vólvulo gástrico, además de bazo en posición ectópica, compatible con bazo errante. Se decide realizar laparoscopia exploradora, evidenciándose estómago sin signos de torsión y bazo vital en posición ectópica, ambos con marcada laxitud de sus ligamentos de fijación. Se realizó gastropexia de fondo y curvatura mayor y esplenopexia. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta desde el punto de vista quirúrgico sin complicaciones.

Conclusión: El vólvulo gástrico se asocia comúnmente a hernia hiatal, pero en casos infrecuentes puede deberse a anomalías anatómicas como la laxitud de ligamentos viscerales y el bazo errante. Reconocer estas causas menos habituales permite un manejo quirúrgico dirigido mediante gastropexia y esplenopexia, evitando recurrencias y complicaciones graves. Este caso subraya la importancia de identificar la etiología anatómica para un tratamiento eficaz y oportuno del vólvulo gástrico.

396, FÍSTULA GASTRO-PLEURAL NO TRAUMÁTICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Autores: Thomas Alexander Rudolph Oppliger, Thomas Rudolph O, Klaus Rudolph O, Valentina Contreras P, Gabriela Rudolph M

Servicio De Cirugía Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad De La Frontera

Introducción: Las fístulas gastro-pleurales (FGP) son comunicaciones anómalas entre el estómago y la cavidad pleural. Son poco frecuentes y con múltiples causas, tales como, complicaciones postquirúrgicas, traumatismos, neoplasias, úlceras gástricas penetrantes o infecciones severas. Su diagnóstico suele ser tardío debido a su presentación clínica inespecífica y a la baja sospecha clínica, lo que incrementa la morbimortalidad asociada.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente con fístula gastro-pleural, analizando los hallazgos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, destacando la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinario en el manejo de esta patología infrecuente.

Contenido del E-Poster: Tipo de estudio: Reporte de caso. Población: Paciente femenino, 70 años, sin antecedentes. Instrumentos utilizados: Se recogieron datos clínicos, de laboratorio e imagenológicos desde la ficha clínica electrónica. Se realizó una revisión de literatura científica reciente compuesta por reportes de casos en revistas científicas digitales. Evaluación: El diagnóstico de fístula fue confirmado mediante Tomografía computarizada (TC) y Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Tratamiento: Manejo multidisciplinario que incluyó soporte nutricional, antibióticoterapia dirigida y terapia endoscópica.

Resultado: Paciente que ingresó en contexto de una Colangitis aguda severa que durante su estadía cursó con diversas interurrencias infecciosas, entre ellas 2 empiemas pleurales con requerimiento de aseo quirúrgico vía Videotoracoscopia, destacando en esta última un líquido pleural de aspecto intestinal, esto y considerando el antecedente de epigastrialgia del paciente, se estudió el líquido con niveles de Amilasa y Lipasa que resultaron elevadas, planteándose la sospecha diagnóstica de una FGP. Se realizó un estudio diagnóstico con EDA que reveló una solución de continuidad de aproximadamente 2 cms en el fondo gástrico, lo que se complementó con una TC con hallazgos compatibles con una FGP izquierda. Dada la fragilidad clínica de la paciente se decidió manejo mínimamente invasivo endoscópico con Cianocrilato en dos oportunidades, con toma de biopsia en esta última del lecho que resultó negativa para neoplasia, con una favorable respuesta, objetivándose una disminución de los débitos del drenaje pleural con múltiples pruebas de azul de metileno que resultaron negativas.

Conclusión: La FGP representa una condición clínica infrecuente, con una presentación clínica inespecífica, lo que subraya la necesidad de mantener una alta sospecha diagnóstica en pacientes con síntomas respiratorios o gastrointestinales y antecedentes quirúrgicos digestivos o torácicos recientes. La tomografía y la endoscopia son herramientas clave para el diagnóstico, y el tratamiento debe ser temprano y multidisciplinario. Este caso contribuye a la escasa literatura disponible y enfatiza la necesidad de reportar nuevas presentaciones para guiar mejores estrategias diagnósticas y terapéuticas, para así obtener los mejores resultados posibles en cuanto a la morbi-mortalidad de estos pacientes.

397, SÍNDROME DE RAPUNZEL CON DOBLE TRICOBEOZAR SIMULTÁNEO GÁSTRICO E INTESTINAL: REPORTE DE CASO.

Autores: Luis Barra Lobos, Valentina Cerdán Larrondo, Mariela Urrutia Soto, Felipe Sandoval Orrego, Víctor Molina Gatica, Luis Fonseca Riquelme, Cristóbal Azocar Bizama

Hospital Hernán Henríquez Aravena

Introducción: El tricobezoar es parte de un cuadro originado por tricotilomanía y tricotofagia que al acumularse en el tracto gastrointestinal genera un cuerpo extraño que puede provocar obstrucción. El Síndrome de Rapunzel es un cuadro poco frecuente en donde se forma un tricobezoar gástrico que emite prolongaciones hacia distal, obstruyendo intestino delgado y menos frecuente colon.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con obstrucción intestinal alta dado a tricobezoar, que además presentaba compromiso gástrico no obstructivo y que se resolvió de forma quirúrgica.

Contenido del E-Poster: Se obtiene información de ficha electrónica y se realiza revisión de la literatura con los términos tricobezoar, obstrucción intestinal, síndrome de rapunzel.

Resultado: Se presenta un caso de tricobezoar simultáneo gástrico no obstructivo e intestinal obstructivo, con cuadro clínico inicial compatible con obstrucción intestinal alta, donde el diagnóstico presuntivo se realizó con tomografía computarizada y se abordó de forma quirúrgica por laparotomía, evidenciando a 250 cms del ángulo de Treitz cuerpo extraño intraluminal obstructivo intestinal con asas dilatadas a proximal y también cuerpo extraño intraluminal gástrico de gran tamaño. Se resolvió con enterotomía y gastrotomía extrayendo los bezoares con buena evolución postoperatoria.

Conclusión: Se presenta el caso de cuadro infrecuente y con resolución satisfactoria. Se hace énfasis en que este síndrome debe ser resuelto vía quirúrgica pudiendo ser abierto o laparoscópico, además considerar que se asocia a patologías psiquiátricas y que sin el adecuado manejo de estas las tasas de recidiva son altas; también se asocia a déficit nutricionales dado la disfunción de la microbiota y la inflamación crónica. Otras complicaciones de este síndrome son pancreatitis, desnutrición, intususcepción, apendicitis, perforación intestinal, entre otras.

9. Sección: Sección: Hepatobiliar



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

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

Hospital Clínico Universidad De Chile

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

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

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

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

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

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

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

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

Introducción: La pancreatoduodenectomía constituye un procedimiento quirúrgico de alta complejidad, en el cual la fístula pancreática postoperatoria (FPPO) clínicamente relevante representa una complicación con impacto significativo en el manejo y la recuperación del paciente. Con el objetivo de prevenir la FPPO, se han implementado diversas estrategias, entre ellas el refuerzo de anastomosis. La membrana de Fibrina Rica en Plaquetas Avanzada (A-PRF) es un biomaterial autólogo, concentrado plaquetario de segunda generación, obtenido a partir de sangre sin aditivos, que destaca por su liberación sostenida de factores de crecimiento y ha demostrado utilidad en la regeneración de tejidos blandos y óseo. En la presente serie de casos, se empleó membranas de A-PRF para el refuerzo de la pancreatoyunoanastomosis durante la reconstrucción posterior a la pancreatoduodenectomía.

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

Contenido del E-Poster: Serie de casos desde enero hasta marzo de 2025. Se incluyeron pacientes a quienes se realizó reconstrucción con refuerzo de anastomosis con membrana de A-PRF. Se consideró FPPO clínicamente relevante (grado B/C) para evaluar morbilidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Para preparar membranas de A-PRF, se extrajo sangre del mismo paciente en tubos de vidrio sin anticoagulante y se sometió inmediatamente a un proceso de centrifugación a 1300 rpm por 14 minutos. Posteriormente, el coágulo de A-PRF se separó del componente hemático y se comprimió para obtener una membrana uniforme, la que finalmente fue ubicada en el lugar requerido.

Resultado: La serie está compuesta por 7 pacientes, 6 de género masculino y 1 de género femenino. Un promedio de edad de 64,1 años. En 3 pacientes se realizó drenaje biliar previo a cirugía, en 2 pacientes de la muestra se contaba con biopsia preoperatoria. El tiempo operatorio promedio fueron 248 min. El diámetro promedio de Wirsung 4 mm. 6 casos presentaron consistencia blanda de páncreas y 1 caso de consistencia dura. En relación con la FPPO, se observó que 1 paciente no desarrolló fístula pancreática, 3 pacientes presentaron fístula bioquímica y 3 pacientes experimentaron fístula clínicamente relevante. De estos últimos, 2 requirieron drenaje percutáneo debido a una colección abdominal, y 1 necesitó el drenaje durante un periodo superior a 3 semanas.

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

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

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

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La disfunción hepática severa que requiere trasplante es un evento mayor en cualquier etapa de la vida. El trasplante hepático (TH) representa un tratamiento efectivo para la falla hepática fulminante (FHF). En Chile, las mujeres representaron el 51,6% de los receptores de trasplante hepático en 2023. Según la literatura internacional, aproximadamente el 10–15% de las mujeres trasplantadas se encuentran en edad reproductiva (18–49 años). Si bien existe una amplia literatura sobre embarazos exitosos posteriores al TH, son escasos los estudios que abordan el trasplante hepático durante el embarazo. Hasta nuestro conocimiento, no existe consenso establecido respecto a los desenlaces esperados ni sobre el manejo perioperatorio óptimo en estas pacientes.

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

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

Resultado: La revisión de registros de 1994 a 2024 identificó 54 pacientes trasplantadas por FHF, de las cuales 6 estaban embarazadas al momento de la indicación. La mediana de edad de las pacientes fue de $25 \pm 8,7$ años y la edad gestacional al ingreso fue de $21 \pm 4,8$ semanas. En los 6 casos se evidenció vitalidad fetal al ingreso. La FHF se atribuyó a infección por parvovirus en una paciente, a etiología autoinmune en otra, y en las restantes 4 pacientes no se logró determinar causa. Según la clasificación de O'Grady, una paciente presentó inicio hiperagudo, tres con inicio agudo y dos pacientes de inicio subagudo. El puntaje MELD promedio fue de $31,6 \pm 2,4$. La encefalopatía hepática fue grado IV en 3 pacientes, grado III en 2, y no documentada en 1 caso. La mediana de tiempo desde el ingreso hasta el TH fue de 11 días [RIQ 2–25]. Todos los injertos provinieron de donantes fallecidos. En 4 pacientes se realizó primero el TH y posteriormente cesárea o evacuación uterina; en una paciente se realizaron ambos procedimientos durante la misma cirugía, y en otra, la cesárea precedió al trasplante. En cuanto a los desenlaces: en 2 casos sobrevivieron madre y feto; en 1 caso sobrevivió solo el feto; y en 3 casos sobrevivió solo la madre (1 pérdida fetal previa al trasplante y 2 posteriores). Esto representa una tasa de sobrevida fetal del 50% y materna del 83,3%. Dos pacientes requirieron retransplante.

Conclusión: La FHF en el embarazo es una condición poco frecuente. La sobrevida fetal es limitada (50% en nuestra serie, similar al ~60% reportado en la literatura), mientras que la sobrevida materna es alta (83,3%). La decisión sobre el momento del parto en relación al trasplante depende de la edad gestacional al diagnóstico: Antes de las 22 semanas, el parto suele postergarse hasta después del trasplante, priorizando la seguridad materna. Después de las 28 semanas, puede considerarse el parto previo al trasplante, mientras que entre las 22 y 28 semanas, no existe consenso claro, y los resultados fetales <22 semanas son especialmente desfavorables, incluso cuando el embarazo se prolonga.

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

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

Hospital Dr. Sótero Del Río

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

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

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

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

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

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

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

Pontificia Universidad Católica De Chile

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

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

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

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

Conclusión: El TH sigue siendo la piedra angular en el tratamiento de la FHF, con un impacto significativo en la sobrevida de los pacientes. Sin embargo, la escasez de órganos de donantes fallecidos representa un desafío persistente. En este contexto, el trasplante hepático con donante vivo se presenta como una alternativa viable para reducir el tiempo entre el diagnóstico y el trasplante, mejorando el pronóstico. En nuestro centro, la implementación de un protocolo interdisciplinario eficiente ha permitido un enlistamiento oportuno, reflejado en una baja tasa de no-enlistamiento en comparación con otros centros.

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

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

Pontificia Universidad Católica De Chile

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

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

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

Resultado: Durante el período del estudio, se realizaron 78 trasplantes hepáticos de donante vivo con injerto de lóbulo derecho (THDV-LD), de los cuales solo 5 (6,4%) fueron indicados por falla hepática fulminante (FHF). La edad de los receptores osciló entre 10 y 56 años (media: 29,8 años). Las etiologías fueron: enfermedad de Wilson (n=2), toxicidad por paracetamol (n=1), hepatitis autoinmune (n=1) e insuficiencia hepática postoperatoria (n=1). El tiempo medio desde la inclusión en lista hasta el trasplante fue de 4 días, con una media de 2 días desde la evaluación del donante hasta el THDV. Todos los pacientes estaban en unidad de cuidados intensivos; el 80% requirió ventilación mecánica y diálisis previo al trasplante. Cuatro pacientes (80%) estaban vivos al momento del análisis, con seguimiento medio de 19 meses (rango: 7–56). La única muerte se debió a shock cardiogénico / miocarditis fulminante. Ninguno requirió retransplante. Si bien todos los receptores presentaron complicaciones posteriores al TH, principalmente biliares (estenosis o fístulas), la mayoría fueron resueltas mediante endoscopia o radiología intervencional. Solo un paciente requirió reintervención quirúrgica. No se reportaron complicaciones en los donantes vivos. Se evaluaron 19 donantes para estos 5 receptores; 3 receptores contaron con 5 candidatos y 2 receptores con 2 candidatos. Todos los donantes fueron parientes biológicos (2 padres, 2 hijos, 1 primo). La media de hospitalización post-donación fue de 5,6 días, sin eventos adversos.

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

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

Autores: Cristóbal Levet, Patricio Ross, Daniel García, Pedro Soto, Valeria Galaz, Camila Jure, Josefina Hasenberg, Lucas Espinoza, Jorge González, Carolina Nuñez, Tomas Reyes, Francisco Barrera, Edmundo Martínez, Rodrigo Wolff, Blanca Norero, Marcel Sanhueza, Julio Benitez, Erwin Buckel, Magdalena Vera, Inés Cerón, Rolando Rebollo

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

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

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

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

Resultado: Se recolectaron un total de 316 pacientes de los cuales 118 presentaron al menos una infección bacteriana y 30 alguna fúngica. El promedio de edad fue de 58 años, siendo 50.8% mujeres. El MELD operacional promedio fue de 26. Las variables asociadas con infecciones bacterianas corresponden al MELD operacional (28 Vs 25, $p=0.003$), uso de donante vivo (15.3% vs. 6.6%, $p=0.012$) y hospitalización previa al trasplante (46.6% vs. 35.4%, $p=0.048$). Además, la terapia de reemplazo renal (TRR) (18.9% vs. 3.4%, $p<0.001$) y el cultivo ascítico positivo (15.3% vs. 5.1%, $p=0.002$) se asociaron significativamente con mayor riesgo de infección. Las enterobacterias fueron los principales agentes etiológicos (AE) (50%), y los focos más frecuentes fueron el urinario (26.1%), respiratorio (25.0%), sanguíneo (23.8%) e intraabdominal (23.3%). Con respecto a las infecciones fúngicas los factores de riesgo asociados fueron donante vivo (8.4% vs. 23.3%, $p=0.009$), hospitalización en UCI antes del trasplante (40% vs. 20%, $p=0.012$), TRR (6.9% vs. 33.3%, $p<0.001$) y entre otros. El AE fúngico más común fueron levaduras (73%) con foco intraabdominal (48%).

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

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

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

Hospital Sotero Del Río, Equipo De Cirugía Hepatobiliar

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

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

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

Resultado: Se incluyeron 96 pacientes (edad media 61 años; 41,7% mujeres). El tumor primario se localizó en colon derecho en 7,3% de los pacientes. Las metástasis fueron sincrónicas en 70,8% y 9 pacientes (19,8%) presentaron más de 4 lesiones hepáticas, con distribución bilobar en 64,6% de los casos. Un 70,8% recibió quimioterapia neoadyuvante. Se realizó abordaje abierto en 63,5% de los casos. Sólo 27,1% requirió hepatectomía mayor reglada, con 5 pacientes planificados para cirugía en 2 tiempos (5,2%). El porcentaje de insuficiencia hepática fue 1,04% (n=1). El 20,8% de los pacientes presentaron fístula biliar o colecciones que requirieron drenaje. La mortalidad a 30 días fue de 1,04%. Se logró R0 en 88 (91,6%) de las biopsias. La mediana de seguimiento fue de 25,5 meses (RIQ: 14,3 – 40,8), con una supervivencia global de 19,3 meses (RIQ 8,3-33,2). La mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 9,8 meses (RIQ: 5,2–15,5). Un 20,8% de los pacientes recurrentes fueron reintervenidos con intención curativa.

Conclusión: La cirugía de metástasis hepáticas colorectales en nuestro centro es segura, con baja morbilidad y adecuados resultados oncológicos. La experiencia de los últimos 5 años nos ha mostrado que la quimioterapia perioperatoria juega un rol importante en la selección de pacientes y que la cirugía preservadora de parénquima es una estrategia valiosa, con bajos porcentajes de insuficiencia hepática, estadías hospitalarias cortas y posibilidades de reintervención en caso de recurrencia.

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

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

Pontificia Universidad Católica De Chile

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

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

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

Resultado: •Caso 1: Donante 76 años, IMC 35, DRI 1.9, esteatosis leve. Perfusión normotérmica: pH 7.8, lactato 4.6 mmol/L, bilis 12 mL, pH bilis 7.825. Trasplantado. •Caso 2: Donante 60 años, IMC 26, DRI 2.3, esteatosis severa (70%). pH 7.27, lactato 1 mmol/L, bilis 16 mL, pH bilis 7.5. Trasplantado. •Caso 3: Donante 75 años, IMC 24, DRI 2.1, esteatosis leve (20%). pH 7.65, lactato 6 mmol/L, bilis 14 mL, pH bilis 7.7. Trasplantado. •Caso 4: Donante 56 años, IMC 27, DRI 1.6, esteatosis leve. Solo perfusión hipotérmica dual (por logística del receptor), sin transición a normotermia. No trasplantado. •Caso 5: Donante 39 años, IMC 23, DRI 1.1, esteatosis severa (70%). pH 7.03, lactato 14 mmol/L, bilis 2 mL. No trasplantado. •Caso 6: Donante 48 años, IMC 42, DRI 1.4, esteatosis severa (>50%). pH 7.17, lactato 4.8 mmol/L, bilis 6 mL, pH bilis 7.37. No trasplantado. •Caso 7: Donante 75 años, IMC 25, DRI 2.1, esteatosis leve, paciente en hemodiálisis. pH 7.57, lactato 1.6 mmol/L, bilis 20 mL, pH bilis 7.79. Trasplantado. •Caso 8: Donante 26 años, IMC 42, DRI 1.2, esteatosis leve. pH 7.43, lactato 1.6 mmol/L, bilis 18 mL, pH bilis 7.58. Reconstrucción arterial realizada durante perfusión hipotérmica previa a normotermia. Trasplantado. •Caso 9: Donante 75 años, IMC 22, DRI 1.9, esteatosis leve. pH 7.3, lactato 0.35 mmol/L, bilis 16 mL, pH bilis 7.59. Trasplantado. •Caso 10: Donante 39 años, IMC 23, DRI 1.1, esteatosis severa por imágenes. pH 7.47, lactato 2.1 mmol/L, bilis 18 mL, pH bilis 7.7. Trasplantado.

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

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

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

Departamento De Cirugía Del Hospital Clínico Universidad De Chile.

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Clínico De Magallanes - Servicio De Cirugía

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

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

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

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

Conclusión: Nuestro análisis muestra una incidencia con predominio femenino, contrario a la tasa global reportada a nivel nacional. La técnica quirúrgica más utilizada fue una periquistectomía parcial. La tasa de complicaciones postoperatorias fue baja, tanto en relación a reintervenciones quirúrgicas y presencia de fístulas biliares, lo que permitiría hablar de una alta tasa de éxito, sin embargo, la estructura del estudio presenta limitaciones en que queda fuera las recidivas y la morbimortalidad asociada. Si bien este estudio se basa en las pacientes que requirieron abordaje quirúrgico, la hidatidosis hepática como tal sigue siendo un problema de salud pública regional, cuya resolución requiere un abordaje integral dando énfasis en lo preventivo, para lo que se requieren mayores estudios para avanzar en control eficaz de esta patología, mejorar la equidad en salud y proteger a las comunidades más vulnerables.

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

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

Clínica Indisa

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

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

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

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

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

124, ESPLENECTOMÍA ROBOT ASISTIDA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

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

Hospital Clínico San Borja Arriarán

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

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

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

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

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

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

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

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile

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

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

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

Resultado: Se incluyeron 24 pacientes: 16 con PDD y 8 con pancreatectomía distal. La edad promedio fue de 82 años, con 75% de mujeres. El 91,6% tenía ECOG 0 y el 83% desnutrición o riesgo de desnutrición. El 42% desarrolló algún tipo de complicación, pero solo 8% $\geq$ III. En las pancreatoduodenectomías (PDD), todos los procedimientos se realizaron por vía abierta. En un caso se optó por la preservación pilórica. La técnica de reconstrucción más utilizada fue la pancreatoyeyunoanastomosis tipo Blumgart (94%). Tres pacientes presentaron fístula pancreática tipo A (18,7%) y 4 retardo de vaciamiento gástrico (25%). Hubieron 2 reoperaciones (obstrucción intestinal y dehiscencia tardía de anastomosis). La mortalidad a 30 días fue 12,5%. Estadía hospitalaria promedio: 14,4 días; en UCI: 4,2 días. Sobrevida media: 23,5 meses. Se encontró asociación entre ECOG >0 y mortalidad a 30 días ($p=0,014$). En pancreatectomías distales, 50% fueron vía laparoscópica. Cinco pacientes presentaron fístula tipo A (62,5%), sin reoperaciones y con 1 reingreso por íleo médico. Mortalidad a 30 días: 0%. Estadía hospitalaria promedio: 11,1 días; en UPC: 3,4 días. Sobrevida media: 24,6 meses. Se observó asociación el índice de Charlson ≥ 3 con mayor estadía hospitalaria ($p=0,0036$).

Conclusión: La resección pancreática en octogenarios fue factible, con tasas aceptables de complicaciones y mortalidad. La condición funcional preoperatoria se asoció a peor pronóstico, y la comorbilidad a mayor estadía hospitalaria. Nuestros resultados se alinean con la literatura internacional, que reporta mortalidad a 30 días entre 2%–13% y complicaciones mayores hasta 35%. Estos hallazgos respaldan la indicación quirúrgica en pacientes mayores bien seleccionados y manejados en centros con experiencia.

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

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

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

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

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

Contenido del E-Poster: Diseño: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte. Participantes: Se incluyeron los pacientes operados por EQH entre 2011 y 2019 (seguimiento mínimo 5 años). Se excluyeron pacientes operados vía laparoscópica. Los casos se definieron como pacientes operados por EQH con ICC ≥ 3 ; y los controles, como pacientes operados por EQH con ICC ≤ 2 . Se realizó emparejamiento por sexo, diámetro del quiste y tiempo de seguimiento, utilizando una relación caso-control de 1:1. Variable resultado: CPO generales y mayores dicotomizadas (sí/no), y cuantificadas con Clavien y Dindo; M30D, reintervención (sí/no) y recurrencia (sí/no). Otras variables de interés: edad, sexo; características clínicas preoperatorias, intraoperatorias, postoperatorias; y complicaciones evolutivas de la EQH. Tamaño de la muestra: Se estimó con base en una diferencia de CPO entre casos y controles de 36% vs. 20%, asumiendo una tasa de error tipo I de 5%, y un poder estadístico del 80%. Lo que determina un mínimo de 96 casos y 96 controles. Se utilizó un muestreo no-probabilístico de casos consecutivos. Estadísticas: Tras un análisis exploratorio de datos, se aplicó estadística descriptiva, posteriormente se realizaron análisis bivariados (t-test, Chi² de Pearson y exacta de Fisher); y modelos de regresión logística calculando odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultado: Durante el período de estudio, 285 pacientes con HQE fueron operados; y después del emparejamiento, quedaron 113 casos y 113 controles. Se verificaron diferencias entre casos y controles en las variables edad, hematócrito, leucocitos totales, fosfatasa alcalina, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), tiempo operatorio, estancia hospitalaria y puntuación de ICC. Del mismo modo, se constató diferencias en la frecuencia de complicaciones evolutivas de EQH (OR: 5,5; IC 95%: 2,0-15,1; $p=0,0003$); y una mayor tasa de ASA II en controles (OR: 0,1; IC 95%: 0,03-0,2; $p<0,0001$). Las CPO en general y CPO mayores (Clavien $\geq 3b$) fueron más frecuentes en los casos (OR: 3,6; IC 95%: 1,8-7,1; $p=0,0002$; OR: 7,0; IC 95%: 1,9-55,9; $p=0,0308$ respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en la tasa de reintervención, M30D, ni recurrencia. El ajuste estadístico para controlar variables de confusión (edad, hematócrito, recuento leucocitario, fosfatasa alcalina, AST, ALT, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones evolutivas y clasificación ASA), mediante modelos de regresión logística. Esto permitió verificar que una puntuación ICC ≥ 3 es un factor pronóstico independiente para el desarrollo de CPO en general en pacientes con HQE tratados quirúrgicamente (OR: 6,3; IC 95%: 2,1-18,8; $p<0,01$).

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

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

Autores: Sebastián Uribe-Echevarría, Francisco Riquelme, Matías Osorio, María De Los Ángeles González, Antonio Mercandino, Ignacio Ortiz, Felipe Catán, L. Felipe Puelma, Mario Uribe
Hospital Del Salvador

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

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

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

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

Conclusión: ALPPS demostró ser una alternativa eficaz para lograr resección hepática en pacientes con tumores inicialmente irresecables, con una hipertrofia acelerada del volumen hepático en menos de dos semanas. No obstante, la morbilidad (22 %) y mortalidad (9,9 %) refuerzan que esta técnica debe reservarse para casos seleccionados. Esta serie representa una de las mayores experiencias nacionales con ALPPS y respalda su uso en pacientes cuidadosamente seleccionados, en centros con experiencia multidisciplinaria. La tasa de resecabilidad del 100% destaca a ALPPS en comparación a otras técnicas de resección hepática.

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

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

Pontificia Universidad Católica De Chile

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

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

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

Resultado: Se incluyeron 81 pacientes. El 42% reconsultó al SU, con una mediana de 2[1–2] consultas y en un tiempo promedio de 120 días post-TH. Los principales motivos de consulta fueron dolor abdominal (35%), fiebre o infección (27%) y alteraciones de laboratorio (11%). El 72.6% de las consultas derivó en hospitalización. El 64% del total de pacientes trasplantados presentó al menos una rehospitalización, con una mediana de 3 [2–5] con un seguimiento de los meses estudiados. Las causas más frecuentes fueron complicaciones biliares (60%), infecciones (10%) y rechazo del injerto (7%). En el análisis univariado, quienes reconsultaron presentaron un MELD-Na significativamente mayor al momento del trasplante ($p=0.034$), un mayor IMC ($p=0.017$) y una mayor creatinina pre-trasplante ($p=0.002$). Respecto a la evolución postoperatoria de la cirugía índice, la incidencia de falla renal aguda postoperatoria (73% vs 42%, $p=0.017$) y de una complicación infecciosa (41% vs 13%; $p=0.004$) fue significativamente mayor en quienes tuvieron reconsultas a posteriori. Otras asociaciones no resultaron significativas. Se ajustó un modelo de regresión logística para análisis multivariado. Solo la falla renal aguda perioperatoria se confirmó como factor de riesgo independiente con OR de 3.7[IC 95% 1,2-11.3]. Sin embargo, el mejor modelo incluyó también haber tenido una complicación infecciosa (OR de 3.03[IC 95% 0.86-10.7]) y el IMC ($B=-0.84$; $p=0.074$).

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

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

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

Universidad De La Frontera

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

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

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectiva, realizado en la Clínica RedSalud en Temuco, entre 1993 y 2019. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años operados por EQH, con 30 días de seguimiento. El grupo expuesto, incluyó a pacientes con recurrencia postquirúrgica, confirmada por ultrasonografía abdominal; y el grupo no expuesto (EQH primaria), englobó a pacientes con un seguimiento mínimo de 60 meses sin signos de recurrencia. El resultado primario fue COP, y los resultados secundarios M30D y la EH. Se utilizaron como variables confusoras las complicaciones evolutivas. Se estimó el tamaño de la muestra considerando un nivel de confianza del 95%, poder 80%, y una proporción esperada de COP 25% (recurrencia) vs. 5,8% (EQH primaria). Se requirió un mínimo de 43 pacientes por grupo. Utilizamos un muestreo censal, incluyendo a todos los pacientes que cumplieron los criterios de selección. Se usaron estadísticas descriptivas (tablas de frecuencias, medias, desviación estándar, rangos), y estadística inferencial para comparar grupos (Chi cuadrado/T de Student). Se estimaron riesgos relativos (RR) crudos con intervalos de confianza al 95% (IC95%), y RR ajustados con IC95% mediante la regresión de Poisson y modelos lineales robustos, para controlar factores de confusión.

Resultado: Se identificaron 154 pacientes con EQH, 43 de los cuales tenían recurrencia postquirúrgica. El 18,2% de los pacientes presentaron al menos una COP, siendo significativamente más frecuentes en el grupo con recurrencia (41,9% vs. 9,0%; $p < 0.001$; [RR:4,7; IC95%:2,3-9,3]). Las COP más comunes fueron infecciones en el sitio quirúrgico (39,3%). La tasa de M30D fue de 3,9%, más frecuente en el grupo con recurrencia (7,0% vs. 2,7%; [RR:2,6; IC95%:0,5-12,3]). La EH promedio fue de 6 ± 4 días, y se observó una diferencia estadísticamente significativa de 1 día más en el grupo con recurrencia ($p = 0,020$). En los análisis multivariados, al ajustar por complicaciones evolutivas, la recurrencia se asoció independientemente con un incremento significativo en las COP (RR ajustado: 5,1; IC95%: 2,7-9,9). Sin embargo, la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria mostraron tendencias, pero no alcanzaron significación estadística.

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

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

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

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

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

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

Contenido del E-Poster: Diseño: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte concurrente. Participantes: Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía electiva abierta por EQH entre 2012 y 2020 (seguimiento mínimo de 4 años). Se excluyeron pacientes operados por laparoscopia. Los casos se definieron como pacientes operados por EQH con puntuaciones mFI-11 $\geq 0,27$, PRISMA-7 ≥ 3 o FRAIL ≥ 3 ; y los controles, como pacientes operados por EQH con puntuaciones mFI-11 $< 0,27$, PRISMA-7 < 3 o FRAIL < 3 . Casos y controles fueron emparejados por edad, sexo, diámetro del quiste principal, antecedentes de cirugía previa por EQH, características ecográficas y localización del quiste principal, con una relación caso-control de 1:1. Tamaño de la muestra: Se estimó con base en tasas de POC de 28% para casos y 11% para controles, asumiendo una tasa de error tipo I de 5% y una potencia de 80%. Por consiguiente, se requirió un mínimo de 66 casos y 66 controles; para los que se aplicó una estrategia de muestreo no-probabilística de casos consecutivos. Variable resultado: El resultado principal fue CPO, utilizando la clasificación de Clavien-Dindo. Otras variables de interés: mortalidad a 30 días (M30D), necesidad de reintervención y recurrencia. Edad, sexo; características preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias; y complicaciones evolutivas de la EQH. Análisis estadísticos: Estadísticas descriptivas y análisis bivariados (t-test, Chi-cuadrado, exacta de Fisher; con propuesta de Savalei para celdas frecuencia cero). Finalmente, se utilizaron modelos regresión logística, cálculo de odds ratio (OR) e intervalos de confianza 95% (IC95%).

Resultado: Durante el período de estudio, se operaron 252 pacientes con EQH. Tras el emparejamiento, se incluyeron 70 casos y 70 controles. Distribución de variables con diferencias entre casos y controles: Variables Casos (n=70) Controles (n=70) p OR IC95% Tiempo quirúrgico (min.), media $\pm$ DE 225 $\pm$ 64 204 $\pm$ 53 0,036 --- mFI-11 (puntos), media $\pm$ DE 0,31 $\pm$ 0,1 0,07 $\pm$ 0,02 $< 0,001$ --- FRAIL (puntos), media $\pm$ DE 3,4 $\pm$ 1,2 0,6 $\pm$ 0,7 0,001 --- PRISMA-7 (puntos), media $\pm$ DE 3,1 $\pm$ 0,7 1,6 $\pm$ 0,5 0,001 --- Complicaciones evolutivas (Sí), n° (%) 34 (48,6) 19 (27,1) 0,005 2,5 1,3-5,1 ASA, I o II, n° (%) 35 (50,0) 63 (90,0) $< 0,001$ 0.1 0.05-0.3 CPO general, Sí, n° (%) 23 (32,9) 10 (14,3) 0,005 2.9 1,3-6,8 Al analizar asociación, mFI-11 demostró mejor rendimiento y asociación que FRAIL y PRISMA-7 para CPO generales y mayores OR: 4,8 (p=0,0001) y 7,3 (p=0,023) respectivamente. La regresión logística confirmó que mFI-11 $\geq 0,27$ es factor pronóstico independiente para CPO generales y mayores: OR: 1,5 (p=0,001).

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

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

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

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

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

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

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

211, RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE BILIAR TIPO IVA.

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

Hospital Clínico San Borja Arriarán

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

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

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

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

Autores: Elías Arroyo Alarcón, Víctor Marshall D, Oliver Maida, Fernanda Hermosilla-Astudillo, Emilia Hernández-herera, Isidora Jara-artigas, Ignacio Miranda C, Guillermo Martínez S, Carlos Esperguel G, Carlos García C
Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La estenosis postquirúrgica de la vía biliar representan una complicación infrecuente pero potencialmente grave, especialmente cuando ocurren años después de una derivación biliodigestiva. Pueden originarse por fibrosis progresiva en las anastomosis y suelen manifestarse con colangitis recurrente. Su abordaje requiere una evaluación clínica e imagenológica exhaustiva, así como un enfoque terapéutico escalonado y multidisciplinario. El presente caso reviste interés por tratarse de un paciente joven con una derivación realizada en la infancia por quiste coledociano, que desarrolló una estenosis tardía, anatómicamente compleja, y presentó una colangitis grave con shock séptico.

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

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

213, NECROSECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE PANCREATITIS NECROTIZANTE

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

Universidad De Chile, Sede Oriente, Hospital Del Salvador

Introducción: La pancreatitis aguda es la tercera causa más común de hospitalización por patología gastrointestinal en EE. UU.. De estos pacientes, hasta un 20% tendrá una pancreatitis necrotizante, y se asocia desde un 8% hasta 39% de mortalidad. La pancreatitis necrotizante con tejido necrótico infectado está asociada a una alta tasas de complicaciones y mortalidad. El tratamiento estándar era la necrosectomía abierta, que se asocia a alta morbilidad (hasta 95%) y mortalidad (hasta 39%). Actualmente se utiliza cada vez más el "Step-Up Approach". Este tratamiento escalonado se basa en el uso de tratamientos menos invasivos, como los drenajes percutáneos, drenajes endoscópicos y necrosectomía retroperitoneal mínimamente invasiva. Inicia con el control de la fuente de infección, a través del drenaje de fluidos infectados. Si la infección persiste se realiza la necrosectomía retroperitoneal mínimamente invasiva, una de estas es el VARD (video-assisted retroperitoneal debridement). Hasta 35% de los pacientes son tratados sólo con drenaje percutáneo. En el Hospital del Salvador, se realiza la necrosectomía laparoscópica por prótesis esofágica, demostrando buenos resultados, requiriendo menos intervenciones en pabellón y rápida mejoría. En los últimos casos se ha creado un monopuerto a través de la prótesis, logrando mejores resultados.

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

Contenido del video: Introducción del tema Resumen caso clínico Imágenes y videos del procedimiento de necrosectomía Exámenes radiológicos del caso clínico

347, NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL MIXTO COMO SIMULADOR DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO IRRESECABLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Javiera Hernández M, Javier López S., Daniel Gonzaga A., Marcelo Barra D., Marysol Alejo Q., Eddiz Cañas L., Karen Rojas R., Marco Rojas G., Franco Saglie S.

Hospital San Pablo. Coquimbo.

Introducción: La Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal (IPMN) son lesiones quísticas con riesgo de transformación maligna, especialmente las del conducto principal. La obstrucción mucinosa puede inducir pancreatitis, fibrosis y calcificaciones, dificultando el diagnóstico diferencial con adenocarcinoma pancreático.

Objetivos: Se presenta el caso clínico y el manejo de un paciente con diagnóstico de IPMN de tipo mixto que simula un adenocarcinoma de páncreas irresecable, con énfasis en la relación entre IPMN y cambios inflamatorios pancreáticos.

Contenido del E-Poster: Caso clínico descriptivo respecto a presentación, técnica quirúrgica y evolución de IPMN. Mujer de 69 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente y cáncer de mama tratado. Dos meses de epigastria irradiada a dorso asociada a baja de peso. TC y resonancia de abdomen evidencian masa sólido-quística de 49x29x27 mm en cuerpo pancreático, con compromiso del tronco celíaco y vena esplénica. Se plantea cáncer de páncreas irresecable y se planifica Endosonografía endoscópica para biopsia y eventual quimioterapia paliativa. Esta última revela nódulo de 17 mm en cabeza pancreática y un Wirsung dilatado, tortuoso, salida de mucina, nodulaciones estenosantes, otra lesión de 25 mm sospechosa en cuerpo cuyo estudio histológico es negativo para cáncer. En seguimiento imagenológico existe regresión parcial del tumor y del compromiso vascular. Se interpreta como IPMN de rama mixta con pancreatitis aguda subclínica, y en ese contexto se decide cirugía.

Resultado: Se realiza pancreatometomía total donde destaca fibrosis extensa, lesión papilar intraductal y trombosis esplénica, reconstrucción tipo Child. Biopsia informa IPMN de alto grado de fenotipo intestinal, tipo conducto principal en cabeza pancreática (2 x 1,5 cm), linfonodos negativos, extensa fibrosis e inflamación granulomatosa y neoplasia intraepitelial pancreática (PanIN) bajo grado multifocal.

Conclusión: Las IPMN constituyen el 10-15% de las lesiones quísticas pancreáticas, y aquellos con compromiso conducto principal tienen mayor riesgo de malignización, por lo que generalmente tienen indicación quirúrgica. El diagnóstico diferencial con adenocarcinoma ductal es complejo cuando coexisten signos inflamatorios, fibrosis y compromiso vascular. En este caso, las evaluaciones imagenológicas seriadas fueron determinantes para revertir la sospecha inicial de irresecabilidad y avanzar hacia un manejo quirúrgico curativo. La pancreatometomía total, indicada para la resección completa de un IPMN de alto grado, permitió además la resección multifocal del PanIN de bajo grado. Destacamos el rol multidisciplinario con el uso adecuado de herramientas diagnósticas en lesiones pancreáticas complejas.

356, MANEJO QUIRÚRGICO DE RECIDIVA LOCAL VASCULAR Y METASTÁSICA EN TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO: REPORTE DE CASO

Autores: Vicente Fernández Rodríguez, María Trinidad González De Miguel, Felipe Castillo Henríquez

Servicio De Cirugía Digestiva, Clínica Alemana De Santiago, U Del Desarrollo.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de páncreas (pNETs) son neoplasias poco frecuentes que representan el 1–2% de los tumores pancreáticos, aunque su prevalencia puede alcanzar hasta un 10% debido a su curso indolente y mayor sobrevida. Su incidencia ha aumentado por el uso extendido de técnicas de imagen como tomografía axial computarizada, resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión de positrones con análogos de somatostatina (PET-68Ga DOTATATE). Se clasifican en funcionales (30–40%) y no funcionales (60–77%). El diagnóstico combina hallazgos clínicos, biomarcadores, estudios hormonales e imagen, destacando la ecografía endoscópica con aguja fina (EUS-FNA). La cirugía es el tratamiento de elección para tumores localizados; sin embargo, su recurrencia tras la resección curativa se encuentra fuertemente determinada por el grado de diferenciación tumoral, que se define por el índice de proliferación Ki-67 y la clasificación histológica. Se reportan tasas de recurrencia a 5 años de 10-15% en general, pero esta varía según el grado tumoral. Las recidivas aproximadas en los pNETs bien diferenciados de bajo grado (G1, Ki-67 < 3%) son de < 15%, grado intermedio (G2, Ki-67 3-20%) 30-40% y alto grado (G3, Ki-67 > 20%) > 50%. La metástasis hepática es la forma más común de recurrencia, y el compromiso vascular, como la invasión de la vena mesentérica superior (VMS), se asocia a un peor pronóstico.

Objetivos: Es comunicar un caso clínico de un paciente con recurrencia locorregional con compromiso vascular y metástasis hepáticas, previamente tratado por pNET, que se manejó mediante cirugía.

Contenido del E-Poster: Caso clínico.

Resultado: Hombre de 68 años con antecedente de pancreatoduodenectomía en 2010 por pNET. Consulta por cuadro de dolor abdominal, fiebre y vómitos. La RM muestra lesiones hepáticas sugerentes de metástasis y lesión en raíz de mesenterio sugerente de recidiva local. El PET-68Ga DOTATATE confirma recidiva tumoral local y hepática. Se realiza cirugía exploradora, identificando compromiso de la VMS y metástasis en el segmento III hepático. Se efectúa resección segmentaria de VMS, porta y esplénica con reconstrucción término-terminal, además de resección hepática no anatómica. No hubo complicaciones perioperatorias. La histología confirmó metástasis de pNET bien diferenciado (G2), con márgenes negativos y un Ki-67 de 20%. El postoperatorio fue favorable, seguimiento de 48 meses libre de enfermedad.

Conclusión: Los pNETs pueden recurrir años después de una resección curativa. Nuestro caso presenta un tumor inicial bien diferenciado (G1) por lo que la tasa de recidiva es < 15% aproximadamente. La recidiva con metástasis hepáticas y compromiso vascular representa un desafío clínico. El PET-DOTATATE es una herramienta clave para confirmar la enfermedad y planificar el manejo. Aunque la invasión vascular se asocia a mal pronóstico, en tumores bien diferenciados puede considerarse una resección quirúrgica agresiva con reconstrucción vascular, logrando control oncológico adecuado. Este caso subraya la importancia del seguimiento prolongado y el rol de la cirugía en escenarios de recurrencia compleja.

357, COMPLICACIONES RELACIONADAS A COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: RESULTADOS DESDE LA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN SANTIAGO DE CHILE

Autores: Vesna Pletikosic B., Nicolás Rojas F., Xabier Andonegui M., Cristóbal Guzmán I., Sofía Pérez-Cotapos U., Sofía Olmedo E.

Hospital Padre Alberto Hurtado, Santiago. Servicio De Cirugía Digestiva

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento frecuente para el manejo de ciertas patologías pancreatobiliares. No obstante, conllevan un riesgo significativo de complicaciones. La pancreatitis post-CPRE representa la complicación más frecuente, con una incidencia que puede alcanzar hasta el 10% en adultos asociado principalmente a la manipulación de la papila, canulación dificultosa y la inyección de contraste en el conducto pancreático. La hemorragia, presente en menos del 1% de los casos, aumenta en pacientes con coagulopatías o bajo tratamiento anticoagulante. Por su parte, la perforación duodenal, si bien es infrecuente, constituye la complicación de mayor gravedad. La incidencia y gravedad de estas complicaciones dependen de factores propios del paciente, indicación adecuada y técnica empleada.

Objetivos: Describir la frecuencia, tipo y evolución de las complicaciones asociadas a CPRE terapéutica en el Hospital Padre Hurtado tanto en contexto de urgencia como programado. Este análisis busca fundamentar futuras estrategias preventivas.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a CPRE terapéutica en un período de 15 meses, entre enero de 2024 y abril de 2025. Se recopilieron datos demográficos, clínicos, complicaciones, reintervención, hospitalización y evolución a largo plazo.

Resultado: En el período de estudio se analizaron un total de 203 pacientes sometidos a CPRE. Presentaron una edad promedio de 62,6 años con predominio de sexo femenino (61,6% de la población). La indicación más frecuente fue en contexto electivo, aunque el 48,3% de los procedimientos se realizaron en contexto de urgencia. Se observó una tasa global de complicaciones quirúrgicas locales de 10,3%, correspondiente a 21 casos donde 9 pacientes evolucionaron con sangrado, 3 con pancreatitis aguda y 2 con perforación duodenal. Dentro de este grupo 66,7% de los pacientes fueron sometidos a papilotomía y el uso de anticoagulantes orales (TACO) estuvo presente en el 9,9% de los casos. La necesidad de reintervención quirúrgica se registró en el 35% de los pacientes con complicaciones quirúrgicas. La mortalidad a 30 días fue de 19% en el grupo con complicaciones quirúrgicas y a 90 días, la mortalidad fue de 4,8% en el grupo complicado, sin registros de fallecimientos en el grupo sin complicaciones.

Conclusión: En nuestra serie, la complicación más frecuente tras CPRE fue el sangrado, especialmente en procedimientos de urgencia y en pacientes bajo tratamiento anticoagulante (TACO), lo que contrasta con lo descrito en la literatura. Por otro lado, la baja incidencia de pancreatitis aguda podría asociarse a los endoscopistas experimentados en el servicio del hospital determinando un factor protector. Las complicaciones aumentaron la necesidad de reintervención y se asociaron a una mayor mortalidad, lo que subraya la necesidad de reforzar medidas preventivas en nuestra población.

358, NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA CON PRÓTESIS ESOFÁGICA EN MANEJO ESCALONADO DE NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA.

Autores: Daniela Leporati J., Elizabeth Hidalgo E., Carlos Banse E.

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

Introducción: La necrosis pancreática infectada es una complicación de la pancreatitis aguda, asociada a importante morbi-mortalidad. El diagnóstico requiere la confirmación microbiológica bacteriana o fúngica. La necrosectomía endoscópica percutánea es un procedimiento híbrido utilizado en el tratamiento mínimamente invasivo que permite la debridación y drenaje de la colección infectada como también la disminución de la sintomatología asociada.

Objetivos: Presentar la experiencia de manejo escalonado de pancreatitis necrótica a partir de un paciente joven con pancreatitis necrótica infectada intervenido en un Hospital de alta complejidad.

Contenido del E-Poster: Revisión de ficha clínica y literatura en Pubmed, Embase y Scielo.

Resultado: Paciente masculino de 47 años, con antecedente de consumo crónico de alcohol. Ingresó por cuadro de pancreatitis alcohólica aguda grave, con necrosis >50% de cuerpo y cola de páncreas. Tras evolución con persistencia febril, elevación de parámetros inflamatorios y procalcitonina, con aumento de colecciones peripancreáticas en tomografía, a los 17 días de evolución se realizó drenaje percutáneo mediante radiología intervencional en dos oportunidades. El cultivo resultó positivo y el débito se mantuvo purulento. Dado persistencia de intolerancia alimentaria por vómitos y plenitud posprandial, oclusión frecuente de los drenajes y nuevo quiebre con fiebre asociada a elevación de parámetros inflamatorios, se planificó la instalación de un drenaje transabdominal endoscópico usando como guía uno de los drenajes pigtail ya instalados. Se utilizó una prótesis esofágica autoexpandible totalmente cubierta de 120x28 mm seguida de dilatación con balón de 20 mm, que permitió drenaje de contenido purulento y necrosectomía endoscópica con pinza de cuerpo extraño. Posteriormente, evolucionó con mejor tolerancia a régimen enteral, disminución de dolor abdominal y de colección abdominal en tomografía. A partir del nuevo cultivo se ajustó terapia antibiótica triasociada y antifúngico. Tras diez días, se realizó una segunda necrosectomía parcial con buena evolución. Paciente evoluciona con tolerancia a régimen y sin dolor, se logra retiro de prótesis transabdominal y alta al mes postoperatorio, con tratamiento antibiótico ambulatorio.

Conclusión: El manejo de la pancreatitis necrótica, clásicamente asociado a una alta morbi-mortalidad quirúrgica, ha evolucionado priorizando el abordaje mínimamente invasivo como tratamiento de elección para colecciones derivadas de la misma, favoreciendo el pronóstico del paciente.

360, PERFORACIÓN DUODENAL: USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ENDOLUMINAL ASOCIADO A RAFIA PRIMARIA COMO PREVENCIÓN DE FILTRACIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO EXITOSO

Autores: Susan Granados N., Cristóbal Valdés C., Jesús Coa B., Lissette Leiva S.

Clínica Dávila

Introducción: La fuga anastomótica después de una cirugía gastrointestinal es una complicación grave con una morbilidad y mortalidad significativas. Estas situaciones a menudo devastadoras pueden ocurrir en el 0,7-19% de los pacientes sometidos a cirugía. Hoy en día se han desarrollado múltiples modalidades para tratar estas complicaciones, incluyendo reparación con sutura endoscópica, colocación de clips o stents, drenaje o rescate quirúrgico. En la búsqueda del tratamiento óptimo, la terapia de presión negativa endoluminal (TPNE) se desarrolló en Alemania a principios del 2000 y ha visto una creciente adopción mundial. Esta nueva técnica se describió inicialmente como tratamiento para fugas anastomóticas después de una resección de recto anterior baja, pero ahora se está aplicando en todo el tracto gastrointestinal desde la orofaringe hasta el recto.

Objetivos: Reportar un caso exitoso de uso de TPNE asociado a rafia primaria duodenal como prevención de filtración en contexto de perforación duodenal.

Contenido del E-Poster: Recolección de datos desde ficha clínica de una paciente de 64 años, que consultó al servicio de urgencias por cuadro de abdomen agudo de 12 horas de evolución. Laboratorios de ingreso destaca parámetros inflamatorios elevados. Tomografía Computada (TC) de abdomen y pelvis (AP) mostró engrosamiento parietal con hiperemia mucosa y edema submucoso en la 1° y 2° porción del duodeno y región antropilórica, asociado a solución de continuidad parietal de 13 mm dependiente de la pared lateral derecha del bulbo duodenal. Engrosamiento mural difuso de vesícula biliar por contigüidad, colelitiasis. Dado lo anterior, ingresó a pabellón de urgencia. Se realiza laparoscopia exploratoria donde se evidenció pus en hipocondrio derecho y fondo de saco, zona aplastrada hacia 1° porción del duodeno y contenido alimentario y bilioso, ante dificultad técnica se realizó conversión a laparotomía media supra e infraumbilical. Se realizó duodenorafia en borde anterior pilórico hacia pared de borde duodenal en dos planos asociado a parche de epiplón, colecistectomía y colangiografía intraoperatoria (CIO) que evidenció vía biliar indemne. Se realizó yeyunostomía de alimentación y en conjunto con endoscopista se realizó instalación de TPNE (endosponge artesanal) a nivel de píloro y sitio de sutura, dejándolo a una presión negativa de -125 mmHg.

Resultado: Paciente evolucionó de forma favorable durante hospitalización, sin evidencia de filtración exteriorizada por drenajes abdominales. Al décimo día se retiró vía endoscópica el endosponge, sin complicaciones. TC AP c/c de control y radiografía de esófago-estómago-duodeno negativos para filtración y/o colecciones intraabdominales, por lo que se da de alta el día 14 de hospitalización. Controles post quirúrgicos posteriores, último a los 5 meses, sin complicaciones.

Conclusión: La TPNE es una técnica endoscópica novedosa y versátil para tratar perforaciones y fugas en todo el tracto gastrointestinal y se ha posicionado como una técnica segura y eficaz con una alta tasa de éxito, lo que a menudo permite evitar reintervenciones. En nuestro caso clínico, ante una perforación duodenal con signos peritoneales, no fue posible utilizarla como tratamiento primario, no obstante, dado los buenos resultados registrados en la literatura en cuanto a cicatrización en contexto de perforación, decidimos utilizarlo como medida de prevención de filtración duodenal, con resultado exitoso, lo que permite, al menos, plantear el considerar su uso en conjunto con cirugía primaria.

361, FACTORES ASOCIADOS A FUGA BILIAR POST HEPATECTOMÍA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE 10 AÑOS.

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

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La fuga biliar post hepatectomía es una complicación significativa, con una incidencia reportada entre 3,3 % y 10 %, asociada a morbilidad elevadas, estadías hospitalarias prolongadas, riesgo de sepsis y necesidad de intervenciones adicionales. Su identificación precoz permite optimizar la estrategia quirúrgica y reducir su impacto clínico y sanitario.

Objetivos: Determinar los factores asociados a la ocurrencia de fuga biliar en pacientes sometidos a hepatectomía, evaluando variables clínicas (edad, sexo, patología), quirúrgicas (vía, técnica, tiempo operatorio, resección anatómica/no anatómica) y postoperatorias.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo en base a registros clínicos electrónicos de 459 pacientes entre 2013–2023. Se incluyeron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y resultados postoperatorios. La variable dependiente fue la fuga biliar según salida de bilis por drenaje. Se aplicaron análisis descriptivos y test estadísticos (χ^2 , t de Student o Mann–Whitney según correspondiera), considerándose $p < 0,05$ como significativo.

Resultado: Se analizaron 459 pacientes sometidos a hepatectomía, con una mediana de edad de 59 años y 46 % de sexo masculino. Un 36 % de las resecciones se realizó por vía laparoscópica y un 55 % correspondió a resecciones anatómicas. La incidencia global de fuga biliar fue de 11,5 %. La mediana de estadía hospitalaria fue de 8 días en pacientes sin fuga versus 17 días en aquellos con fuga, y la tasa de reintervención por cualquier causa fue significativamente mayor en el grupo con fuga (26 %) en comparación con el grupo sin fuga (4 %). La fuga biliar fue más frecuente en la cirugía abierta que en la laparoscópica (17,1 % vs 1,8 %, $p < 0,001$). Dentro de la cirugía abierta, las resecciones anatómicas se asociaron a mayor riesgo de fuga (OR: 3,41; IC95 %: 1,46–7,97; $p = 0,005$). Las patologías con mayor tasa de fuga fueron la hepatolitiasis (22,9 %), el cáncer de vesícula (22,4 %) y el colangiocarcinoma (19,5 %), diagnósticos en los que más del 85 % de los casos requirió resecciones anatómicas.

Conclusión: La incidencia observada de fuga biliar se encuentra dentro de los rangos descritos en la literatura, y la vía abierta, así como la necesidad de reintervención, se asocian a mayor riesgo, en concordancia con estudios previos. Sin embargo, a diferencia de lo que tradicionalmente se ha propuesto respecto al rol protector de las resecciones anatómicas al respetar planos vasculares y biliares, nuestros resultados muestran una asociación inversa. Esto probablemente refleja un sesgo de indicación, dado que las resecciones anatómicas se indicaron con mayor frecuencia en pacientes con patologías biliares complejas como hepatolitiasis o colangiocarcinoma, que conllevan mayor manipulación del árbol biliar y distorsión anatómica. De acuerdo con revisiones sistemáticas recientes, los factores de riesgo más consistentemente asociados a fuga biliar son resecciones extensas, anastomosis biliodigestiva, hemorragia intraoperatoria y enfermedad de base compleja. La técnica quirúrgica por sí sola parece tener un rol secundario frente a estos determinantes. Así, la fuga biliar debe entenderse como un fenómeno multifactorial donde la complejidad del caso tiene mayor peso que la clasificación anatómica de la resección, por lo que es fundamental una adecuada planificación preoperatoria y vigilancia postoperatoria individualizada.

362, EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR LAPAROSCÓPICA CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO CON SEGUIMIENTO PROSPECTIVO

Autores: Bárbara Carreño, Claudia Salazar, Francia Arcos, Ramón Hermosilla, Cristian Gallegos, Jaime Castillo, Hanns Lembach, Carlos Mandiola, Omar Orellana, Alexandre Saure

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La coledocolitiasis es una complicación frecuente de la coledolitiasis que suele requerir resolución mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Sin embargo, la exploración laparoscópica de la vía biliar ha emergido como una alternativa segura y eficaz, especialmente en contextos donde se dispone de equipo quirúrgico entrenado y tecnologías accesibles, como el ureteroscopio flexible, que permite visualizar y extraer cálculos de manera directa.

Objetivos: Describir los resultados clínicos de una serie de pacientes sometidos a exploración de vía biliar laparoscópica utilizando ureteroscopio flexible como herramienta diagnóstica y terapéutica en un hospital universitario.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de 10 pacientes intervenidos entre 2021 y 2025 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se incluyeron pacientes con coledocolitiasis confirmada por colangiografía, con y sin colecistectomía previa. Todos fueron sometidos a exploración de vía biliar laparoscópica mediante ureteroscopio flexible. Se registraron edad, comorbilidades, diámetro de la vía biliar, número y tamaño de cálculos, tiempo quirúrgico, días de hospitalización, complicaciones postoperatorias y requerimiento de CPRE adicional.

Resultado: La edad promedio de los pacientes fue de 69,3 años. El diámetro medio de la vía biliar fue de 14,5 mm, con cálculos de tamaño promedio de 17,8 mm. El número de cálculos varió entre uno y múltiples por paciente. El tiempo quirúrgico promedio fue de 131 minutos, y a mediana de hospitalización fue de 2 días. Todas las exploraciones se realizaron mediante coledocotomía anterior. Se registró una complicación en una paciente de edad avanzada, con comorbilidades médicas significativas, quien desarrolló una neumonía asociada a la atención de salud, sin relación directa con el procedimiento quirúrgico, falleciendo durante su hospitalización. Dos pacientes (20%) requirieron CPRE posterior: una por un cálculo enclavado en el colédoco intrapancreático y otra por papilitis fibrosante, que provocó fuga biliar objetivada por drenaje. En el seguimiento clínico, no se evidenció desarrollo de estenosis de la vía biliar hasta la fecha.

Conclusión: La exploración de vía biliar laparoscópica con ureteroscopio flexible es una técnica segura, eficaz y reproducible para el manejo de la coledocolitiasis. Permite una resolución quirúrgica directa, tanto en pacientes colecistectomizados como no colecistectomizados, con baja tasa de complicaciones y requerimientos adicionales. Su incorporación rutinaria debiera considerarse en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

364, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE: REPORTE DE UN CASO

Autores: Nicolás Andrés Martínez Rodríguez, Karin Pamela Berríos Arqueros, Camila Javiera Luengo Soto, Javiera Fernanda Muñoz Castro

Hospital Regional De Arica Dr. Juan Noé Crevani

Introducción: La obstrucción intestinal es una causa frecuente de consulta por dolor abdominal, especialmente en los servicios de urgencia. Sin embargo, otras patologías abdominales pueden simular su presentación clínica. La pancreatitis aguda necrotizante, aunque menos común y de mayor gravedad, puede manifestarse con síntomas similares, representando un desafío diagnóstico que podría retrasar el inicio de un tratamiento adecuado y oportuno.

Objetivos: Describir un caso clínico evaluado inicialmente en atención primaria, con sospecha de obstrucción intestinal, cuyo diagnóstico final fue pancreatitis aguda necrotizante. Se enfatiza la importancia de considerar esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales del abdomen agudo.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de un varón de 70 años que consulta en un CESFAM por cuadro de dos días de evolución compatible con obstrucción intestinal. Es derivado al servicio de urgencia, donde el diagnóstico definitivo fue pancreatitis aguda necrotizante. Se detallan la evolución clínica, exámenes de laboratorio e imágenes que permitieron arribar al diagnóstico.

Resultado: Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica y amputación infracondílea derecha, usuario de silla de ruedas. Consulta por dolor abdominal difuso de 48 horas de evolución, asociado a distensión, vómitos biliosos y ausencia de deposiciones y eliminación de gases. Al examen físico: signos vitales normales, bien hidratado, anictérico. Abdomen distendido, depresible, doloroso difusamente, sin signos de irritación peritoneal; ruidos hidroaéreos ausentes. Se deriva a urgencias con sospecha de obstrucción intestinal. Ingresa al servicio de urgencia normotenso, afebril, con glicemia capilar de 326 mg/dL, levemente quejumbroso. Exámenes de laboratorio revelan lipasa elevada (2632 U/L), PCR 150 mg/L, creatinina 1.5 mg/dL (basal 0.6), ácido láctico 4.49 mmol/L, y pruebas hepáticas alteradas (GOT 232, GPT 272, GGT 840). Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste que muestra páncreas edematoso con áreas hipodensas en cuerpo y cola, compatibles con necrosis pancreática >30%, además de abundante líquido libre peripancreático, interasas y en correderas parietocólicas. No se observaron colecciones ni dilatación del conducto pancreático. El paciente es hospitalizado para manejo conservador de pancreatitis aguda necrotizante, evolucionando favorablemente, con mejoría progresiva de parámetros inflamatorios, recuperación de la función renal y normalización de pruebas hepáticas.

Conclusión: La pancreatitis aguda necrotizante debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo, incluso en presentaciones clínicas que simulan una obstrucción intestinal típica. Este caso subraya la relevancia de una evaluación diagnóstica integral, incluyendo exámenes de laboratorio específicos y estudios de imagen contrastados en etapas tempranas, especialmente en pacientes con comorbilidades. Asimismo, se destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica y de derivar oportunamente a un centro de mayor complejidad, dado que un enfoque diagnóstico restringido puede retrasar el tratamiento de patologías con alta morbimortalidad. La articulación efectiva entre atención primaria y niveles superiores de atención es esencial para optimizar el manejo y pronóstico de estos pacientes.

365, NEOPLASIA SEROSA QUÍSTICA PANCREÁTICA MULTIFOCAL EN PACIENTE JOVEN.

Autores: Andrea Torres G, Rocío Chanampa V, Graciela Herrera R, Gabriel Sandoval S, Rodrigo Sánchez M, Felipe Zumaeta V.

Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile. Escuela De Medicina Universidad De Tarapacá. Arica, Chile. Escuela De Medicina Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Introducción: El cistadenoma seroso constituye el 13 % de las neoplasias quísticas pancreáticas. Se clasifica como una lesión no mucinosa y de comportamiento benigno, con mayor prevalencia en mujeres y diagnóstico habitual en pacientes de edad avanzada. Su variante microquística es la más frecuente y se caracteriza por un patrón radiológico en “panal de abejas”. La presencia de lesiones multifocales es poco común y suele asociarse al síndrome de von Hippel-Lindau, entidad genética con predisposición tumoral. Dado su pronóstico benigno, se recomienda vigilancia como principal manejo.

Objetivos: El presente caso pretende exponer una patología poco común, con una presentación infrecuente.

Contenido del E-Poster: Se obtuvieron datos del paciente bajo autorización y consentimiento informado para acceder a su ficha clínica, exámenes de laboratorio e imagen.

Resultado: Paciente femenina de 41 años, chilena, sin antecedentes mórbidos conocidos, que consulta reiteradamente por epigastralgia de 5 días de evolución, irradiada al dorso y asociada a náuseas. Ante la sospecha inicial de pancreatitis aguda, se solicitan exámenes de laboratorio, que resultan con enzimas pancreáticas y perfil hepático normales. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste, que evidencia múltiples lesiones hipodensas lobuladas de aspecto quístico en la cabeza, cuerpo y cola del páncreas. El estudio se complementa con resonancia protocolo páncreas enhanced que identifica aproximadamente 15 lesiones quísticas pancreáticas, algunas simples y otras con morfología en “panal de abejas”, sugerentes de neoplasia quística serosa, posiblemente asociada a síndrome de von Hippel-Lindau, y sin conexión aparente con el sistema ductal pancreático. Los marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario < 0,5 ng/ml y Ca 19-9: 3,7 U/ml) resultan normales. En contexto de cistoadenoma seroso microquístico multifocal se indica manejo sintomático, con evolución clínica favorable y seguimiento ambulatorio.

Conclusión: El cistadenoma seroso es una patología infrecuente, sin embargo, debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones intra pancreáticas indiferenciadas, la cual puede ser causa de pancreatitis aguda biliar no litiasica, por compresión extrínseca del ducto pancreático principal. Si bien es más habitual en mujeres de edad avanzada, excepcionalmente puede presentarse en pacientes jóvenes con lesiones múltiples. Su fácil caracterización en estudios de imagen y su pronóstico benigno refuerzan la importancia de considerarlo tempranamente en la evaluación diagnóstica.

366, HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Nicolás Patricio Campaña Weitz, Karin Pamela Berríos Arqueros, Nicolás Andrés Martínez Rodríguez
Hospital De Urgencia Asistencia Pública (HUAP)

Introducción: El hematoma subcapsular hepático posterior a una colecistectomía es una complicación muy poco frecuente, pero potencialmente grave, que requiere de un diagnóstico precoz para un manejo oportuno. El presente reporte busca destacar esta entidad clínica inusual, enfatizando la importancia de la sospecha clínica precoz y del manejo mínimamente invasivo en su resolución.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo del hematoma subcapsular hepático post-colecistectomía laparoscópica, a propósito de un caso clínico resuelto con éxito mediante radiología intervencional.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de una paciente joven sometida a colecistectomía laparoscópica por colédocolitiasis, que desarrolló un hematoma subcapsular hepático en el postoperatorio inmediato. Se describen los hallazgos clínicos, exámenes diagnósticos y el tratamiento instaurado, con énfasis en el rol de la radiología intervencional como alternativa eficaz y segura frente a esta complicación.

Resultado: Paciente femenina de 31 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor de 3 días de evolución en hemiabdomen superior, predominantemente en hipocondrio derecho, asociado a vómitos e ictericia. Al examen físico presentaba signo de Murphy positivo. Los exámenes de laboratorio mostraron hiperbilirrubinemia de predominio directo y alteración del perfil hepático, con lipasa normal. La tomografía computada de abdomen y pelvis evidenció colédoco de 10 mm sin dilatación de la vía biliar intrahepática, y vesícula distendida con litiasis en su interior, sugyente de colédocolitiasis. Se realizó colecistectomía laparoscópica más colangiografía intraoperatoria que resulta negativa, procedimiento concluye sin complicaciones. A las 14 horas postoperatorias evolucionó con dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho asociado a vómitos y taquicardia sin hipotensión. Laboratorio de control mostró caída de hemoglobina de 2 puntos porcentuales. AngioTC de abdomen y pelvis mostró hematoma subcapsular en lóbulo hepático derecho de 17,5 x 8,5 cm. Se indicó resolución de urgencia mediante embolización transitoria de la arteria hepática derecha, sin lograr identificar origen de hemorragia. Recibió transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos con evolución estable de la paciente. A las 48 horas se realizó recanalización de la arteria hepática derecha. Paciente mejora progresivamente con disminución del dolor abdominal y sin nueva caída de la hemoglobina. Es dada de alta 14 días después de su ingreso por manejo del dolor.

Conclusión: El hematoma subcapsular hepático post-colecistectomía laparoscópica es una complicación rara pero potencialmente grave, que puede generar un deterioro clínico abrupto. Es fundamental sospecharlo ante síntomas como dolor intenso en hipocondrio derecho, signos de shock compensado y caída de hemoglobina. La imagenología precoz permite confirmar el diagnóstico e implementar un manejo oportuno. La radiología intervencional representa una alternativa terapéutica eficaz, segura y menos invasiva frente a la cirugía abierta, con buenos resultados clínicos.

367, RESULTADOS POSTOPERATORIOS TRAS HEPATECTOMÍA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

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

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La resección hepática es una intervención compleja que ha experimentado importantes avances en las últimas décadas. Si bien se ha postulado que las hepatectomías por patologías malignas implican un mayor riesgo postoperatorio, la evidencia actual muestra que, en centros especializados, los resultados pueden ser comparables a los obtenidos en resecciones por lesiones benignas. En este contexto, el enfoque laparoscópico ha ganado protagonismo, demostrando menor sangrado, reducción de complicaciones y estadías hospitalarias más cortas, sin comprometer la seguridad oncológica ni la eficacia quirúrgica.

Objetivos: Comparar los resultados postoperatorios de pacientes sometidos a hepatectomía según el diagnóstico de patología benigna o maligna.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo observacional basado en el análisis de una base de datos construida a partir de antecedentes clínicos obtenidos desde las fichas electrónicas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile de pacientes sometidos a hepatectomía entre enero de 2015 y diciembre de 2024. Se compararon los resultados postoperatorios entre los grupos de patología maligna y benigna. Para el análisis estadístico se emplearon pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher para variables categóricas, y la prueba de Mann-Whitney para variables continuas. Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística para identificar factores asociados al diagnóstico maligno. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultado: Se analizaron en total 459 pacientes sometidos a hepatectomía entre 2015 y 2024, con una cohorte compuesta por 247 mujeres (53,8%) y 212 hombres (46,2%). Un total de 308 resecciones (67,1%) se realizaron por patología maligna, mientras que 151 (32,9%) correspondieron a patologías benignas. Dentro del grupo maligno, 103 pacientes (33,4%) fueron intervenidos por vía laparoscópica y 205 (66,6%) mediante cirugía abierta. Al comparar ambos grupos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en mortalidad intrahospitalaria (5,2% vs 2,0%; $p = 0,170$), reintervención (7,5% vs 4,6%; $p = 0,341$), fuga biliar (10,4% vs 13,9%; $p = 0,341$) ni en la mediana de estancia hospitalaria (6 días en ambos grupos; $p = 0,286$). En el análisis multivariado, se identificó asociación significativa con el diagnóstico maligno para la mayor edad ($p < 0,001$), el uso de cirugía abierta ($p = 0,046$) y la menor frecuencia de hepatectomías mayores ($p < 0,001$). Finalmente, el uso de técnica laparoscópica mostró un incremento significativo durante el período analizado, con un alza anual del 7,7% en el grupo maligno ($p = 0,00004$).

Conclusión: La hepatectomía presentó resultados postoperatorios comparables entre patologías benignas y malignas. Factores como mayor edad, cirugía abierta y resecciones menores se asociaron significativamente con el diagnóstico maligno. Destaca además un aumento sostenido en el uso de la laparoscopia en este grupo, lo que respalda su seguridad en contextos oncológicos seleccionados.

368, LEIOMIOSARCOMA SUPRARRENAL CON INVASIÓN DE VENA CAVA RETRO-HEPÁTICA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Valentina Núñez P. (1), Claudia Salazar F. (1), Vania Córdova Z. (2), Katherine Carreño M. (2), Camilo Huerta M. (1), Ramón Hermosilla V. (3), Bárbara Carreño M. (3) Cristian Gallegos C. (3), Jaime Castillo K. (4). (1) Residente Cirugía General, Hospital Clínico Universidad De Chile (2) Interno De Medicina, Facultad De Medicina, Universidad De Chile. (3) Residente Cirugía Digestiva, Hospital Clínico Universidad De Chile. (4) Jefe Departamento De Cirugía Hepatobiliar, Hospital Clínico Universidad De Chile

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El leiomioma suprarrenal es un tumor mesenquimático extremadamente infrecuente, con menos de 50 casos reportados en la literatura. Su presentación con infiltración de la vena cava inferior es aún más excepcional, lo que representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo. Se trata de neoplasias de crecimiento lento, pero comportamiento infiltrativo, con alta tendencia a la diseminación hematológica. Si bien las imágenes pueden sugerir su presencia, el diagnóstico definitivo requiere estudio histopatológico complementado con inmunohistoquímica. El compromiso vascular impone la necesidad de un abordaje quirúrgico complejo, que en muchos casos incluye resecciones vasculares mayores. Ante la escasa evidencia disponible, cada caso clínico documentado aporta información valiosa desde el punto de vista clínico y técnico, contribuyendo al mejor entendimiento y tratamiento de esta entidad.

Objetivos: Describir el caso de una paciente con diagnóstico de leiomioma suprarrenal con invasión de vena cava retrohepática y su resolución quirúrgica con resección de cava e interposición de prótesis vascular.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo de ficha clínica y seguimiento de paciente tras atención directa. Revisión de literatura actualizada sobre sarcomas adrenales con compromiso vascular.

Resultado: Paciente femenina de 36 años sin comorbilidades, consultó por dolor en flanco derecho de 4 meses de evolución y baja de peso de 6 kg. TC de abdomen mostró masa suprarrenal derecha de 12,5 cm con invasión de vena cava retrohepática (22 mm). Se realizó laparotomía exploradora, encontrando una gran masa suprarrenal derecha de 13 x 9 cm con invasión de aproximadamente 6-7 cm de la vena cava retrohepática. Se realizó una resección en bloque del tumor, incluyendo un segmento de 8 cm de cava, que fue reemplazado con una prótesis de Dacron. El diagnóstico histopatológico informa leiomioma G3 de 10 x 9,5 x 5,5 cm, con necrosis (20%), hemorragia y extensión linfocelular. Márgenes focalmente positivos hacia el plano posterior. Inmunohistoquímica positiva para desmina, actina y Ki-67 en 40%. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones. PET-CT a los 2 meses descarta recidiva. Se indicó radioterapia y quimioterapia adyuvante con doxorubicina-ifosfamida.

Conclusión: El leiomioma suprarrenal con invasión vascular es una entidad extremadamente infrecuente, cuyo diagnóstico preoperatorio suele ser incierto y comúnmente sugiere neoplasias malignas no corticales. La infiltración de grandes vasos como la vena cava retrohepática representa un desafío quirúrgico mayor que requiere resecciones vasculares complejas. En estos casos, la resección segmentaria con reconstrucción venosa ha demostrado ser una técnica segura y eficaz en centros especializados, permitiendo obtener márgenes negativos y mejorar el pronóstico. La literatura reporta menos de 15 casos con resección y reconstrucción de cava en el contexto de leiomiomas adrenales. La supervivencia a 1 año se estima entre 30-40 % según grado histológico, resección completa y uso de neoadyuvancia. El caso presentado refuerza que el tratamiento quirúrgico radical es factible en centros con experiencia, con buena evolución a corto plazo, y aporta evidencia a la escasa literatura disponible, reafirmando la resección de cava como herramienta válida en tumores con invasión vascular. Se requieren más reportes clínicos y estudios multicéntricos que permitan establecer protocolos de manejo para esta entidad poco frecuente.

369, COLANGITIS AGUDA INTRAHEPÁTICA SECUNDARIA A LINFOMA DE HODGKIN INTRAHEPÁTICO, UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE.

Autores: Ignacio Heyer S, Matías Ravanal C, Andrea Torres G, Rocío Chanampa V, Gabriel Sandoval S, Paula Rojas G.

Hospital Ernesto Torres Galdames. Iquique, Chile. Escuela De Medicina Universidad De Tarapacá. Arica, Chile.

Introducción: El linfoma de Hodgkin clásico (LH) es una neoplasia maligna linfoide caracterizada por células de Hodgkin/Reed-Sternberg en un entorno inflamatorio. Su forma más frecuente es la esclerosis nodular, con compromiso ganglionar predominante. La afectación extraganglionar es infrecuente predominando el compromiso esplénico (20%) respecto a la presentación hepática (3–14 %), siendo la colestasis intrahepática una manifestación inicial aún más inusual (<4 %). Existen escasos reportes de LH intrahepático.

Objetivos: El presente caso busca exponer una presentación atípica de LH, manifestado como una causa infrecuente de obstrucción biliar intrahepática.

Contenido del E-Poster: Se obtuvo información del paciente bajo su autorización y consentimiento informado para acceder a su ficha clínica, exámenes de laboratorio e imagen.

Resultado: Paciente masculino de 72 años, chileno, con antecedentes de hipertensión arterial y LH clásico tipo esclerosis nodular, etapa III en remisión completa. Durante control ambulatorio refiere sudoración nocturna, fiebre intermitente y compromiso del estado general de 7 días de evolución, por lo que se indica estudio de laboratorio que evidencia perfil hepático alterado y parámetros inflamatorios elevados. Ante estos hallazgos, es derivado a urgencias bajo la sospecha de colangitis aguda. La tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste evidencia múltiples adenopatías retroperitoneales, quistes hepáticos simples en lóbulo derecho e izquierdo, sin signos de litiasis biliar. Se complementa estudio con resonancia protocolo hígado enhanced que muestra las lesiones quísticas anteriormente mencionadas en la tomografía, en segmentos VI (32 mm) y II (16 mm), sugerentes de lesiones secundarias a síndrome linfoproliferativo. Se establece el diagnóstico de colangitis aguda moderada intrahepática secundaria a dichas lesiones. Se indica tratamiento antibiótico y sintomático, con evolución clínica favorable sin requerimiento de descompresión de la vía biliar.

Conclusión: El LH intrahepático es infrecuente, y su presentación como obstrucción biliar intrahepática es excepcional, especialmente en pacientes en remisión. Este caso evidencia la relevancia de considerar el LH dentro del diagnóstico diferencial de colestasis intrahepática y contribuye a ampliar el conocimiento clínico sobre manifestaciones atípicas del LH.

370, TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS REUTILIZADOS: EXPERIENCIA EN CHILE

Autores: Nicolas López Valenzuela¹, Brandon Valencia Coronel¹, ²Valeria Galaz¹, Tamara Alvarez¹, José Ruiz¹, Julio Benítez¹, Erwin Buckel¹, Rolando Rebolledo¹.

Hospital Dr. Sotero Del Río

Introducción: La escasez crítica de órganos para trasplante en Chile exige estrategias innovadoras para expandir el pool de donantes. La reutilización de injertos hepáticos tras muerte encefálica del primer receptor emerge como alternativa viable, con series internacionales demostrando resultados comparables a injertos convencionales, incluso 13 años post-implante inicial. En Sudamérica, el primer caso exitoso se reportó en 2015, estableciendo precedente para esta práctica.

Objetivos: Describir y analizar los primeros casos exitosos de trasplante hepático con injertos reutilizados realizados en Chile, evaluando su factibilidad, seguridad y resultados a corto plazo, incluyendo el primer caso nacional con injerto proveniente de donante con falla hepática fulminante.

Contenido del E-Poster: Serie retrospectiva de dos trasplantes hepáticos con injertos reutilizados realizados en 2024. Donantes: Ambos fallecieron por hemorragia intracraneal (3 días y 5 meses post-trasplante inicial respectivamente). Primer donante: mujer con falla hepática fulminante por VHA; segundo donante: varón de 67 años con cirrosis alcohólica. Receptores: Dos varones (56 y 59 años) con cirrosis descompensada (autoinmune y VHC/CHC respectivamente). Técnica quirúrgica: hepatectomía con piggyback, anastomosis porto-arterial término-terminal, coledococoledocostomía T-T. Preservación: solución UW estándar + HOPE (4h52min) en caso 1. Evaluación con biopsia rápida (<10% esteatosis) y eco-Doppler intraoperatorio. Inmunosupresión: metilprednisolona, basiliximab/tacrolimus según protocolo.

Resultado: Función primaria del injerto inmediata en ambos casos. Tiempos de isquemia: TIF 2h18min-4h45min, TIC 26min, isquemia arterial 23min. Caso 1: cirugía compleja por síndrome adherencial severo (4 horas, sangrado 3500mL). Extubación precoz (<48h) en ambos pacientes. Normalización enzimática progresiva: Caso 1: BT 2.28→1.71, GOT 63, GPT 73 al alta (día 9); Caso 2: elevación transitoria de colestasis (FA 803, GGT 1265) autolimitada, alta día 16. Sin complicaciones vasculares, biliares mayores ni episodios de rechazo agudo. Supervivencia paciente/injerto 100% a 3 meses de seguimiento.

Conclusión: Esta experiencia es un primer paso en mostrar la factibilidad y seguridad del trasplante hepático con injertos reutilizados en Chile. El manejo multidisciplinario, la preservación optimizada (incluyendo HOPE), la selección rigurosa donante-receptor y los tiempos de isquemia controlados fueron determinantes del éxito. Esta estrategia representa una oportunidad concreta para aumentar la disponibilidad de órganos en contexto de escasez crítica, requiriendo protocolización nacional para su implementación sistemática.

10. Sección: Sección: Hernias



131, HERNIOPLASTÍA INGUINAL ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL MAURICIO HEYERMANN DE ANGOL: ANÁLISIS DE 570 CASOS CONSECUTIVOS (2022-2025)

Autores: Javier Vásquez P, David Rioseco M, Oscar Soto S, Enrique Russell U, José Osses O, José Farías G, Allan Vera K, Catalina Rojas A, Maite Orío A, Valentina Cea L.

Hospital Mauricio Heyermann De Angol

Introducción: La hernioplastia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. La vía laparoscópica (TAPP/TEP) según la literatura se asocia a menor dolor postoperatorio y recuperación más rápida, aunque su adopción en hospitales públicos chilenos ha sido gradual. Documentar la curva de implementación aporta evidencia para la gestión quirúrgica y la planificación de recursos.

Objetivos: Comparar los resultados operatorios de la reparación abierta y laparoscópica y describir la evolución anual de la proporción de cirugías laparoscópicas en nuestro hospital.

Contenido del E-Poster: Serie retrospectiva de todas las hernioplastias inguinales realizadas entre enero de 2021 y marzo de 2025. Variables: sexo, edad, ASA, técnica, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones ≤ 30 días, reintervenciones, recidiva clínica, dolor crónico (EVA a 3-6 meses) y lateralidad. La tendencia anual de la proporción laparoscópica se evaluó con la prueba de Cochran-Armitage. Comparaciones entre técnicas: χ^2 /Fisher y Mann-Whitney; significancia $p < 0,05$.

Resultado: Se analizaron 570 intervenciones, el 80 % en varones con una edad media de $63,5 \pm 14,6$ años. La reparación fue abierta en 445 casos (78 %) y laparoscópica en 121 (21 %). La adopción de la vía mínima invasiva mostró un crecimiento sostenido: 4,3 % en 2022, 13,9 % en 2023, 32,9 % en 2024 y 69,2 % en los primeros tres meses de 2025 ($p < 0,001$ por tendencia). La mediana de tiempo operatorio fue 55 min (rango intercuartílico [RI] 40-70) para la técnica abierta y 60 min (RI 45-75) para la laparoscópica ($p < 0,001$), mientras que la estancia hospitalaria se redujo de 1 día (RI 0-1) a 0 días (RI 0-1) respectivamente ($p < 0,001$). La tasa de complicaciones tempranas fue 12,4 % en la cirugía abierta y 14,0 % en la laparoscópica ($p = 0,41$); la mayoría correspondió a hematomas y seromas del sitio quirúrgico, la mayoría de forma conservadora. No se detectaron diferencias significativas en reintervenciones (5,2 % vs 4,1 %; $p = 0,74$), recidiva clínica (2,9 % vs 5,8 %; $p = 0,22$) ni dolor crónico a ≥ 3 meses (1,1 % vs 1,7 %; n.s.). La serie incluyó 62 reparaciones bilaterales (10,9 %), de las cuales 46 (74 %) se resolvieron por vía laparoscópica.

Conclusión: Entre 2022 y 2025 la laparoscopia pasó de técnica marginal a predominante sin incrementar complicaciones ni recidiva temprana y con una estancia hospitalaria significativamente menor. Estos resultados avalan la expansión de la hernioplastia mínimamente invasiva en hospitales públicos chilenos.

132, PREHABILITACIÓN EN CIRUGÍA DE HERNIA COMPLEJA: PROTOCOLO MULTIDISCIPLINARIO DE UN HOSPITAL ACADÉMICO

Autores: Enrique Cruz, Tomás González, Sebastián Sapiain, Úrsula Figueroa, Iñaki Castro, Daniela Adjemian, Antonello Penna, Ramón Díaz

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: Las hernias ventrales complejas representan un desafío quirúrgico significativo, dado que suelen asociarse a comorbilidades como obesidad, sarcopenia y diabetes, entre otros factores que incrementan la morbilidad perioperatoria. La prehabilitación ha demostrado ser una estrategia eficaz para optimizar las condiciones basales del paciente y mejorar los resultados postoperatorios.

Objetivos: Desarrollar y estandarizar un protocolo institucional de prehabilitación integral para pacientes con hernias ventrales complejas.

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión de literatura relacionada con optimización preoperatoria y estrategias quirúrgicas en cirugía de pared abdominal. A partir de la evidencia recolectada, se diseñó un protocolo que integra evaluación quirúrgica, soporte nutricional, planificación anestésica, acondicionamiento físico supervisado, cese de tabaquismo, uso de neumoperitoneo preoperatorio progresivo y toxina botulínica, recomendaciones técnicas quirúrgicas y manejo de heridas en el postoperatorio. La elaboración se realizó mediante consenso multidisciplinario entre equipos de cirugía, anestesiología, nutrición y kinesioterapia.

Resultado: Se estableció un protocolo integral, estructurado y reproducible para pacientes con hernias ventrales complejas. Contempla intervenciones específicas para optimizar comorbilidades, estrategias de reducción de peso y manejo de sarcopenia, junto con lineamientos detallados para la técnica quirúrgica, incluyendo separación de componentes, uso de mallas no absorbibles y terapia de cierre asistido con presión negativa. Asimismo, define cuidados intra y postoperatorios orientados a reducir complicaciones y favorecer una recuperación funcional temprana.

Conclusión: La creación e implementación de un protocolo multidisciplinario de prehabilitación basado en evidencia constituye una herramienta clave para estandarizar el manejo de hernias ventrales complejas. Su diseño se ajusta a la realidad y se espera que su aplicación sistemática permita optimizar condiciones basales, reducir complicaciones mayores y mejorar la reintegración funcional de esta población de alto riesgo.

133, RESULTADOS EN CIRUGÍA DE URGENCIA DE LA HERNIA CRURAL.

Autores: Daniela Leporati J., Sofía Hernández G., Cristian Reyes S., Marcelo Millán A.

Universidad Austral De Chile, Servicio De Cirugía, Hospital Regional Valdivia.

Introducción: Las hernias crurales representan el 2-4% de las hernias inguinocrurales, predominando en mujeres añosas con comorbilidades. La estrechez del anillo femoral favorece el riesgo de estrangulación, haciendo frecuente su resolución quirúrgica urgente. Existen diversas técnicas de reparación, pero la morbilidad y mortalidad siguen siendo relevantes.

Objetivos: Evaluar resultados clínico-quirúrgicos de pacientes operados de urgencia por hernia crural.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo desde enero de 2015 a diciembre de 2023, basado en fichas clínicas y seguimiento telefónico. Se incluyeron pacientes operados por hernia crural en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Valdivia. Se realizó un análisis descriptivo con apoyo de literatura en PubMed, Embase y Cochrane. Procesamiento de datos en Python y Excel. El objetivo primario fue determinar morbilidad y mortalidad postoperatoria. Los objetivos secundarios incluyeron caracterizar la presentación clínica, técnica quirúrgica, resección intestinal, estadía hospitalaria y recurrencia.

Resultado: Se incluyeron 107 pacientes, con edad media de 74 años (31–93), 78% mujeres. El 82% presentaba comorbilidades: hipertensión (63%), diabetes (18%), cardiopatías (17%) y enfermedades respiratorias (16%). Todos los pacientes consultaron por dolor inguino-crural, con evolución promedio de 2 días (1–17). La presentación clínica incluyó masa palpable en 80%, obstrucción intestinal en 70% y sepsis en 12%. En 59 pacientes con tomografía de abdomen y pelvis, el 32% fue informado como hernia crural y el 51% como hernia inguinal. El tiempo promedio de espera quirúrgica fue 3 horas. La estadía hospitalaria fue 4 días (0–31). La técnica más utilizada fue herniorrafia (92%), seguida de hernioplastia (2%) y laparotomía (2%). El abordaje fue preperitoneal en 70% y anterior en 30%. El 34% requirió resección intestinal. El tiempo operatorio promedio fue 60 minutos (20–180). Se registraron complicaciones en 36 pacientes (34%): menores en 24 (infección de herida, íleo adinámico, delirium) y mayores en 12, con reintervención en 8 pacientes y fallecimiento en 9 pacientes (8%) por shock séptico, neumonía o tromboembolismo pulmonar. Se observó recurrencia en 5 pacientes (4,6%) con seguimiento promedio de 42 meses (1–121).

Conclusión: La hernia crural en urgencias afectó principalmente a mujeres añosas con masa palpable, coincidiendo con la literatura. La técnica preperitoneal fue predominante en nuestro centro. La morbilidad (34%) y mortalidad (8%) observadas se alinean con series internacionales, donde se reportan tasas de complicaciones de hasta 60% y mortalidad cercana al 10%. Estos hallazgos subrayan la gravedad de esta patología en contexto de urgencia y necesidad de diagnóstico y resolución precoz e idealmente electiva.

134, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE HERNIAS INGUINALES EN SETTING DE URGENCIAS, SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL DOCENTE.

Autores: Úrsula Figueroa F., Enrique Cruz M., Iñaki Castro A., Patricio Araya C., Sebastián Sapiain G.

Departamento De Cirugía, Hospital Clínico De La Universidad De Chile.

Introducción: Las hernias inguinales son una causa frecuente de consulta en urgencias y su tratamiento es quirúrgico. En casos complicados, hasta un 15 % de los pacientes requiere resección intestinal, lo que incrementa la morbimortalidad. Si bien el abordaje laparoscópico ha demostrado ventajas en cirugía electiva, su uso en urgencias continúa siendo controversial. Series recientes sugieren que permite evaluar la viabilidad intestinal, reducir el contenido herniario e incluso realizar resecciones por vía laparoscópica asistida. No obstante, aún no existe una recomendación clara sobre su indicación preferente.

Objetivos: Reportar la experiencia de un centro universitario en el manejo laparoscópico de hernias inguinales de urgencias.

Contenido del E-Poster: Se obtuvo datos de pacientes sometidos a hernioplastias inguinales laparoscópicas de urgencias en el período 2020-2025. Se incluyeron pacientes hemodinámicamente estables, sin evidencia de isquemia intestinal en el estudio imagenológico, sin historia de reparaciones por vía posterior previas. Se evaluó la técnica utilizada, el uso de malla, el dolor postoperatorio inmediato y la presencia de dolor, hematoma o seroma en el control ambulatorio post alta.

Resultado: Se reclutaron 8 pacientes sometidos a abordaje laparoscópico en el período estudiado. Seis de los casos correspondían a hernias primarias y 2 a recidivas de hernias operadas previamente por vía abierta. En todos los casos se utilizó una técnica transabdominal preperitoneal con malla preperitoneal (TAPP). La mediana de tiempo quirúrgico fue de 110 minutos [80-135]. Ninguno de los pacientes requirió resección intestinal ni conversión a cirugía abierta. La mediana de estadía postoperatoria fue de 3 [2-5.5], con un caso que se mantuvo hospitalizado por interurrencias relacionadas a patologías de base. La mediana de dolor en el post operatorio inmediato fue 4/10 y el 100% de ellos refirió dolor mínimo en el control ambulatorio. No se reportaron complicaciones ni necesidad de reintervención en el post operatorio inmediato ni en el seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Estudios recientes han demostrado que, en pacientes seleccionados, la reparación laparoscópica de hernias inguinales complicadas es segura y efectiva, con menores tasas de infección de herida y resultados funcionales similares al abordaje convencional. El abordaje TAPP en hernias inguinales complicadas de urgencia fue factible en esta serie de casos seleccionados, ofreciendo además los beneficios ya mencionados de la laparoscopia. La implementación sistemática de esta técnica en urgencias depende críticamente de la capacitación de los cirujanos generales. Lograr la curva de aprendizaje adecuada es esencial para ofrecer este abordaje con seguridad y maximizar sus ventajas en escenarios complejos y urgentes.

136, EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES OPERADOS DE HERNIAS INCISIONALES Y HERIDAS COMPLEJAS CON EL USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN INCISIONES CERRADAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO DE CHILE: UN ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

Autores: Maríant Bolívar Sánchez, Ana Ramart Meza, Víctor Soto Sandoval, Fabiana Nina Alban. Sergio Carrasco Araya, Andrés Reyes Belandría

Hospital San Juan De Dios, Servicio Cirugía, Santiago De Chile.

Introducción: La vigilancia y el manejo activo del postoperatorio constituyen pilares fundamentales en la reducción de complicaciones que inciden negativamente en la recuperación, prolongan la estancia hospitalaria e incrementan la morbilidad. En este escenario, la terapia de presión negativa en incisiones cerradas (ciNPT) ha emergido como una estrategia con potencial utilidad en la prevención de complicaciones de la herida quirúrgica.

Objetivos: Determinar la incidencia y el tipo de complicaciones post operatorias a 21 días con el uso de terapia de presión negativa en incisión cerrada en pacientes operados de hernia incisional y heridas complejas en el Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile, desde mayo 2023 hasta enero de 2025.

Contenido del E-Poster: Se trata de un estudio de tipo descriptivo y de alcance correlacional, con diseño transversal y de temporalidad mixta (retro – prospectivo). La muestra estuvo conformada por 28 pacientes operados de hernia incisional y heridas complejas que recibieron terapia de presión negativa en incisiones cerradas según los criterios del fabricante; para la recopilación y almacenamiento de datos se empleó la plataforma San Juan Digital en el periodo de mayo de 2023 y enero de 2025. Se realizó seguimiento clínico de las complicaciones surgidas en los primeros 21 días postoperatorios. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias y tablas de contingencia, se comparó la tendencia central de la edad y cantidad de comorbilidades según la presencia de complicaciones y se aplicó el análisis no paramétrico de chi cuadrado para independencia entre variables.

Resultado: Se incluyeron 28 pacientes operados en el Hospital San Juan de Dios (Santiago, Chile). La edad promedio fue de $59,93 \pm 2,71$ años, con una mediana de 64,5 años; el 57,14% correspondió a sexo masculino. El 89,29% presentaba comorbilidades, principalmente de origen cardiovascular, endocrino-metabólico y neoplásico. El 96,43% tenía antecedentes quirúrgicos, predominando los procedimientos digestivos y hernioplastias previas. El 67,86% recibió terapia de presión negativa durante 7 días; en tres pacientes se utilizó más de una vez. En el 67,86% de los casos no se registraron complicaciones. Las complicaciones más frecuentes fueron dehiscencia (21,43%) e infección del sitio operatorio (7,14%). No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la aparición de complicaciones y las variables clínicas analizadas, aunque se observó una tendencia con la edad como posible factor de riesgo.

Conclusión: Esta experiencia clínica aporta evidencia preliminar sobre la aplicabilidad y factibilidad del uso de terapia de presión negativa en incisiones cerradas en cirugía de pared abdominal en un centro público de alta complejidad. Aunque no se establecieron asociaciones significativas, los resultados permiten generar hipótesis para futuras investigaciones con diseños comparativos y con mayor tamaño muestral. La baja incidencia de complicaciones observada sugiere un posible efecto protector de la terapia, respaldando su evaluación dentro de protocolos institucionales orientados a optimizar los desenlaces postoperatorios y fortalecer la seguridad quirúrgica.

214, HERNIOPLASTIA RETRORECTAL EN HERNIA A TRAVÉS DE VAINA POSTERIOR DE LOS RECTOS, ABORDAJE POSTERIOR, A RAÍZ DE UN CASO.

Autores: Juan Esteban García Ríos, Jonathan Ponce Ortega, Francisco Podestá Hernández

Servicio De Pared Abdominal Y Hernias, Clínica Red Salud Santiago.

Introducción: Las hernias de la pared abdominal se clasifican, según sus bases topográficas, en: hernias de la pared anterior, ventrolaterales y laterales; a su vez las de pared anterior se subdividen en hernias de la línea media, umbilicales y epigástricas; sin embargo, las hernias interparietales asociadas a alteración de las vainas aponeuróticas son una subclasificación no descrita en la literatura herniaria habitual. La hernia a través de la fascia posterior del músculo recto del abdomen es un subtipo, del cual, existen muy pocos casos publicados, convirtiéndola en una de las hernias más infrecuentes de la pared abdominal anterior. Clínicamente es inespecífica y la mayoría de las ocasiones se presenta de forma aguda y complicada, por lo cual, su diagnóstico preoperatorio suele ser excepcional; es por esto, que consideramos necesario el conocimiento de la misma para un diagnóstico precoz y tratamiento óptimo.

Objetivos: Presentar un caso de hernia retrorectal y su resolución quirúrgica por medio de abordaje posterior vía laparoscópica.

Contenido del video: Se presenta caso, paciente femenina de 87 años, con antecedente de HTA, hipotiroidismo y hernioplastia inguinal derecha abierta en 2023. IMC:33. Consultó por dolor en hemiabdomen izquierdo asociado a episodios de suboclusión, tratada como colopatía funcional sin respuesta. Contaba con TAC de abdomen (01/2025) con presencia de hernia intermuscular izquierda con presencia de asas de intestino que disecan músculo recto abdominal de la vaina posterior del mismo, sin signos de sufrimiento de asa, ni líquido libre. Exámenes preoperatorios normales por lo que se programó una exploración quirúrgica vía laparoscópica para reducción de hernia y cierre de defecto. Cabe destacar que la reparación herniaria por vía laparoscópica es un método eficaz y seguro escogido como abordaje, ya que, permite evaluar todas las zonas posibles de hernia de la pared abdominal y al mismo tiempo corregir los defectos, tiene morbilidad disminuida y recuperación casi inmediata demostrada actualmente. En el intraoperatorio se observó una hernia con saco que nace desde el arco de Douglas y se extiende cefálicamente separando la vaina posterior del músculo recto abdominal, que en ese momento se encontraba reducida. Se procedió al cierre del defecto con sutura larvada 2/0 punto continuo, aproximando la vaina posterior del recto peritonizada con la fascia transversalis y peritoneo. La paciente toleró bien el procedimiento quirúrgico, recibió el alta el mismo día, posteriormente tuvo una evolución favorable y en el control postoperatorio a los 7 y 30 días, con abdomen sin signos de irritación peritoneal, herida operatoria sin alteraciones, sin hernia, sin seroma, con buena tolerancia oral y sin dolor.

215, DISEÑO DE UN MODELO ANATÓMICO PARA ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN HERNIOPLASTIA INGUINAL TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL

Autores: Bernardita Becker Jacques, Enzo Castiglioni Del Río, Sofía Abedrapo Lagos, Cristián Jarry Trujillo, Martín Inzunza Agüero, Nicolás Quezada Sanhueza, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La reparación de una hernia inguinal por vía transabdominal preperitoneal (TAPP), ya sea laparoscópica o robótica, ofrece a los pacientes menor dolor postoperatorio, una recuperación más rápida y menos complicaciones crónicas en comparación con la reparación abierta. Sin embargo, esta técnica es exigente: los cirujanos deben dominar la anatomía inguinal, desarrollar conciencia espacial en el espacio preperitoneal, posicionar y fijar la malla con precisión, y restablecer la integridad del peritoneo; todo ello trabajando con una visión bidimensional limitada (en laparoscopia) o con percepción táctil alterada (en cirugía robótica). Por otro lado, series publicadas sitúan la curva de aprendizaje en 30 o más casos con mentoría antes de alcanzar una competencia constante, un umbral que a menudo resulta inalcanzable en programas de formación con tiempo limitado. En este contexto, se ha demostrado que el entrenamiento simulado mejora la adquisición y retención de competencias, acorta la curva de aprendizaje y favorece la transferencia de habilidades al ambiente clínico real, manteniendo la seguridad del paciente. Sin embargo, en el campo de la hernioplastia laparoscópica, existe una limitada disponibilidad de modelos sintéticos accesibles, durables y específicos para la técnica TAPP, lo que dificulta la implementación sistemática de programas de simulación.

Objetivos: Presentar un modelo sintético de hernia inguinal diseñado para simular el abordaje laparoscópico TAPP en cuatro pasos críticos, destacando su estructura anatómica, materiales, durabilidad y aplicabilidad como herramienta de entrenamiento técnico para cirujanos.

Contenido del video: El video muestra el diseño y aplicación de un modelo anatómico tridimensional de hernia inguinal, creado para entrenar la técnica TAPP. El modelo replica estructuras clave como vasos epigástricos, cordón espermático y defectos herniarios mediales y laterales, permitiendo una experiencia anatómica orientada a la práctica. Se presentan los cuatro pasos críticos del abordaje TAPP. Primero, la creación del colgajo peritoneal, que permite exponer el espacio preperitoneal; segundo, la disección y reducción del saco herniario, enfatizando el reconocimiento de referencias anatómicas y zonas de riesgo; tercero, la colocación de la malla y su expansión adecuada, asegurando una cobertura óptima de los defectos; y cuarto, el cierre del peritoneo, evaluando la precisión y continuidad del plano. Cada etapa se ejecuta con instrumental laparoscópico, simulando condiciones quirúrgicas reales. El modelo muestra buena resistencia al uso repetido, es portátil y de fácil montaje. Su diseño permite la reproducción secuencial de maniobras técnicas clave de la técnica TAPP.

371, HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE CON DESLIZAMIENTO VESICAL COMPLETO: REPORTE DE CASO.

Autores: Adolfo González Osorio, Pedro Donetch Ulloa, Leonardo Guerrero Correa., Sofía Gallardo Rojas, Karla Labbé Zuñiga, Catalina Zapapa Yuri, María Duarte Cortez.

Hospital Franco Ravera Zunino

Introducción: Las hernias inguinales gigantes se definen por la extensión del componente inguinoescrotal hasta la mitad del muslo en bipedestación. Cuando la vejiga se desliza dentro del saco herniario, se denomina hernia vesicoescrotal, una condición rara que representa el 1-4% de las hernias inguinales. Su diagnóstico suele ser un hallazgo imagenológico y pueden cursar con complicaciones urológicas graves. Sin embargo, aún no se ha descrito un enfoque quirúrgico estándar.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con una hernia inguinoescrotal gigante bilateral, que incluye deslizamiento vesical completo y ureteral en el escroto derecho, y contenido de colon sigmoide y descendente en el escroto izquierdo, destacando el uso preoperatorio de toxina botulínica tipo A y neumoperitoneo progresivo como estrategias de preparación preoperatorias.

Contenido del E-Poster: Se describe el caso de un paciente masculino de 81 años con hernia inguinoescrotal bilateral gigante, con contenido vesical, ureteral y colónico, e infecciones urinarias recurrentes. Como preparación preoperatoria, se administró toxina botulínica, neumoperitoneo progresivo durante 7 días y antibióticos profilácticos de amplio espectro. Se realizó una laparotomía media supra e infraumbilical para reducir el contenido herniario, reconstruir la pared peritoneal y realizar rafias de los anillos herniarios. En el postoperatorio, el paciente presentó complicaciones infecciosas urinarias y fue manejado en la Unidad de Paciente Crítico, logrando una recuperación progresiva con resolución del cuadro obstructivo e infeccioso.

Resultado: Las hernias inguinoescrotales gigantes con contenido vesical son una entidad poco frecuente. Suelen mantenerse asintomáticas durante años, y su detección ocurre frecuentemente en contexto de complicaciones agudas. En este caso se presenta una hernia compleja, 1. por tamaño, 2. por compromiso bilateral, con deslizamiento vesical completo y ureteral. Se realizaron procedimientos preoperatorios de preparación mediante la administración de toxina botulínica tipo A y la instalación de un catéter para neumoperitoneo progresivo. En el postoperatorio el paciente presentó un deterioro respiratorio agudo relacionado con un aumento masivo del contenido intraabdominal y el súbito incremento de la presión intraabdominal, factores desencadenantes para el colapso de áreas débiles como el diafragma. Además, la reintegración vesical abrupta a la cavidad abdominal pudo haber generado una bacteriuria significativa secundaria a estasis urinaria crónica no diagnosticada, favoreciendo el desarrollo de una infección urinaria aguda postoperatoria. Finalmente, al reducir bilateralmente el contenido herniario no se evidenció compromiso intestinal ni vesicoureteral, por lo que no fue necesario emplear técnicas quirúrgicas adicionales.

Conclusión: Se trata de un ejemplo representativo del manejo contemporáneo de hernias inguinoescrotales complejas, donde la combinación de estrategias preoperatorias puede ayudar a reducir la morbilidad, pero requiere una adecuada preparación preoperatoria, planificación funcional y un seguimiento intensivo en el postoperatorio para minimizar complicaciones.

Introducción: Las hernias inguinales gigantes se definen por la extensión del componente inguinoescrotal hasta la mitad del muslo en bipedestación. Cuando la vejiga se desliza dentro del saco herniario, se denomina hernia vesicoescrotal, una condición rara que representa el 1-4% de las hernias inguinales. Su diagnóstico suele ser un hallazgo imagenológico y pueden cursar con complicaciones urológicas graves. Sin embargo, aún no se ha descrito un enfoque quirúrgico estándar.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con una hernia inguinoescrotal gigante bilateral, que incluye deslizamiento vesical completo y ureteral en el escroto derecho, y contenido de colon sigmoide y descendente en el escroto izquierdo, destacando el uso preoperatorio de toxina botulínica tipo A y neumoperitoneo progresivo como estrategias de preparación preoperatorias.

Contenido del E-Poster: Se describe el caso de un paciente masculino de 81 años con hernia inguinoescrotal bilateral gigante, con contenido vesical, ureteral y colónico, e infecciones urinarias recurrentes. Como preparación preoperatoria, se administró toxina botulínica, neumoperitoneo progresivo durante 7 días y antibióticos profilácticos de amplio espectro. Se realizó una laparotomía media supra e infraumbilical para reducir el contenido herniario, reconstruir la pared peritoneal y realizar rafias de los anillos herniarios. En el postoperatorio, el paciente presentó complicaciones infecciosas urinarias y fue manejado en la Unidad de Paciente Crítico, logrando una recuperación progresiva con resolución del cuadro obstructivo e infeccioso.

Resultado: Las hernias inguinoescrotales gigantes con contenido vesical son una entidad poco frecuente. Suelen mantenerse asintomáticas durante años, y su detección ocurre frecuentemente en contexto de complicaciones agudas.

das. En este caso se presenta una hernia compleja, 1. por tamaño, 2. por compromiso bilateral, con deslizamiento vesical completo y ureteral. Se realizaron procedimientos preoperatorios de preparación mediante la administración de toxina botulínica tipo A y la instalación de un catéter para neumoperitoneo progresivo. En el postoperatorio el paciente presentó un deterioro respiratorio agudo relacionado con un aumento masivo del contenido intraabdominal y el súbito incremento de la presión intraabdominal, factores desencadenantes para el colapso de áreas débiles como el diafragma. Además, la reintegración vesical abrupta a la cavidad abdominal pudo haber generado una bacteriuria significativa secundaria a estasis urinaria crónica no diagnosticada, favoreciendo el desarrollo de una infección urinaria aguda postoperatoria. Finalmente, al reducir bilateralmente el contenido herniario no se evidenció compromiso intestinal ni vesicoureteral, por lo que no fue necesario emplear técnicas quirúrgicas adicionales.

Conclusión: Se trata de un ejemplo representativo del manejo contemporáneo de hernias inguinoescrotales complejas, donde la combinación de estrategias preoperatorias puede ayudar a reducir la morbilidad, pero requiere una adecuada preparación preoperatoria, planificación funcional y un seguimiento intensivo en el postoperatorio para minimizar complicaciones.

372, HERNIA DE SPIEGEL COMPLICADA: REPORTE DE UN CASO, ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Autores: Paul Brenner Salfate, Bastián Torres Tejeda, Felipe Méndez Chamorro, Javier Peralta Salazar, José Polanco Quintero, Paul Millán Acosta, Luis Cáceres Gola

Hospital Base De Linares - Universidad Del Desarrollo

Introducción: La hernia de Spiegel es una patología infrecuente de la pared abdominal, representando menos del 2% del total de hernias ventrales. Su presentación clínica suele ser inespecífica, dificultando el diagnóstico oportuno. Cuando se complica, puede evolucionar a cuadros graves como obstrucción intestinal mecánica en asa ciega, que requieren resolución quirúrgica urgente.

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de una hernia de Spiegel complicada, enfatizando la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico oportuno en un centro de urgencia.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 68 años con dolor abdominal, distensión, vómitos y masa dolorosa en hemiabdomen inferior izquierdo. Una tomografía computada con contraste evidenció una hernia de Spiegel complicada con obstrucción intestinal mecánica en asa ciega. Se realizó laparotomía para-mediana izquierda con reducción del contenido herniario viable y hernioplastia con malla de polipropileno sublay

Resultado: El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postoperatorias inmediatas ni tardías, con adecuada recuperación clínica, tolerancia oral precoz y alta médica en condiciones estables. El uso de tomografía permitió una identificación precisa del defecto herniario y evitó demoras en la indicación quirúrgica. La reparación con técnica sublay demostró ser efectiva en ausencia de isquemia o contaminación intraabdominal.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar la hernia de Spiegel en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo atípico. La tomografía computada constituye una herramienta diagnóstica clave, especialmente en escenarios con síntomas inespecíficos. El abordaje quirúrgico abierto, con reducción herniaria y reparación con malla sublay, representa una opción segura y eficaz en contextos de urgencia sin signos de necrosis. La evolución favorable del paciente respalda el enfoque diagnóstico-terapéutico adoptado, alineado con las recomendaciones actuales de la literatura quirúrgica.

374, HERNIA DE AMYAND, HALLAZGO INCIDENTAL INTRAOPERATORIO EN PACIENTE CON HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA: REPORTE DE CASO.

Autores: Adolfo González Osorio, María Belen Campoverde Polo, Leonardo Guerrero Correa, Carla De La Cruz Gómez, Karla Labbé Zúñiga, Javiera Lucero Leyton.

Hospital Franco Ravera Zunino

Introducción: La hernia de Amyand es una entidad poco frecuente que se define como la presencia del apéndice cecal, en el interior del saco de una hernia inguinal. Su incidencia es baja, estimándose entre 0,19% y 1,7% de todas las hernias inguinales, y su diagnóstico suele ser incidental durante la cirugía, dada la inespecificidad de los síntomas clínicos y la limitada sensibilidad de los exámenes de imagen. El tratamiento es quirúrgico, y su abordaje dependerá de la clasificación de Losanoff-Basson.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico conservador de un caso tipo I de hernia de Amyand, diagnosticado de forma incidental en un paciente adulto mayor durante una cirugía electiva, y analizar la pertinencia de esta conducta según la evidencia actual.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de ficha clínica y literatura biomédica nacional e internacional indexada, a propósito del caso de un paciente masculino de 79 años con hernia inguinal derecha, sometido a hernioplastia electiva, donde se identificó intraoperatoriamente la presencia de apéndice cecal no inflamado en el saco herniario.

Resultado: Se realizó una hernioplastia derecha según técnica de Lichtenstein con colocación de malla de polipropileno sin apendicectomía, dado a clasificación de Losanoff-Basson tipo I. El paciente presentó como única complicación postoperatoria un aumento de volumen escrotal con equimosis, interpretado como fenómeno autolimitado. No se observaron signos de infección ni rechazo protésico. Evolución ambulatoria favorable.

Conclusión: Frente a un hallazgo incidental de hernia de Amyand tipo I según Losanoff-Basson, el manejo conservador es una alternativa válida, segura y respaldada por la literatura actual. La adecuada evaluación intraoperatoria, sumada a una decisión quirúrgica individualizada, evitó intervenciones innecesarias, lo que resultó en una evolución postoperatoria favorable, reafirmando la importancia de reconocer esta entidad poco frecuente y adaptar su tratamiento al contexto clínico real.

375, MANEJO INTEGRAL DE UNA HERNIA INCISIONAL COMPLEJA CON UNA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA CON PREPARACIÓN PREOPERATORIA CON TOXINA BOTULÍNICA

Autores: Javier Palominos S (1), Juan Pablo Ruiz R (1), Tomislav Mostacedo M (2).

1. Residente De Cirugía General, Usach, Hospital Félix Bulnes, Santiago - 2. Cirujano General, Servicio De Cirugía General, Hospital Félix Bulnes, Santiago

Introducción: Las fístulas enterocutáneas (FEC) y las hernias incisionales son complicaciones de alto impacto clínico. Las FEC se describen hasta en un 3 a 5% posterior a cirugías abdominales, especialmente en escenarios de sepsis o resección intestinal compleja, agregando, además, morbilidad significativa. Por otro lado, las hernias incisionales pueden llegar a afectar entre un 10 - 20% de los pacientes tras una laparotomía. La coexistencia de ambas entidades complejiza a los pacientes en cuanto al manejo quirúrgico, aumentando los riesgos de cierre fascial y de complicaciones postoperatorias. En el contexto de hernias incisionales, la toxina botulínica ha tomado un rol como estrategia adyuvante, facilitando el cierre sin tensión por la parálisis química temporal de los oblicuos. En el presente trabajo presentamos el caso de un paciente con el antecedente de múltiples exploraciones quirúrgicas que evoluciona con una hernia incisional compleja y una FEC, que se decide resolución quirúrgica asociada al uso de toxina botulínica.

Objetivos: Reportar el manejo de un paciente, con una hernia incisional y una fístula enterocutánea en el cual se preparó con toxina botulínica preoperatoria.

Contenido del E-Poster: Reporte de un caso clínico, retrospectivo.

Resultado: Paciente de 40 años, con antecedente de perforación de víscera hueca, manejado con múltiples aseos quirúrgicos y hospitalización prolongada, quien egresó con fístula enterocutánea (FEC) de bajo débito, en extrasistema. A la evaluación, tres años después, presenta FEC serohemática persistente de bajo débito. La tomografía computarizada preoperatoria evidencia una hernia incisional de la laparotomía media con un anillo de 10 cm de diámetro transversal, que compromete tanto la región supra como infraumbilical. Se realiza preparación de la pared abdominal mediante inyección de toxina botulínica (200 U en total, distribuidas en ambos lados de la pared lateral) y la cirugía se programa a las 7 semanas. La resolución quirúrgica se lleva a cabo mediante laparotomía media. Se constata un extenso proceso adherencial. Se efectúa resección de la fístula junto con un segmento de 45 cm de intestino delgado, seguida de una anastomosis laterolateral mecánica. La reparación de la pared abdominal se realiza mediante técnica de Rives-Stoppa, con colocación de una malla de polipropileno macroporo en posición retromuscular, y una segunda malla del mismo material en plano supraaponeurótico. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones, con retiro precoz de drenajes y alta médica al quinto día. Al control actual, con más de un año de seguimiento, el paciente permanece asintomático, sin recidiva ni complicaciones.

Conclusión: La preparación con toxina botulínica se indicó ante un defecto mayor de 10 cm, múltiples laparotomías previas y la presencia de una FEC; factores que dificultaban el cierre fascial sin tensión. Su uso permitió elongar los músculos laterales, evitando así, una separación de componentes, técnica más invasiva y con mayor morbilidad. Se eligió la técnica de Rives-Stoppa por su eficacia en defectos medianos a grandes y baja tasa de recurrencia. Otras estrategias, como el neumoperitoneo progresivo o mallas biológicas, deben considerarse según el contexto clínico. En conclusión, las FEC y las hernias incisionales requieren planificación individualizada y enfoque multidisciplinario, adaptando técnicas como toxina botulínica y reconstrucción según cada caso.

376, MESHOMA: UNA COMPLICACIÓN DEL USO DE MALLA PROTÉSICA

Autores: María Camila Gutiérrez Vallejos, José Gregorio Mejías González, Patricio Ignacio Rojas Gajardo
Hospital Regional De Talca

Introducción: La hernioplastia con malla es el tratamiento estándar para hernias, pero puede presentar complicaciones como infección, dolor crónico o migración del implante. Una complicación menos frecuente es el meshoma, masa formada por el plegamiento de la malla. Puede causar dolor persistente o recurrencia herniaria, y suele requerir reintervención quirúrgica. Su diagnóstico precoz es clave para un manejo adecuado.

Objetivos: Describir caso clínico de meshoma como complicación del uso de malla protésica en hernioplastia, que evolucionó con fístula cutánea manifestada como herida crónica. Se busca destacar su presentación clínica, diagnóstico y manejo quirúrgico, con el fin de contribuir al reconocimiento temprano de esta entidad poco frecuente pero clínicamente relevante.

Contenido del E-Poster: Información de paciente con hernioplastia previa que desarrolló un meshoma. Se utilizó la historia clínica electrónica para el seguimiento y recolección de datos clínicos. Imagenología (Scanner y ecografía) fundamentales para la identificación del meshoma. El abordaje quirúrgico y evolución postoperatoria fueron documentados con apoyo digital.

Resultado: Paciente con múltiples consultas, donde estudio de scanner contrastado logró evidenciar la sospecha diagnóstica. En relación a la técnica quirúrgica, se abordó la lesión cutánea, con la correspondiente disección por planos. Intentando conservar la mayor cantidad de aponeurosis. Se aísla el meshoma y se logra resección completa conservando la mayor cantidad de aponeurosis. Defecto aponeurótico final de 9cm en su diámetro transversal. Finalmente, se instala malla en el espacio retrorectal, reparando el defecto, logrando restituir la línea media en su totalidad.

Conclusión: El meshoma es una causa potencial de herida crónica en pacientes con antecedentes de hernioplastia, lo que se asocia a rechazo de malla protésica. Destacar, el uso de imágenes diagnósticas, como el scanner contrastado, clave para orientar el diagnóstico en casos complejos. Con relación al manejo operatorio, la resección quirúrgica del meshoma, con preservación de aponeurosis, es fundamental para una reparación efectiva del defecto. Asociado a la correcta colocación de una nueva malla en el espacio retrorectal, permitiendo restituir la línea media y mejorando el pronóstico funcional del paciente.

377, HERNIA DE AMYAND, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Christian Zambrano Martus, Bárbara Rubio Cárdenas, Magdalena Chamorro Uribe, María Silva Alborno
Universidad De Talca - Hospital De Santa Cruz

Introducción: La hernia de Amyand es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia del apéndice vermiforme dentro de una hernia inguinal, representa entre el 0,4 % y 0,6 % de estos casos. Su diagnóstico es complejo, ya que suele realizarse de manera incidental durante la cirugía. Cuando el apéndice se encuentra inflamado o gangrenoso, puede evolucionar a complicaciones severas como estrangulación, perforación o sepsis, con tasas de mortalidad de hasta un 30 %.

Objetivos: Analizar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la hernia de Amyand a partir de un caso clínico.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años, con antecedentes de hipotiroidismo y obesidad (IMC 34,0), que consultó por dolor, rubor y aumento de volumen en región inguinal derecha, de cinco días de evolución, irradiado a testículo homolateral. Negaba fiebre y síntomas digestivos. Al examen físico se evidenció una masa inguinal dolorosa con signos inflamatorios locales. Los estudios de laboratorio mostraron marcadores inflamatorios elevados. La tomografía computada reveló una hernia inguinoescrotal con líquido y el extremo distal del apéndice engrosado dentro del saco herniario. Se indicó resolución quirúrgica vía inguilotomía para apendicectomía abierta y reparación herniaria según técnica de Bassini.

Resultado: Durante la cirugía se identificó una hernia inguinoescrotal derecha indirecta con anillo de 2,5 cm, saco herniario de 15 cm con apéndice cecal gangrenoso, absceso distal, lipoma necrótico y debilidad de la pared posterior. Se realizó apendicectomía y reparación según técnica descrita. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas ni tardías. Paciente dado de alta a las 48 horas, con terapia antimicrobiana por 7 días. Al control y seguimiento a los 3 meses no presentó recidiva.

Conclusión: El caso corresponde a una hernia de Amyand tipo 2, con apéndice inflamado dentro del saco herniario. Se realizó apendicectomía y reparación mediante técnica de Bassini, adecuada por tratarse de una herida contaminada. El buen resultado postoperatorio, incluso en un paciente obeso, respalda la utilidad de esta técnica en contextos seleccionados, reafirmando la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de masas inguinales dolorosas.

379, ABORDAJE DE HERNIA INCISIONAL GIGANTE COMPLICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: María Jesús Sanzana O., Josefa Cerda E., Florencia Sanzana O., Bryan Schulz O., Catalina Barra R., Maritza Maripangui D.

Universidad Católica De La Santísima Concepción

Introducción: Las hernias incisionales son defectos adquiridos de la pared abdominal que ocurren en el sitio de incisiones quirúrgicas previas, con una incidencia estimada del 10–20%, la cual puede superar el 30% en pacientes con factores de riesgo como obesidad. El manejo puede ser conservador en casos seleccionados, pero la mayoría requiere reparación quirúrgica con uso de mallas y, en casos complejos, estrategias preoperatorias como la mejora del estado nutricional, la aplicación de toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo han demostrado ser útiles para facilitar el cierre sin tensión, reducir complicaciones y mejorar los resultados quirúrgicos desde un abordaje interespecialidad.

Objetivos: Describir el plan terapéutico y abordaje multidisciplinario de hernia incisional gigante complicada en pared abdominal, adaptado al estado nutricional del paciente.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso de paciente intervenida en Hospital Clínico Herminia Martín, Chillán en 2025.

Resultado: Paciente femenina de 57 años, con obesidad mórbida (IMC 44,4 kg/m²) y antecedentes de múltiples hernioplastias por hernia incisional gigante secundaria a laparotomía de Kocher (colecistectomía). Presenta reiterados episodios de obstrucción intestinal, mayoritariamente manejados de forma conservadora. Se realiza TC abdominopélvica que muestra una gran hernia incisional en flanco-hipocondrio derecho (anillo de 9 x 15 cm, saco herniario de 30 x 22 x 10 cm) con obstrucción en asa cerrada sin isquemia, y una segunda hernia supraumbilical (anillo de 35 mm). Se decide manejo con toxina botulínica (200 U) por radiología intervencional y neumoperitoneo (15 L), además de optimización nutricional, previo a cirugía reconstructiva. Se realiza reconstrucción de pared abdominal con malla de prolene de 30 x 30 cm fijada con doble corona de prolene 3.0. Posteriormente, la paciente presenta dehiscencia en zona de mayor tensión, requiriendo reintervención quirúrgica. Evoluciona favorablemente, sin nuevas complicaciones, con significativa mejoría funcional y reintegración laboral.

Conclusión: Este caso clínico se correlaciona plenamente con la literatura actual en cuanto a las características clínicas, factores de riesgo y estrategias terapéuticas para la hernia incisional, destacando la importancia de un enfoque interdisciplinario. El éxito de la cirugía definitiva radicó en una planificación preoperatoria estructurada y multidisciplinaria. Técnicas como el neumoperitoneo progresivo y la aplicación de toxina botulínica de manera coordinada, representan avances relevantes en el manejo de hernias complejas, aunque su uso debe sopesarse frente a posibles complicaciones severas. Se subraya el valor de la coordinación entre los diferentes especialistas para optimizar los resultados de la intervención. Finalmente, uno de los puntos más importantes a destacar es la recuperación de la funcionalidad de la paciente posterior a la cirugía, pudiendo ahora ingresar a una nueva vida laboral.

381, DIAGNÓSTICO DE HERNIA DE LITTRÉ, ENTIDAD RARA DEJANDO ATRÁS EL REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sebastián Sapiain González, Florencia Bozzo Ahumada, Antonia Velásquez Dueñas.

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

Introducción: La hernia de Littré, descrita por primera vez por Alexis Littré en el siglo XVIII, corresponde a la presencia de un divertículo de Meckel dentro de un saco herniario, siendo una condición excepcional con escasa documentación en la literatura quirúrgica. El divertículo de Meckel representa la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, clasificado como un divertículo verdadero al contener las tres capas de la pared intestinal. Su prevalencia se estima entre 0,3% y 2,9% en la población general, y la posibilidad de complicaciones a lo largo de la vida alcanza un 4%, especialmente en edades pediátricas. La hernia de Littré representa menos del 1% de estas complicaciones, con alrededor de 100 casos descritos. El diagnóstico preoperatorio de hernia de Littré resulta prácticamente inviable, debido a su inespecificidad clínica y la limitada sensibilidad de los estudios de imagen. Por ello, el hallazgo intraoperatorio suele ser el mecanismo diagnóstico más habitual. En este contexto, se presenta un caso clínico que evidencia la importancia de la confirmación histopatológica en el diagnóstico certero de esta entidad.

Objetivos: Resaltar el valor diagnóstico del estudio anatomopatológico en hernia de Littré.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de una paciente femenina de 83 años, quien consulta por cuadro clínico de dolor abdominal, asociado a náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones. Tras abordaje clínico inicial, laboratorio e imágenes asociadas, se diagnostica hernia umbilical atascada y se decide pabellón de urgencias. En la descripción operatoria se registra incisión de laparotomía media supra e infraumbilical, resección del asa comprometida junto con el saco herniario y anastomosis término-terminal. La pieza quirúrgica se envió para análisis anatomopatológico.

Resultado: La resolución quirúrgica describe como hallazgos morfológicos intraoperatorios un anillo herniario de 1.5 cm de diámetro con asa de intestino contundida de 10 cm, asociada a estructura con apariencia compatible con divertículo de Meckel. Sin embargo, el estudio anatomopatológico descartó esta hipótesis, al no hallar las tres capas histológicas de la pared intestinal ni tejido heterotópico característico. Se describió un segmento de intestino delgado con hemorragia, necrosis y una estructura tubular no compatible con divertículo de Meckel. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al quinto día postoperatorio y sin complicaciones al control ambulatorio a las dos semanas.

Conclusión: El presente caso subraya la relevancia del análisis histopatológico en el diagnóstico preciso de hernia de Littré. A pesar de la presencia de hallazgos intraoperatorios sugestivos de divertículo de Meckel, estos pueden no ser suficientes para establecer un diagnóstico definitivo. Es fundamental considerar diagnósticos diferenciales como divertículos adquiridos o quistes de duplicación ileales, los cuales pueden ser similares morfológicamente. Asimismo, se destaca la posibilidad de que la literatura sobreestime la incidencia real de la hernia de Littré al basarse mayoritariamente en hallazgos macroscópicos sin corroboración histológica. En menos del 40% de los casos reportados se documenta diagnóstico anatomopatológico, lo que compromete la validez epidemiológica. Este caso clínico evidencia que solo mediante una confirmación microscópica es posible realizar una correcta clasificación diagnóstica y contribuir al conocimiento real de esta entidad poco frecuente.

382, MANEJO AVANZADO DEL CIERRE DE PARED ABDOMINAL CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA TRAS HERNIOPLASTÍA VENTRAL COMPLICADA EN CONTEXTO DE URGENCIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Autores: María Ignacia Añazco G., Vesna Pletikosic B., Ignacio Seitz O., Joaquín Valenzuela S., Montserrat Chávez R., Sebastian Sapiain G., Tomas González A.

Hospital Padre Hurtado

Introducción: Las hernias ventrales complicadas, como las encarceradas u obstruidas, representan un desafío frecuente en cirugía de urgencia, asociándose a una elevada morbilidad postoperatoria. La terapia de presión negativa incisional (TPNI) ha demostrado utilidad preventiva en reparaciones electivas de la pared abdominal, especialmente en pacientes de alto riesgo. Sin embargo, la evidencia sobre su aplicación en contexto de urgencia es limitada y no existen recomendaciones claras para su uso rutinario en este escenario.

Objetivos: Describir la experiencia institucional con el uso de TPNI en pacientes con hernia ventral complicada operados en contexto de urgencia y comparar los resultados postoperatorios con un grupo control manejado mediante cierre incisional convencional.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia ventral complicada entre noviembre de 2024 y julio de 2025. Se compararon dos grupos: uno tratado con cierre incisional avanzado mediante TPNI ($n = 6$) y otro manejado mediante cierre convencional ($n = 31$). Se recopiló variables clínicas y quirúrgicas. Los desenlaces evaluados fueron complicaciones médicas y quirúrgicas ($\geq$ grado II según Clavien-Dindo), infecciones del sitio operatorio (ISO), formación de seroma, reintervención y duración de la hospitalización. Se realizó un seguimiento clínico completo de la cohorte durante ocho meses.

Resultado: Se incluyeron 37 pacientes. El grupo tratado con TPNI presentó una mayor proporción de complicaciones globales (OR = 2, $p = 0,57$), quirúrgicas (OR = 2,7, $p = 0,44$) y médicas (OR = 2,0, $p = 0,60$), sin diferencias estadísticamente significativas. La incidencia de ISO fue similar entre ambos grupos (16,7% con TPNI vs. 16,1% con cierre convencional; $p = 1,00$). En contraste, la frecuencia de seroma fue mayor en el grupo con TPNI (33,3% vs. 6,5%; OR = 7,25; $p = 0,115$). La mediana de hospitalización fue comparable, excluyendo dos casos con estadías prolongadas.

Conclusión: Aunque la TPNI ha demostrado utilidad preventiva en cirugía electiva de la pared abdominal, su aplicación en contexto de urgencia sigue siendo incierta. En esta cohorte preliminar no se observaron beneficios clínicos significativos, y la mayor frecuencia de seroma podría reflejar el bajo tamaño muestral y la mayor complejidad de estos pacientes. Se requieren estudios prospectivos, con mayor tamaño muestral y análisis ajustados, para definir su verdadero rol en cirugías de urgencia por hernia ventral complicada.

383, TÉCNICA DE REPARACIÓN SANDWICH MODIFICADA COMO ALTERNATIVA PARA EL ABORDAJE DE HERNIAS ABDOMINALES COMPLEJAS

Autores: Úrsula Figueroa F., Catalina Pozo V., Patricio Araya C., Sebastián Sapiain G.

Departamento De Cirugía, Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: Las hernias incisionales complejas constituyen un importante reto quirúrgico debido al tamaño del defecto, la pérdida de dominio y factores intrínsecos del paciente, como antecedentes quirúrgicos múltiples y comorbilidades. La técnica "sandwich", descrita para hernias de línea media, utiliza el saco herniario para extender la hoja posterior de la vaina del recto, colocando una malla en posición sublay, lo que ha demostrado bajas tasas de recurrencia. Sin embargo, su aplicación ha sido limitada para defectos fuera de la línea media.

Objetivos: Presentar una técnica quirúrgica de reparación en cuatro capas, basada en la técnica sandwich, adaptada a una hernia subcostal compleja, analizar su factibilidad y resultados clínicos.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de histerectomía total y trasplante hepatorrenal mediante laparotomía subcostal derecha de Kocher, quien desarrolló una hernia incisional de 25 x 20 cm, con pérdida de dominio. Ingresó por obstrucción intestinal con shock séptico, siendo estabilizada en cuidados intensivos. Se implementó neumoperitoneo progresivo preoperatorio (PPP) durante 10 días, siguiendo el protocolo institucional estandarizado.

Resultado: La cirugía se realizó mediante incisión subcostal, conservando el saco herniario. Se identificaron dos capas peritoneales derivadas del saco: la primera se cerró al borde opuesto del defecto, sobre la cual se colocó una malla con recubrimiento hidrogélico en posición sublay; la segunda capa cubrió esta malla, y sobre ella se instaló una malla de poliéster en posición onlay, con solapamiento de 4 cm. Se realizó el cierre por planos y se instaló un drenaje supraaponeurótico. En el postoperatorio inmediato se detectó un hematoma supraaponeurótico que no requirió reintervención. La paciente fue dada de alta en buenas condiciones. A los 8 meses de seguimiento ambulatorio no se evidenció recurrencia clínica ni radiológica, la paciente reportó mejoría subjetiva en su calidad de vida.

Conclusión: La técnica de reparación en cuatro capas demostró ser una alternativa segura y eficaz para el manejo de una hernia subcostal compleja en el caso presentado. En escenarios donde las estrategias reconstructivas convencionales, como la separación de componentes, no son factibles debido a la localización o las condiciones del paciente, resulta fundamental adaptar técnicas previamente descritas para lograr un cierre funcional y duradero. La incorporación de medidas adyuvantes, como el neumoperitoneo progresivo preoperatorio, puede favorecer la restitución del dominio abdominal, facilitar una reparación sin tensión y disminuir la probabilidad de recurrencia.

384, QUISTE DE NUCK EN MUJER ADULTA, UN HALLAZGO EXCEPCIONAL: REPORTE DE CASO Y ANÁLISIS DE BIBLIOGRAFÍA.

Autores: José Pablo Miranda Estay, Pablo Peñailillo Bonacich, Alberto Pérez Castilla, Claudio Correa Llanos, Fernanda Maruzzella Contreras Paz

Clínica Indisa Providencia

Introducción: El quiste de Nuck es una patología poco frecuente, originada por la persistencia del canal de Nuck, equivalente al proceso vaginalis masculino. Esta estructura normalmente se cierra en el primer año de vida, pero, cuando esto falla, puede formar un quiste con contenido seroso, llamado quiste de Nuck. Se presenta principalmente en niñas, por lo que los casos en mujeres adultas son infrecuentes. Su presentación clínica puede simular hernias u otras patologías inguinales, dificultando su diagnóstico. La casi nula presencia de reportes de caso de este cuadro a nivel nacional e internacional, sobre todo a nivel adulto y la importancia de ser un diagnóstico diferencial de patologías prevalentes como la hernia inguinal son el propósito de esta revisión.

Objetivos: - Evidenciar la escasa presencia de reportes de caso de este cuadro clínico tanto a nivel nacional como internacional, especialmente en población adulta.- Destacar la importancia de considerar este cuadro como diagnóstico diferencial frente a patologías prevalentes, como la hernia inguinal.- Comentar y comparar los distintos abordajes quirúrgicos disponibles para su tratamiento.

Contenido del E-Poster: Se realiza revisión de caso clínico y de literatura actual. Paciente del Dr. Pablo Peñailillo Bonacich en Clínica Indisa Providencia. Paciente femenina de 45 años, sin antecedentes mórbidos, consulta al servicio de urgencias por dolor inguinal derecho irradiado a extremidad inferior de 2 semanas de evolución. En el examen físico no se palpan hernias. La ecografía y tomografía computarizada identifican defecto músculo-aponeurótico con contenido graso y lesión quística compatible con quiste de Nuck por lo que se programa resolución laparoscópica. En el intraoperatorio se observa contenido herniado con edema y líquido; se realiza reducción y reparación con malla de polipropileno. La paciente evoluciona sin complicaciones y es dada de alta al día siguiente.

Resultado: El caso clínico presentado corresponde a una paciente con diagnóstico de quiste de Nuck, una entidad congénita rara, especialmente en edad adulta, cuya presentación clínica suele ser indistinguible de otras patologías de la región inguinal. La incidencia del en población adulta es incierta. Una revisión sistemática publicada el año 2020 encontró que en solo 16 pacientes se concluyó el diagnóstico de quiste de Nuck entre el año 2000 y 2019. Respecto al diagnóstico, la ecografía es útil como estudio inicial, mientras que la laparoscopia permite el diagnóstico y tratamiento de manera simultánea, especialmente en casos con hernia asociada. El diagnóstico confirmatorio del quiste de Nuck es mediante la histopatología. El tratamiento del quiste de Nuck, debido a su extrema rareza, no está del todo estandarizado. La técnica transabdominal preperitoneal (TAPP) se ha consolidado como una opción segura y eficaz, con menor dolor postoperatorio y excelente visualización anatómica. Este caso representa uno de los pocos reportes sudamericanos tratados exitosamente con esta técnica.

Conclusión: El quiste de Nuck es una entidad poco frecuente en mujeres adultas y debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de masas inguinales. Su presentación clínica inespecífica puede llevar a confusión con patologías más comunes como la hernia inguinal. Este caso destaca la utilidad del abordaje laparoscópico TAPP como opción diagnóstica y terapéutica eficaz, con buenos resultados postoperatorios.

11. Sección: Sección: Oncología



137, IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA: EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT.

Autores: Alessio Espinoza M, Ignacio Raimann B, Francisca Díaz H, Erick Castillo F, Nelson Corsini A, Diego González C, Claudio Painemal D, Valentina Benítez Y, Francisco Izquierdo M

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder, Servicio Centro Del Cáncer, Universidad San Sebastián, Chile, Facultad De Medicina, Posgrado De Cirugía General.

Introducción: Las metástasis peritoneales (MP) representan una de las formas más agresivas de diseminación tumoral, acortando drásticamente la sobrevida global. La cirugía de citorreducción (CRS) combinada con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) ha demostrado mejorar significativamente la sobrevida en pacientes seleccionados. Sin embargo, en Chile, esta técnica, está restringida sólo a algunos centros. En 2023, se implementó en el Hospital Puerto Montt un programa integral de cirugía peritoneal.

Objetivos: Evaluar la factibilidad, seguridad y resultados oncológicos iniciales del protocolo de CRS-HIPEC, así como las barreras logísticas de su implementación en un hospital regional.

Contenido del E-Poster: Se diseñó un protocolo institucional estandarizado para CRS-HIPEC. Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes consecutivos ≥ 18 años con metástasis peritoneales resecables, sin compromiso extraperitoneal, buen estado funcional y presentados en comité oncológico multidisciplinario. Se excluyeron pacientes con comorbilidades descompensadas o contraindicación anestésica. Todos completaron un programa de rehabilitación nutricional, kinésico y de apoyo psicológico. Se recopiló una cohorte piloto ($n=6$) entre julio 2023 y julio 2025. Se recolectaron 43 variables clínicas, oncológicas y de seguimiento, con validación por doble entrada. Variable primaria: morbilidad mayor a 30 días (Clavien-Dindo $\geq$ III). Secundarias: citorreducción completa (CC 0/1), estancia hospitalaria, sobrevida global (SG) y libre de enfermedad (SLE). Medidas de tendencia central y dispersión. La CRS se efectuó según técnica estándar; HIPEC cerrada con oxaliplatino o mitomicina a 42 °C durante 60–90 minutos. SG y SLE fueron determinadas por control clínico e imagenológico cada 3 meses. El seguimiento fue completo hasta julio de 2025.

Resultado: Se intervinieron 6 pacientes (100 % mujeres, edad media $55 \pm 11,8$ años). Tumor primario apendicular en 5 casos y gástrico en 1. PCI mediana intraoperatoria: 15 (rango 3–23). Se logró citorreducción completa en todos los casos. Tiempo operatorio medio: 420 minutos; sangrado <200 ml. No se registraron reintervenciones ni morbilidad mayor. Estancia hospitalaria mediana: 5,5 días (rango 4–8). Sin recurrencia oncológica al corte. No se reportaron eventos adversos relacionados con HIPEC.

Conclusión: En su fase inicial, el protocolo CRS-HIPEC demostró alta factibilidad y seguridad. Se logró citorreducción completa en todos los casos y ausencia de complicaciones mayores, con resultados preliminares comparables o superiores a los reportados en centros de referencia internacionales. La selección estricta, rehabilitación multidisciplinaria y estandarización anestésico-quirúrgica fueron determinantes. Estos hallazgos respaldan la expansión controlada del programa y la necesidad de estudios multicéntricos para evaluar su impacto en sobrevida global y calidad de vida a largo plazo.

216, CIRUGÍA MULTIVISCERAL COMPARTAMENTAL EN LIPOSARCOMAS DEL RETROPERITONEO; ASPECTOS TÉCNICOS ONCOLÓGICOS

Autores: Nicolas Devaud J., Benjamín Dublé, Nicolás Berríos, Alex Sauré, Erwin Buckel Sch. Erwin Buckel G.

Clínica Universidad De Los Andes

Introducción: Los Sarcomas Retroperitoneales son tumores de baja incidencia de los cuales el Liposarcoma es el tipo histológico más frecuente. Son tumores de gran volumen que comprometen varios órganos abdominales cuyo diagnóstico es habitualmente incidental luego de imágenes realizadas por masa abdominal palpable o bien por hallazgos intraoperatorios en una cirugía planificada erróneamente por otro tumor. La cirugía es el único tratamiento efectivo, debiendo ser realizada de manera compartimental mediante la resección en block de los múltiples órganos abdominales involucrados.

Objetivos: El objetivo de este video es presentar los aspectos técnicos paso a paso en la cirugía multivisceral en block del Liposarcoma Retroperitoneal, que permite asegurar márgenes negativos y evitar la recurrencia local en tumor primario o bien evitar nuevas recurrencias en cirugía por recurrencia tumoral intra-abdominal.

Contenido del video: Se presenta el abordaje del compartimento retroperitoneal derecho por un liposarcoma diferenciado G2 > a 10cms desarrollado a partir de la Gerota del riñón derecho con compromiso del uréter ipsilateral, segunda porción del duodeno, colon derecho y fascia del psoas derecho. El primer tiempo quirúrgico comprende la disección del peritoneo parietal derecho accediendo al espacio retroperitoneal y vasos ilíacos donde se disecciona y liga el uréter derecho comprometido. Luego se continúa con la disección posterior del riñón derecho envuelto en la grasa y fascia de Gerota movilizándolo en block el tumor hacia medial incluyendo la fascia del músculo psoas comprometido, disecando y preservando nervios femoral e iliohipogástrico. Se continúa con la disección medial, incluyendo una maniobra de Kocher amplia, exponiendo la vena cava infrahepática, continuando con la sección del íleon terminal, colon transversal y sección del mesocolon derecho disecando vasos ileocolícos desde la vena mesentérica superior y accediendo a la cava desde la vena renal derecha hasta la confluencia de las venas ilíacas. La segunda porción del duodeno comprometido se secciona tangencialmente, luego se disecan y seccionan los vasos renales derechos con lo cual se logra la extracción en block de la masa tumoral en block incluyendo riñón y suprarenal derecha, segmento de duodeno, colon derecho y resección parcial del psoas sin romper el tumor. El objetivo se cumple dejando el compartimento retroperitoneal derecho libre de la masa tumoral y de toda la grasa del retroperitoneo desde los vasos ilíacos derechos hasta el borde hepático incluyendo la disección completa de la vena cava infrahepática.

217, GASTRO-YEYUNOANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO: UNA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Autores: Nicolás Berríos C., Trinidad Murillo S., Alex Escalona, Rodrigo Muñoz C.

Clínica Universidad De Los Andes

Introducción: La obstrucción duodenal ocurre en hasta un 15-20% de los pacientes con cáncer de cabeza de páncreas avanzado, y representa una de las complicaciones más relevantes en la etapa paliativa, debido a su impacto directo en la alimentación, el estado funcional y la calidad de vida. El manejo adecuado de esta condición es esencial para aliviar los síntomas, prevenir la desnutrición severa y permitir la continuidad del tratamiento oncológico. Actualmente, el enfoque más utilizado para resolver esta obstrucción es la instalación endoscópica de prótesis duodenales autoexpandibles, debido a su baja invasividad, rápida recuperación y posibilidad de realizarse en pacientes con mal estado general o expectativa de vida limitada. Sin embargo, este abordaje tiene una tasa significativa de reobstrucción (hasta un 20-30% en los primeros meses), lo que obliga a reintervenciones frecuentes y potencialmente descompensadoras. En contraposición, la derivación quirúrgica mediante gastro-yeyunoanastomosis ofrece una solución más duradera, con menor tasa de reobstrucción, y sigue siendo preferida en pacientes con mejor reserva funcional, buen control del dolor, estabilidad oncológica y expectativa de vida mayor a dos o tres meses. Este caso clínico ilustra justamente ese perfil: una paciente con cáncer de páncreas en etapa IV y carcinomatosis peritoneal, pero con buena respuesta a la quimioterapia, buen estado general y clara intención de mantener funcionalidad y vía oral. En este contexto, se optó por una derivación quirúrgica laparoscópica, priorizando la estabilidad a largo plazo.

Objetivos: Presentar un escenario no tan frecuente en la práctica actual: la elección de una derivación quirúrgica como tratamiento paliativo frente a una obstrucción duodenal por cáncer de páncreas avanzado, en lugar del manejo endoscópico, que hoy es la opción más extendida.

Contenido del video: Se expone el caso clínico de una paciente de 72 años con cáncer de páncreas metastásico, que presenta un cuadro de intolerancia oral persistente, vómitos recurrentes y pérdida ponderal progresiva, en el contexto de una obstrucción duodenal de origen tumoral. Se muestran los estudios de imágenes realizados (tomografía abdominal con contraste y endoscopia digestiva alta), que permitieron confirmar el compromiso del tránsito a nivel duodenal. Se incluye además la evaluación por parte del comité oncológico, quienes determinaron el buen estado funcional de la paciente y una expectativa de vida mayor a tres meses, lo que llevó a indicar una resolución quirúrgica como alternativa al manejo endoscópico convencional. Se presenta el video de la cirugía. Se detalla la confección de una gastro-yeyunoanastomosis por vía laparoscópica transmesocólica, incluyendo la selección del sitio gástrico y yeyunal, la creación de la anastomosis mediante técnica mecánica, sutura manual en dos planos y la fijación al mesocolon transverso.

347, ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO PERSISTENTEMENTE ELEVADO COMO MARCADOR DE CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES: REPORTE DE UN CASO

Autores: Javiera Arros Y., Sayuri Chiba H., Guillermo Vásquez C., Gustavo Montesinos A., Jorge Escárate L., Manuel Pino R., Jorge Bermeo P., Felipe Quintana Y.

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Servicio De Cirugía.

Introducción: El cáncer medular de tiroides (MTC) es un tumor infrecuente que se origina de las células parafoliculares C. Su coexistencia con el cáncer colorrectal es extremadamente inusual. El antígeno carcinoembrionario (CEA) es un marcador tumoral bien establecido para el seguimiento del cáncer colorrectal pero también puede estar elevado en MTC avanzado, complicando su interpretación.

Objetivos: Presentar caso de adenocarcinoma de rectosigmoideos y carcinoma medular de tiroides y su manejo.

Contenido del E-Poster: Exponemos el caso de un hombre de 51 años tratado previamente por un adenocarcinoma rectosigmoideo que presentó niveles persistentemente elevados del CEA a pesar de no haber evidencia de recidiva local o metástasis. Las evaluaciones posteriores con PET-CT, ecografía tiroidea y PAAF confirmaron un MTC sincrónico.

Resultado: El paciente fue sometido a una tiroidectomía total con disección cervical, que reveló MTC unifocal sin compromiso ganglionar. En el postoperatorio, los niveles de CEA se normalizaron y el seguimiento no mostró evidencia de recurrencia para ninguna de las neoplasias.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de un abordaje diagnóstico comprehensivo cuando los marcadores tumorales persisten elevados, incluso cuando el estudio inicial es negativo. Reconocer neoplasias raras sincrónicas como el MTC permite un tratamiento precoz y un mejor pronóstico.

385, IMPACTO CLÍNICO DE LA CLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CÁNCER COLORRECTAL: UN PASO CRUCIAL HACIA LA MEDICINA PERSONALIZADA

Autores: Consuelo Antonia Hernández Saavedra, Sofía Natalia Jeldes Ramírez, Aylín Anaís Ramírez Ruiz, Cristóbal Alejandro Pino Hernández, Jaime González- Montero, Guillermo Valenzuela

Universidad De Chile

Introducción: El Cáncer Colorrectal (CRC) es de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. Debido a su heterogeneidad molecular posee respuestas impredecibles al tratamiento sistémico, siendo la clasificación basada en Consensus Molecular Subtypes (CMS) un importante foco de estudio. Por lo que este estudio plantea que es posible determinar mediante un protocolo integrado de IHQ, RT-PCR y NGS en tejidos FFPE los subtipos moleculares de consenso en pacientes con cáncer colorrectal metastásico en Chile.

Objetivos: Desarrollar y validar un protocolo basado en técnicas de biología molecular para clasificar a pacientes con CRC metastásico en los cuatro subtipos moleculares del CMS y evaluar su relación con características clínicas y sobrevida.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo en 30 pacientes con CCR metastásico tratados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se aplicó un protocolo combinado de inmunohistoquímica (IHQ), RT-PCR y secuenciación de nueva generación (NGS) para determinar fenotipos inmunes, marcadores genéticos y perfil de expresión génica. La clasificación CMS fue realizada por un panel experto ciego a la información clínica.

Resultado: Se logró clasificar en un subtipo molecular CMS a 24 de los 30 pacientes, 6 pacientes CMS1, 3 pacientes CMS2, 7 pacientes CMS3 y 8 pacientes CMS4. El análisis genómico reveló que el 100% de los pacientes presentaba mutaciones somáticas, siendo las más frecuentes en TP53 (70%) y KRAS (53%). La mediana de sobrevida global para toda la cohorte fue de 28,4 meses. Por subtipos, se observó una mediana de sobrevida de 11,6 meses en CMS1, 27,8 meses en CMS2-3, y 37,2 meses en CMS4. La curva de Kaplan-Meier mostró una tendencia a peor pronóstico en CMS1 y mejor sobrevida en CMS4, sin significancia estadística ($p=0,0968$), probablemente debido al tamaño limitado de la muestra.

Conclusión: La clasificación molecular CMS es factible en entornos clínicos nacionales mediante la integración de técnicas de IHQ, RT-PCR y NGS. Se observa una correlación clínica con la sobrevida, aunque se requiere una cohorte mayor para obtener significancia estadística. Este protocolo representa un paso hacia la medicina personalizada, sentando las bases para futuras estrategias de tratamiento dirigido en Latinoamérica.

386, PSEUDOMIXOMA PERITONEAL COMO HALLAZGO DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÉNDICE CECAL: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Ivonne Zárate G., Francisca Díaz R., David Inostroza C., Francisca Chiozza O., Sebastián Hernández O., Catalina Díaz R.

Hospital Clínico Magallanes

Introducción: El pseudomixoma peritoneal es un síndrome caracterizado por la acumulación de moco gelatiniforme y células epiteliales mucinosas en la cavidad peritoneal. En el 90% de los casos es producido por un tumor mucinoso de apéndice cecal, siendo menos frecuente el origen ovárico, colónico, pancreático, entre otros. La incidencia del pseudomixoma es cercana a los 2 casos por millón de habitantes por año, levemente mayor en mujeres. Inicialmente es una entidad asintomática, pero podría manifestarse con síntomas inespecíficos como dolor abdominal difuso. Si bien la sospecha es clínica e imagenológica, resultan útiles los marcadores tumorales. La confirmación diagnóstica es histológica, evitando biopsia percutánea por riesgo de diseminación. El manejo consiste en citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. Su principal complicación es la obstrucción intestinal. La supervivencia a 5 años es de hasta 80% en diseminación peritoneal de bajo grado y menor al 30% en la de alto grado y/o con células en anillo de sello.

Objetivos: Reportar un caso de pseudomixoma peritoneal secundario a adenocarcinoma mucinoso apendicular, enfatizando su carácter infrecuente como forma de presentación.

Contenido del E-Poster: Se presenta caso de paciente femenina de 53 años, hipertensa e hipotiroidea, a quien en contexto de estudio por distensión abdominal de larga data se le realiza ecografía abdominal con hallazgo sugerente de carcinomatosis peritoneal. Al examen físico de ingreso se palpan múltiples masas tumorales en mesogastrio y ambos flancos, levemente dolorosas, poco móviles. En exámenes de laboratorio no se identifican alteraciones. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que impresiona neoplasia ovárica bilateral asociado a carcinomatosis peritoneal e implantes capsulares hepáticos. Se continúa el estudio con endoscopia digestiva alta y colonoscopia, ambas sin hallazgos sugerentes de malignidad. Se solicitan marcadores tumorales, destacando CEA 96.1 ng/mL, CA125 72.1 U/mL, CA19-9 54.8 U/mL. Tras estudio realizado, se decide histerectomía radical con linfadenectomía pelviana por sospecha de origen ovárico, donde se observa abundante contenido gelatinoso en toda la cavidad peritoneal y tumor en vértice apendicular, por lo que se procede a apendicectomía para enviar a biopsia.

Resultado: En su recuperación postoperatoria, la paciente evoluciona anúrica y con falla renal aguda. Se realiza Uro-TAC que evidencia perforación vesical, se efectúa laparotomía exploratoria para cistorrafia, con buena evolución y recuperación completa de la función renal. La biopsia de pieza quirúrgica confirmó adenocarcinoma mucinoso de grado 2 sin componentes de células en anillo de sello. Tras presentarse en comité oncológico, se deriva a centro especializado para recibir quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

Conclusión: El pseudomixoma peritoneal es una entidad rara cuyo diagnóstico suele darse en forma tardía debido a la inespecificidad de los síntomas. Su importancia radica en que, a pesar de su comportamiento generalmente silente, puede provocar un deterioro progresivo del estado general del paciente, asociado a complicaciones compresivas intraabdominales y el retraso del tratamiento, por lo que la sospecha, evaluación clínica e imagenológica es vital, recalcando la necesidad de un diagnóstico oportuno para la planificación quirúrgica adecuada, teniendo en consideración el potencial curativo de su manejo.

387, RESECCIÓN RADICAL DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE. REPORTE DE CASO EN HOSPITAL SAN PABLO, COQUIMBO.

Autores: Marysol Alejo Q., Javier López S., Paulo Ríos M., Javiere Hernández M., Eddiz Cañas L., Daniel Gonzaga A., Marcelo Barra M., Karen Rojas R., Rafael Caldera V., Marco Rojas G.

Hospital San Pablo. Coquimbo.

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales (SRP) son tumores mesenquimáticos poco frecuentes, representando menos del 1% de los cánceres. Su crecimiento silente en el retroperitoneo permite alcanzar grandes volúmenes hasta antes de manifestarse clínicamente. El tipo de SRP más común es el liposarcoma. Makni y colaboradores, definen los liposarcomas retroperitoneales gigantes como aquellos de más de 30 cm y mayores a 20 kg. Estos son excepcionales y con pocos casos reportados en la literatura. Plantean un desafío quirúrgico por su proximidad con estructuras vitales y la resección completa con márgenes negativos es el único tratamiento con impacto en la sobrevida.

Objetivos: Se presenta caso clínico y abordaje quirúrgico de un liposarcoma retroperitoneal gigante de 42 cm, con compresión ureteral, hidronefrosis secundaria y desplazamiento visceral, resuelto mediante cirugía radical, destacando la preservación de estructuras críticas y la importancia de un enfoque multidisciplinario.

Contenido del E-Poster: Masculino de 66 años, hipertenso, ECOG 1, quien consultó por dolor abdominal con aumento progresivo del perímetro abdominal de un año de evolución. TC evidencia masa retroperitoneal izquierda de 42 cm, de aspecto mixto, con compresión del uréter izquierdo, hidronefrosis y desplazamiento de colon, riñón y estructuras vasculares hacia la línea media, sin evidencias de metástasis. Tras evaluación en comité oncológico y planificación multidisciplinaria, se realizó cirugía radical. Mediante laparotomía se aborda tumor con resección extracapsular. Se realiza disección cuidadosa de estructuras vasculares, viscerales y liberación completa del uréter izquierdo, sin lesión. Se incluyeron lóbulos tumorales adheridos al mesocolon. Paciente ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI) para manejo post operatorio.

Resultado: La cirugía se realizó sin complicaciones intraoperatorias logrando resección completa del tumor y preservación de estructuras críticas, con márgenes macroscópicamente negativos. Biopsia de pieza operatoria confirma sospecha clínica de liposarcoma. Paciente ingresa a UCI estable, siendo trasladado a sala tras 24 horas de observación. El tercer día postoperatorio se diagnosticó infección urinaria y arritmia supraventricular autolimitada, ambas resueltas con manejo médico. El séptimo día post operatorio es dado de alta. Tras seis meses de seguimiento, paciente en buenas condiciones generales y sin evidencias de recidiva.

Conclusión: La resección radical de SRP gigantes corresponde a un desafío quirúrgico que debe ser planificado en forma multidisciplinaria y con un equipo experimentado. Es crucial lograr una resección oncológica completa además de lograr preservar la mayor cantidad de estructuras, de acuerdo con el grado de infiltración asociada.

388, DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE EN PACIENTE CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO OBSTRUCTIVO: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Dolymaris González Borrero, Amanda Zapata Cárdenas, Héctor Rivas Molina, Juan González Moscoso, Sergio Stoppel Illanes

Clínica Dávila

Introducción: El liposarcoma es un tumor mesenquimal poco frecuente, sin prevalencia clara en algún grupo etario o sexo; que puede presentarse en múltiples compartimentos, dentro de los cuales los retroperitoneales representan el 15% del total con una incidencia anual promedio de aproximadamente 2,7 casos por millón de personas. Se caracteriza por su gran tamaño al diagnóstico y la ausencia de síntomas iniciales debido a su crecimiento insidioso y espacio anatómico permisivo. Su manejo representa un desafío quirúrgico y oncológico, donde un correcto estudio imagenológico y una planificación quirúrgica adecuada son fundamentales para el tratamiento.

Objetivos: Se presenta un caso de diagnóstico incidental de liposarcoma retroperitoneal gigante, asociado a pseudoquiste pancreático obstructivo, que requirió tratamiento multidisciplinario.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso y revisión de literatura respecto al manejo de liposarcoma retroperitoneal.

Resultado: Paciente masculino de 66 años, con antecedentes de hipertensión, fibrilación auricular, portador de marcapasos, enfermedad de Parkinson, resistencia a la insulina, hospitalizado en Clínica Dávila con diagnóstico de pancreatitis aguda leve, como síntomas cardinales destaca fiebre, ictericia y dolor abdominal. Estudios imagenológicos revelaron una lesión quística pancreática que comprimía la vía biliar y además una lesión retroperitoneal de gran tamaño (aproximadamente 30 cm cefalocaudal) que desplaza asas intestinales sugyente de un liposarcoma retroperitoneal. Dado el cuadro agudo se realiza instalación de prótesis biliar endoscópica. Una vez recuperado del cuadro agudo inicial, se programó cirugía electiva. Se abordó mediante laparotomía media supra e infraumbilical, con maniobras de Mattox y disección cuidadosa del hilio renal izquierdo, uréter y mesenterio preservando elementos vasculares, se logró resección macroscópica completa de la lesión, conservando colon, bazo, páncreas, intestino delgado y riñones indemnes. Se dejaron drenajes tipo Blake en fondo de saco vesical y en espacio retropancreático que no presentaron complicaciones. De acuerdo con el análisis anatomopatológico diferido, la pieza quirúrgica corresponde a un liposarcoma bien diferenciado subtipo lipoma-símil de 30 x 30 x 18 cm, (4805 gramos) con sobreexpresión de MDM2 y CDK4 y márgenes quirúrgicos negativos. En comité oncológico se descarta indicación de radioterapia adyuvante. Durante controles postoperatorios, se objetiva en tomografía computarizada (TC) resolución espontánea de lesión quística pancreática y permeabilidad de vía biliar con prótesis in situ, concordante con resolución de ictericia. Se mantiene en control con cirugía oncológica y cirugía hepatobiliopancreática.

Conclusión: Los liposarcomas retroperitoneales pueden alcanzar grandes dimensiones sin manifestaciones clínicas evidentes, sin embargo, pueden comprometer estructuras vitales. La resección completa con márgenes negativos es el pilar del tratamiento curativo, considerando que otras terapias complementarias como la radioterapia adyuvante tienen limitada evidencia. Este caso destaca la importancia de su manejo escalonado, desde la descompresión biliar hasta la resección tumoral, y el rol clave de la cirugía en tumores retroperitoneales complejos.

12. Sección: Sección: Simulación-Educación



138, ENTRENAMIENTO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA EN ETAPA DE PRE INTERNADO: EXPERIENCIA DE UN CURSO PRÁCTICO EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Autores: Salgado-Motato N, Grunauer M, Castiglioni E, Jarry C, Avendano S, Bruhn A, Achurra P, Varas J.

Pontificia Universidad Católica

Introducción: Introducción: La enseñanza de habilidades clínicas mediante escenarios simulados constituye un pilar fundamental en la formación médica, especialmente en la etapa de pre internado. En este contexto, resulta clave promover la toma de decisiones autónoma y el desarrollo de competencias prácticas en concordancia con los estándares establecidos por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).

Objetivos: Objetivo: describir la implementación de un curso intensivo de habilidades profesionales críticas previo inicio de internado y la reacción de estudiantes a este

Contenido del E-Poster: Métodos: Estudio descriptivo transversal de una intervención educacional aplicada en el curso Pre-Internado – Bases de la Práctica Profesional de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El curso, diseñado tras revisar las necesidades detectadas por docentes y alumnos, consistió en siete estaciones de simulación de 10 min cada una, orientadas a habilidades críticas en trauma y urgencias: (1) evaluación inicial del traumatizado, (2) manejo avanzado de la vía aérea, (3) control de hemorragias con torniquete y faja pélvica, (4) ecografía clínica de urgencia, (5) inmovilización del politraumatizado, (6) pleurotomía y drenaje pleural, y (7) reanimación cardiopulmonar adulta. Las estaciones de vía aérea y control de hemorragias se grabaron y evaluaron asincrónicamente en la plataforma C1DO1, con retroalimentación multimedia y opción de micro-credenciales. Cada estación práctica se calificó en escala 1 – 7. Para el módulo Trauma y Reanimación se combinó un promedio práctico (40 %, media de las cuatro rúbricas C1DO1: PCT, TCT, VA, STB) con una prueba teórica (60 %) para obtener el promedio de módulo. Cada módulo aportó un porcentaje específico al promedio final. La nota mínima institucional de aprobación es 4,0.

Resultado: Resultados: Se analizaron las calificaciones de 118 estudiantes. Los participantes obtuvieron un buen desempeño, alcanzando un promedio de $6,44 \pm 0,28$ y 100 % logró la nota mínima ($\geq 4,0$). El módulo combinado Trauma y Reanimación entregó un promedio de $6,49 \pm 0,46$, con 99 % de aprobación. En la encuesta, la satisfacción global fue $6,3 \pm 0,8$; los módulos mejor valorados fueron RCP y vía aérea supraglótica ($6,6 \pm 0,7$).

Conclusión: Conclusión: La implementación de un curso intensivo, centrado en estaciones prácticas breves y complementado con herramientas de evaluación audiovisual, permitió que los estudiantes alcanzaran muy buenos niveles de rendimiento (promedio final $6,44/7$; 100 % aprobados) y manifestara una alta satisfacción ($6,3/7$), pese a la limitada tasa de respuesta de la encuesta (19 %). Lo que constituye una estrategia eficaz para garantizar el desarrollo de habilidades esenciales previo al internado. Estudios futuros deberían explorar la retención de habilidades y el impacto en desempeño clínico real.

139, DESARROLLO DE UN MODELO ANATÓMICO IMPRESO EN 3D PARA ENTRENAMIENTO EN TRAQUEOSTOMÍA: HERRAMIENTA REPRODUCIBLE PARA RESIDENTES DE CIRUGÍA

Autores: Daniel Rappoport W., María José Martínez S., Michelle Erazo A., Galo Cárdenas S., Francisca Briceño M., Vicente Fernández R., Yanina Labarca R., José Ortega S.

Clínica Alemana Santiago, Chile. Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile. Centro De Educación Basada En Simulación, Facultad De Medicina Clínica Alemana - Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile.

Introducción: La traqueostomía es una técnica quirúrgica fundamental en el manejo de pacientes con obstrucción de la vía aérea o necesidad de ventilación prolongada. A pesar de su relevancia clínica, los residentes de cirugía enfrentan oportunidades limitadas para entrenar el procedimiento en condiciones controladas. La simulación con modelos anatómicos impresos en 3D surge como una estrategia innovadora para facilitar el aprendizaje práctico, especialmente en instituciones donde la exposición clínica directa puede ser escasa o tardía.

Objetivos: Diseñar, implementar y evaluar un modelo anatómico de traqueostomía impreso en 3D para la enseñanza práctica dirigida exclusivamente a residentes de cirugía general.

Contenido del E-Poster: Se desarrolló un modelo anatómico de cuello a partir de imágenes de tomografía computarizada, procesadas con software CAD e impresas en 3D utilizando materiales que replican la consistencia de piel, tejido celular subcutáneo, cartílagos traqueales y glándula tiroides. El modelo, previamente validado por expertos subespecialistas en cabeza y cuello de distintos centros asistenciales, permitió simular las principales fases de la traqueostomía quirúrgica, incluyendo la identificación de planos, apertura traqueal y colocación del tubo. El curso de entrenamiento consistió en una sesión teórica y una sesión práctica, ambas dirigidas exclusivamente a residentes de segundo y tercer año cirugía general adulto e infantil (n=13). La parte teórica incluyó una clase sobre indicaciones, técnica y manejo de complicaciones. La práctica se realizó en estaciones individuales bajo supervisión de cirujanos instructores, con evaluación técnica mediante checklists estandarizados y retroalimentación estructurada.

Resultado: Los residentes reportaron una alta satisfacción con el modelo, destacando su realismo anatómico y utilidad como herramienta de aprendizaje. Se observó una mejora significativa en la identificación de estructuras, precisión en los pasos técnicos y tiempos operatorios tras la práctica guiada. El 100% de los participantes consideró que el entrenamiento contribuyó a aumentar su confianza para realizar el procedimiento en pacientes reales.

Conclusión: El modelo de traqueostomía impreso en 3D demostró ser una herramienta eficaz y reproducible para la enseñanza de esta técnica en residentes de cirugía. Su bajo costo, fácil implementación y alta fidelidad lo posicionan como una alternativa concreta para incorporar la simulación quirúrgica en programas de formación. Esta iniciativa responde a la necesidad urgente de fortalecer competencias prácticas en procedimientos críticos, elevando el estándar de la educación quirúrgica y mejorando la preparación de los futuros especialistas para enfrentar situaciones clínicas complejas.

140, DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO ANATÓMICO DE ENTRENAMIENTO DE CRICOTIROIDOTOMÍA IMPRESO EN 3D PARA RESIDENTES: INNOVACIÓN REPRODUCIBLE EN EDUCACIÓN QUIRÚRGICA

Autores: Galo Cárdenas S., Michelle Erazo A., María José Martínez S., Esperanza Carrasco P., José Ortega S., Yanina Labarca R.

Centro De Educación Basada En Simulación, Facultad De Medicina Clínica Alemana - Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile. Clínica Alemana Santiago, Chile.

Introducción: La cricotiroidotomía es un procedimiento vital en el manejo de la vía aérea difícil, cuya baja frecuencia limita el entrenamiento práctico de los equipos médicos. Según los contenidos definidos por el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), es una competencia esperada para el médico general en escenarios de emergencia. En este contexto, el uso de modelos anatómicos impresos en 3D representa una alternativa innovadora, accesible y de bajo costo para fortalecer el aprendizaje práctico mediante simulación quirúrgica.

Objetivos: Desarrollar y validar un modelo anatómico de cricotiroidotomía con impresión 3D para entrenamiento en escenarios de emergencia.

Contenido del E-Poster: Se diseñó un modelo anatómico de cuello a partir de imágenes de tomografía computarizada, segmentado con software CAD e impreso en 3D con materiales de distinta densidad que simulan piel, cartílago y tráquea. El modelo fue previamente validado por expertos subespecialistas de cabeza y cuello de distintos centros asistenciales. Se creó un curso de capacitación de dos días para Residentes de Cirugía General, Cirugía Infantil, Anestesiología y Medicina de Urgencias. Se envió material de estudio que incluía anatomía cervical y vía aérea superior, vídeo de técnica quirúrgica, check list e infografía con tips del procedimiento. La primera sesión fue teórica, con un pre-test habilitador (mínimo de aprobación: 70%), clase magistral sobre anatomía del cuello, técnica quirúrgica e indicaciones del procedimiento. La segunda sesión incluyó una demostración práctica y la ejecución del procedimiento por parte de los participantes en simuladores anatómicos de bajo costo. Se utilizaron insumos simples, con supervisión directa y retroalimentación personalizada. Se determinó como número mínimo de aprobación 5 procedimientos exitosos, definidos como ventilación adecuada del paciente.

Resultado: Se evaluaron un total de 25 becados de las especialidades de Cirugía (n=8), Anestesiología (n=5) y Urgencia (n=12), distribuidos en los años de formación PGY1 a PGY3. La evaluación se basó en dos dominios: "Evaluación y Recolección del Material" e "Identificación de Pasos Críticos", con un puntaje total máximo de 20 puntos. El porcentaje de aprobación global fue del 96%, considerando como aprobación un puntaje $\geq 14/20$. Por especialidad, Cirugía y Urgencia presentaron una tasa de aprobación del 100%, mientras que Anestesiología alcanzó el 80%. En cuanto a los promedios de puntaje, Cirugía obtuvo 19.25 ± 1.17 , Urgencia 17.42 ± 2.18 y Anestesiología 14.80 ± 1.79 . Al analizar por año de programa, PGY1 mostró una aprobación del 93.3% (promedio 17.40 ± 2.37), PGY2 del 100% (promedio 17.89 ± 2.76) y PGY3 del 100% (promedio 19.00). La prueba ANOVA evidenció diferencias estadísticamente significativas entre las especialidades ($p = 0.00079$), sin diferencias significativas entre los años de formación ($p = 0.559$).

Conclusión: Los resultados muestran una alta tasa de aprobación general en la evaluación de competencias técnicas en los becados de las tres especialidades. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas en los puntajes promedio entre especialidades. Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones específicas de refuerzo o acompañamiento pedagógico para los residentes, sin que se evidencien diferencias atribuibles al año de formación.

141, POTENCIANDO LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA MEDIANTE RETROALIMENTACIÓN REMOTA Y ASINCRÓNICA DE GRABACIONES QUIRÚRGICAS.

Autores: Diego Sanhueza R., Cristian Jarry T., María Vial B., Sofía Abedrapo L., Enrique Cruz M., Gabriel Escalona, Felipe Silva, Julián Varas C.

Centro De Simulación Y Cirugía Experimental, Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile. Red De Salud Uc-Christus.

Introducción: El video análisis de cirugías junto con la retroalimentación remota y asincrónica han demostrado mejorar la identificación de errores y promover el aprendizaje reflexivo en un entorno libre de la presión propia del acto operatorio. En este marco, se desarrolló LAPPCLINIC, una plataforma web que permite a los residentes subir videos de sus procedimientos y recibir evaluación experta diferida, optimizando así el desarrollo de habilidades técnicas y cognitivas más allá del pabellón.

Objetivos: Evaluar la percepción de residentes de cirugía sobre LAPPCLINIC, una plataforma de retroalimentación remota y asincrónica que permite el análisis de videos quirúrgicos de residentes de cirugía.

Contenido del E-Poster: Desarrollamos LAPPCLINIC, una plataforma web diseñada para potenciar el aprendizaje quirúrgico mediante retroalimentación y evaluación diferida de grabaciones quirúrgicas realizadas por residentes. Permite recibir evaluación de su desempeño y retroalimentación detallada sobre los videos de sus cirugías cargadas en la plataforma. Este estudio transversal involucró a residentes de cirugía de siete universidades de Chile, quienes subieron videos de sus colecistectomías laparoscópicas a la plataforma, recibiendo evaluación y retroalimentación detallada. Las percepciones de los residentes se evaluaron mediante encuesta con preguntas tipo Likert y preguntas abiertas, seguida de un Focus Group.

Resultado: De 28 residentes (33% de respuesta), 64% consideró suficiente la retroalimentación en pabellón. Sin embargo, 96% refirió querer retroalimentación adicional y 89% valoró positivamente la modalidad asincrónica. Aunque 86% halló útil grabar cirugías, se identificaron obstáculos como capacidad de almacenamiento (54%), falta de tiempo (39%) y problemas técnicos (35%). El 81% consideró intuitiva la plataforma, pese a barreras técnicas. La calidad de la retroalimentación vía LAPPCLINIC obtuvo puntajes más altos que aquella recibida en pabellón (6.2/7 vs. 5.25/7, $p=0.0065$). El 91% de los residentes recomendó su uso. Los resultados del Focus Group mostraron una percepción positiva de la plataforma y permitieron identificar áreas de mejora.

Conclusión: Los resultados preliminares, sugieren alta aceptación de la plataforma, destacando la retroalimentación asincrónica basada en video-análisis como una herramienta prometedora para la formación quirúrgica. Los residentes valoraron positivamente la plataforma y calificaron la retroalimentación recibida a través de LAPPCLINIC significativamente mejor que aquella entregada en pabellón. La retroalimentación remota, asincrónica y personalizada permite adaptarnos a las necesidades de la educación quirúrgica moderna. Mediante video-análisis, evaluación y retroalimentación, se busca potenciar la adquisición de habilidades y objetivar competencias en diversos programas de formación. Permite escalabilidad docente y trasciende barreras geográficas conectando a residentes con instructores expertos sin importar su ubicación, además reduce la dependencia del tutor al garantizar retroalimentación estandarizada y de alta calidad.

142, ENTRENAMIENTO AUTÓNOMO EN CONTROL DE HEMORRAGIAS CON TORNIQUE TIPO CAT: EVALUACIÓN ESTRUCTURADA DEL DESEMPEÑO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA EN UN ENTORNO SIMULADO

Autores: Mateo Ferrer, Bernardita Becker, Enzo Castiglioni, Cristián Jarry, Analía Zinco, Pablo Achurra, Julián Varas
Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La hemorragia exanguinante es la principal causa prevenible de muerte traumática. El uso oportuno de torniquetes tipo Combat Application Tourniquet (CAT) ha demostrado reducir la mortalidad por sangrado de extremidades. A pesar de su efectividad, diversos estudios muestran tasas inaceptables de falla en su aplicación por personas no entrenadas, incluso con educación superior, lo que subraya la necesidad de estrategias pedagógicas efectivas, repetibles y costo-efectivas. Asimismo, el control de la hemorragia no es consistentemente declarado como una habilidad mínima dentro del currículum de medicina por referentes nacionales ni se precisa de manera estandarizada qué contenidos prácticos debe poseer el egresado al respecto. En consecuencia, es probable que el entrenamiento práctico dependa de la exposición a eventos de trauma. Un entrenamiento simulado abreviado y de bajo costo podría entregar competencias clave para el control de la hemorragia en estudiantes de medicina.

Objetivos: Describir y analizar el desempeño técnico y comunicacional de estudiantes de medicina en la aplicación del torniquete CAT tras un módulo formativo autónomo basado en simulación.

Contenido del E-Poster: Estudio de evaluación de una intervención educativa. Se incluyeron 118 estudiantes de medicina de una Universidad que en su último mes de licenciatura, previo al ingreso al internado, participaron de un curso de habilidades de trauma y urgencias. No se excluyeron participantes. Los participantes accedieron a un video educativo sobre el uso del torniquete CAT, asistieron a una sesión clínica breve con un médico tutor y acudieron posteriormente al Centro de Simulación a grabar un video, en compañía de un par, aplicando un torniquete sobre un fantoma de extremidad inferior. La sesión agendada consistía en 30 minutos de práctica libre y el procedimiento podía repetirse hasta lograr un resultado satisfactorio. El equipo docente estaba disponible para aclarar dudas. Una vez logrado el resultado esperado por el alumno, este video era subido a una plataforma donde era evaluado. Los videos fueron evaluados por dos investigadores mediante un checklist de 11 ítems desarrollado por el equipo investigador. Las discrepancias serían resueltas por consenso o por un tercer evaluador.

Resultado: El puntaje promedio obtenido fue de 10.65 (máximo 11, mínimo 8), con el 98.3% (116) de los estudiantes obteniendo 10 u 11 puntos. La adherencia técnica fue alta, particularmente en la ubicación, tensión y fijación del torniquete con un 95.7% (113) de cumplimiento en dichos ítems. El error más frecuentemente cometido, en un 26.3% (31), fue no informar verbalmente al paciente simulado que realizaría el procedimiento, omitiendo un componente esencial de la comunicación clínica. Las discrepancias entre evaluadores fueron menores al 5% y se resolvieron todas por consenso.

Conclusión: Un programa de entrenamiento autónomo, flexible y con retroalimentación asincrónica resultó efectivo para alcanzar un adecuado desempeño técnico en la aplicación del torniquete CAT, con una demanda mínima de intervención docente. Esta estrategia constituye una alternativa viable, escalable y aplicable a otras competencias críticas en la formación médica. La identificación de brechas en habilidades comunicacionales respalda la necesidad de incorporarlas explícitamente en la enseñanza técnica, incluso en escenarios de urgencia, para favorecer una atención centrada en el paciente.

143, PANCREATODUODENECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA: DESARROLLO DE HABILIDADES A TRAVÉS DE ENTRENAMIENTO EN SIMULACIÓN

Autores: Rafael Selman A., Diego Sanhueza R., Úrsula Figueroa F., Enrique Cruz M., Cristián Jarry, Eduardo Briceño, Marcel Sanhueza, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Pablo Achurra, Julián Varas.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La pancreatoduodenectomía mínimamente invasiva (PDMI) ofrece múltiples ventajas frente a la cirugía abierta tradicional cuando es realizada por cirujanos expertos, como menor pérdida sanguínea y una recuperación más rápida que permite un tratamiento adyuvante oportuno, manteniendo resultados oncológicos equivalentes. Sin embargo, la técnica implica desafíos técnicos considerables, especialmente en la fase de resección, donde sangrado, exposición limitada y márgenes positivos pueden llevar a conversión. La fase reconstructiva, en particular la confección de la pancreatoyeyuno y coledocoyeyuno anastomosis, es crítica para el éxito quirúrgico y requiere un entrenamiento extensivo. Incluso en centros de alto volumen, la PDMI es poco frecuente, por lo que alcanzar competencia puede demorar años. El entrenamiento basado en simulación permite acortar la curva de aprendizaje, disminuir riesgos intraoperatorios y mejorar resultados al perfeccionar habilidades en cirugía hepatopancreatobiliar. Además, existe evidencia que sugiere que las habilidades laparoscópicas son transferibles a cirugía robótica, lo que refuerza su relevancia en escenarios quirúrgicos complejos.

Objetivos: Describir la experiencia de siete años de un programa simulado orientado al desarrollo de competencias técnicas en cirugía hepatopancreatobiliar.

Contenido del E-Poster: Estudio pseudoexperimental que incluyó a residentes de cirugía o cirujanos, que completaron el curso "Habilidades en Cirugía Hepatopancreatobiliar" (HPB-C) entre 2017 y 2023. El curso consistió en 25 etapas, con simulación de coledocoyeyuno y pancreatoyeyuno anastomosis en tejidos sintéticos y ex vivo. Se evaluaron escalas Global Rating Scale (GRS), Specific Rating Scale (SRS), tiempos quirúrgicos y tasas de filtración antes y después del curso. Además, se aplicó una encuesta online para valorar el impacto en experiencia, exposición y confianza.

Resultado: Cincuenta cirujanos completaron el programa, mostrando mejorías significativas en GRS y SRS tanto para CJ como para PJ. Los tiempos quirúrgicos disminuyeron (CJ: 27 a 18 min; PJ: 36 a 21 min; $p < 0,0001$) y las fugas se redujeron a 0% (CJ: 43%→0%; PJ: 47,5%→0%). En la encuesta (40% de respuesta), el 80% reportó mejoría técnica, el 85% mayor confianza y el 60% mayor exposición clínica.

Conclusión: El programa HPB-C demostró ser eficaz para fortalecer habilidades quirúrgicas en un entorno simulado. La simulación estructurada surge como herramienta clave en la formación avanzada en cirugía hepatopancreatobiliar, además de facilitar una transición efectiva hacia la cirugía robótica.

144, EVALUACIÓN ASINCRÓNICA DE LA VISIÓN DE SEGURIDAD DURANTE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Autores: Matías Aguilera Mancilla, Enzo Castiglioni Del Río, Cristián Jarry, Julián Varas

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La visión de seguridad es un estándar crítico en colecistectomía laparoscópica para prevenir lesiones de la vía biliar. El entrenamiento quirúrgico ha incorporado crecientemente estrategias asincrónicas de retroalimentación y evaluación mediante video, que permiten objetivar el desempeño técnico y fomentar la autonomía progresiva en entornos controlados (Reis 2018; Green 2019; Varas 2024). Este estudio analiza si el tipo de cirugía (urgencia vs electiva), la complejidad operatoria y el desempeño técnico se asocian con el logro de esta visión.

Objetivos: - Determinar la frecuencia de logro de visión de seguridad en colecistectomías realizadas por residentes.- Evaluar su asociación con el tipo de cirugía, la complejidad del caso (OPRS) y el desempeño técnico (OSATS).- Explorar implicancias para la enseñanza y evaluación del desempeño laparoscópico.

Contenido del E-Poster: Estudio transversal observacional. Se analizaron 409 videos de colecistectomías laparoscópicas realizadas por residentes, evaluadas de forma asincrónica por pares entrenados. Se registró el logro de visión de seguridad y se cruzó con: tipo de cirugía (331 electivas, 70 urgencias), nivel de complejidad operatoria según la escala OPRS (específica para colecistectomía), y desempeño técnico global mediante OSATS. Se utilizaron test chi-cuadrado, Mann-Whitney U y t-test de Student con corrección por varianzas desiguales ($\alpha = 0,05$).

Resultado: La visión de seguridad fue más frecuente en cirugías electivas (65,7%) que en urgencias (49,2%) ($p < 0,05$). A mayor complejidad (OPRS), menor tasa de logro: 68,5% en OPRS 1 vs. 10% en OPRS 5 ($p < 0,001$). Además, los casos con visión lograda obtuvieron mayores puntajes OSATS (mediana 19.0 vs. 15.0; $p < 0,001$, Mann-Whitney). Esta diferencia fue confirmada por t-test para muestras con varianzas desiguales ($t = 7,33$; $p < 0,0001$), con diferencia significativa tanto en medias como en varianzas entre ambos grupos. Cada punto adicional en OSATS aumentó 20% la probabilidad de lograr la visión (OR = 1.20; IC95%: 1.13–1.26).

Conclusión: La evaluación asincrónica mediante video permite identificar factores que influyen en la obtención de la visión de seguridad durante colecistectomías laparoscópicas. La mayor complejidad técnica, condiciones de urgencia y menor desempeño se asocian a menor tasa de logro. Estos datos pueden orientar decisiones docentes, planificación quirúrgica y diseño de estrategias individualizadas de entrenamiento en cirugía laparoscópica.

145, IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA INVESTIGACIÓN EN LATINOAMÉRICA

Autores: Brandon Valencia, Constanza Quezada, Julián Peña, Claudia Marín, Mariano Giménez.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La Inteligencia Artificial (IA) está revolucionando la investigación médica; sin embargo, su comprensión y aplicación entre los profesionales de la salud en América Latina permanecen inexploradas. Este estudio tiene como objetivo evaluar el conocimiento y las percepciones de la IA en la investigación médica entre médicos y cirujanos de América Latina.

Objetivos: Evaluar el nivel de conocimiento y familiaridad que los profesionales de la salud latinoamericanos (médicos, cirujanos y otros) poseen sobre las técnicas y aplicaciones de la Inteligencia Artificial en investigación médica. Analizar las percepciones respecto del impacto y utilidad de la Inteligencia Artificial en las distintas etapas del proceso investigativo, desde la formulación de la pregunta hasta el análisis de grandes bases de datos. Comparar los resultados entre grupos profesionales y países para identificar brechas formativas y necesidades educativas prioritarias que orienten futuros programas de capacitación en IA aplicada a la investigación médica en América Latina.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario en línea. La encuesta, distribuida a profesionales de la salud de 20 países latinoamericanos, incluyó información demográfica y preguntas con escala Likert para evaluar el conocimiento y las percepciones de la IA en la investigación médica. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, comparando las respuestas entre grupos profesionales y países.

Resultado: El estudio incluyó 777 participantes (323 cirujanos, 394 médicos de otras especialidades, 60 otros profesionales fuera del área médica) de 20 países, siendo Argentina, Perú y Bolivia los más representados. En general, los participantes mostraron un alto nivel de acuerdo (89-90,5%) en que la IA puede transformar la investigación médica. Sin embargo, se observaron puntuaciones más bajas en áreas como la formulación de preguntas de investigación beneficiadas por la IA (67,5-72,5%) y la comprensión de técnicas de IA para manejar grandes volúmenes de datos (59,25-66,75%).

Conclusión: Este estudio revela el impacto de la IA en la investigación médica entre los profesionales de la salud latinoamericanos, particularmente en cuanto a su potencial transformador. Sin embargo, también identifica brechas significativas en el conocimiento práctico y la aplicación de la IA en contextos de investigación. Estos hallazgos subrayan la necesidad de iniciativas educativas específicas y una mayor exposición a las tecnologías de IA en la investigación médica en toda América Latina, lo que podría influir en las futuras direcciones de investigación.

146, ¿INFLUYEN LOS TATUAJES DEL CIRUJANO EN LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES?

Autores: Patricio Araya C, Brenda Games D, Vania Cordova Z, Maximiliano Puebla H, Manuel Figueroa G
Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El término "tatuaje" se refiere a la pigmentación de la piel producto de la introducción de sustancias exógenas. Las primeras evidencias de tatuajes en la historia se remontan a 5200 años de existencia, existiendo ejemplos tan cercanos como la momia del hombre de Chinchorro, en el norte de Chile. La gran mayoría de los tatuajes se realizan de forma voluntaria como expresión de algún simbolismo, arte o decorativo, sin embargo, el uso de tatuajes se ha ampliado incluso como parte de la cirugía reconstructiva de mama o para ocultar cicatrices. En Chile, hay un 32% de prevalencia de tatuajes en adultos, no estando exento el gremio médico. Un ámbito importante en el ejercicio de la medicina y la cirugía consiste en la percepción de profesionalismo por parte de los pacientes, siendo uno de estos la presentación personal de los profesionales.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer si la presencia de tatuajes en cirujanos puede afectar la percepción del paciente sobre el profesional.

Contenido del E-Poster: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, realizado en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre noviembre de 2024 y enero de 2025. Participaron tres cirujanos varones, subespecialistas, quienes utilizaron tatuajes temporales en el antebrazo durante consultas ambulatorias semanales. Se aplicó una encuesta anónima postconsulta, basada en instrumentos previamente validados, que exploró variables demográficas, evaluación de la atención, percepción física del profesional, confianza médica y opiniones sobre tatuajes. Se excluyeron cuestionarios incompletos o con pérdida de anonimato. Respecto al análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva. Las variables categóricas se describieron con frecuencia absoluta y porcentual. Ninguna variable tiene distribución normal. Para evaluar diferencia de proporciones entre los grupos se utilizó prueba de Z y prueba exacta de Fischer, según corresponde el tamaño muestral.

Resultado: Se analizaron 235 encuestas válidas, donde el 43% de los pacientes reportó haber observado el tatuaje del profesional. La mayoría tenía entre 40 y 70 años, eran mujeres (69,8%) y beneficiarios de FONASA (70,2%). El 90,2% correspondió a la primera consulta, siendo no oncológica el 93,2% de los casos. Solo un 5,1% expresó opiniones desfavorables sobre la atención, sin diferencia significativa entre quienes vieron o no el tatuaje ($p = 0.56$). La puntualidad fue el ítem más citado en respuestas negativas, y no hubo evaluaciones desfavorables sobre el aspecto físico del profesional. Hubo diferencia en la posesión de tatuajes entre los grupos menor de 50 años (mayor prevalencia) y los mayores ($p < 0.001$), pero no en cuanto a la percepción de "feo" ($p = 0.43$). Tampoco hubo diferencias significativas entre sexos ($p = 0.41$), nivel educativo ($p = 0.22$) ni tener o no tatuajes ($p = 0.09$). El 6,7% de quienes observaron el tatuaje lo encontró estéticamente desagradable. 8,7% refirió una modificación negativa de su opinión si el profesional tuviese tatuajes. Se observó relación inversa entre edad y posesión de tatuajes, y directa entre edad y modificación negativa de la percepción profesional.

Conclusión: La presencia de tatuajes visibles en cirujanos no afecta negativamente la percepción del paciente respecto al profesionalismo o la calidad de la atención en contextos ambulatorios. Otros aspectos no visuales, como el comportamiento del médico y su capacidad comunicacional, tienen mayor relevancia en la configuración de la experiencia asistencial.

147, INTEGRACIÓN DEL APRENDIZAJE Y LA EVALUACIÓN BASADOS EN VIDEOS: HACIA UNA IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA EN PROGRAMAS DE CIRUGÍA GENERAL.

Autores: Valentina Durán Espinoza, Felipe Silva Peña, Diego Sanhueza Román, Cristián Jarry Trujillo, Gonzalo Urrejola Schmied, Julián Varas Cohen

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La evaluación y retroalimentación basadas en videos permiten registrar el desempeño quirúrgico, ofrecer retroalimentación detallada y realizar evaluaciones objetivas, facilitando el monitoreo del progreso y la estandarización de la formación técnica. Esta metodología ofrece beneficios escalables, con potencial para auditorías y acreditación, mejorando la calidad de la enseñanza quirúrgica. Sin embargo, su implementación enfrenta múltiples desafíos.

Objetivos: Describe la experiencia tras tres años de experiencia nacional con un piloto que integró la grabación de cirugías mediante la plataforma LappClinic.

Contenido del E-Poster: Estudio piloto con participación de varias universidades chilenas. Financiado por el proyecto ANID FONDECYT N°1221490, el estudio integró la grabación de procedimientos como parte del currículo en distintos centros de formación quirúrgica, con el objetivo de analizar tanto la viabilidad técnica como el efecto de la retroalimentación y del entrenamiento simulado. Residentes grabaron colecistectomías laparoscópicas reales en pabellón, y subieron los videos a LappClinic, una plataforma remota y asincrónica. Los videos fueron evaluados por instructores entrenados mediante herramientas validadas (OSATS y OPRS), y recibieron retroalimentación personalizada.

Resultado: A la fecha, 51 residentes han subido 406 videos. En el grupo con retroalimentación, 14 residentes subieron 96 videos. Respecto al impacto del entrenamiento el 64,7%(n=33) de quienes subieron al menos un video había recibido entrenamiento simulado, concentrando el 65,8%(n=267) del total de videos, diferencia estadísticamente significativa. El análisis cualitativo reveló una percepción positiva: más del 75% deseaba retroalimentación adicional, la consideraba útil y recomendaría la plataforma. Más del 50% indicó que el feedback mejoró su desempeño, facilitó la reflexión sobre sus competencias y destacó su especificidad. Según criterios validados de calidad de feedback 28, la retroalimentación entregada por la plataforma fue percibida como superior a la recibida en pabellón. Las barreras identificadas pertenecen los ámbitos de limitaciones educacionales, resistencia al cambio cultural institucional, recursos e integración en el flujo de trabajo y aspectos legales y de gobernanza

Conclusión: La implementación ha enfrentado barreras significativas, lo que ha afectado la adherencia de los residentes al programa. Los resultados evidenciaron una percepción positiva respecto a la usabilidad de la plataforma y su impacto en la mejora de habilidades. No obstante, se identificaron barreras que limitaron la adherencia: alta carga asistencial, problemas técnicos, falta de integración curricular, resistencia al cambio, escasez de recursos y desafíos legales relacionados con privacidad y consentimiento. Superar estas barreras es fundamental para escalar este tipo de iniciativas. A lo anterior, se proyecta que la principal limitante futura será el tiempo disponible del docente para evaluar y retroalimentar, lo que subraya la necesidad de diseñar estrategias que optimicen las cargas evaluativas en la formación quirúrgica.

148, RETENCIÓN DE DESTREZAS EN TORACOCENTESIS Y PARACENTESIS TRAS MICROCREDENCIALES EN SIMULACIÓN: ANÁLISIS LONGITUDINAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Autores: Matías Aguilera M, Enzo Castiglioni D, Francisco Silva, Michelle Grunauer, Mateo Ferrer, Cristián Jarry, Julián Varas

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La microcredencial de competencias clínicas ha demostrado ser una estrategia eficaz para fomentar la adquisición escalonada de habilidades técnicas y aumentar la motivación de los estudiantes de medicina. Las microcredenciales digitales facilitan la documentación, trazabilidad y reconocimiento de dichas competencias, resultando especialmente atractivas para las nuevas generaciones. Aunque la literatura describe un declive en las tasas de retención técnica tras el entrenamiento simulado, permanece incierto si este declive puede atenuarse o invertirse mediante un programa estructurado de microcredenciales con seguimiento a largo plazo.

Objetivos: Describir la evolución del desempeño técnico en toracocentesis y paracentesis tras un seguimiento, 18 meses después, en estudiantes de pregrado participantes en un programa de microcredenciales por niveles. Comparar los puntajes OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills) y checklist entre la evaluación post-curso y el intento de retención.

Contenido del E-Poster: Estudio prospectivo y longitudinal. Se incluyeron estudiantes de quinto año que completaron cursos de simulación en toracocentesis (n=113) y paracentesis (n=109) y obtuvieron la microcredencial de nivel 1. El intento de retención se realizó a los 18 meses de esta última sesión, registrando grabaciones estandarizadas en simuladores bajo condiciones idénticas al curso inicial. Cuatro evaluadores valoraron los videos mediante OSATS (máx. 25 pts) y un checklist (máx. 26 pts). Para la comparación de puntajes se aplicó t-test pareado; $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultado: Toracocentesis: OSATS 21,68 vs. 22,12 ($p=0,226$); checklist 21,81 vs. 24,06 ($p=0,0026$). Paracentesis: OSATS 21,39 vs. 22,31 ($p=0,0166$); checklist 21,54 vs. 24,17 ($p=0,0007$). En ambos procedimientos, los puntajes OSATS se mantuvieron estables o mostraron incrementos leves, mientras que el cumplimiento de pasos críticos mejoró significativamente.

Conclusión: Tras un seguimiento prolongado sin refuerzo formal, los estudiantes conservaron de manera consistente sus destrezas técnicas en simulación, lo que respalda el uso de un umbral $\geq 80\%$ del puntaje total descrito en la literatura como criterio válido para microcredenciales de retención. Además, estos hallazgos sugieren que la integración de sesiones de refuerzo periódica, junto con la incorporación de microcredenciales de retención en el portafolio académico (vinculándolas a créditos o certificaciones oficiales) podría optimizar aún más la conservación de competencias y fomentar un aprendizaje continuo y reconocible en la formación médica. Además, el modelo de microcredenciales, al demostrar la retención de habilidades, es adaptable a diversos procedimientos clínicos y quirúrgicos.

149, DISCREPANCIAS EN LA PERCEPCIÓN SOBRE EL FEEDBACK ENTRE RESIDENTES DE SUBESPECIALIDAD Y DOCENTES: ESTUDIO CUALITATIVO

Autores: Cristian Faúndez L., María Jesús Irrarrázaval M, Cristián Jarry T., Andrés Iglesias B., Gonzalo Urrejola S.

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

Introducción: El feedback es una herramienta fundamental para el aprendizaje quirúrgico. No obstante, numerosas barreras limitan su apropiada entrega en el periodo perioperatorio. Una mayor experiencia profesional y quirúrgica previa en el/la residente podrían resultar facilitadores para este proceso. Sin embargo, dichas cualidades podrían evocar en los docentes la percepción de que el aprendizaje se podría dar de forma autónoma y sin guías explícitas. Si bien los beneficios del feedback en docencia de pregrado y especialidades primarias han sido demostrados, la ausencia de evidencia específica para cirujanos ya egresados en periodo de formación, limita la capacidad de diseñar intervenciones pedagógicas apropiadas.

Objetivos: El objetivo de este estudio es explorar las percepciones de docentes y residentes de subespecialidades quirúrgicas digestivas respecto a la entrega, utilidad y recepción del feedback intraoperatorio.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio transversal cualitativo e inductivo que incluyó 2 grupos focales, uno de residentes con 9 personas y otro de docentes con 11 personas. Se incluyeron docentes y residentes participando activamente de los equipos de cirugía digestiva y colorrectal del hospital clínico de la Universidad Católica. Las discusiones fueron grabadas y transcritas. Para la interpretación de los datos se utilizó el método de análisis temático. El estudio fue diseñado en base a la directriz de los Standards for Reporting Qualitative Research.

Resultado: Se identificaron 7 dominios de relevancia: (1) Las características del feedback habitual, siendo relevante la confusión de su definición con el de la guía intraoperatoria, su carencia de estructura, lo infrecuente de su aplicación y la importancia de entregarlo en un entorno privado. (2) Las barreras y factores influyentes, en donde destaca la limitación del tiempo y las múltiples tareas que exige el entorno hospitalario. (3) La evaluación subjetiva y la actitud de quien entrega el feedback, donde existe una baja tolerancia al error y el impacto negativo de un feedback frecuentemente propiciado con una actitud negativa. (4) La actitud de quien recibe el feedback, donde se reconoce una apertura y buena recepción a este, pero con gran repercusión emocional cuando no es bien entregado y, en particular, cuando la percepción de docente y residentes son diferentes. (5) Planificación y preparación, donde existe una falta de formación de los docentes en feedback, lo que proviene de la ausencia de una cultura educacional en la que este se realice, y la necesidad de anticipar la entrega de feedback en el preoperatorio, a modo de destacar los puntos claves a evaluar y asegurar su posterior entrega. (6) Propuestas de mejora, en base a los temas previos.

Conclusión: Contrario a la percepción docente, los residentes de subespecialidad desean un feedback estructurado, frecuente y oportuno. Siendo este relevante para su formación quirúrgica y estabilidad emocional. Para ello, sugerimos explorar en mayor profundidad los dominios identificados y trabajar activamente en su mejora.

218, OPTIMIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL: APLICACIÓN INICIAL EN SIMULACIÓN

Autores: Enzo Castiglioni Del Rio, Matías Aguilera, Bernardita Becker, Mateo Ferrer, Noelia Salgado, Michelle Grunauer, Cristián Jarry, Ignacio Villagrán, Julián Varas

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La evaluación sistemática de las habilidades quirúrgicas y la retroalimentación oportuna son pilares de la docencia quirúrgica, especialmente en entornos simulados, pues favorecen la adquisición de competencias y obtención de mejores resultados. El análisis de video incrementa objetividad y trazabilidad al permitir comentarios a posteriori y puntuaciones con escalas estructuradas. Las tecnologías emergentes, en particular la inteligencia artificial (IA) y el desarrollo de modelos de lenguaje de gran escala (LLMs), añaden eficiencia y precisión a este proceso, siempre que se integren pedagógicamente y sin sustituir la interacción humana formativa. Su uso podría ampliar la capacidad de los programas educativos y reducir el alto costo temporal de la evaluación manual.

Objetivos: El objetivo del video es exponer una herramienta formativa innovadora basada en Inteligencia Artificial multi-agente que procesa registros quirúrgicos, logrando identificar y señalar los pasos críticos junto con generar una sugerencia de retroalimentación, cumpliendo con criterios de calidad obtenidos de un scoping review previamente realizado en nuestra institución. Esta herramienta es aplicable a distintas áreas de la educación clínica y ofrece potencial de escalabilidad para la investigación y desarrollo docente.

Contenido del video: Este video presenta una herramienta formativa basada en IA que permite procesar registros quirúrgicos, identificar pasos críticos, evaluar calidad técnica y generar retroalimentación textual inmediata. Utiliza un sistema multi-agente para el análisis quirúrgico, combinando algoritmos de visión computacional y lenguaje natural para entregar feedback específico, trazable y editable. Además, se incorporan dashboards que permiten análisis secuencial de progreso y resultados. Durante el video, vemos grabaciones de la herramienta aplicada en modelos de simulación avanzada. Esta solución tiene aplicaciones transversales en diversas disciplinas clínicas y ofrece una alternativa escalable para mejorar la formación y evaluación técnica en cirugía, disminuyendo la carga evaluativa docente y favoreciendo la investigación en retroalimentación. La herramienta busca complementar, no reemplazar, al tutor humano, manteniendo la calidad pedagógica con apoyo tecnológico eficiente y reproducible.

389, SIMULACIÓN COMO METODOLOGÍA DE ENTRENAMIENTO PROCEDIMENTAL EN TORACOCENTESIS PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA EN LA ASIGNATURA DE CIRUGÍA

Autores: Roberto González, María García-Huidobro, Rodrigo Reyes, Alejandra Riquelme, Bastián Ruiz, Juan Romero, Vicente Lira, Ignacio Mariánjel, Emilio Alarcón, Héctor Molina.

Departamento De Cirugía, Facultad De Medicina, Universidad De Concepción - Hospital Clínico Regional De Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Introducción: La Toracocentesis es un procedimiento que consiste en la punción de la cavidad pleural con el objetivo de drenar líquido y/o aire acumulado en dicho espacio. Se divide en dos tipos: diagnóstica, destinada a la búsqueda etiológica y terapéutica, utilizada como tratamiento transitorio o definitivo. La Simulación en Toracocentesis surge de la necesidad expresada por los estudiantes de medicina de nuestra universidad de adquirir experiencia procedimental antes de enfrentarse a situaciones clínicas reales.

Objetivos: Comunicar los resultados obtenidos de la implementación de un módulo de Toracocentesis basado en la simulación para estudiantes de cuarto año de medicina.

Contenido del E-Poster: Estudio cuantitativo, observacional y descriptivo de corte transversal. Participaron 101 estudiantes de cuarto año de la carrera de Medicina de la asignatura de Cirugía; de ellos, 55 eran mujeres y 46 hombres, con una edad promedio de 22,3 años ($\pm 1,5$). Los tutores fueron estudiantes de Medicina previamente capacitados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética correspondiente y todos los participantes firmaron un consentimiento informado. La intervención incluyó un módulo teórico, conformado por dos videos teórico-demostrativos sobre toracocentesis diagnóstica, y un módulo práctico de simulación en fantoma. Este último comenzó con una charla introductoria (Briefing), durante la cual los estudiantes respondieron una encuesta para evaluar conocimientos previos. A continuación, se realizó una demostración del procedimiento, dirigida por uno de los monitores y bajo la supervisión permanente del cirujano docente responsable. Posteriormente, cada estudiante practicó el procedimiento de manera individual sobre el fantoma, aplicando los conocimientos adquiridos previamente. Durante esta etapa, el monitor aplicó una pauta de evaluación adaptada específicamente para la actividad. La pauta contempló cuatro ítems: posicionamiento del paciente, localización del sitio de punción, ejecución del procedimiento propiamente tal, y una escala visual de autopercepción del estudiante. Finalmente, se llevó a cabo una sesión de cierre (Debriefing), en la que los participantes completaron una encuesta de percepción respecto a la experiencia de aprendizaje. Esta encuesta evaluó cuatro áreas: Generalidades, Tutores, Materiales y Satisfacción.

Resultado: Los estudiantes calificaron sus conocimientos previos como: 21 Muy malos, 33 Malos, 34 Regulares y 3 Buenos. En la pauta de evaluación, el puntaje promedio en el ítem procedimental fue 9,47 ($\pm 1,59$) de 11 puntos, en autopercepción 5,91 ($\pm 1,07$) de 7 puntos y el total 15,38 ($\pm 2,49$) de 18 puntos. La moda fue 18 puntos ($n = 24$). Al estratificar, 0 estudiantes obtuvieron el concepto de Malo, 5 Regular, 58 Bueno y 38 Muy bueno. Tras la intervención, la autopercepción de conocimientos fue: 0 Malos, 12 Regulares, 70 Buenos y 19 Muy buenos. La encuesta de percepción mostró un promedio de 64,08 ($\pm 0,70$) de 68 puntos; por categorías, el mejor resultado fue Tutores (3,91 $\pm 0,02$) y el más bajo Materiales (3,65 $\pm 0,18$).

Conclusión: La Simulación en Toracocentesis demuestra ser una metodología eficaz para el aprendizaje del procedimiento, entregando herramientas que mejoran su preparación procedimental y autopercepción. La adición de este tipo de módulos en la malla curricular de la asignatura de cirugía podría reflejarse en una mejor atención y en la reducción de complicaciones asociadas en la práctica clínica.

390, EXPOSICIÓN Y PERCEPCIÓN DEL ULTRASONIDO FAST EN RESIDENTES DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Autores: Sebastián Seitz O., Fernanda Hofmann L., Carolina Verdugo C., Alfredo Alfaro C., Iván Ruiz F.

Servicio De Urgencia - Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: El uso de la ecografía en el servicio de urgencias se ha convertido en una herramienta fundamental, especialmente en la evaluación inicial de pacientes en contexto de trauma. Dentro de sus aplicaciones se encuentra el protocolo FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), cuyo objetivo es detectar de forma rápida la presencia de líquido libre intraabdominal y/o pericárdico. Este protocolo ha sido ampliamente validado y su aplicación en escenarios de urgencia permite apoyar la toma de decisiones clínicas en situaciones potencialmente mortales como es el trauma. No obstante, su implementación efectiva depende en gran medida de la formación previa y la experiencia del profesional que lo realiza. En este grupo se incluyen tanto médicos urgenciólogos como cirujanos generales, incluyendo a aquellos que se encuentran en etapa de formación. En este contexto, resulta especialmente relevante evaluar el nivel de exposición y entrenamiento en el protocolo FAST que reciben los residentes de cirugía general durante su proceso formativo.

Objetivos: El presente estudio descriptivo presenta los resultados de una encuesta aplicada a residentes del programa de cirugía general del Hospital Barros Luco Trudeau, con el objetivo de cuantificar cuántos han recibido formación en FAST, caracterizar el tipo de instancia formativa a la que asistieron, y determinar con qué frecuencia han aplicado el protocolo en la práctica clínica.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante una encuesta anónima a los trece residentes activos de cirugía (R1–R3) del Hospital Barros Luco Trudeau, utilizando un cuestionario cerrado alojado en Google Forms que incluyó consentimiento informado, datos de residencia, formación y experiencia en FAST, frecuencia de uso, percepción y confianza en escala Likert, barreras y necesidad de entrenamiento futuro; los datos se analizaron mediante estadística descriptiva; el estudio garantizó el anonimato y la confidencialidad de los participantes.

Resultado: Se obtuvieron resultados de la cantidad de residente previamente expuestos, de los cuales solo el 44% ha realizado cursos externos de E-FAST fuera del programa de residencia, de los cuales el gran porcentaje eran de cursos de sociedades externas al hospital. En relación a la cantidad de E-FAST realizados, un 33% de los encuestados no ha hecho este examen supervisado, el 55% ha realizado entre 1-5 y el resto ha realizado más de 10 supervisado. De los residentes, un 90% se sienten poco confiados en obtener e interpretar las imágenes del E-FAST, y un 90% siente que la formación recibida ha sido insuficiente durante la residencia. En cuanto a las barreras para este, las principales razones expuestas son el acceso a ecógrafo y la escasa formación en E-FAST. Por último, un 100% cree que debe haber un programa de formación de E-FAST durante la residencia.

Conclusión: En conclusión, los hallazgos de este estudio transversal revelan que la exposición práctica de los residentes de cirugía al protocolo FAST es escasa y que, como consecuencia, existe una percepción mayoritariamente negativa acerca de su propia competencia en el manejo de esta técnica lo que conlleva poca experiencia de los residentes; además, la mayoría de los encuestados manifestó de forma clara la necesidad de incorporar capacitación formal y continuada en ecografía FAST dentro del programa de residencia para mejorar tanto la confianza en la obtención e interpretación de imágenes como la calidad de la atención inicial en pacientes con trauma.

391, RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE BOCIO MULTINODULAR INTRATORÁCICO CON EXTENSIÓN MEDIASTÍNICA: VALOR DE LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA ASISTIDA POR MODELO 3D EN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Autores: María José Martínez S., Gustavo Vial O., Galo Cárdenas S., Felipe Orellana M., Letty Michelle Erazo A., Rodrigo Castro S.

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

Introducción: El bocio intratorácico corresponde a una expansión del tejido tiroideo más allá del estrecho torácico superior. Aunque su presentación suele ser benigna, el contacto estrecho con estructuras mediastínicas críticas dificulta el abordaje quirúrgico convencional. La planificación preoperatoria detallada es esencial en estos casos. En los últimos años, la impresión tridimensional (3D), basada en estudios de imágenes, ha demostrado ser una herramienta útil para optimizar la estrategia quirúrgica, mejorar la visualización anatómica y reducir complicaciones. Presentamos un caso de bocio multinodular con crecimiento intratorácico y relación íntima con estructuras mediastínicas críticas, en el cual se empleó modelado 3D preoperatorio para la planificación quirúrgica y abordaje combinado cérvico-esternal.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico de un bocio multinodular con extensión mediastínica en contacto con estructuras vitales, destacando el uso de reconstrucción 3D como herramienta de planificación.

Contenido del E-Poster: Se revisó un caso clínico manejado en nuestro centro. Se recolectaron antecedentes clínicos, hallazgos imagenológicos y operatorios. La planificación quirúrgica incluyó la elaboración de un modelo físico 3D del cuello y mediastino superior, basado en angiotomografía computarizada, utilizando software de segmentación anatómica.

Resultado: Paciente de 63 años, sexo femenino, con antecedentes de prediabetes, sobrepeso, trastorno adaptativo, anemia severa. Durante estudio por sospecha TEP, se identificó bocio tiroideo multinodular intratorácico asociado a tumor de mediastino anterior y adenopatías mediastínicas inespecíficas. La ecografía cervical reveló un nódulo tiroideo derecho exofítico de 46 × 44 × 23 mm (TIRADS 4); la PAAF fue informada como Bethesda II. La angioTC mostró contacto con vena innominada izquierda, pericardio y un delgado plano graso con la aorta ascendente. Se confeccionó un modelo 3D para planificación preoperatoria. Se realizó tiroidectomía total y resección de tumor mediastínico mediante cervicotomía transversa y esternotomía media, con neuromonitoreo intraoperatorio que confirmó la integridad de los nervios laríngeos superior y recurrente. Se reimplantó la paratiroides inferior derecha en el músculo esternocleidomastoideo contralateral. La resección incluyó linfadenectomía de niveles VI y VII, respetando grandes vasos, pericardio y nervio frénico. Biopsias rápidas fueron compatibles con carcinoma tiroideo. Se instalaron dos drenajes cervicales tipo Hemovac y dos pleurostomías torácicas. La paciente evolucionó sin complicaciones, fue dada de alta al décimo día y los drenajes fueron retirados según débito. El estudio histológico definitivo informó bocio multinodular folicular coloideo sin malignidad ni compromiso ganglionar. En controles ambulatorios, la paciente permanece asintomática, sin evidencia de recidiva local o sistémica.

Conclusión: La planificación quirúrgica en bocios intratorácicos complejos, especialmente con cercanía a estructuras mediastínicas, es crucial para un abordaje seguro y efectivo. En este caso, el uso de un modelo anatómico 3D permitió anticipar las dificultades del procedimiento, definir un abordaje combinado y preservar estructuras nobles, contribuyendo a una evolución postoperatoria favorable.

13. Sección: Sección: Tórax



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: Menos del 20% de los pacientes fueron candidatos a LAM, con alta concordancia (87.8%) entre biopsias EBUS y quirúrgicas. El adenocarcinoma fue el subtipo más frecuente, predominando en mujeres. EBUS demostró alta sensibilidad, especificidad y seguridad, sin complicaciones. Su eficacia diagnóstica y modalidad ambulatoria lo posicionan como una técnica costo-efectiva y reproducible frente a métodos invasivos como la mediastinoscopia, especialmente en el contexto del servicio público con alta demanda asistencial.

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

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

Instituto Nacional Del Tórax

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

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

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

Resultado: La mediana de edad fue 53 años; el 79,5% eran mujeres. El 59% de los casos correspondió a hallazgos incidentales. Entre los pacientes sintomáticos (41%), predominaron la tos y las infecciones respiratorias. La localización más frecuente fue mediastínica (67%), seguida por pulmonar (28%) y diafragmática (5%). El diagnóstico preoperatorio coincidió con QB en solo el 17,9% de los casos. Todos los pacientes fueron evaluados con tomografía computada (TC), mientras que el uso de PET y resonancia magnética fue limitado (18% y 13%, respectivamente). La mediana del tamaño tumoral fue 35 mm tanto en TC como en biopsia quirúrgica, pero el análisis pareado mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0338$). Los procedimientos más frecuentes fueron quistectomía ($n = 24$) y resección pulmonar atípica ($n = 9$). En cuanto a la vía quirúrgica, se realizaron 14 toracotomías (TCT), 23 abordajes mínimamente invasivos y 2 esternotomías. Se registraron 5 conversiones. La estadía postoperatoria tuvo una mediana de 5 días (rango: 1–23), siendo menor en los abordajes mínimamente invasivos. Al comparar los períodos 2013–2019 y 2020–2025, se observó un cambio significativo en la elección del abordaje quirúrgico, con una disminución del uso de cirugía abierta del 70% al 17% ($p = 0,006$). Asimismo, se evidenció una reducción significativa en la estadía hospitalaria ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en la tasa de conversiones.

Discusión Este estudio confirma la baja sospecha diagnóstica preoperatoria de los QB, el predominio femenino en esta serie y el rol fundamental de la TC en su evaluación. La diferencia entre los tamaños medidos por imagen y anatomía patológica refuerza la importancia de integrar diversas fuentes diagnósticas para una adecuada planificación quirúrgica. La transición hacia abordajes mínimamente invasivos ha sido progresiva desde 2019, consolidándose completamente a partir de 2021, sin un aumento en la tasa de conversiones y con una clara reducción en la estadía hospitalaria, lo que respalda su implementación como estrategia preferente en centros con experiencia. **Conclusión** En conclusión, la resección quirúrgica de los QB es segura y efectiva, incluso en pacientes asintomáticos. El abordaje mínimamente invasivo ofrece beneficios clínicos concretos sin aumentar las complicaciones, reforzando su rol como estándar terapéutico en esta patología poco frecuente.

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

Autores: Verónica Vidal Mansilla, Rodrigo Ahumada Cabello, Nicolas Escudero Bustos, Alessio Espinoza Merino, Constanza Ruminot Mancilla, Marcos Medrano Berrocal, Alfonso Oropesa, Carlos Figueroa, Iván Sepúlveda
Hospital Puerto Montt, Facultad De Medicina, Departamento De Cirugía. Universidad San Sebastián.

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

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

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

Resultado: Se incluyeron 73 pacientes, 60,2% hombres, 39,8% mujeres, con edad media de 41,7 años (rango: 15-82). La mayoría provenía de Chiloé (41,3%), seguido de Puerto Montt (20%). El abordaje quirúrgico predominante fue toracotomía en el 88% y videotoracoscopia asistida en 12%. La técnica más utilizada fue periquistectomía (43,8%), seguida de resección en cuña (12%) y lobectomía (6,8%). En 23,3% se combinaron técnicas, principalmente periquistectomía con cuña pulmonar. El 54,7% presentó con quiste hidatídico complicado, principalmente rotos (85%), seguidos de sepsis (7,4%) y anafilaxia (2,5%). La estadía hospitalaria media fue de 10 días. La morbilidad fue 23,7% (17 pacientes), todas Clavien-Dindo $< IIIb$; de éstas el 35% requirió resolución quirúrgica por hemorragia o neumotórax. El 8,21% recibió albendazol preoperatorio; en el 58% se indicó posoperatorio por compromiso extrapulmonar, usualmente hepático; 37% no recibió tratamiento antiparasitario. La recurrencia pulmonar fue 9,6% con latencia media de 3,1 años. Hubo una mortalidad (1,4%) asociada a shock séptico por quiste complicado en paciente con secuelas de TBC pulmonar.

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: La resección quirúrgica tras quimioinmunoterapia neoadyuvante en NSCLC reseccable demostró ser una estrategia segura y factible, incluso en contextos de mayor complejidad técnica como fibrosis hiliar y adherencias. A pesar de los desafíos operatorios, la morbilidad severa fue aceptable. La selección de casos, planificación multidisciplinaria y la experiencia del equipo quirúrgico fueron fundamentales para mantener la seguridad perioperatoria. Estos resultados respaldan la aplicabilidad de esta estrategia multimodal en la práctica clínica, especialmente en el sistema público. Se requieren seguimientos prolongados y estudios con mayor número de pacientes para evaluar su impacto en la sobrevida global y libre de enfermedad.

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

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

Hospital Puerto Montt

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

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

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

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

Conclusión: Esta serie representa una de las primeras caracterizaciones regionales del manejo de perforación esofágica en un hospital del sur de Chile. El alto número de reintervenciones y la prolongada estadía reflejan la complejidad de los casos, pero también la capacidad resolutoria del equipo quirúrgico, evidenciada en la intervención precoz y una mortalidad comparable o inferior a la reportada en centros internacionales. Si bien existen diferencias en la selección terapéutica, especialmente en el uso de tratamientos conservadores o endoscópicos, la sobrevida fue similar. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un enfoque multidisciplinario adaptado tanto a la presentación clínica como a los recursos locales, para lograr un manejo eficaz de esta patología.

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

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

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

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

Objetivos: Describir primera experiencia de equipo de cirugía de tórax de Clínica las Condes en esta técnica.

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

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

Conclusión: Este caso demuestra que la plastía traqueal con malla sumado a instalación de prótesis Dumon por RATS es factible y segura en escenarios complejos. La tecnología robótica permitió un abordaje preciso, y el manejo multidisciplinario permitió resolver una complicación sin requerir nuevas cirugías. Es necesario seguir recabando experiencia en el manejo de esta patología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Universidad Austral De Chile. Hospital Base Valdivia

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

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

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

Resultado: Se incluyen 36 casos, con una media de 59 años, 66.7% (n=24) hombres y 33.66% (n=12) mujeres. Todos corresponden a trauma torácico cerrado y los mecanismos de trauma más frecuentes son: Accidentes de tránsito 47.22% (n=17), caída de altura 33.66%(n=12), post reanimación 5.5% (n=2), ataque animal 5.5% (n=2), otros (n=3). Las indicaciones más frecuentes fueron: fracturas múltiples desplazadas o tórax inestable 55.5% (n=20), deformidad del tórax 22.2%(n=8), dolor (n=3), fracaso de extubación (n=3). La mediana de rasgos de fracturas por paciente era de 5, se repararon 4 rasgos de fractura por paciente. 22 pacientes tenían otras lesiones asociadas. El tiempo de estadía hospitalaria después de la intervención fue en promedio 15.8 días; en pacientes sin otras lesiones fue 10.85 días, mientras que con lesiones asociadas fue de 18.95 días (P =0.009). No se presenta mortalidad a 30 días. Se detectó una tasa de complicaciones de 25% (n=9), con solo 2 casos de reintervención (Clavien-Dindo 3). Se logró respuesta efectiva a encuesta TQOL en 23/36 pacientes, con una media: ~21.4 (Desviación estándar ≈5.4). Las secciones B (Funcionamiento físico) y F (Impacto emocional) de la encuesta suelen tener los puntajes más altos (mayor afectación). La sección A (Dolor físico) muestra los valores más bajos (menos dolor reportado). El 60.9% (14/23) de los sujetos tienen una calidad de vida buena o excelente (score <25). Los casos con scores >25 reflejan limitaciones en funcionamiento físico (B) y/o impacto emocional (F).

Conclusión: La osteosíntesis costal se realizó predominantemente en hombres; los principales mecanismos de trauma corresponden a trauma cerrado y accidentes de tránsito, similar a lo que describe la literatura nacional y extranjera, con una elevada media de fracturas costales por paciente y una estadía hospitalaria estadísticamente mayor cuando existen otras lesiones asociadas. Aunque la mayoría de los pacientes presentaron una buena a excelente calidad de vida post-trauma, persisten desafíos clave en funcionamiento físico e impacto emocional, áreas que mostraron mayor afectación, destacando la necesidad de intervenciones dirigidas a rehabilitación física y apoyo psicológico. La tasa de respuesta (58%) limita nuestros resultados.

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

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

Hospital Puerto Montt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autores: Marcelo Santelices B., Lorena Pérez S., Jenny Colmenares F., Catherine Marulanda S., José Miguel Barrientos V., Luis Sierra C.

Hospital Regional De Talca

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

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

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

Resultado: La mediana de edad fue 68 años (rango 31–77); 62,5% mujeres. Se realizaron 16 segmentectomías anatómicas a 15 pacientes. Al momento del envío de este resumen, 12 cuentan con resultados histológicos: 9 (75%) fueron adenocarcinoma pulmonar, 2 (17%) metástasis de adenocarcinoma colorrectal y 1 hamartoma. Todas las resecciones fueron por cirugía mínimamente invasiva, con abordaje uniportal en 17%; se registró una conversión a toracotomía por adherencias pleuropulmonares. El 56% correspondió a segmentectomías múltiples. El 100% de los pacientes alcanzó resección R0, con márgenes adecuados en todos los casos. La mediana de tiempo operatorio fue 172 minutos (rango 86–226), con pérdidas hemáticas de 70 ml en la mayoría. Se realizó disección ganglionar en todos los pacientes: 100% incluyó ganglios segmentarios, hiliares o mediastinales, y en 81% se realizó disección mediastinal sistemática. El número de ganglios resecados por paciente fue variable (rango 2–17). La tasa global de morbilidad postoperatoria fue 12,5% (2 casos), por dolor desproporcionado y fuga aérea prolongada, sin mortalidad ni reintervenciones. La estadía hospitalaria media fue 3 días (rango 2–10). En los pacientes con seguimiento funcional, el VEF1 postoperatorio a 6 y 12 meses fue comparable al basal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autores: Jorge Luis Marín Aguilar, Jorge Marín A., Salim Ravé C., Elías Arroyo A., Javiera Paiva, Manuel Uarac F., David Lazo P., Huáscar Rodríguez G., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschky R., Carlos García. Pedro Undurraga M. Unidad De Cirugía De Tórax Y Broncoscopia Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

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

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

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

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

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

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

Autores: Elías Arroyo A., Jorge Marín, Javiera Paiva, Constanza Díaz, Salim Ravé C., David Lazo, Huáscar Rodríguez G., Javier Vega S., Nicolas Von Jentschky R., Pedro Undurraga M.

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

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

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

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

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

Conclusión: Los resultados sugieren que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la técnica VATS y RATS en los principales indicadores clínicos, oncológicos y quirúrgicos en las variables evaluadas. Al comparar los grupos se evidenció una distribución homogénea. A pesar de algunas diferencias numéricas (como mayor duración quirúrgica en VATS o mayor estancia hospitalaria en RATS), estas no alcanzaron significancia estadística. Tampoco hubo diferencias relevantes en la severidad de las complicaciones. La VATS y RATS demostraron resultados clínicos, oncológicos y perioperatorios equivalentes. La elección de la técnica quirúrgica podría orientarse por factores como experiencia quirúrgica y disponibilidad tecnológica, sin evidencia clara de superioridad en cuanto a desenlaces clínicos. Se recomienda ampliar el tamaño muestral y considerar seguimiento a largo plazo para evaluar diferencias.

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

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

Hospital San Juan De Dios

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Clínico San Borja Arriarán

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

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

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

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

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

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

Autores: Marco Fabricio Bombón C, Enrique Gagliardo C, Luis Aguaguiña T
Solca- Guayaquil

Introducción: La primera lobectomía mediante cirugía toracoscópica videoasistida (VATS) hace más de 20 años, inició una nueva era en la cirugía del cáncer de pulmón. Los mejores resultados en comparación con los procedimientos abiertos, en términos de menor dolor, menos complicaciones postoperatorias, menor duración del drenaje torácico y menor estancia hospitalaria, han impulsado a casi todos los cirujanos torácicos del mundo a intentar al menos la técnica VATS. Las diferencias hipotéticas en términos de recurrencias locales y supervivencia a largo plazo de los abordajes VATS comparados con los procedimientos abiertos han sido superadas y está demostrado que la lobectomía VATS puede ofrecer, si es realizada por cirujanos expertos, una menor tasa de complicaciones y el mismo. De hecho según la evidencia consultada se encontró que la VATS de puerto único podría tener ciertas ventajas sobre la VATS de tres puertos para el neumotórax espontáneo primario. Las únicas contraindicaciones son los tumores hiliares grandes y las linfadenopatías voluminosas.

Objetivos: -Describir las ventajas de la cirugía toracoscópica videoasistida por un puerto (UVATS) en comparación con la cirugía convencional abierta-Determinar la seguridad de la técnica quirúrgica descrita, tanto en la morbilidad de los pacientes, como en las complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

Contenido del video: La cirugía toracoscópica videoasistida por un puerto (UVATS) se realiza desde varios y en nuestro hospital se ha convertido en un tipo de cirugía segura que ofrece grandes beneficios tanto para los pacientes como para el cirujano y la institución Hospitalaria, a pesar de la complejidad de la misma, se ha demostrado tiempos quirúrgicos, estancias hospitalarias más cortas y menores tasas de complicación que la cirugía convencional, sin sacrificar los resultados oncológicos deseados. La lobectomía por UVATS, inicia con el posicionamiento correcto del paciente, teniendo en cuenta que la cadera del paciente debe colocarse a la altura del borde de la mesa, para permitir la máxima separación de las costillas. El tórax debe estar paralelo al suelo. El procedimiento en el lóbulo pulmonar medio derecho se realiza principalmente en la parte anterior, dividiendo en orden: la vena, el bronquio y la arteria, como lo descrito en el siguiente video, cada paso permite la exposición de la siguiente estructura. Por lo tanto, es de suma importancia dar a conocer que este tipo de procedimiento se realiza en un Hospital de Guayaquil- Ecuador, con buenos resultados quirúrgicos y menores tasas de complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

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

Autores: Constanza Díaz Garrido, Constanza Paz D., Jorge Marín A., Daniela Arauco R., Jimena Doña, Alejandro Conejeros R., Huáscar Rodríguez G., Enrica Ramirez P., Nicolas Von Jentschky., David Lazo P., Felipe Undurraga M. Unidad De Cirugía De Tórax y Broncoscopia Intervencional, Hospital Clínico San Borja Arriarán

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

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

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

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

Conclusión: La fibromatosis desmoide es una neoplasia benigna, localmente agresiva y con alta tasa de recurrencia. Requiere resecciones amplias, generando defectos significativos. El sistema STRATOS ofrece una solución eficaz por su estabilidad, biocompatibilidad y fácil fijación. El uso de colgajos regionales permite una cobertura funcional y estética. Este caso destaca la relevancia de la planificación conjunta y ejecución coordinada entre equipos especializados para lograr una reconstrucción segura y efectiva, optimizando resultados funcionales y oncológicos.

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

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

Contenido del video: MATERIALES Y MÉTODOS Estudio descriptivo retrospectivo basado en caso clínico. Se analiza el abordaje quirúrgico multidisciplinario de un paciente operado por los equipos de Cirugía de Tórax y Cirugía Plástica del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), enfocado en la reconstrucción torácica tras resección oncológica extensa. Paciente masculino de 17 años con masa costal izquierda de dos años de evolución, biopsiada como tumor desmoide. PET-CT evidenció lesión hipermetabólica de 88x71 mm, inicialmente sospechosa de sarcoma. Se planificó resección en bloque con márgenes ampliados y reconstrucción tridimensional con materiales protésicos e injertos musculares regionales. Intervención realizada en marzo de 2025.
RESULTADOS La resección incluyó extirpación en bloque de costillas 7ª a 10ª con márgenes adecuados y reconstrucción tridimensional mediante placas STRATOS y malla ePTFE. La cobertura se efectuó con colgajo de serrato anterior y dorsal ancho, además de colgajo fasciomiotómico de recto abdominal (VRAM) y colgajos dermograsos de dorsal y lumbar. El postoperatorio fue favorable, con extubación precoz y suspensión temprana de drogas vasoactivas. Presentó infección respiratoria que respondió al tratamiento antibiótico. Alta al día 18. La biopsia definitiva confirmó fibromatosis desmoide con márgenes negativos. El paciente permanece en seguimiento sin evidencia de recidiva al cuarto mes.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

fibromatosis desmoide es una neoplasia benigna, localmente agresiva y con alta tasa de recurrencia. Requiere resecciones amplias, generando defectos significativos. El sistema STRATOS ofrece una solución eficaz por su estabilidad, biocompatibilidad y fácil fijación. El uso de colgajos regionales permite una cobertura funcional y estética. Este caso destaca la relevancia de la planificación conjunta y ejecución coordinada entre equipos especializados para lograr una reconstrucción segura y efectiva, optimizando resultados funcionales y oncológicos.

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

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

Hospital Regional De Talca

Introducción: Las resecciones anatómicas sublobares se han consolidado como una opción válida en el manejo quirúrgico del cáncer pulmonar en estadios iniciales. Ensayos clínicos randomizados recientes, como el JCOG0802/WJOG4607L (Lancet, 2022) y el CALGB/Alliance 140503 (New England Journal of Medicine, 2023), han demostrado que las segmentectomías no son inferiores a las lobectomías en términos de sobrevida global y control oncológico en tumores periféricos de menos de 2 cm, y que además permiten una mejor preservación de la función pulmonar postoperatoria. Sin embargo, estos estudios subrayan que el éxito oncológico de la resección sublobar depende críticamente de la obtención de márgenes quirúrgicos adecuados, con recomendaciones que sugieren un margen mínimo de seguridad de al menos 2 cm o equivalente al diámetro del tumor. En este contexto, la identificación precisa de los límites intersegmentarios adquiere especial relevancia, ya que resecciones insuficientes se asocian con mayor riesgo de recurrencia local. El uso de verde de indocianina (ICG) intravenosa, en combinación con sistemas de visión de fluorescencia, ha surgido como una herramienta eficaz y reproducible para la demarcación intraoperatoria de los planos segmentarios reales, facilitando una resección anatómica precisa y segura. Diversos reportes han validado esta técnica como un complemento esencial en la cirugía pulmonar mínimamente invasiva.

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

Contenido del video: Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años con un nódulo periférico de 11 mm localizado en la interfase de los segmentos S8 (Anteromedial) y S9 (Lateral) del lóbulo inferior izquierdo. El video describe la planificación preoperatoria mediante tomografía axial computarizada (TAC) de alta resolución con reconstrucción vascular para la identificación anatómica y planificación. Se comienza disecando en la cisura las ramas arteriales segmentarias A8 y A9. Se secciona inicialmente A8 y se inyecta verde de indocianina, comprobando que el margen obtenido es insuficiente. Luego se secciona A9, logrando márgenes adecuados a la fluorescencia. Se identifica a continuación el bronquio correspondiente a los segmentos 8 y 9 y se seccionan con prueba de insuflación y desuflación, que coincide con el margen determinado por perfusión. Finalmente se seccionan las venas segmentarias. La transección del parénquima se efectuó con endograpadora sobre la línea de demarcación incluyendo los muñones del hilio segmentario. Se realizó linfadenectomía sistemática hilar y mediastínica. Finalmente, se comprueba la comprobación de hemo y aerostasia de la sutura bronquial, se instala un tubo de drenaje pleural y cierre de las incisiones. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con retiro del drenaje al segundo día y alta hospitalaria al tercero, sin complicaciones. Este caso ilustra la utilidad del verde de indocianina como herramienta segura y eficaz para definir márgenes segmentarios en tiempo real en resecciones segmentarias anatómicas complejas.

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

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

Hospital Regional De Talca, Clínica Santa María

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

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

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

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

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

Hospital Regional De Talca

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

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

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

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

Autores: Bárbara Constanza Araneda González, Bárbara Daniela González Espinoza, Gino Stefano Bizjak Gómez
Instituto Nacional De Tórax

Introducción: La parálisis diafragmática, ya sea unilateral o bilateral, es una entidad clínica con implicaciones significativas en la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes. Su etiología es diversa, incluyendo causas iatrogénicas (postquirúrgicas), traumáticas, neurológicas o idiopáticas, y su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica apoyado en estudios funcionales y de imagen. En los últimos años, el abordaje mínimamente invasivo mediante cirugía toracoscópica ha emergido como una alternativa eficaz y segura para la reparación diafragmática, particularmente en casos seleccionados de disfunción persistente o síntomas debilitantes. Esta técnica no solo ofrece las ventajas inherentes a este tipo de cirugía, como menor dolor postoperatorio, recuperación acelerada y reducción de complicaciones, sino que también permite una visualización óptima del diafragma para realizar procedimientos como la plicatura o la liberación de adherencias con precisión. A continuación, se realiza la presentación de un caso de una paciente femenina de 16 años, con síntomas de disnea durante la infancia con aumento en los últimos años conllevando a limitaciones en su vida cotidiana, con posterior reparación de dicho ascenso diafragmático mediante plicatura por VATS.

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

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

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

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

Solca- Guayaquil

Introducción: La cirugía robótica toracoscópica (RATS) ha surgido en los últimos años como una alternativa a la cirugía torácica videoasistida (VATS). Son evidentes sus ventajas técnicas: mayor rango de movimiento y características ergonómicas mejoradas. Además, ofrece una visión de alta definición en tres dimensiones, los cirujanos se adaptan más rápidamente al robot y la tecnología utilizada proporciona una mayor probabilidad de radicalidad oncológica. La experiencia muestra que la cirugía robótica en el cáncer de pulmón es segura y factible. Sin embargo, la cirugía robótica pierde la interacción táctil y es necesaria la adquisición de habilidades de coordinación ojo-mano. Existen complicaciones por dificultad técnica, tales como: sangrado de vasos pulmonares (arteria ascendente posterior y suturada rama arterial pulmonar) que se resolvieron con conversión a VATS.

Objetivos: -Describir la experiencia de una cirugía torácica: LOBECTOMIA SUPERIOR DERECHA+ LINFADENECTOMIA NIVEL 7R-8R-10R Y 11R ASISTIDA POR ROBOT EN UN HOSPITAL ONCOLÓGICO DE GUAYAQUIL-ECUADOR- Destacar la importancia de una adecuada evaluación preoperatoria, utilizando un estudio de reconstrucción 3D en una cirugía robótica torácica.- Determinar los beneficios que representa la realización de una cirugía robótica torácica protocolizada y planificada para evitar complicaciones y errores quirúrgicos a corto, mediano y largo plazo

Contenido del video: La finalidad de este video es mostrar que la cirugía robótica torácica ofrece múltiples beneficios en relación a técnicas quirúrgicas abiertas tradicionales: pues permite evaluar durante el acto transoperatorio las variantes anatómicas que se pueden presentar y la precisión necesaria para la disección y preparación del hilio pulmonar. La técnica quirúrgica consiste en iniciar con linfadenectomía de los niveles ganglionares 9R 8R 7 10R 11R 4R y a continuación con la sección de los vasos venosos y arteriales, además del respectivo bronquio del lóbulo o segmento a resecar. En este video destacamos la variante anatómica encontrada en el acto quirúrgico y además poniendo en evidencia que este hallazgo debería plantearse dentro de la planificación quirúrgica, teniendo en cuenta que debe ser protocolizada la realización de un estudio de reconstrucción 3D antes de la cirugía robótica, así disminuir los riesgos y complicaciones en el acto quirúrgico e inclusive mejorar el tiempo quirúrgico. Al final del video se observa la variante vascular con la presencia individual de cada rama venosa para los segmentos del lóbulo superior derecho, pues se encontró como hallazgo: variante anatómica de la vena pulmonar superior derecha que deriva en 6 ramificaciones.

392, ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTÍNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Rodrigo Díaz Saavedra, Juan Pablo Durán Almarza, Pedro Ramírez Nieto, Carlos Álvarez Zepeda

Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) tiene una prevalencia estimada entre 0,1% y 0,4% en la población general, sin embargo, en Chile no existen datos poblacionales. El 80–85% de los HPTP se deben a un adenoma paratiroideo en localización cervical. Por otra parte, hasta un 20% pueden corresponder a glándulas ectópicas, siendo el mediastino anterior la localización más común, y menos del 1% corresponderán a carcinoma paratiroideo. Se estima que entre 1–2% de todos los casos de HPTP corresponden a paratiroides ectópicas mediastínicas profundas, y de estos, la mayoría requerirá cirugía torácica. La baja frecuencia y complejidad de estos casos justifica su divulgación.

Objetivos: Presentar un caso de HPTP por adenoma paratiroideo mediastínico operado por esternotomía reversa incompleta de forma exitosa.

Contenido del E-Poster: Paciente de 59 años con antecedente de cáncer cervicouterino tratado (RT-QT) en 2022, en seguimiento endocrinológico por diabetes e hipotiroidismo. En exámenes de laboratorio presenta aumento en valores de PTH hasta 83,8 pg/mL, hipofosfemia y calciuria elevada. Se solicitó Gammagrafía con SPECT-CT que mostró foco hipercaptante en mediastino anterior derecho. TAC de tórax evidenció una lesión nodular bien delimitada de 2,5 cm. concordante Se realizó resección de la lesión por esternotomía incompleta en Hospital Barros Luco Trudeau.

Resultado: Durante la cirugía se identificó masa ovalada y firme de 1,5 cm inmediatamente por sobre la vena innominada, logrando exéresis completa de esta. La PTH preoperatoria de 89 pg/mL descendió a 14 pg/mL 10 minutos post resección de la lesión, confirmando exéresis funcional según "Protocolo de Miami". La paciente tuvo evolución postoperatoria sin complicaciones, y es dada de alta 4 días posteriores a la cirugía.

Conclusión: Las glándulas paratiroides ectópicas en mediastino son una causa infrecuente de HPTP. El uso combinado de SPECT/CT y TAC es clave en su localización preoperatoria. La caída de la PTH intraoperatoria aporta evidencia bioquímica inmediata de exéresis exitosa. Este caso muestra que la resección por esternotomía reversa es factible y exitosa.

393, MEDIASTITIS DESCENDENTE CRIPTOGENICA: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Jorge Arche P, Felipe Orellana M, Raimundo Santolaya C, Raúl Berríos S, José Ortega S, Gerardo Mordovich R, Manfred Zink R, Pablo Pérez C

Clinica Alemana Santiago

Introducción: La mediastinitis descendente necrotizante (MDN) es una infección cervicotorácica polimicrobiana, agresiva y potencialmente letal, que se disemina a través de los espacios cervicales profundos. Aunque suele tener origen odontogénico o faríngeo, existen casos infrecuentes sin foco primario identificable, denominados criptogénicos, que representan un reto diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente con mediastinitis descendente necrotizante que requirió cirugía torácica.

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica, estudios de imagen y evolución postoperatoria de un paciente sometido a cirugía torácica por mediastinitis descendente necrotizante, resguardando su confidencialidad.

Resultado: Hombre de 59 años, previamente sano, consultó por fiebre, disnea y dolor cervical. La tomografía computarizada (TC) reveló compromiso inflamatorio de los espacios cervicales profundos con discreta extensión al mediastino, sin foco evidente. Se realiza resonancia nuclear magnética (RNM) y endoscopia digestiva para descartar patología esofágica y periesofágica. Se evidencia colección torácica en RNM solo horas después de TC. Se inició antibioterapia y se realiza videotoracoscopia derecha. La evolución fue favorable, sin ventilación mecánica ni reintervenciones. Cultivos intraoperatorios fueron negativos. Evaluación multidisciplinaria no identificó etiología, confirmando MDN criptogénica. Alta dentro de la semana. La tomografía de control a los 60 días mostró resolución completa con fibrosis residual.

Conclusión: Hasta un 10% de los casos de MND no tiene foco primario demostrable. La diseminación ocurre por continuidad a través de planos fasciales. El diagnóstico se fundamenta en la clínica y las imágenes. El tratamiento puede incluir drenaje quirúrgico cervical y mediastínico, junto a antibioterapia prolongada. La ausencia de foco no disminuye el riesgo vital ni modifica la indicación quirúrgica urgente. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico clínico-radiológico oportuno y del tratamiento quirúrgico agresivo, incluso en ausencia de foco identificado. La resolución completa sin secuelas en este paciente inmunocompetente refuerza la eficacia de un enfoque multidisciplinario precoz.

394, CAVERNOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN NEUMONÍA NECROTIZANTE MULTILOBAR

Autores: Camilo Sánchez G., Catalina Díaz De Valdés R., Pablo Guzmán M., Hugo Álvarez M., Pablo Pérez C, Micaela Azarola, María José Vicuña Q., Rubén Valenzuela M.

Hospital San Juan De Dios

Introducción: La cavernostomía descrita por Monaldi en 1938 constituye un drenaje aspirativo externo diseñado para controlar la sepsis intrapulmonar y permitir la reexpansión del parénquima antes de una resección. En la actualidad puede ejecutarse de forma percutánea y guiada por imagen reduciendo la agresión quirúrgica. Presentamos un caso de neumonía necrotizante masiva en paciente crítico, inicialmente candidato a neumonectomía derecha, manejado con una variante percutánea ecoguiada que evitó la resección mayor.

Objetivos: Describir el uso de cavernostomía percutánea, ecoguiada y con aspiración continua, como estrategia puente que permitió descartar la neumonectomía en neumonía necrotizante multilobar.

Contenido del E-Poster: Masculino de 33 años, portador de VIH en terapia antirretroviral (carga viral indetectable), fumador activo. Ingresó cursando shock séptico de foco pulmonar. Angio-TC mostró consolidación multilobar derecha. Recibió antibióticos empíricos sin mejoría y evolucionó a insuficiencia respiratoria, requiriendo ventilación mecánica en unidad de cuidados intensivos. TC de control evidenció transformación cavitaria con nivel hidroaéreo en lóbulos superior e inferior derechos. Se plantea necesidad de neumonectomía que se difirió por inestabilidad clínica. Se efectúa cavernostomía percutánea ecoguiada en el noveno día con instalación de catéter pigtail 12 F a aspiración continua. Se mantuvo antibioticoterapia dirigida y rehabilitación respiratoria intensiva hospitalaria, seguida de hospitalización domiciliar con drenaje a válvula de Heimlich.

Resultado: El paciente se extubó al día 15 y egresó de cuidados intensivos al 17 con fuga aérea. A seis semanas, TC de control mostró cavidad residual en lóbulo superior con contenido exclusivamente aéreo, sin comunicación al árbol bronquial y resolución del proceso inflamatorio. Se retiró el drenaje bajo vigilancia. El paciente permaneció asintomático y la radiografía torácica no evidenció signos de ocupación pleural. Dada la evolución, se desestimó la neumonectomía prevista.

Conclusión: La cavernostomía percutánea ecoguiada permitió controlar la sepsis pulmonar, favorecer el colapso cavitario y reevaluar la necesidad de resección mayor, reproduciendo los principios del procedimiento de Monaldi con menor morbilidad. Esta experiencia respalda su inclusión como paso intermedio en el algoritmo de manejo de neumonía necrotizante cavitaria cuando la resección inmediata comporta riesgo elevado.

395, BRONCOTOMÍA DEL BRONQUIO LOBAR MEDIO EN ADULTO: ALTERNATIVA QUIRÚRGICA ANTE CUERPO EXTRAÑO IMPACTADO.

Autores: Jorge Arche P, Felipe Orellana M, Paula Barría, Raúl Berríos S, Gerardo Mordovich R.

Clínica Alemana Santiago

Introducción: La aspiración de cuerpos extraños en adultos, si bien infrecuente, es una entidad clínicamente relevante, especialmente en pacientes con disfagia o comorbilidades neurológicas. Su presentación puede incluir tos persistente, disnea o neumonía obstructiva, aunque no es infrecuente un curso asintomático. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, tomografía computada de tórax y broncoscopia. La broncoscopia flexible es el tratamiento de elección, con altas tasas de éxito, en casos de impactación firme puede fracasar. Este reporte busca destacar el valor del abordaje quirúrgico cuando el tratamiento endoscópico no es resolutorio.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico ante cuerpo extraño impactado, tras fracaso endoscópico.

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica, estudios de imagen y evolución postoperatoria de un paciente sometido a cirugía torácica por cuerpo extraño bronquial, resguardando su confidencialidad.

Resultado: Masculino de 52 años, con aspiración inadvertida de un fragmento sólido proveniente de una vela de cumpleaños, hace aproximadamente 20 años. Desde el año 2023, comenzó a presentar episodios recurrentes de fiebre, tos productiva y neumonías en el lóbulo inferior derecho a repetición, por lo cual se decide estudiar. La tomografía computada de tórax evidenció un cuerpo extraño impactado en el bronquio intermedio derecho, hallazgo confirmado mediante broncoscopia flexible. Se intentó extracción endoscópica sin éxito, debido a la rigidez del cuerpo extraño y su ubicación distal, lo que dificultó su movilización. Ante este escenario, se indicó resolución quirúrgica. Se realizó una toracotomía posterolateral derecha con broncotomía sobre el bronquio lobar medio, logrando la extracción del cuerpo extraño sin complicaciones, sin emplear refuerzo en la broncorrafia. La evolución postoperatoria fue favorable, no presentó fuga aérea, con resolución completa de los síntomas y sin recurrencia al control a los 30 días.

Conclusión: El bronquio intermedio es una localización anatómica propensa a la impactación de cuerpos extraños. Aunque la broncoscopia flexible permite resolver la mayoría de los casos, existen situaciones en que la cirugía se vuelve necesaria. La broncotomía es una técnica poco reportada, pero segura y resolutoria en pacientes seleccionados. La literatura es escasa respecto al abordaje quirúrgico tras fracaso endoscópico, por lo que este caso contribuye al conocimiento clínico y quirúrgico de esta entidad. Nuestro caso demuestra que la cirugía, en un paciente adecuadamente seleccionado, constituye una opción resolutoria y segura.

396, TRANSMOGRIFICACION PLACENTARIA DEL PULMON. REPORTE DE UN CASO

Autores: Héctor Rivas Molina, Pablo Mena Sellan, Jorge Armijo Herrera, Patricio Fernández Almonacid, Manfred Zink Rocuant, Gino Bizjak, Eduardo Leopold

Clínica Dávila

Introducción: La Transmogrificación Placentaria del pulmón se define como una lesión benigna a nivel del parénquima pulmonar que presenta cambios en su topografía histológica que asemejan a vellosidades coriales, propias de la placenta, pero sin sus propiedades biológicas. Es una condición extremadamente rara, siendo por primera vez reportada el 1979 por McClesney. Se describen pocos casos, la mayoría son hombres entre la segunda y quinta década de vida. Su etiología es desconocida, pero se presume es una variante del enfisema bulloso gigante o una proliferación benigna de células claras anormales del intersticio pulmonar. Su presentación clínica es variable, desde asintomática a una insuficiencia respiratoria, siendo muy dependiente de las enfermedades subyacentes del paciente. Es fundamental una tomografía (TC), la cual puede evidenciar masas sólidas pulmonares, enfisema bulloso, lipomatosis y con frecuencia asociarse a hamartomas fibrocondromatosos pulmonares. El diagnóstico definitivo se hace con el estudio histopatológico.

Objetivos: Dar a conocer un caso clínico en Clínica Dávila, poco frecuente y con escasas referencias bibliográficas disponibles.

Contenido del E-Poster: Análisis de caso y revisión de literatura. **Caso clínico:** Paciente masculino de 57 años, con antecedentes de EPOC y tabaquismo crónico. Hallazgo en control imagenológico de un nódulo pulmonar sólido del LSI, de bordes irregulares, de 11x 8 mm, asociado a enfisema centroacinar y paraseptal. Para el estudio de la lesión y dado sus antecedentes se solicitó un PET-CT que evidencia hipercaptación de la lesión y compatible con neoplasia broncogénica primaria sin demostrar signos de diseminación a distancia. Para complementar se realizó una RM cerebro la cual no evidenció lesiones metastásicas. Se realiza resección segmentaria atípica del segmento S1 del LSI con linfadenectomía mediastínica, sin incidentes. Finalmente, la biopsia diferida reporta una Transmogrificación Placentaria del pulmón.

Resultado: Evoluciona con Fístula bronquio alveolar, que aumento los días de hospitalización y permanencia del drenaje pleural, dado la presencia de enfisema pulmonar severo, con pulmón de mala calidad. Biopsia demuestra bordes quirúrgicos a más de 2 cm de la lesión resecada.

Conclusión: La Transmogrificación Placentaria del pulmón es una lesión benigna excepcionalmente rara, que suele simular radiológica y clínicamente a una neoplasia maligna, especialmente en pacientes con antecedentes de tabaquismo y EPOC. Este caso subraya la importancia del diagnóstico histopatológico para diferenciar entidades malignas de benignas, evitando tratamientos innecesarios más agresivos. La resección segmentaria mínimamente invasiva, como en este paciente, resulta una opción diagnóstica y terapéutica adecuada, al tiempo que minimiza la morbilidad. Reconocer esta entidad dentro del diagnóstico diferencial permite un manejo quirúrgico racional y un pronóstico más favorable para el paciente.

397, QUISTE HIDATÍDICO: LOCALIZACIONES TORÁCICAS INFRECUINTES. REPORTE DE 3 CASOS EN HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE.

Autores: Francisca Marthina De Lourdes Briceño Moraga, Francisca Briceño M., Senead Medina G., Jorge Marín A., Claudio Vallejos O., Eduardo Cruces B., Pedro Felipe Undurraga M., Huáscar Rodríguez G.

Hospital Regional De Coyhaique, Universidad Austral De Chile

Introducción: La hidatidosis humana, zoonosis causada por el cestodo *Echinococcus granulosus*, endémica en áreas rurales y ganaderas de Chile, sigue siendo prioridad en las líneas de acción de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud. Aunque afectan principalmente el hígado y los pulmones, en rangos 60-70% y 20-30% respectivamente, existe en un bajo porcentaje afección de ubicaciones atípicas, que representan desafíos diagnósticos y terapéuticos. En este reporte se presentan 3 casos con localizaciones inhabituales no sospechadas previo a la cirugía, su forma de resolución y desenlaces favorables.

Objetivos: Presentar 3 casos de quiste hidatídico de localización torácica inusual (extrapulmonar), destacando la importancia del diagnóstico diferencial, alta sospecha en zonas de elevada incidencia y planificación adecuada del tratamiento.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de ficha clínica de 3 casos tratados en el Hospital Regional Coyhaique entre 2023 y 2024 y revisión de literatura.

Resultado: 1. Hombre de procedencia urbana de 30 años sin comorbilidades, presentó un tumor paravertebral izquierdo inicialmente diagnosticado como Schwannoma. El estudio de imagen preoperatorio (ecografía y resonancia magnética), mostró una imagen quística multiloculada. Se decidió abordar por toracotomía. Durante el acto quirúrgico se evidenció un quiste extra pleural adherido a vértebras y costillas con contenido purulento y vesículas hijas. 2. Agricultor rural hipertenso de 30 años, tratado inicialmente por empiema pleural derecho por videotoracoscopia (VTC), evolucionó tópidamente en el postoperatorio. Se controló con tomografía computada de tórax que mostró una lesión quística en mediastino anterior, sugerente de quiste hidatídico pericárdico. Se realizó quistectomía por VTC con puertos subxifoideos. Al examen macroscópico se observó la periquística en relación a pericardio y pleura, con membrana prolígera y vesículas hijas en su interior. 3. Mujer urbana de 29 años previamente sana, presentó una masa de partes blandas en pared torácica izquierda, entre tercer y cuarto espacio intercostal línea media axilar. El estudio de imagen incluyó ecografía de partes blandas y resonancia magnética, que mostraron una imagen quística heterogénea con múltiples septos. Se intervino como quiste axilar. Durante la resección se evidenció adyacente a la articulación glenohumeral, una lesión macroscópicamente compatible con quiste hidatídico, confirmándose en forma contemporánea con biopsia rápida. Todos los casos fueron confirmados con estudio histopatológico y presentaron evolución favorable.

Conclusión: La presentación de estos casos resalta la necesidad de considerar en zonas de alta incidencia, el quiste hidatídico como diagnóstico diferencial de lesiones quísticas, aún en ubicaciones atípicas; ya que este pudiera omitirse en informes radiológicos. El manejo exitoso requiere elevado índice de sospecha para así completar el estudio, realizar el tratamiento médico perioperatorio, planificación de la técnica quirúrgica considerando, según corresponda, la posibilidad de cirugía mínimamente invasiva y un seguimiento postoperatorio riguroso. Además, mencionar la importancia de la biopsia contemporánea como buena práctica en el enfrentamiento de estas lesiones, para así no retrasar el inicio de tratamiento erradicador de la enfermedad.

398, MANEJO QUIRÚRGICO Y CONSERVADOR DE FRACTURAS COSTALES: SERIE DE CASOS EN UN CENTRO DE TRAUMA DE ALTA COMPLEJIDAD EN CHILE

Autores: José Via Dorado Cámpora, Daniel Roizblatt Krell, Ignacio Torres Manzano, Jorge Arche Prats

Hospital Del Trabajador

Introducción: Las fracturas costales son una causa frecuente de hospitalización en trauma torácico, especialmente en pacientes politraumatizados. Si bien la mayoría se maneja de forma conservadora, la fijación quirúrgica ha demostrado beneficios en casos con volet costal y compromiso respiratorio. No obstante, su utilidad en pacientes sin volet clínico sigue siendo controversial. Estudios recientes no han evidenciado mejoras significativas en calidad de vida o complicaciones en este subgrupo, y han descrito incluso hospitalizaciones más prolongadas. Esta incertidumbre se suma a una notoria variabilidad en la práctica clínica, con baja adherencia a guías basadas en evidencia. En este contexto, se hace necesario describir las características clínicas y la evolución funcional de estos pacientes, considerando el tipo de tratamiento recibido y su impacto en la recuperación.

Objetivos: Describir el perfil clínico, tipo de tratamiento y evolución de pacientes con fracturas costales atendidos en un centro de trauma de alta complejidad.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos. Se incluyeron 70 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de fractura costal confirmado por tomografía computada, atendidos en el Hospital del Trabajador entre enero de 2024 y julio de 2025. Se revisaron registros clínicos electrónicos para obtener antecedentes demográficos, comorbilidades, mecanismo del trauma, características de las fracturas, complicaciones, tipo de manejo (quirúrgico o conservador), necesidad de analgesia por anestesiología, tiempo de hospitalización y días de reposo laboral. Los datos fueron anonimizados y analizados con estadística descriptiva.

Resultado: La edad promedio muestral fue de 50,75 años (rango: 18–80), con predominio masculino (n = 60; 85,7 %). El IMC promedio fue de 29,06. Casi un tercio eran fumadores (30%), el 17,1 % eran diabéticos y 22,9 % presentaban hipertensión arterial, el 50 % no tenían comorbilidades relevantes al ingreso. 32 pacientes (45,7 %) fueron derivados desde otro centro. El mecanismo de trauma más frecuente fueron los accidentes asociados a vehículos motorizados que representaron el 35,6 % del total. El promedio de fracturas costales por paciente fue de 5,08 (rango: 1–17); 53 pacientes (75,7 %) presentaron compromiso unilateral y 17 (24,3 %) bilateral. 21 pacientes (30 %) requirieron pleurostomía, y 27 (38,6 %) fueron diagnosticados como politraumatizados. Las lesiones torácicas asociadas más frecuentes fueron neumotórax en 20 casos (28,6 %) y hemoneumotórax en 18 (25,7 %). Veinte pacientes (28,6 %) recibieron manejo analgésico especializado por parte del equipo de anestesiología. El tratamiento fue quirúrgico en 3 pacientes (4,3 %), de los cuales 2 fueron operados con técnica de sutura costal y 1 mediante fijación con placa; los 67 restantes (95,7 %) fueron manejados de forma ortopédica. Los tiempos promedio fueron de 15,28 días de hospitalización inicial, 120 días de reposo laboral y 47 días de hasta el alta por cirugía.

Conclusión: Este estudio evidencia una marcada tendencia al manejo conservador de las fracturas costales en nuestro centro, incluso en presencia de lesiones torácicas asociadas relevantes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de cuestionar críticamente la indicación quirúrgica para la osteosíntesis costal en escenarios complejos sin volet clínico. Asimismo, se refuerza la importancia de desarrollar estudios comparativos de mayor escala que permitan orientar de manera robusta las distintas estrategias terapéuticas.

399, CIRUGÍA TORÁCICA FRENTE AL DESAFÍO: MANEJO DE UN QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR GIGANTE CON EVOLUCIÓN FAVORABLE

Autores: Gerardo Mordojovich R, Jorge Arche P., Galo Cárdenas S, Sofía Fuentes L, Felipe Orellana M, José Ortega S, Pablo Pérez C, Manfred Zink R, Raimundo Santolaya C, Raúl Berríos S.

Clínica Alemana Santiago

Introducción: Los quistes hidatídicos pulmonares gigantes (≥ 10 cm) representan una manifestación infrecuente pero clínicamente significativa de la equinocosis por *Echinococcus granulosus*. Su gran tamaño puede ocasionar síntomas respiratorios severos, compresión mediastínica y desafíos técnicos en su resolución quirúrgica. Se presenta un caso de quiste hidatídico pulmonar gigante con resolución quirúrgica exitosa.

Objetivos: Describir manejo de un quiste hidatídico pulmonar gigante, destacando aspectos clínicos, imagenológicos y técnico-quirúrgicos de relevancia.

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica, estudios de imagen, antecedentes quirúrgicos y evolución postoperatoria de un paciente operado por quiste hidatídico pulmonar gigante, resguardando su confidencialidad.

Resultado: Paciente masculino de 19 años, sin antecedentes mórbidos, residente en zona endémica de equinocosis, que consultó por disnea progresiva y dolor torácico. La tomografía computada evidenció un quiste pulmonar gigante de 25 cm en el lóbulo superior izquierdo, con desviación del mediastino, y la resonancia magnética confirmó compromiso pulmonar exclusivo. La serología IgG para *Echinococcus granulosus* fue negativa. Se realizó toracotomía posterolateral izquierda con aislamiento del campo quirúrgico mediante solución salina hipertónica, aspiración controlada del contenido quístico y resección de membranas hidatídicas. Ante la destrucción completa del lóbulo superior, se indicó lobectomía. El estudio histopatológico confirmó hidatidosis pulmonar. El paciente en tratamiento adyuvante con albendazol y ha presentado evolución satisfactoria.

Conclusión: La hidatidosis pulmonar gigante (≥ 10 cm) es una forma infrecuente y desafiante de equinocosis. Puede simular masas tumorales y compresión mediastínica, con serología negativa hasta en un 30% de los casos. La tomografía computarizada es clave para el diagnóstico, y la resonancia puede ser útil en casos seleccionados. Quirúrgicamente, el manejo exige aislamiento meticuloso del campo con solución salina hipertónica y aspiración controlada para prevenir anafilaxia o diseminación pleural. La lobectomía es una opción válida ante destrucción lobar. Este caso destaca la importancia de evitar punciones pleurales empíricas sin diagnóstico imagenológico, dada la posibilidad de ruptura hidatídica con consecuencias graves. El tratamiento quirúrgico radical, basado en principios técnicos seguros y bien establecidos, es eficaz en quistes hidatídicos pulmonares gigantes y debe considerarse la estrategia de elección en casos con destrucción lobar. Su adecuada ejecución permite una evolución postoperatoria favorable y libre de complicaciones mayores.

400, SÍNDROME DE DOEGE-POTTER. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Jorge Isaías Lavanderos Fernández, Jorge Lavanderos F, Francisca Faúndez P, Rocío Davinson C, Ignacio Montiel M

Hospital Base San José Osorno. Servicio De Cirugía

Introducción: El síndrome de Doege-Potter es un síndrome paraneoplásico raro e infrecuente, caracterizado por la presencia de hipoglicemia grave y refractaria a tratamiento, asociada generalmente a tumores fibrosos solitarios de la pleura (TFSP), se estima que ocurren con una frecuencia de 2,8 por cada 100.000 individuos, representan menos del 5% de todos los tumores derivados de la pleura. Una manifestación infrecuente de los TFSP es la hipoglicemia, presente en menos del 5% de los casos, sin embargo puede ser el único síntoma inicial, el cual es mediado por la secreción de los TFSP del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 2 (IGF-2).

Objetivos: Reportar un caso de síndrome de Doege-Potter.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico, se realizó revisión de ficha clínica, imágenes, protocolo operatorio, resultados de biopsia y posterior evolución del caso.

Resultado: Paciente de 62 años, consulta por compromiso del estado general y del sensorio. Estudio inicial descarta evento cerebrovascular. Dentro de los exámenes generales, destaca hipoglicemia (Hemoglucotest: 22 mg/dl). Paciente cursa con hipoglicemias sintomáticas de difícil manejo. Evaluación por endocrinología propone causa paraneoplásica como origen. Estudio de extensión con imágenes (Tomografía computada de tórax), evidencia gran tumor que sustituye casi en su totalidad el hemitórax izquierdo, provocando desviación del mediastino y desplazamiento caudal del diafragma; sin evidencia de diseminación a distancia. Se realiza resección del tumor por toracotomía, se evidencia que la lesión depende de la pleura visceral del lóbulo inferior. Biopsia compatible con tumor fibroso solitario de la pleura. Desde el postoperatorio paciente se mantiene euglicémico.

Conclusión: El síndrome de Doege-Potter es una manifestación infrecuente de los TFSP. Ante la presencia de hipoglicemia persistente, de difícil manejo, sin otra patología que la explique, se debe ampliar el estudio y descartar el síndrome paraneoplásico, ya que puede ser el único síntoma de los TFSP. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica completa del tumor con márgenes negativos.

401, HEMATOMA MEDIASTÍNICO SECUNDARIO A TRAUMA PENETRANTE TORÁCICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Pía González Rojas, Miguel Leal Morgado, Diego Barros Casis, Belén Pedraza Jaque, Marlon Medrano Terrazas, Jairo Torres Rodríguez, Verónica Hernández Reyes

Hospital Félix Bulnes

Introducción: El hematoma mediastínico secundario a trauma penetrante torácico es una entidad poco frecuente pero potencialmente letal. Generalmente está asociado a lesiones de vasos mediastínicos y particularmente ramas de la arteria torácica interna. Su presentación clínica puede ser insidiosa lo que exige un alto índice de sospecha y un abordaje diagnóstico oportuno dado sus potenciales complicaciones. La tomografía computada contrastada de tórax representa el estudio de elección. El manejo y su vía de abordaje dependerá del compromiso hemodinámico, la magnitud del hematoma y la presencia de signos de sangrado activo.

Objetivos: Reportar el manejo exitoso mediante videotoracoscopia (VTC) de un paciente con hematoma mediastínico secundario a trauma penetrante torácico, destacando el rol de la cirugía mínimamente invasiva y la importancia del abordaje multidisciplinario precoz.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo de un caso clínico presentado en nuestra institución. Descripción de los hallazgos clínicos, exámenes complementarios, abordaje quirúrgico y evolución posoperatoria, con especial énfasis en el abordaje multidisciplinario, y revisión de literatura científica en las bases de datos PubMed y UpToDate.

Resultado: Paciente masculino de 42 años, sin comorbilidades, consulta por disnea progresiva de 10 horas de evolución posterior a trauma penetrante torácico por arma blanca. Fue evaluado inicialmente en atención primaria y derivado al servicio de urgencia de nuestro hospital. Ingresa hemodinámicamente estable. Tomografía toracoabdominal contrastada evidencia hematoma mediastínico con signos de sangrado activo desde la arteria torácica interna y hemotórax derechos leve. Dada su estabilidad, se hospitaliza para monitoreo continuo y resolución quirúrgica programada. Se realiza VTC derecha, identificando hemotórax retenido de 1600 cc y hematoma mediastínico abierto a cavidad pleural con sangrado activo menor de vasos mamarios internos, sin lesión pericárdica, diafragmática o pulmonar. Se realiza hemostasia dirigida, aseo de cavidad e instalación de drenajes pleural y mediastínico sin incidentes. En el postoperatorio inmediato ingresa a unidad de cuidados intensivos, con requerimiento de ventilación mecánica invasiva por 48 horas, siendo extubado sin complicaciones. Durante su evolución en sala quirúrgica, se confirma infección por *Clostridium difficile*, tratada exitosamente con vancomicina oral. Tras 10 días de hospitalización se otorga alta clínica, con retiro de drenaje pleural y sin complicaciones pulmonares. Completó tratamiento antibiótico bajo hospitalización domiciliaria. En control ambulatorio a los 10 días del egreso, el paciente se encuentra sin complicaciones clínicas, con herida operatoria sin signos de infección y sin hallazgos patológicos en imagenología de seguimiento.

Conclusión: El hematoma mediastínico secundario a trauma penetrante constituye una urgencia quirúrgica con potencial riesgo vital, en pacientes estables la tomografía computada contrastada permite una estratificación clínica precisa, y la vigilancia estrecha es fundamental para definir el momento quirúrgico y abordaje adecuado. La VTC representa una alternativa segura y efectiva para el drenaje del hematoma mediastínico y el control de sangrado en pacientes seleccionados reduciendo la morbilidad del abordaje convencional. El presente caso enfatiza la relevancia del manejo multidisciplinario precoz, el seguimiento estricto y la utilidad de la cirugía torácica mínimamente invasiva en el trauma torácico penetrante

402, SIMPATECTOMÍA TORÁCICA EXTENDIDA COMO RESCATE EN SUDORACIÓN COMPENSATORIA SEVERA: REPORTE DE UN CASO CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA.

Autores: Dra Carol Escalona Boada, Dr Jorge Arche Prats, Dr Patricio Rodríguez Duque.

Clínica Indisa

Introducción: La hiperhidrosis primaria es un trastorno idiopático caracterizado por sudoración excesiva en palmas, axilas, plantas y rostro, con impacto significativo en la calidad de vida. La simpatectomía torácica es el tratamiento quirúrgico más efectivo. La sudoración compensatoria es una complicación frecuente y potencialmente invalidante. Se presenta el caso de una paciente con sudoración compensatoria severa posterior a simpatectomía convencional, tratada exitosamente mediante simpatectomía torácica extendida.

Objetivos: Presentar el uso de simpatectomía torácica extendida como tratamiento de rescate efectivo en una paciente con sudoración compensatoria severa tras simpatectomía convencional.

Contenido del E-Poster: Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 45 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, sometida en 2016 a simpatectomía torácica VATS a nivel R2 por rubor facial severo, con resolución completa del síntoma. A los 16 meses desarrolla sudoración compensatoria intensa en región dorsal, caderas y pliegues inguinales, con repercusión funcional importante. En marzo de 2025 reconsulta por persistencia del cuadro, indicándose simpatectomía torácica bilateral extendida (R2–R12), realizada por video toracoscopia sin complicaciones. No se utilizaron drenajes pleurales. Al control a los seis meses, la paciente presenta mejoría sintomática significativa, con sudoración compensatoria mínima y alto grado de satisfacción, evaluada mediante cuestionario estructurado de calidad de vida.

Resultado: La sudoración compensatoria es la principal complicación tras simpatectomía, con un rango de presentación ampliamente variable. La simpatectomía extendida (R2–R12) ha sido propuesta como alternativa en casos de hiperhidrosis multifocal o sudoración compensatoria refractaria. Jeong et al. demostraron beneficio sobre la hiperhidrosis plantar sin aumento de sudoración compensatoria al añadir denervación R10–R12, mientras que Elalfy et al. reportaron mejoría sostenida y buena calidad de vida con la técnica secuencial extendida. Este caso aporta evidencia clínica de la factibilidad y efectividad de la denervación extendida como estrategia de rescate en pacientes con sudoración compensatoria incapacitante.

Conclusión: La simpatectomía torácica extendida puede considerarse una alternativa terapéutica segura y eficaz en pacientes seleccionados con sudoración compensatoria severa posterior a simpatectomía convencional. Se requieren estudios prospectivos que permitan estandarizar su indicación.

403, TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL GIGANTE: REPORTE DE CASO

Autores: María José Mendoza Ibacache, Camilo Cavalla Castillo, Valentina Cabrera Salzmán, Laura Mancilla Bunker.

Hospital Naval Almirante Nef, Viña Del Mar.

Introducción: El tumor fibroso solitario se encuentra dentro del espectro histológico de neoplasias benignas mesenquimales fibroblásticas poco frecuentes. Corresponde al 5-8% de los tumores de la pleura. Sus formas de presentación pueden ser por hallazgo imagenológico, síntomas respiratorios inespecíficos y más raramente hemoptisis. Si se mantienen asintomáticos pueden alcanzar grandes tamaños.

Objetivos: Reportar un caso inusual y quirúrgicamente desafiante por el tamaño de la lesión. Describir el abordaje quirúrgico para la extracción de la pieza.

Contenido del E-Poster: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo del tipo reporte de caso clínico, basado en la revisión de la historia clínica y análisis del manejo diagnóstico-terapéutico de un paciente atendido en Hospital Naval Almirante Nef. Se incluyó un paciente que consultó por disnea progresiva y fue diagnosticado con un tumor extrapulmonar e intratorácico de 19x12 cm en hemitórax izquierdo. El caso fue seleccionado por su relevancia clínica y atipicidad. Se revisaron los antecedentes clínicos, exámenes complementarios (laboratorio, imágenes), procedimientos realizados, evolución clínica y tratamiento recibido. La información fue extraída de la ficha clínica electrónica, asegurando la confidencialidad del paciente. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la presentación y publicación del caso, preservando su anonimato y confidencialidad.

Resultado: Se expone el caso de una paciente femenina 76 años, con antecedentes de HTA. Consulta en servicio de urgencias del Hospital Naval en Mayo/2024 por cuadro de disnea progresiva. Se realiza TC tórax que evidencia masa extrapulmonar e intratorácica de 19x12 cm en hemitórax izquierdo, compatible con tumor fibroso solitario. Estudio de función pulmonar DLCO moderadamente disminuida, espirometría con limitación ventilatoria de tipo restrictiva moderadamente grave, sin cambio significativo post uso de broncodilatador inhalado. Se hospitaliza en esa oportunidad para realizar biopsia percutánea y posteriormente se da de alta. Biopsia informa tumor fibroso solitario. Reingresa en 04/Julio/24 para prehabilitación con kinesiólogo. Se planifica resección de tumor vía toracotomía posterolateral, la que se realiza el 09/07/2024, con resección 5ta costilla y sangrado aprox. 200 ml. Tumor en íntima relación con LII, por lo que se realizó además lobectomía inferior izquierda. Pieza operatoria de 23 cm y peso 1.910 gr. Paciente evoluciona en sus primeras 24 hrs en UCI favorablemente, por lo que se traslada a sala para continuar observación. Débitos de pleurostomía en disminución por lo que se retira al 6to día post operatorio, radiografía de tórax de control con reexpansión pulmonar izquierda y ascenso hemidiafragma izquierdo. Evoluciona favorablemente, deambulando, dolor controlado, sin requerimientos de O₂, localmente con pequeño seroma en herida operatoria. De alta el 15/07/24.

Conclusión: El tumor fibroso solitario es una neoplasia poco frecuente, que puede alcanzar gran tamaño antes de manifestarse clínicamente. Su diagnóstico requiere un enfoque multidisciplinario que incluya imágenes, biopsia y evaluación funcional. Este caso destaca la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de masas intratorácicas, así como la factibilidad de su resección quirúrgica incluso en lesiones gigantes, con una adecuada planificación preoperatoria. La evolución favorable de la paciente tras una cirugía mayor apoya la resección completa como tratamiento de elección en casos seleccionados.

404, PLEURODESIS VÍA VIDEOTORACOSCOPIA EN DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO REGIONAL

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

Universidad Austral De Chile. Hospital Base Valdivia

Introducción: El derrame pleural neoplásico suele presentarse en contexto de una neoplasia avanzada. Cuando son de gran cuantía o reincidentes la técnica de elección es la pleurodesis con talco estéril, con intención paliativa dado que sus síntomas como disnea afectan negativamente la calidad de vida. Se recomienda que esta técnica sea a través de videotoracoscopia ya que permite la biopsia bajo visión directa cuando el tumor primario no está establecido y evita reintervenciones quirúrgicas.

Objetivos: Caracterizar los pacientes sometidos a pleurodesis por videotoracoscopia por derrame pleural neoplásico en un centro regional.

Contenido del E-Poster: Se realiza un análisis retrospectivo de casos de pacientes sometidos a pleurodesis por videotoracoscopia entre diciembre de 2020 y marzo de 2025. Incluyendo aquellos procedimientos realizados en contexto neoplásico, se excluyen otras etiologías como neumotórax espontáneo. Se analizan variables, demográficas, etiológicas, técnica quirúrgica, complicaciones y sobrevida post operatoria.

Resultado: Se incluyen un total de 23 casos, de los cuales 86.9 % (n=20) corresponde a mujeres y 8.6% (n=3) a hombres, con una media de 64 años. Los primarios descritos corresponden 39.1% (n=9) pulmonar, 34.78% (n= 8) mama, 13.04% (n=3) desconocido, el restante corresponde a otros primarios como ovario (n= 1), endometrio (n= 1) y testículo (n=1). De estos pacientes 43.47% (n=9) obtuvo el diagnóstico o sospecha de neoplasia durante la hospitalización en que se realizó la intervención. En cuanto a la etapificación, el 100% (n=23) se encontraban en etapa IV. A la fecha, el 52.17% (n=12) de estos pacientes se encuentran fallecidos, con una media de defunción de 7.8 meses posterior al procedimiento. Del total de pleurodesis estudiadas, 95.6% (n=22) no presentaron complicaciones intra o post operatorias. El 4.3 % (n=1) requirió reintervención.

Conclusión: La pleurodesis vía videotoracoscopia se realizó predominantemente en mujeres en contexto de derrame neoplásico siendo el tumor primario más prevalente el pulmonar y en segundo lugar el de mama, lo cual coincide con la prevalencia global de cáncer. Aproximadamente la mitad de los cánceres se diagnosticaron y estudiaron en base a esta forma de presentación y en consecuencia se encontraban todos en etapa metastásica con una alta mortalidad y corta esperanza de vida desde la intervención quirúrgica. La técnica de elección en todos los casos fue con talco estéril, la cual tiene una mayor disponibilidad, alta efectividad con baja tasa de recidiva y de complicaciones.

405, HIDATIDOSIS PERICÁRDICA RECIDIVANTE: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN ZONAS ENDÉMICAS

Autores: Camila Eugenia Gallardo Manríquez, Nicolás Sebastián Escudero Bustos, Catalina Simone Escalona Aillon
Hospital De Puerto Montt

Introducción: La hidatidosis, zoonosis causada por *Echinococcus granulosus*, es prevalente en zonas ganaderas de Sudamérica, especialmente en el sur de Chile, Argentina, Uruguay y Perú. Aunque el hígado y los pulmones son los órganos más afectados, el compromiso cardíaco es raro (<2%), siendo el pericárdico aún más infrecuente (<0,2%). Su presentación varía desde asintomática hasta taponamiento cardíaco por ruptura quística. Se expone el caso de un paciente masculino de 65 años, residente de Palena (zona endémica), con hidatidosis pericárdica recidivante por más de cuatro décadas. Fue sometido a dos cirugías (1985 y 2012), manteniéndose libre de recidiva hasta 2020. Retomó controles en 2025, evidenciándose nueva recurrencia con compromiso ventricular izquierdo. Este caso destaca la importancia del seguimiento prolongado en hidatidosis cardíaca.

Objetivos: Analizar la evolución clínica e imagenológica, y los desafíos diagnósticos y terapéuticos de una hidatidosis pericárdica recidivante con compromiso ventricular izquierdo severo, en un paciente de zona endémica.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico, centrado en la evolución a largo plazo de hidatidosis pericárdica con deterioro funcional cardiovascular severo (FEVI 20%). Se revisaron antecedentes clínicos, hallazgos imagenológicos (TAC, ecocardiografía y cardiiorresonancia), cirugías previas y respuesta al tratamiento con albendazol.

Resultado: Paciente masculino con hidatidosis pericárdica diagnosticada a los 25 años, tratado con pericardiotomía en 1985. Permaneció asintomático durante 27 años. En 2012 presentó recidiva: TAC torácica mostró múltiples quistes poliseptados con vesículas en ápex y pared posterior del ventrículo izquierdo. Ecocardiograma reveló dilatación severa de aurícula y ventrículo izquierdo con hipocinesia septal, pero función sistólica global conservada. ELISA IgG positivo para *E. granulosus*. Fue sometido a quistectomía con circulación extracorpórea, extrayéndose numerosas vesículas hijas. Posteriormente mantuvo seguimiento anual sin recidiva hasta 2020. Tras interrumpir controles, en 2025 la TAC mostró nuevas lesiones quísticas tabicadas en recesos pericárdicos del seno transversal y oblicuo, con aumento progresivo en sucesivas imágenes. Cardiiorresonancia confirmó los hallazgos y evidenció deterioro severo de la función ventricular izquierda (FEVI 20%). Actualmente está clínicamente estable, en tratamiento médico con albendazol, a la espera de resolución quirúrgica.

Conclusión: Este caso ilustra la complejidad del manejo de hidatidosis cardíaca recidivante en zonas endémicas, donde la baja adherencia a controles prolongados favorece recurrencias tardías. La evolución extendida, con múltiples cirugías y compromiso funcional avanzado, subraya la necesidad de estrategias de seguimiento a largo plazo. Asimismo, enfatiza el valor del monitoreo imagenológico periódico para guiar decisiones terapéuticas y mantener alta sospecha clínica ante síntomas cardiovasculares en pacientes con antecedente de hidatidosis pericárdica.

406, ABORDAJE SECUENCIAL BILATERAL EN HIDATIDOSIS PULMONAR MÚLTIPLE: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Yelka Tenelema Cemes, Alfonso Oropesa Celedón, Carlos Figueroa Rivas, Yoselin Burgos Medina, Rocío Martínez Salví

Universidad San Sebastián, Hospital Puerto Montt

Introducción: La hidatidosis pulmonar es la segunda localización más frecuente de la equinocosis quística en humanos, luego del compromiso hepático. La presentación bilateral y múltiple se observa en aproximadamente 10–15 % de los casos y conlleva mayor riesgo de fuga aérea postoperatoria y estadías hospitalarias prolongadas. La resección quirúrgica con preservación parenquimatosa sigue siendo el tratamiento de elección, además el capitonaje reduce las complicaciones de la cavidad residual.

Objetivos: Reportar un caso clínico de hidatidosis pulmonar múltiple bilateral complicada, describiendo abordaje quirúrgico en un solo tiempo mediante toracotomía secuencial, destacando los desafíos técnicos, propios de cirugía torácica mayor, los resultados perioperatorios y su valor como experiencia quirúrgica en centros especializados.

Contenido del E-Poster: Paciente mujer de 23 años derivada por disnea, tos y vómica. La TAC tóraco-abdominal evidenció 15 quistes pulmonares bilaterales, 6 en el hemitórax izquierdo y 9 en el derecho, de los cuales 2 en el lado izquierdo y 1 en el derecho se encontraban rotos; además se identificaron quistes hepáticos y esplénicos indemnes. Se realizó intervención quirúrgica mediante toracotomías posterolaterales bilaterales secuencial en un tiempo quirúrgico, bajo consentimiento informado. - Hemitórax izquierdo: lobectomía Superior Izquierdo. Quistectomías segmento apical (2) y segmentos basales (4) en Lóbulo Inferior Izquierdo con resección en cuña y capitonaje. - Hemitórax derecho: Quistectomías en lóbulos superior, medio y basal (7) con capitonaje de las cavidades.

Resultado: El tiempo quirúrgico total fue de 6 horas y 40 minutos, con sangrado estimado en 300 mL y sin necesidad de transfusiones. La paciente permaneció 24 horas en ventilación mecánica, con extubación exitosa. La única complicación fue una fuga aérea persistente izquierda, resuelta con kinesiterapia y drenaje pleural (retirado al día 13). Sin infección ni sangrado residual. Fue dada de alta al día 14 en buenas condiciones generales con reexpansión pulmonar completa derecha y neumotórax apical residual izquierdo. Al alta se indica albendazol 400 mg cada 12 h por 28 días.

Conclusión: La resección secuencial bilateral en un solo tiempo permitió extirpación completa de 15 quistes con máxima preservación parenquimatosa y morbilidad aceptable. La fuga aérea prolongada fue la única complicación significativa y se resolvió con manejo conservador. Este abordaje muestra que, en centros con experiencia, la intervención única evita re-operaciones y minimiza la diseminación, favoreciendo la recuperación funcional temprana.

407, DERRAME PLEURAL PERSISTENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE UÑAS AMARILLAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Jorge Arche P, Sofía Fuentes L, Felipe Orellana M, Marcela Gómez N, Jose Ortega S, Gerardo Mordojovich R, Manfred Zink R, Pablo Pérez C, Raimundo Santolaya C, Raul Berríos S.

Clínica Alemana Santiago

Introducción: El síndrome de uñas amarillas (SUA) es una entidad poco frecuente caracterizada por la tríada de onicodistrofia amarilla, linfedema y compromiso respiratorio. El derrame pleural es una manifestación común pero inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico. La videotoracoscopia permite confirmar benignidad, obtener biopsias pleurales y realizar pleurodesis en un mismo acto quirúrgico.

Objetivos: Describir un caso de síndrome de uñas amarillas diagnosticado a partir de un derrame pleural persistente, destacando el rol de la videotoracoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica en el contexto de enfermedades sistémicas raras.

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica, exámenes de laboratorio, estudios de imagen y hallazgos intraoperatorios de una paciente evaluada por derrame pleural persistente de etiología inicialmente indeterminada.

Resultado: Paciente de 67 años con antecedentes dermatológicos y bronquiectasias, en seguimiento por derrame pleural derecho persistente. Se descartó etiología infecciosa, neoplásica y reumatológica. Se realizó videotoracoscopia con biopsia pleural, que evidenció linfangiectasias e inflamación crónica y se realizó pleurodesis. Evaluación dermatológica confirmó onicólisis y acropaquia, permitiendo diagnóstico clínico de SUA. Evolución favorable sin recurrencia a tres meses.

Conclusión: El diagnóstico del SUA es eminentemente clínico; sin embargo, el hallazgo histopatológico de linfangiectasias y fibrosis pleural apoya su origen en una disfunción linfática. En este caso la videotoracoscopia es una herramienta diagnóstica y terapéutica. Se trata del primer caso documentado en Chile y con muy pocos casos publicados internacionalmente. La asociación clínica entre derrame pleural recurrente, citología negativa para malignidad y recuento linfocitario elevado refuerza la importancia de considerar este síndrome dentro del diagnóstico diferencial y resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su adecuado manejo. Ante un derrame pleural persistente con alteraciones ungueales, debe considerarse el SUA como diagnóstico diferencial. La videotoracoscopia permite confirmar la benignidad pleural, obtener biopsias y realizar pleurodesis, aportando al diagnóstico integral en enfermedades sistémicas raras.

408, MANEJO ENDOVASCULAR DE UNA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR SINTOMÁTICA

Autores: Jorge Lavanderos F, Ignacio Montiel M, Francisca Faúndez P, Rocío Davinson C

Hospital Base San José Osorno

Introducción: La malformación arteriovenosa pulmonar se define como una comunicación vascular anormal entre las arterias y venas pulmonares. Esta condición posee baja incidencia, sin embargo, se relaciona con una elevada morbilidad debido a sus complicaciones asociadas, tales como abscesos cerebrales, accidentes cerebrovasculares y hemoptisis. La mayoría son de etiología congénita y secundarias a la telangiectasia hemorrágica hereditaria o Síndrome de Osler-Weber-Rendu.

Objetivos: Comunicar la experiencia de manejo endovascular de una malformación arteriovenosa pulmonar sintomática en el Hospital Base San José de Osorno.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico, se realizó revisión de ficha clínica, imágenes, protocolo operatorio y posterior evolución del caso.

Resultado: Paciente de 57 años consulta por disnea de esfuerzos. En control de signos vitales presenta saturación de oxígeno de 84% en reposo. Estudio con AngioTC de tórax evidencia malformación arteriovenosa en relación al lóbulo pulmonar inferior derecho y otra de menor tamaño en el segmento lingular del lóbulo superior izquierdo. Se propone manejo endovascular de la lesión mayor. Se realiza bloqueo endovascular de la lesión mayor a derecha instalando un Amplatzer. Saturación de oxígeno post procedimiento de 94%.

Conclusión: Las malformaciones arteriovenosas pulmonares corresponden a lesiones de baja prevalencia, pero su importancia radica en sus potenciales complicaciones, secundarias a embolismos paradójicos y con una alta morbilidad. Actualmente se recomienda el tratamiento de cualquier malformación arteriovenosa pulmonar que se considere cateterizable, especialmente en aquellas sintomáticas. En este caso, el paciente fue manejado de manera exitosa con técnica endovascular, sin complicaciones postoperatorias.

409, SÍNDROME DE HAMMAN EN PACIENTE GERIÁTRICO CON FIBROSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN AGUDA Y MANEJO CONSERVADOR EXITOSO

Autores: María José Martínez S., Trinidad Martínez S., Carlos Enberg H., Galo Cárdenas S.

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

Introducción: El síndrome de Hamman, caracterizado por un neumomediastino espontáneo que se presenta como enfisema subcutáneo, es una entidad benigna, idiopática y poco frecuente que alcanza una incidencia $< 1:44.000$, más frecuente en varones. Se asocia principalmente a dolor torácico, disnea y edema cervical. Se origina por ruptura alveolar y disección de aire al mediastino, acompañado en un 20-30% de los casos por un crujido mediastínico (signo de Hamman). La mayoría son tratados de forma conservadora, con un curso generalmente benigno y una baja recurrencia. Los factores que condicionan el pronóstico incluyen edad, tabaquismo, comorbilidades y función pulmonar.

Objetivos: Reporte de caso y revisión bibliográfica breve enfatizado en la viabilidad del manejo conservador del neumomediastino espontáneo en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico y revisión bibliográfica breve sobre síndrome de Hamman.

Resultado: Paciente femenina de 80 años con antecedentes de enfermedad pulmonar difusa (EPD), diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo. Ingres a reanimador de servicio de urgencias por cuadro de 12 horas de dolor torácico y dorsal asociado a tope inspiratorio, disnea de reposo y aumento de volumen facial y hemitórax derecho, secundario a acceso de tos. Niega trauma asociado. Ingres a hemodinámicamente estable, al examen físico destaca enfisema subcutáneo en hemicara derecha y tórax anterior, con murmullo pulmonar bilateral presente y ventilación simétrica. La radiografía de tórax evidenció enfisema difuso, y la tomografía computarizada (TC) confirma neumomediastino con extensión cervical, pared torácica, espacios subpleurales bilaterales y retroperitoneales, sin evidencia de neumotórax ni derrame pleural. Además, hallazgos sugerentes de enfermedad pulmonar intersticial fibrótica. Se hospitaliza con diagnóstico de síndrome de Hamman para observación. Durante la hospitalización se realiza seguimiento clínico y radiológico, con disminución progresiva del neumomediastino, sin dolor, sin requerimientos de oxígeno ni apremio ventilatorio. Es dada de alta a los 5 días. Se controla de forma ambulatoria 1 mes posterior al alta, sin evidencia clínica ni radiológica de neumomediastino. Se decide alta y control ante necesidad.

Conclusión: El manejo expectante de síndrome de Hamman puede tener éxito en $>95\%$ de los casos, cuando se trata de pacientes jóvenes, sin patologías de base y con diagnóstico precoz. Al contrario de lo descrito en la literatura, los hallazgos de este caso demuestran que el síndrome de Hamman en pacientes con EPD puede presentarse de forma aguda y resolverse completamente con manejo expectante, lo que favorece especialmente a pacientes de edad avanzada donde los riesgos pueden ser mayor que el beneficio al someterse a una intervención quirúrgica.

410, RECONSTRUCCIÓN COSTODIAFRAGMÁTICA POR HERNIA PULMONAR ADQUIRIDA: EXPERIENCIA CON MALLA Y OSTEOSÍNTESIS COSTAL EN HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL

Autores: María José Martínez S., Carlos Enberg H., Trinidad Martínez S., Galo Cárdenas S.

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

Introducción: La hernia pulmonar adquirida es una patología poco frecuente que consiste en la protrusión del parénquima pulmonar a través de un defecto en la pared torácica. Cuando se asocia a un defecto diafragmático, conforma una hernia toracoabdominal, situación que representa un desafío quirúrgico debido a la complejidad anatómica y funcional involucrada, que podría comprometer la estabilidad de la pared.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico integral de una hernia pulmonar adquirida con defecto diafragmático, destacando la planificación preoperatoria y la reconstrucción toracoabdominal mediante osteosíntesis costal y reparación protésica.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico y análisis bibliográfico de evidencia actual.

Resultado: Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de enfisema pulmonar, obesidad, hipertensión arterial, diabetes y trauma toracoabdominal izquierdo 5 años previo a la consulta, es derivado por hallazgos imagenológicos incidentales en estudio de nódulo pulmonar. Al examen físico se evidenció aumento de volumen costal izquierdo que aumentaba con la inspiración. La tomografía computada (TC) reveló fractura costal antigua con signos de no-unión y una hernia pulmonar a través de un defecto costal entre la 8.^a y 9.^a costillas, además de un defecto diafragmático anterior con herniación de grasa omental, configurando una hernia toracoabdominal. Se realizó resolución quirúrgica electiva en 2 tiempos. Inicialmente por toracotomía posterolateral izquierda ampliada. Se identificó segmento móvil en 8va costilla y protrusión del lóbulo pulmonar inferior izquierdo a través de un defecto de 8 × 6 cm en la pared torácica, y un defecto en músculo oblicuo interno sin apertura de peritoneo de 5 cm. Se reparó la pared torácica mediante osteosíntesis costal con placas de titanio (StraCos®) en "S" articulada en 120°, posteriormente barra de 7 cm en bisagras y cierre de la musculatura con sutura Ethibond®. Se reforzó con malla intratorácica de Prolene® y se instaló pleurostomía. En el tiempo abdominal, se reparó el defecto diafragmático con sutura continua de Prolene® reforzada con malla de Vicryl, fijada al periostio costal y fascia abdominal. Se instaló drenaje hemosuc y se utilizó sistema de presión negativa (Prevena®) para manejo de la herida. El postoperatorio cursó sin complicaciones, con adecuada evolución clínica y sin signos de recidiva al control imagenológico. El manejo de dolor fue multimodal con apoyo de unidad del dolor de anestesia. Retiro de drenajes al 2do y 4to día, con adecuado manejo del dolor y sin apremio ventilatorio. Es dado de alta al quinto día. En controles ambulatorios, paciente solo refiere leves molestias a la inspiración forzada, sin otros síntomas. Imágenes de control muestran pared torácica estable, sin recidiva de hernia. Se mantiene en controles ambulatorios.

Conclusión: La reconstrucción toracoabdominal que combina osteosíntesis costal y reparación con mallas protésicas es una opción segura y eficaz para el manejo de hernias pulmonares adquiridas con compromiso diafragmático. Una adecuada planificación y manejo postoperatorio son fundamentales para lograr una recuperación exitosa en este tipo de casos complejos.

411, HIPERHIDROSIS PLANTAR SEVERA TRATADA CON SIMPATECTOMÍA LUMBAR MÍNIMAMENTE INVASIVA: ¿UNA ALTERNATIVA CURATIVA?

Autores: Felipe Orellana M, Jorge Arche P, Sofía Fuentes L, Rodrigo Ávila D, Esperanza Salvo P, Jose Ortega S, Gerardo Mordojovich R, Manfred Zink, P. Pérez, R. Santolaya, H. Bermudez, R. Berríos.

Clínica Alemana Santiago

Introducción: La hiperhidrosis plantar primaria es una condición caracterizada por sudoración excesiva en las plantas de los pies que puede estar asociada a otras localizaciones, con significativo impacto funcional y psicológico. Cuando el manejo médico fracasa, la simpatectomía lumbar se plantea como alternativa terapéutica segura y efectiva.

Objetivos: Describir la experiencia clínica y los resultados de la simpatectomía lumbar como tratamiento quirúrgico en una paciente con hiperhidrosis plantar severa refractaria al manejo médico.

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión retrospectiva de la ficha clínica de una paciente con hiperhidrosis plantar refractaria. Se documentó su evolución post simpatectomía palmar previa, respuesta a bloqueo simpático lumbar diagnóstico y resultados tras simpatectomía lumbar bilateral (L2–L3), con seguimiento clínico a dos años.

Resultado: Paciente de 41 años con antecedente de Hiperhidrosis palmar y plantar severa que fue operada hace 11 años de Hiperhidrosis palmar con excelentes resultados, pero permaneciendo en el tiempo con hiperhidrosis plantar severa, refractaria a tratamiento médico. En el seguimiento y en miras de realizar manejo con simpatectomía lumbar se realizó en 2023 bloqueo simpático lumbar percutáneo de prueba, con respuesta favorable. Posteriormente se realizó una simpatectomía lumbar bilateral a nivel L2 y L3 mediante abordaje retroperitoneal por laparoscopia junto al equipo de urología, siendo el primer abordaje reportado a nivel nacional para el manejo de esta patología. La evolución fue satisfactoria, con remisión casi completa de la sudoración plantar y sin complicaciones postoperatorias ni sudoración compensatoria relevante a los dos años de seguimiento.

Conclusión: La simpatectomía lumbar video asistida, permite un acceso anatómicamente directo a la cadena simpática, con menor morbilidad comparada con abordajes abiertos o transperitoneales. La literatura reciente respalda su eficacia para casos de hiperhidrosis plantar primaria, mostrando tasas altas de éxito clínico, especialmente cuando se realiza entre los niveles L2–L3. El caso presentado respalda estos hallazgos, destacando el manejo multidisciplinario y la utilidad del bloqueo de prueba para seleccionar candidatos quirúrgicos adecuados.

412, CASO CLÍNICO: TUMOR FIBROSO DE LA PLEURA GIGANTE OPERADO EN HOSPITAL DE LA SERENA

Autores: Oriana Alejandra Urbina Collao, María Ignacia Duhart Reyes, Juan Manuel Scarton Pérez, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Huáscar Rodríguez Galban

Hospital De La Serena

Introducción: El tumor fibroso solitario de la pleura (SFTP), también conocido como tumor fusocelular pleural, es una neoplasia mesenquimal rara. Aunque suele ser benigno, puede alcanzar tamaños masivos —definiéndose como “gigante” si mide ≥ 15 cm, presentando características histológicas que pueden sugerir comportamiento maligno, como alto índice mitótico, atipias nucleares e invasión local. Este puede ser abordado con distintas técnicas quirúrgicas, como son la toracotomía, esternotomía con extensión hemi-clamshell o cirugía de Clamshell.

Objetivos: Describir un caso de SFTP gigante en hombre asintomático y detallar su tratamiento quirúrgico mediante abordaje Clamshell, con seguimiento a largo plazo.

Contenido del E-Poster: Se revisa ficha clínica del paciente, revisión de papers en PubMed de tumores fibrosos de la pleura, excluyendo aquellos menores de 15 cm y de histología o comportamiento maligno.

Resultado: Paciente masculino de 76 años, con antecedente de cáncer de próstata tratado hace 15 años. En tomografía de tórax se detecta masa pleural derecha de $115 \times 198 \times 163$ mm, hipodensa, heterogénea, con realce irregular, generando atelectasia lobar. Cintigrafía ósea mostró captación aumentada en hemitórax derecho. Clínicamente asintomático, con murmullo pulmonar abolido. Biopsia informó SFTP. La evaluación preoperatoria incluyó ecocardiograma (FEVI 60 %) y espirometría restrictiva. En abril 2024 se practicó resección mediante abordaje Clamshell. Se ligaron ambas arterias mamarias internas. Se extirpó masa polilobulada de 20 cm, hipervascularizada, y de 3 kg. El paciente evolucionó sin dolor, con completa expansión pulmonar y alta al día 12 tras fisioterapia intensiva. A más de un año, sin recidiva ni complicaciones post quirúrgicas.

Conclusión: Este caso cumple con criterios de SFTP gigante (≥ 15 cm) y enfatiza la utilidad del abordaje Clamshell para una resección completa. La ausencia de síntomas subraya la importancia del diagnóstico incidental y seguimiento riguroso. La literatura respalda que la resección total es curativa, pero es fundamental el control prolongado ante riesgo de recurrencia en resecciones incompletas.

413, ENDOMETRIOSIS TORÁCICA SINTOMÁTICA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS.

Autores: Felipe Orellana M, Maria Ribao B, Jorge Arche P, Giancarlo Schiappacasse F, Jose Ortega S, Gerardo Mordejovich R, Manfred Zink R, Pablo Pérez C, Raimundo Santolaya C, Raul Berrios S.

Clínica Alemana Santiago

Introducción: La endometriosis torácica (ET) es una forma infrecuente de endometriosis extrapelviana, caracterizada por la infiltración de tejido endometrial en pleura, diafragma o pulmón, con compromiso pleuropulmonar cíclico. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil y suele presentarse en el hemitórax derecho. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica, ya que la citología pleural tiene baja sensibilidad. La biopsia quirúrgica sigue siendo el estándar. Su manejo combina tratamiento hormonal y resección quirúrgica.

Objetivos: Describir la experiencia diagnóstica y terapéutica en pacientes con endometriosis torácica sintomática.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de cuatro pacientes con diagnóstico de ET sintomática entre 2016 y 2024. Se evaluaron antecedentes ginecológicos, clínica, imágenes, abordaje quirúrgico, confirmación histológica y evolución postoperatoria.

Resultado: Se analizó retrospectivamente una serie de cuatro pacientes diagnosticadas con ET entre 2016 y 2024. En todas se identificó compromiso diafragmático derecho, con síntomas catameniales como dolor torácico o epigástrico. Las cuatro pacientes presentaban imágenes sugerentes en resonancia magnética. En tres casos se realizó resección quirúrgica completa de las lesiones diafragmáticas, dos mediante videotoracoscopia y una con abordaje combinado toracoabdominal. Una paciente se manejó médicamente. Una paciente presentó una lesión infiltrante en la pared torácica anterior con compromiso diafragmático, pleural y pericárdico, que requirió resección multicompartimental con recidiva local a los 15 meses y nueva resección a nivel de la pared. El diagnóstico fue confirmado histológicamente en todos los casos quirúrgicos. No se observaron recurrencias clínicas en el seguimiento postoperatorio a largo plazo.

Conclusión: La ET es una condición infradiagnosticada con presentación variable, debe considerarse en el diagnóstico de neumotórax o derrame recurrente en mujeres jóvenes. En esta serie, el compromiso diafragmático derecho fue constante. El diagnóstico histológico mediante biopsia quirúrgica sigue siendo esencial. El tratamiento quirúrgico logró buen control clínico, destacando la utilidad de abordajes combinados en lesiones profundas. Se requiere seguimiento prolongado por riesgo de recurrencias descritas en la literatura.

414, “OSTEOBLASTOMA COSTAL GIGANTE: RESECCIÓN EN BLOQUE Y RECONSTRUCCIÓN TORÁCICA. REPORTE DE CASO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX”

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

Instituto Nacional Del Tórax

Introducción: El osteoblastoma es una neoplasia benigna poco común (1% de los tumores óseos primarios). Se localiza frecuentemente en la columna y el sacro. La localización en costillas es muy poco frecuente (< 5 %). En total, se hallan ≈ 5 casos reportados relevantes en adultos y niños, lo que lo convierte en una rareza clínica significativa.

Objetivos: Presentación y revisión de caso clínico conforme a la guía SCARE 2023 de osteoblastoma gigante costal, manejo quirúrgico y sus resultados.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva de caso clínico a través de ficha clínica **PRESENTACIÓN DE CASO** Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes mórbidos. Cuadro de 1 año de palpitaciones, y disnea. TC de Tórax gran masa en LSD, originario en 2° arco costal, considerar Sarcoma de Ewing, o Tumor de Askin. Se deriva a INT para evaluación. TC tórax ingreso: gran masa torácica de 14 cm que ocupa el hemitórax superior derecho, derivada del segundo arco costal, en íntimo. En mediastino, rechaza las estructuras mediastínicas sin invasión. Ingresa a pabellón, se realiza una videotoracoscopia que visualiza gran masa pétreo a expensas de 2ª y 3ª costilla, que compromete el LSD y pared torácica, sin adherencias a planos vasculares ni a hilio pulmonar, se decide resecable. Toracotomía postero lateral con extensión interescapulotorácica. CEC stand by. Liberación de adherencia hasta llegar a nivel de 2ª y 3ª costilla, las que se resecan, 1ª costilla sin compromiso. Lobectomía superior derecha por compromiso tumoral. Resección tumoral en bloque. Se reconstruye defecto con malla de Goretex. Procedimiento sin incidentes. Sale a UCI, extubado, sin DVA. Evolución favorable. Alta a los 7 días post operatorio. Biopsia definitiva osteoblastoma de 13,5 cm , 1093 gr, márgenes negativos. En seguimiento, último TC de control sin recidiva a los 20 meses.

Resultado: El osteoblastoma es un tumor óseo benigno poco frecuente. La localización costal representa menos del 5%, reportándose muy pocos casos y la mayoría con lesiones <10 cm. Nuestro paciente presentó un tumor de más de 13 cm, con extensión intratorácica que comprimía estructuras mediastínicas. El estudio preoperatorio completo es esencial, en nuestro caso, el TC no evidenciaba invasión de estructuras mediastínicas por lo que no se realizó RNM. Se debe evaluar la necesidad de inducción según los posibles diagnósticos diferenciales. La planificación y la evaluación de la necesidad de soporte extracorpóreo fue un pilar esencial en el manejo y derivación del paciente a un centro con experiencia. El abordaje quirúrgico fue determinante para el tratamiento, destacando la importancia de la planificación quirúrgica, evaluando los requerimientos de soporte extracorpóreo, el abordaje quirúrgico y sus formas de extensión y las técnicas de reconstrucción. Esto permitió márgenes negativos y una recuperación sin conflictos. El seguimiento radiológico es esencial, dado el riesgo potencial de recurrencia

Conclusión: Este caso clínico describe un osteoblastoma gigante costal y compresión de estructuras intratorácicas. Demuestra que la planificación quirúrgica y que la resección amplia con márgenes negativos es fundamental para evitar recurrencias y lograr una recuperación funcional completa.

415, VIDEOTORACOSCOPIA EN QUILOTORAX ESPONTÁNEO ASOCIADO A DASATINIB: EXPERIENCIA DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Yelka Tenelema Cemes, J. Marcos Peraza Fagundez, Oscar Ariscaín Jimenez, Fernanda Huber Hornung
Universidad San Sebastián, Hospital Las Higueras

Introducción: El quilotorax espontáneo es una condición infrecuente, causada por extravasación de linfa hacia el espacio pleural sin trauma o cirugía torácica previa. Aunque la etiología más común es maligna o idiopática, se ha documentado su asociación con inhibidores de tirosina quinasa (ITK), especialmente Dasatinib, en casos aislados. Este fármaco, utilizado en leucemia mieloide crónica (LMC), puede inducir hipertensión pulmonar y disfunción endotelial linfática, promoviendo la extravasación de quilomicrones hacia el espacio pleural. La ausencia de guías clínicas estandarizadas para su manejo, sumada a la rareza del cuadro, plantea un desafío diagnóstico-terapéutico para el equipo clínico. Frente al fracaso del tratamiento conservador, la cirugía torácica mínimamente invasiva emerge como una alternativa efectiva para controlar el débito y lograr adherencia pleural sostenida.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico mediante videotoracoscopía de un caso de quilotorax espontáneo refractario asociado a Dasatinib, en una paciente con LMC, enfatizando la indicación quirúrgica, técnica empleada como pleurodesis y pleurostomía y evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Paciente femenina de 49 años, con diagnóstico de LMC en tratamiento crónico con Dasatinib (100 mg/día por 12 años), quien consultó por disnea progresiva y dolor torácico izquierdo. La tomografía computada (TAC) de tórax evidenció derrame pleural izquierdo. La toracocentesis evacuó líquido lechoso, con triglicéridos elevados (614,9 mg/dL), confirmando quilotorax. Inicialmente se instaló Pleurostomía aspirativa (Tubo Pleural 20 Fr) con débito persistente >1.000 cc/día. Se indicó nutrición parenteral total, suspensión de Dasatinib y manejo conjunto con Hematología. Por persistencia del derrame, bajo consentimiento informado, se programó Videotoracoscopía izquierda, con toma de biopsia pleural, pleurodesis química y colocación de drenaje pleural 24Fr bajo presión negativa. Se controlaron débitos pleurales hasta lograr estabilidad clínica y funcional.

Resultado: La paciente evolucionó favorablemente. Al noveno día postoperatorios, el débito pleural fue <100 cc/día, sin fuga aérea ni signos infecciosos. Fue dada de alta en buenas condiciones. La biopsia pleural reveló pleuritis crónica activa inespecífica intensa. En controles ambulatorios al primer y tercer mes, no hubo recurrencia. El tratamiento con ITK fue reiniciado posteriormente bajo control hematológico, sin nuevos eventos pleurales.

Conclusión: El quilotorax secundario a Dasatinib es una manifestación poco frecuente pero bien descrita en la literatura reciente. Su fisiopatología estaría relacionada con daño microvascular linfático inducido por el fármaco. Cuando el manejo conservador fracasa, la videotoracoscopía con pleurodesis constituye un recurso quirúrgico seguro, con baja morbilidad y alta efectividad para controlar el cuadro. Este caso se alinea con reportes actuales y subraya la importancia de la evaluación multidisciplinaria temprana en pacientes oncológicos con derrame pleural atípico.

417, EXÉRESIS ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTÍNICO POR TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA ROBÓTICA (RATS): REPORTE DE CASO.

Autores: Nicole Díaz A, David Lazo P, Felipe Undurraga M, Huáscar Rodríguez G, Bárbara Ortiz J. Jorge Marín A. Constanza Díaz G.

Hospital San Borja Arriarán

Introducción: Las glándulas paratiroides ectópicas se observan en el 6-16% de los pacientes con hiperparatiroidismo. Estas anomalías pueden representar una causa de fracaso en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo. Los adenomas localizados de manera atípica en el mediastino plantean un desafío considerable para los cirujanos. Históricamente, la resección de estas glándulas ectópicas se ha llevado a cabo mediante procedimientos quirúrgicos convencionales, que incluyen cervicotomía amplia o esternotomía, seguidas por la videotoracotomía y mediastinoscopia. En los últimos años, la cirugía robótica ha emergido como una innovadora alternativa de abordaje mínimamente invasivo. Esta modalidad quirúrgica ofrece un alto grado de precisión, generando resultados similares a las técnicas convencionales y aportando ventajas significativas en comparación con otros abordajes.

Objetivos: Presentar el manejo de un adenoma paratiroideo mediastínico localizado entre grandes vasos, mediante cirugía torácica robótica asistida (RATS).

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 66 años, con antecedentes de hiperparatiroidismo sintomático secundario a adenoma paratiroideo inferior derecho localizado en el nivel VI cervical hacia esternal y situación paratraqueal, diagnosticado mediante Cintigrama y SPECT. Es sometido a paratiroidectomía inferior derecha, sin embargo, PTH post operatoria persiste elevada. Se solicitó TC de tórax que evidenció nódulo mediastínico de 2x2 cm y nuevo Cintigrama reportó acumulación de trazador en región torácica superior a derecha de la línea media. Fue derivado para manejo por equipo de cirugía torácica; se realizó biopsia por EBUS que informó tejido compatible con adenoma paratiroideo, por lo que se decidió manejo quirúrgico.

Resultado: Se realizó abordaje robótico utilizando plataforma Davinci X (Intuitive, Sunnyvale) mediante 3 puertos más asistencia de 10mm; tras timectomía y esqueletización de la vena innominada se logra exéresis de lesión de 2cm ubicada bajo ella y medial a la vena cava superior, procedimiento que se llevó a cabo sin incidentes. El tiempo quirúrgico fue de 55min, no se registraron pérdidas hemáticas y la medición de PTH fueron de 337pg/ml pre incisión vs 84pg/ml a los 15 min post resección. El paciente fue dado de alta al 2do día post operatorio, sin dolor, con niveles de calcio y PTH dentro de valores normales.

Conclusión: La plataforma robótica es una plataforma útil para acceder a estructuras mediastínicas de difícil acceso y es comparable con otro tipo de plataformas por lo que podría considerarse como una opción en pacientes con adenomas paratiroides de localización mediastínica en virtud de las ventajas demostradas y la posibilidad de mejorar la precisión y la eficacia en el tratamiento de dichas afecciones.

418, TUMOR FIBROSO DE LA PLEURA SERIE DE CASOS EN HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

Autores: Senead Valeria Medina Gallegos, Francisca Marthina Briceño Moraga, Jorge Luis Marín Aguilar, Claudio Vallejos Olavarría, Eduardo Cruces Burgos, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Huáscar Rodríguez Galban.

Hospital Regional De Coyhaique

Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia mesenquimal fibroblástica infrecuente de localización ubicua; en el tórax conforman < 5% de los tumores pleurales primarios. Su curso clínico, vinculado a su crecimiento lento, suele ser indolente o causar síntomas inespecíficos; dificultando el diagnóstico precoz y manejo oportuno. Su importancia radica no solo en el potencial de transformación maligna (a sarcoma indiferenciado), sino en el desafío clínico e imagenológico, donde puede imitar otras patologías (3). Lo más característico en la tomografía es la presencia de una masa pleural bien delimitada y lobulada, con pedículo vascular que realza en forma intensa y heterogénea con el contraste, sin engrosamiento difuso de la pleura, a diferencia del mesotelioma (4, 5). En histología es crucial la búsqueda de Criterios de malignidad: índice mitótico > 4/10 campos de gran aumento, atipia nuclear, marcado pleomorfismo nuclear y necrosis tumoral (England y cols.). La caracterización precisa del tumor mediante lo anterior permitirá el diagnóstico óptimo y planificar el abordaje quirúrgico efectivo.

Objetivos: Exponer 3 casos de una neoplasia primaria de la pleura poco frecuente, cuyo diagnóstico, tratamiento quirúrgico por videotoracoscopia (VTC) y seguimiento se logró llevar a cabo en el Hospital Regional de Coyhaique, con óptimo resultado.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de ficha clínica de pacientes operados por TFS de la pleura en Hospital Regional Coyhaique entre 2020 y 2024, y revisión bibliográfica.

Resultado: Se presentan los siguientes casos: Caso 1 (noviembre de 2020): Hombre de 63 años, derivado por un TC de tórax sospechoso de mesotelioma, caracterizado por un nódulo en la cúpula pleural derecha de 2.5 cm. Asintomático. Se realizó videotoracoscopia con resección completa del tumor, con evolución favorable. Caso 2 (febrero de 2024): Hombre de 60 años, que consultó en el servicio de urgencias por dolor precordial. Se realizó un TC de tórax, que mostró una imagen redonda paracárdica derecha de 5.5 x 4.0 cm, parcialmente calcificada. Se decidió la resección mediante VTC sin complicación. Caso 3 (abril de 2024): Mujer de 55 años, con antecedentes de quiste hidatídico pulmonar tratado en la infancia. En el control con TAC de tórax, se describió una lesión sólida de 9 cm con localización pleural del segmento posterior del lóbulo superior derecho. La RNM mostró un tumor de aspecto benigno paravertebral derecho, sin relación con estructuras meduloespinales. Se realizó cirugía por VTC, logrando la resección completa de la lesión. En todos los casos se realizó abordaje mínimamente invasivo, siendo posible con el diagnóstico precoz. La histología confirmó en cada caso TFS de la pleura, excluyéndose malignidad mediante los criterios de England. No hubo complicaciones postoperatorias y la recuperación fue favorable.

Conclusión: El TFS pleural es una entidad rara, representando un desafío diagnóstico por su clínica anodina y similitud imagenológica con entidades malignas como el mesotelioma. El diagnóstico oportuno en fase temprana permite la planificación operatoria mediante técnica mínimamente invasiva. Las características histológicas determinarán el comportamiento y pronóstico. La implementación de la videotoracoscopia en el Hospital Regional de Coyhaique ha facilitado una resección exitosa, con todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, contribuyendo a una recuperación más rápida y menor morbilidad.

420, TUMOR GIGANTE DE CÉLULAS GERMINALES DEL MEDIASTINO: A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Francisco Jofré C., David Campos N., Barbara González E., Belén Pedraza J., Virginia Linacre S., Juan Cheyre F.

Instituto Nacional Del Tórax.

Introducción: Los tumores de células germinales mediastinales son raros, representan el 12% de tumores mediastinales primitivos y 0,5% de tumores torácicos. Al momento del diagnóstico el 20- 40% de pacientes son asintomáticos. La población más afectada suelen ser pacientes jóvenes con una edad media de 31 años y de género masculino en el 97% de los casos. Dentro del diagnóstico, el estudio de imágenes preferido como modalidad inicial suele ser la tomografía de tórax con contraste. Debido a que la incidencia de estos tumores es baja, no hay un tratamiento estandarizado para ellos y se suele recomendar que sean tratados de la misma manera que otros tumores de células germinales, a pesar de que no siempre se comporten como tales y la evidencia para ello sea baja

Objetivos: Se presenta un caso con una patología que dado el tamaño de la lesión, realiza una dificultad en la decisión de su opción de tratamiento.

Contenido del E-Poster: Se presenta un caso clínico de un paciente de 16 años, que se realizó una biopsia de su lesión de mediastino, con la que se decide iniciar tratamiento sistémico, pero sin una respuesta completa, por lo que se decide resección quirúrgica de lesión.

Resultado: Paciente masculino de 16 años, consulta por cuadro de 1 mes de dolor torácico izquierdo y omalgia. Se realizó una radiografía de tórax que muestra un velamiento completo de hemitórax izquierdo con desviación mediastínica. TAC de tórax sin contraste se informa como ocupamiento mediastino y pleural izquierdo masivo con atelectasia completa de pulmón ipsilateral, informado como hemotórax masivo. Por lo que se decide realizar una toracotomía posterolateral izquierda que evidencia escaso hemotórax y gran masa mediastínica inflamatoria anterior a pulmón, firmemente adherido a este, con salida de contenido necrótico y sangrado abundante, se tomó biopsia de lesión y se deja drenaje pleural. Se informa la biopsia como Tumor mixto de cel. germinales tipo Teratoma 75% + seminoma 20% + carcinoma embrionario 5%. se completa estudio con exámenes de laboratorio e imágenes (LDH: 245 AFP: 58585 BHCG: 268; Ecografía testicular: sin evidencia de tumores). Se inicia quimioterapia BEP (4 ciclos), se controla con exámenes (AFP 30/01: 118) y TAC (que evidencia una muy discreta disminución de la lesión). Con exámenes de control se solicita evaluación pre cirugía para eventual resección. Se realiza resección quirúrgica de tumor mediante toracotomía bilateral (Clamshell), sin incidentes, logrando resección completa de masa tumoral. Con buena evolución en su postoperatorio, y es dado de alta hospitalaria a los 10 días. La biopsia definitiva la informan como teratoma maduro puro. En control no se evidencian signos de recidiva.

Conclusión: Los tumores de células germinales primarios mediastinales tienen una baja incidencia y suelen presentarse de manera asintomática en la población. Las estrategias de tratamiento para estos tumores están determinadas en gran medida por la histología tumoral, por ejemplo, en los teratomas maduros la primera línea de tratamiento es la resección quirúrgica, en su contraparte el pilar del tratamiento para los tumores de células germinales no seminomatosos mediastínicos, incluyendo los teratomas inmaduros, es la quimioterapia seguida de una resección quirúrgica agresiva de la enfermedad residual, la cual suele ser compleja. La resección de los tumores residuales como adyuvante de la quimioterapia desempeña un papel integral en el tratamiento de estos tumores y debe completarse siempre que sea técnicamente posible

421, TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES PREESTERNAL: REPORTE DE CASO

Autores: Daniela Colina Arias, Gino Bizjak Gómez, Belén Pedraza Jaque, Cristina Fernández Ferradas, Virginia Linacre Sandoval

Servicio De Cirugía, Instituto Nacional Del Tórax, Santiago De Chile.

Introducción: El tumor de células granulares TCG es una neoplasia infrecuente de origen neurogénico, descrita por Abrikossoff en 1926. Se origina en células de Schwann y se presenta con mayor frecuencia en piel, lengua y tracto digestivo. Su localización preesternal es extremadamente rara, con pocos casos reportados en la literatura médica. La mayoría de los TCG son benignos, aunque hasta un 2% puede mostrar comportamiento agresivo. El diagnóstico se basa en histopatología e inmunohistoquímica, con expresión positiva de S-100. El tratamiento estándar es la resección quirúrgica completa con márgenes adecuados.

Objetivos: Reportar caso clínico de un paciente con Tumor de células granulares preesternal donde se describen los hallazgos clínicos, quirúrgicos, imagenológicos e histopatológicos.

Contenido del E-Poster: Mujer de 53 años sin antecedentes médicos relevantes, consultó en julio de 2024 por una masa de crecimiento lento e indolora en la región preesternal, asociada a pérdida de peso 9 kg en los últimos tres meses. Al examen físico, presentaba una lesión firme, móvil, no dolorosa, de 30 mm de diámetro, sin alteraciones cutáneas. La ecografía de partes blandas reveló una masa subcutánea sólida, hipocogénica, de contornos mal definidos, con flujo Doppler, de 30x20x21 mm. La tomografía computada de tórax con contraste mostró una masa sólida, expansiva, de contornos irregulares, de 27x32x24 mm, con captación de contraste y adherencia a planos profundos de la región preesternal. El estudio reveló células con citoplasma granular eosinofílico y núcleos redondeados con leve atipia. La inmunohistoquímica fue positiva para S-100. Se realizó resección quirúrgica mediante incisión medioesternal. La biopsia definitiva fue compatible con TCG benigno, sin atipia, con márgenes quirúrgicos negativos. Se definió seguimiento clínico en comité oncológico.

Resultado: El tumor de células granulares es una entidad poco frecuente, derivada de células de Schwann. Su localización habitual incluye lengua, piel y tracto gastrointestinal [2]. La forma preesternal es extremadamente inusual, lo que dificulta el diagnóstico clínico. La presentación clínica suele ser inespecífica, como una masa subcutánea de crecimiento lento, no dolorosa. La imagenología (TC y RM) ayuda a delimitar la lesión y evaluar compromiso de estructuras vecinas. En este caso, la TC permitió una adecuada planificación quirúrgica. El diagnóstico definitivo se establece por histopatología e inmunohistoquímica. La positividad para S-100 y CD68, junto con índice de proliferación Ki-67 $\leq 5\%$, apoyan la naturaleza benigna. Es crucial diferenciar TCG de otras neoplasias malignas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa con márgenes adecuados. En TCG benigno, la tasa de recurrencia es $<5\%$ con resección completa. En casos con sospecha de malignidad (Ki-67 elevado, atipia celular), se recomienda resección ampliada y seguimiento riguroso. Estudios recientes han señalado alteraciones en la vía PI3K/AKT y mutaciones en TP53 en TCG malignos, lo cual podría tener valor pronóstico en el futuro.

Conclusión: El TCG preesternal es una neoplasia rara que requiere un alto grado de sospecha clínica. El diagnóstico se basa en el estudio histológico e inmunohistoquímico. La resección quirúrgica completa con márgenes adecuados es el tratamiento de elección. Es fundamental un seguimiento clínico posterior para detectar recurrencias y asegurar un buen pronóstico.

422, NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO A HIDATIDOSIS PULMONAR EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Bárbara Rubio Cárdenas, Alicia Vargas Aranda, María Jiménez Ramírez, José Barrientos Verdugo

Hospital de Curicó

Introducción: El neumotórax secundario a hidatidosis pulmonar es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, originada por la ruptura de un quiste hacia la cavidad pleural. La hidatidosis pulmonar corresponde al 20–40 % de los casos de equinocosis humana, siendo más prevalente en varones jóvenes. En Chile, la incidencia general varía entre 2,5 y 8,3 casos por 100.000 habitantes, y puede alcanzar los 35 por 100.000 en regiones endémicas del sur. Cerca del 1–5 % de los casos pulmonares se complican con neumotórax. El diagnóstico y tratamiento precoces son clave para reducir la morbimortalidad. Dada la baja frecuencia de esta complicación, compartir experiencias clínicas permite enriquecer el conocimiento médico y mejorar la respuesta diagnóstica y terapéutica, especialmente en áreas endémicas.

Objetivos: Analizar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas del neumotórax secundario a hidatidosis pulmonar, destacando su presentación, manejo y posibles complicaciones, con el fin de mejorar su identificación y tratamiento en regiones endémicas.

Contenido del E-Poster: Se describe el caso de un paciente masculino de 14 años, previamente sano, que consultó por dolor torácico súbito y disnea. Al examen físico se detectó disminución de la expansión torácica en el hemitórax izquierdo. Al laboratorio solo destacada eosinofilia 11%. Se instaló drenaje pleural y se tomaron exámenes del líquido extraído, obteniéndose una muestra con resultados compatibles con empiema (Proteínas 4316, Glucosa <2, LDH pleural 1581). Al estudio citológico del mismo se obtuvo recuento de leucocitos >15.000 y eritrocitos 2000. La radiografía de tórax mostró neumotórax izquierdo total con una lesión ocupante de espacio, confirmándose más tarde, un quiste hidatídico roto a través del TC. Posteriormente, se realizó toracotomía posterolateral izquierda para drenaje y extracción del quiste.

Resultado: Durante la intervención quirúrgica se encontró un empiema pleural fibrinopurulento con múltiples membranas hidatídicas adheridas a las pleuras. Además, se halló un quiste roto en llingula y una hidátide libre en la cavidad pleural. Se procedió a resecar la adventicia quística, cerrar bronquios expuestos, realizar decorticación pulmonar e instalar drenaje. La expansión pulmonar fue completa y sin complicaciones. Se indicó albendazol 800 mg por 14 días, reduciendo luego a 400 mg por otros 14 días. El paciente evolucionó satisfactoriamente, con escaso drenaje y alta precoz bajo control multidisciplinario.

Conclusión: El caso clínico coincide con lo descrito en la literatura para neumotórax secundario a quiste hidatídico roto. La extensión de la infección justificó la intervención quirúrgica extensa. El enfoque multidisciplinario, junto con el tratamiento antiparasitario, fue adecuado para prevenir recurrencias y complicaciones. Aunque infrecuente, esta complicación debe considerarse en pacientes de zonas endémicas con síntomas respiratorios agudos. El diagnóstico temprano y el manejo integral son esenciales para una recuperación pulmonar completa y un buen pronóstico.

423, ENDOMETRIOSIS ABDOMINOPÉLVICA DEBUTANDO COMO NEUMOTÓRAX CATAMENIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Xabier Andonegui M, Felipe Orellana M, Jorge Arche P, Raimundo Santolaya C, Raúl Berrios S, José Ortega S, Gerardo Mordojovich R, Manfred Zink R, Pablo Pérez C.

Clínica Alemana Santiago

Introducción: La endometriosis torácica es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia de tejido endometrial ectópico en pleura, diafragma o parénquima pulmonar. Su forma más común de presentación es el neumotórax catamenial, el cual representa entre el 7% y 36% de los neumotórax espontáneos en mujeres en edad fértil. La coexistencia con endometriosis pélvica ocurre en cerca del 50% de los casos, aunque la confirmación histológica torácica es limitada, lo que exige un alto índice de sospecha clínica.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente con neumotórax espontáneo el cual presentaba síntomas sugerentes de endometriosis que fueron confirmados con resonancia magnética

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica, estudios de imagen y evolución postoperatoria de un paciente sometido a cirugía torácica por neumotórax catamenial, resguardando su confidencialidad.

Resultado: Mujer de 43 años consulta por dolor abdominal, se diagnostica cuerpo lúteo hemorrágico e incidentalmente un neumotórax derecho pequeño. Solo refiere molestias centro torácicas inespecíficas. En interrogatorio dirigido paciente había suspendido anticonceptivos hormonales hace 2 semanas atrás, y refiere además dismenorrea, infertilidad (congeló óvulos) y dispareunia. Por progresión de neumotórax apical asociado a leve derrame pleural se decide videotoracoscopia electiva, donde se realiza realizándose apicectomía derecha y pleurodesis química con talco. En el intraoperatorio no se evidenciaron fenestraciones diafragmáticas ni lesiones pleurales sugestivas de endometriosis. La biopsia reportó áreas de fibroelastosis. La paciente en forma electiva se realiza una RNM que confirma endometriosis profunda y reinició tratamiento anticonceptivo posterior a la cirugía. En el control clínico a los 30 días de post operado, se observa resolución completa del derrame pleural y del neumotórax. Se mantiene asintomática, sin requerimiento de analgesia ni complicaciones postoperatorias.

Conclusión: La endometriosis torácica puede cursar sin hallazgos macroscópicos evidentes durante la videotoracoscopia, especialmente cuando los focos son inactivos o microscópicos. La presencia de fibroelastosis puede interpretarse como una respuesta reparativa ante hemorragias cíclicas. La evolución clínica favorable tras reinicio de terapia hormonal apoya una etiología endometriósica, a pesar de la ausencia de confirmación histológica. La combinación de cirugía torácica y tratamiento hormonal es el tratamiento de elección. Este caso resalta la importancia de considerar endometriosis torácica como diagnóstico diferencial en mujeres en edad fértil con neumotórax, especialmente si existe historia sugerente de endometriosis pélvica. La ausencia de hallazgos quirúrgicos o histológicos no excluye la enfermedad. La videotoracoscopia es una herramienta segura y eficaz, que debe complementarse con tratamiento médico dirigido.

424, TERATOMA MEDIASTÍNICO GIGANTE: IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA ELECCIÓN DEL ABORDAJE Y RELEVANCIA DE LA CIRUGÍA ABIERTA EN LA ERA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Autores: Xabier Andonegui M, Vesna Pletikoscic B, Valentina Castillo D, Josefina Arellano R, Sofia Fuentes L, Fernanda Castillo D, Galo Cárdenas S, Gerardo Mordojovich R

Hospital Padre Hurtado, Santiago. Chile.

Introducción: Los teratomas mediastínicos son tumores germinales que constituyen hasta el 13% de las masas mediastínicas anteriores, predominando en adultos jóvenes. Aunque suelen ser benignos, su crecimiento puede comprometer estructuras vitales, lo que hace necesaria su resección quirúrgica. Las técnicas mínimamente invasivas han ganado terreno como abordaje de elección en el tratamiento de estos tumores, pero la cirugía abierta continúa siendo el acceso preferido en casos de lesiones de gran tamaño o anatómicamente complejas.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con un teratoma mediastínico gigante y, a partir de este, enfatizar la importancia de la planificación quirúrgica preoperatoria para seleccionar el abordaje más adecuado y anticipar eventuales dificultades técnicas.

Contenido del E-Poster: Se describe el caso clínico de una paciente con teratoma mediastínico gigante, resecado mediante toracotomía anterolateral izquierda en el Hospital Padre Hurtado (Santiago, Chile), en mayo de 2025.

Resultado: Paciente de sexo femenino, 40 años, con disnea progresiva de varios años de evolución, asociada a sibilancias audibles. Ante el deterioro funcional, se realiza tomografía computada de tórax, la cual revela una masa en el mediastino anterior de 8 × 7,7 × 9,3 cm. La lesión se encuentra adyacente al tronco de la arteria pulmonar y al ventrículo izquierdo, estructuras que desplaza sin evidencias de infiltración. No se descarta compromiso de la vena braquiocefálica izquierda. Dado lo anterior, se decide realizar resección quirúrgica mediante toracotomía anterolateral izquierda, que permite un adecuado acceso, con control e individualización de la vena braquiocefálica, la cual se encontraba firmemente adherida al tumor.

Conclusión: Si bien las técnicas mínimamente invasivas han desplazado progresivamente a la cirugía abierta en el manejo de masas mediastínicas, su aplicación en tumores de gran tamaño aún presenta limitaciones. Diversos estudios han reportado que, con equipos quirúrgicos experimentados y planificación preoperatoria adecuada, incluso masas mayores a 10 cms pueden ser tratadas exitosamente por vía toracoscópica. No obstante, es fundamental que los abordajes abiertos sean dominados y correctamente indicados cuando la complejidad anatómica lo requiere, especialmente por cirujanos jóvenes y en formación. En este contexto, una planificación quirúrgica detallada y personalizada es esencial para lograr una intervención segura y eficaz.

425, TRASPLANTE PULMONAR EXITOSO USANDO DONANTE CON MIOCARDIOPATÍA SEVERA Y DILATACIÓN DE ARTERIA PULMONAR

Autores: Belén Pedraza J, Pablo Pérez C, Diego Barros C, Urania Arrué T, Virginia Linacre S

Instituto Nacional Del Tórax

Introducción: El trasplante pulmonar es un tratamiento que prolonga la vida de pacientes con enfermedad pulmonar terminal irreversible. Sin embargo, la selección del donante sigue siendo un aspecto crítico y el uso de donantes marginales representa un desafío particular. Presentamos un caso de trasplante pulmonar exitoso utilizando un donante con miocardiopatía dilatada severa y dilatación de la arteria pulmonar

Objetivos: Presentar un caso de trasplante pulmonar exitoso utilizando un donante marginal

Contenido del E-Poster: Reporte de caso, descriptivo, retrospectivo mediante revisión de ficha clínica

Resultado: Descripción caso: Receptor masculino de 32 años, diagnosticado mediante biopsia con enfermedad pulmonar intersticial inespecífica. Sin hipertensión pulmonar. Fue enlistado para trasplante pulmonar bilateral. Tras cinco meses en lista de espera, presentó deterioro clínico progresivo, requiriendo hospitalización e inicio de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venosa. Un donante marginal fue ofrecido al día siguiente de la canulación. Donante mujer de 46 años, con diagnóstico de miocardiopatía dilatada que presentó paro cardíaco y posterior diagnóstico de muerte encefálica. La tomografía computada evidenció cardiomegalia, fracturas costales producto de maniobras de reanimación y un pequeño hemotórax. Estudio muestra dilatación severa de la arteria pulmonar y disminución en la velocidad de lavado por arteria pulmonar. Se decide aceptar los pulmones para trasplante. El receptor fue sometido a un trasplante pulmonar bilateral bajo soporte de ECMO. El receptor fue extubado a las 6 horas y retiro de ECMO a las 36 hrs del post operatorio. No presentó disfunción primaria del injerto en las primeras 72 horas. Fue dado de alta al día 25 postoperatorio.

Conclusión: Este caso demuestra que, en circunstancias seleccionadas, es posible utilizar donantes con miocardiopatía severa y dilatación de la arteria pulmonar para trasplante pulmonar. Es fundamental que la dilatación arterial no sea de origen pulmonar, que la configuración hilar y la vasculatura distal de la arteria pulmonar se encuentren conservadas.

426, MANEJO NO QUIRÚRGICO DEL PECTUS CARINATUM: PRIMERA SERIE NACIONAL DE CASOS TRATADOS CON ORTESIS DE COMPRESIÓN DINÁMICA.

Autores: Jorge Arche P, Sofía Fuentes L, Felipe Orellana M, Marcela Gómez N, Jose Ortega S, Gerardo Mordojovich R, Manfred Zink R, Pablo Pérez C, Raimundo Santolaya C, Raul Berríos S.

Clínica Alemana Santiago

Introducción: El pectus carinatum es una malformación congénita de la pared torácica anterior, caracterizada por una protrusión del esternón que da el clásico aspecto de "pecho de paloma". Es la segunda deformidad torácica más frecuente después del pectus excavatum. Se clasifica en tipo condrogladiolar y condromanubrial (síndrome de Currarino-Silverman). Aunque el principal impacto es estético, algunos pacientes presentan síntomas como disnea o dolor torácico leve. El diagnóstico es clínico y se apoya en estudios de imagen. El tratamiento depende de la madurez esquelética, recomendándose ortesis de compresión dinámica en pacientes en crecimiento y cirugía en casos refractarios. En Chile, la evidencia ha estado centrada en el abordaje quirúrgico, particularmente con la técnica de Abramson.

Objetivos: Reportar los resultados clínicos del uso de ortesis torácica de compresión dinámica como tratamiento primario del pectus carinatum en pacientes en etapa de desarrollo esquelético.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo descriptivo de 16 pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de pectus carinatum tratados entre enero de 2019 y junio de 2025, todos eran varones en crecimiento. El tratamiento consistió en uso ambulatorio de ortesis de compresión dinámica durante 4 a 6 horas diarias, con seguimiento multidisciplinario trimestral. Se evaluaron corrección estética, adherencia terapéutica y necesidad de cirugía.

Resultado: Todos los pacientes utilizaron ortesis torácica con buena tolerancia. Al finalizar el seguimiento (24 meses), se observó corrección estética subjetiva satisfactoria en todos los casos. La adherencia completa fue del 87,5% (14/16), mientras que dos pacientes mostraron cumplimiento parcial. No se registraron complicaciones ni necesidad de cirugía complementaria.

Conclusión: El pectus carinatum es una deformidad torácica que ha experimentado una transformación significativa en su abordaje terapéutico durante las últimas décadas. Esta serie nacional demuestra que, en pacientes seleccionados, la ortesis de compresión dinámica logra resultados comparables al tratamiento quirúrgico, sin eventos adversos y con buena aceptación. Este reporte constituye la primera evidencia nacional en esta línea terapéutica. La ortesis de compresión dinámica demostró ser una alternativa segura, efectiva y bien tolerada para el tratamiento del pectus carinatum en pacientes en desarrollo esquelético, permitiendo evitar la cirugía en todos los casos de esta serie. Su aplicación temprana y el seguimiento multidisciplinario son claves para el éxito terapéutico.

427, LOBECTOMÍA DE URGENCIA POR HEMOPTISIS MASIVA SECUNDARIA A BRONQUIECTASIAS EN PACIENTE CON FISTULA ARTERIOBRONQUIAL

Autores: Felipe Orellana M, Jorge Arche P, Raimundo Santolaya C, Raúl Berríos S, José Ortega S, Gerardo Mordovich R, Manfred Zink R, Gianpaolo Zamboni T, Felipe Aliaga T, Pablo Pérez C

Clínica Alemana Santiago

Introducción: La hemoptisis masiva constituye una urgencia torácica potencialmente letal. Se define como la expulsión de sangre en volúmenes ≥ 200 mL en 24 horas o a velocidades que comprometen la ventilación, independientemente del volumen total. La principal fuente suele ser el sistema bronquial, y en países no endémicos para tuberculosis, las bronquiectasias representan una causa relevante. El manejo inicial incluye estabilización de la vía aérea, soporte hemodinámico y embolización arterial bronquial (EAB). No obstante, en casos refractarios, la cirugía puede ser la única alternativa terapéutica eficaz.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico ante hemoptisis masiva, tras fracaso del manejo radiológico intervencional.

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica, estudios de imagen y evolución postoperatoria de un paciente sometido a cirugía torácica por hemoptisis masiva, resguardando su confidencialidad.

Resultado: Varón de 52 años, sin comorbilidades significativas, ingresó por hemoptisis masiva de inicio súbito, con volumen estimado >400 mL en 24 horas. La tomografía computada mostró bronquiectasias localizadas en el lóbulo inferior derecho. Se manejó inicialmente en cuidados intensivos donde se instala bloqueador bronquial para localizar sangrado. Se realizó EAB de la arteria bronquial derecha, no obstante, se ve comunicación arterial con bronquio, por lo cual se detiene procedimiento. Ante la persistencia del sangrado, se indicó lobectomía inferior derecha por toracotomía, sin complicaciones intraoperatorias. El examen macroscópico confirmó bronquiectasias destructivas localizadas. El paciente evolucionó favorablemente, con retiro precoz de pleurostomía, sin complicaciones respiratorias ni radiológicas y fue dado de alta al séptimo día postoperatorio.

Conclusión: La mortalidad por hemoptisis masiva varía entre puede ser elevada sin control efectivo del sangrado. La EAB presenta tasas de éxito inmediato elevado, pero en casos refractarios a manejo es necesario realizar cirugía de urgencia. La lobectomía torácica continúa siendo una herramienta segura y efectiva para el manejo de hemoptisis masiva refractaria, especialmente en pacientes con sangrado localizado y buena reserva funcional. Este caso destaca la importancia de un manejo multidisciplinario precoz y de establecer criterios quirúrgicos oportunos ante el fracaso del tratamiento intervencional.

428, NEUMOTÓRAX, NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERITONEO; UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE POSTBRONCOSCOPÍA. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Juan P. Durán A., Carlos Álvarez Z., Pedro Ramírez N., Rodrigo Díaz S., Sofía Andonje C., Javiera Corradini G., Victoria Yáñez M.

Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: La fibrobroncoscopia es considerada una técnica segura, con una tasa global de complicaciones baja y mortalidad reportada menor al 0,1%. La ocurrencia simultánea de neumotórax, neumomediastino, neumoperitoneo y neumoretroperitoneo posterior a una broncoscopia y en ausencia de perforación gástrica es extremadamente rara.

Objetivos: Presentar un caso clínico atendido por nosotros en el HBLT de neumomediastino, neumotórax, neumoperitoneo y neumoretroperitoneo posterior a una fibrobroncoscopia probablemente debido a barotrauma con efecto Macklin

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico y revisión bibliográfica en bases de datos indexadas

Resultado: Paciente femenina de 67 años, con antecedente de HTA, DM2, Tabaquismo activo IPA 20, en estudio por tumor pulmonar hiliar derecho, se realiza biopsia por fibrobroncoscopia; procedimiento bien tolerado, sin incidentes. Durante estancia en sala de recuperación post-procedimiento, paciente presenta acceso de tos importante, seguido de disnea en reposo, enfisema subcutáneo y distensión abdominal. derivada a servicio de urgencias donde se solicita TAC Abdomen y Pelvis contrastada, se evidencia presencia de neumomediastino, neumotórax derecho completo, neumoperitoneo, neumoretroperitoneo y hernias abdominales previamente inadvertidas. Se decide instalar catéter pleural UNICO® derecho conectado a trampa de agua para drenaje del neumotórax. En los días siguientes, se observó reducción progresiva de la distensión abdominal y del enfisema subcutáneo. Al cuarto día post-procedimiento, la radiografía evidenció reexpansión pulmonar completa del pulmón derecho, sin persistencia de neumotórax ni neumomediastino, y el drenaje pleural no mostró fuga de aire. Se procedió al retiro del catéter pleural, sin incidentes y se da de alta con control en CDT. En el seguimiento a las 2 semanas, paciente está en buenas condiciones generales con radiografía de tórax de control normal.

Conclusión: La presentación concomitante de neumotórax, neumomediastino, neumoperitoneo y neumoretroperitoneo tras una fibrobroncoscopia es una complicación muy inusual y dramática. En este caso clínico, no se identificó perforación traqueobronquial ni visceral abdominal, por lo que la explicación más aceptada fue un mecanismo de barotrauma alveolar inducido por la tos severa post broncoscopia. El manejo conservador es el pilar en estos casos secundarios a efecto Macklin, sin embargo, en presencia de complicaciones asociadas como el neumotórax significativo, puede requerir intervención específica para aliviar el compromiso respiratorio. El efecto Macklin, descrito originalmente por Charles Macklin en 1937, corresponde a la ruptura de alveolos por aumento súbito de la presión intratorácica. El aire extrapulmonar puede extenderse desde el mediastino hacia otras regiones anatómicas como el cuello, el tejido subcutáneo e incluso la cavidad peritoneal y retroperitoneal y raquídea (neumoraquis). El neumotórax, neumomediastino y el neumoperitoneo de presentación simultánea son una rara complicación posterior a una fibrobroncoscopia.

429, EMPIEMA NECESSITANS EN PACIENTE ADULTO: PRESENTACIÓN Y MANEJO EXITOSO

Autores: Paola Dobbs Espinosa, Eder Beleño Muñoz, José Miguel Campero Martínez, Fernando Olguín Herrera, Fernando Benavides Alba

Hospital La Florida Dra Eloísa Díaz

Introducción: El empiema necessitans es una complicación infrecuente del empiema pleural, caracterizada por la extensión de la colección purulenta a través de la pared torácica formando un absceso subcutáneo, lo que dificulta el diagnóstico oportuno. Se presenta el caso de un paciente de 58 años con diabetes, fiebre y masa fluctuante en la pared torácica derecha, donde los estudios de imágenes y el cultivo confirmaron empiema necessitans por *Actinomyces israelii*. El tratamiento incluyó drenaje quirúrgico y antibioticoterapia dirigida, logrando resolución completa. Este caso destaca la necesidad de sospechar esta entidad ante masas torácicas y la importancia de la imagenología y el abordaje multidisciplinario para un manejo exitoso.

Objetivos: 1) Presentar un caso clínico de empiema necessitans en adulto, destacando su forma de presentación y factores de riesgo. 2) Describir el proceso diagnóstico y el manejo exitoso realizado, incluyendo el tratamiento quirúrgico y antibiótico. 3) Revisar la importancia del diagnóstico oportuno y el abordaje multidisciplinario en esta patología.

Contenido del E-Poster: Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 58 años, con antecedentes de epilepsia de mal control y consumo de drogas, que consultó en el servicio de urgencias por aumento de volumen en tórax de dos semanas de evolución. El estudio diagnóstico incluyó examen físico completo, exámenes de laboratorio y estudios de imagen (radiografía y tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste). Se realizó cultivo de líquido pleural y estudio microbiológico de tejido pleural. El manejo terapéutico consistió en aseo pleural mediante toracotomía anterolateral, drenaje y desbridamiento de trayectos fistulosos en pared torácica y cavidad abdominal, junto a terapia antibiótica dirigida según sensibilidad de cultivos. Se documentó y siguió la evolución clínica, microbiológica y radiológica del paciente durante la hospitalización y controles ambulatorios posteriores.

Resultado: El diagnóstico imagenológico evidenció un empiema pleural derecho con extensión a la pared torácica anterior, región perihepática y músculo psoas, con múltiples colecciones complejas. El cultivo de tejido pleural aisló *Actinomyces israelii*, *Fusobacterium* spp., *Campylobacter gracilis* y *Aggregatibacter*. El paciente fue sometido a un total de tres aseos quirúrgicos, logrando la negativización de los cultivos y resolución de los abscesos. Recibió antibioticoterapia endovenosa con ampicilina/sulbactam y azitromicina. Debido a periodontitis avanzada y mala condición dental (foco probable de actinomicosis), se realizó exodoncia total. El absceso del psoas fue manejado exitosamente con drenaje vía radiología intervencional. El paciente evolucionó en condiciones generales estables, siendo dado de alta para completar antibioticoterapia ambulatoria y control por infectología y cirugía de tórax.

Conclusión: Este caso enfatiza la importancia de sospechar empiema necessitans ante masas torácicas en pacientes con factores de riesgo. El manejo integral con imágenes, drenaje quirúrgico, antibióticos dirigidos y resolución del foco odontológico permitió la recuperación completa. La sospecha precoz y el enfoque multidisciplinario son clave para disminuir la morbilidad de esta complicación.

430, RESECCIÓN DE TUMOR DESMOIDE PARAVERTEBRAL RECIDIVADO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE UNA RECIDIVA TORÁCICA COMPLEJA

Autores: Jorge Arche P, Felipe Orellana M, Raimundo Santolaya C, Gerardo Mordojovich R, José Ortega S, Manfred Zink R, Raúl Berríos S, Juan Pablo Sorolla P, Álvaro Silva G, Pablo Pérez C

Clínica Alemana Santiago

Introducción: El tumor desmoide torácico es una neoplasia benigna de origen fibroblástico, localmente agresiva y con alta tasa de recurrencia, pero sin potencial metastásico. Su presentación clínica es variable, incluyendo dolor torácico, masa palpable o síntomas compresivos, especialmente en lesiones de gran tamaño o de comportamiento infiltrativo. A pesar de no ser un tumor maligno, su infiltración local en estructuras anatómicas complejas puede hacer difícil su manejo.

Objetivos: Describir el abordaje quirúrgico ante tumor desmoides con compromiso extenso que requirió resección en bloque y manejo multidisciplinario.

Contenido del E-Poster: Se revisó retrospectivamente la ficha clínica, estudios de imagen y evolución postoperatoria de un paciente sometido a cirugía torácica por tumor desmoides, resguardando su confidencialidad.

Resultado: Hombre de 43 años con antecedentes de resección de tumor desmoide paravertebral derecho (T9-T10) mediante toracotomía, con márgenes comprometidos. Histología compatible con fibromatosis desmoide (β -catenina positiva, STAT6 negativo). Recibió radioterapia adyuvante (VMAT, 60 Gy/30 fracciones). Dos años después, consulta por dolor torácico derecho progresivo. RM y PET/CT evidencian crecimiento tumoral paravertebral D9-D10, sin evidencia de invasión ósea ni compromiso neuroforaminal, sugestivo de recidiva. Inició tamoxifeno con buena adherencia, pero existe progresión del tumor a nivel de cuerpo vertebral y pared torácica. Se diseña una estrategia operatoria en cuatro tiempos secuenciales, Primer tiempo (torácico): Videotoracoscopia derecha y resección pulmonar en zona de compromiso tumoral. Segundo tiempo (columna): Fijación percutánea T8-T11 izquierda para estabilización previa a resección vertebral. Tercer tiempo (resectivo): Resección tumoral en bloque incluyendo resección de pared torácica y resección navegada de cuerpo vertebral con ligadura de raíces T8-T10 derechas, a. Cuarto tiempo (reconstrucción): Reparación de defecto de pared torácica con colgajo musculocutáneo, a cargo de cirugía plástica. Biopsia muestra resección R0. Evolución satisfactoria y sin síntomas de recurrencia a 1 año.

Conclusión: La recidiva local de tumores desmoides torácicos es frecuente, especialmente cuando la resección inicial presenta márgenes comprometidos. En este caso tumor ya estaba en contacto con cuerpo vertebral en primera cirugía. El abordaje en estos casos debe equilibrar el control local con la preservación funcional, particularmente en lesiones cercanas a estructuras críticas como la médula espinal y las raíces nerviosas. El trabajo colaborativo entre especialidades y la planificación quirúrgica en etapas permiten maximizar la resección tumoral y minimizar complicaciones mayores. La hormonoterapia tiene un rol adyuvante, aunque su eficacia es variable y requiere seguimiento por imagen. Este caso resalta la utilidad de una planificación secuencial y un abordaje interdisciplinario en lesiones torácicas localmente agresivas, permitiendo una resección segura y completa.

431, "TUMORES MALIGNOS DE PARED TORÁCICA: SERIE DE 4 CASOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA ENTRE LOS AÑOS 2020–2025

Autores: Paulo César Pereira Barrera, Antonia Gabriela Gómez Rabello, Belén Macarena Tapia Da Silva
Hospital Regional De Antofagasta

Introducción: Los tumores de pared torácica representan menos del 5% de las neoplasias torácicas y cerca del 50% son malignos. Pueden originarse en hueso, músculo o tejido conectivo, y suelen presentarse como masas indoloras o hallazgos imagenológicos incidentales, lo que retrasa el diagnóstico. El tratamiento estándar es la resección quirúrgica amplia con márgenes negativos, usualmente asociada a reconstrucción torácica compleja y manejo multidisciplinario.

Objetivos: Describir una serie de casos quirúrgicos de tumores de pared torácica en un hospital público del norte de Chile, caracterizando su presentación clínica, diagnóstico, tratamiento quirúrgico y evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Se analizan retrospectivamente cuatro casos tratados entre 2020 y 2025. Se incluyen tres tumores malignos confirmados y una lesión benigna sintomática. Se recopilaron antecedentes clínicos, hallazgos imagenológicos, diagnósticos histopatológicos, técnicas quirúrgicas, complicaciones y evolución. Todos los pacientes requirieron reconstrucción torácica inmediata con apoyo de cirugía plástica.

Resultado: Caso 1: Condrosarcoma grado II de 9 cm. Resección de costillas 2–5, reconstrucción con sistema Stracos, malla Gore-Tex y colgajos múltiples. Tres reintervenciones. Evolución favorable. Caso 2: Tumor toracoabdominal de 22 cm, inicialmente diagnosticado como mixofibrosarcoma. Resección de tumor primario y metástasis. Histología final: tumor tritón maligno. Evolución agresiva y fallecimiento. Caso 3: Recidiva de sarcoma pleomórfico. Nueva resección y reconstrucción. Biopsia final: fibromixosarcoma de alto grado. Evolución con necrosis parcial de colgajo. En seguimiento. Caso 4: Masa dolorosa sin confirmación de malignidad. Resección amplia y reconstrucción por síntomas y duda diagnóstica. Histología: fibroma cicatricial. Evolución favorable.

Conclusión: La serie muestra que los pacientes consultaron tardíamente (>1 año), lo que aumentó la complejidad quirúrgica y redujo las opciones terapéuticas. El tratamiento quirúrgico fue técnicamente exitoso, pero se observaron complicaciones y recidivas en casos malignos. La resección fue indicada incluso en un caso benigno, por el tamaño y compromiso funcional. El manejo multidisciplinario permitió reconstrucciones eficaces y recuperación funcional aceptable. El diagnóstico precoz y el acceso a equipos especializados son fundamentales para mejorar el pronóstico. La educación médica y comunitaria puede ser clave para reducir los retrasos en la atención de estas patologías.

432, GRANULOMATOSIS PLEUROABDOMINAL POR CUERPO EXTRAÑO BILIAR POST-COLECISTECTOMÍA: UN IMITADOR DE NEOPLASIA TORÁCICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: María José Martínez S., Carlos Enberg H., Trinidad Martínez S., Galo Cárdenas S.

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

Introducción: Las masas pleurales con ocupación pleural y las colecciones toracoabdominales son un reto diagnóstico en el momento de diferenciar causas neoplásicas e inflamatorias. La granulomatosis pleuroabdominal es infrecuente y puede confundirse con carcinoma, retrasando el tratamiento adecuado. Es necesario considerar este diagnóstico diferencial al momento de proponer tratamiento e informar pronóstico.

Objetivos: Describir un caso de granulomatosis pleuroabdominal por migración de cálculos biliares post-colecistectomía, que imitó una neoplasia torácica, resaltando su resolución quirúrgica y valor en el diagnóstico diferencial de masas pleurales atípicas.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico y revisión bibliográfica breve.

Resultado: Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística y colecistectomía laparoscópica en 2022. Exfumador (10 cigarrillos/día), sin exposición a bio-masa. Consultó por disnea progresiva y pérdida de peso, siendo evaluado inicialmente en medicina interna. Radiografía de tórax evidenció derrame pleural derecho. La toracocentesis diagnóstica reveló exudado mononuclear, con baciloscopia negativa para tuberculosis. La tomografía computarizada (TC) mostró derrame pleural derecho, engrosamiento pleural y colección hacia el espacio subdiafragmático y pared toracoabdominal, adenopatías supradiaphragmáticas derechas. Biopsia guiada por ecografía informó hallazgos sugerentes de sarcoma. Se discutió en comité oncológico y se indicó biopsia quirúrgica. En posición de toracotomía, se realizó biopsia excisional de masa de pared toracoabdominal de 3×3 cm, identificándose trayecto fistuloso cutáneo con presencia de lito. Por videotoracoscopia se evidencia continuación de trayecto subdiafragmático, sin compromiso de la cavidad pleural. Biopsia rápida de pleura compatible con tejido granulomatoso, sin evidencia de malignidad. Se realizó aseo quirúrgico aspirando 2 litros de líquido serohemorrágico, enviando muestras para citología, cultivos bacterianos y micóticos, micobacterias y ADA. Se identificaron múltiples litos enviados a estudio. Se instaló pleurostomía y drenaje Jackson-Pratt, retirados al tercer y quinto día, respectivamente. Cursó con fibrilación auricular bloqueada, requiriendo implante de marcapasos previo al alta. Sin otras complicaciones. Radiografía de control sin ocupación pleural. En control ambulatorio, se rescata biopsia que describió reacción inflamatoria granulomatosa crónica con células gigantes tipo cuerpo extraño, sin evidencia de malignidad. Todas las muestras fueron negativas para neoplasia. Se confirmó la presencia de cálculos biliares. Las muestras fueron procesadas con tinciones de PAS, Giemsa, Gram y Ziehl-Neelsen, sin identificación de microorganismos. La TC de control al mes mostró disminución de la reacción inflamatoria, y a los tres meses se observó resolución completa de la masa.

Conclusión: Este caso ilustra una presentación atípica y poco frecuente de reacción granulomatosa inducida por migración de cálculos biliares post-colecistectomía, que simuló un proceso neoplásico toracoabdominal, llevando inicialmente al paciente a controles por sospecha de sarcoma y derivación a cuidados paliativos. La resolución benigna final refuerza la necesidad de mantener un diagnóstico diferencial amplio ante masas pleurales o toracoabdominales.

433, CÁNCER PULMONAR (ESTADIO IIIA) CON RESECCIÓN DE VENA CAVA SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Jorge Lavanderos F, Rocío Davinson C, Ignacio Montiel M, Francisca Faúndez P

Hospital Base San José Osorno. Servicio De Cirugía

Introducción: El cáncer pulmonar es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo. En Chile, corresponde a la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y la segunda en mujeres. El cáncer pulmonar estadio IIIA se define como localmente avanzado, caracterizándose por un compromiso ganglionar local o invasión local de estructuras mediastínicas sin evidencia de diseminación a distancia. En este grupo, el compromiso de grandes vasos mediastínicos, como la vena cava superior, implica un desafío terapéutico significativo dado el riesgo quirúrgico y la dificultad de lograr márgenes oncológicos adecuados.

Objetivos: Reportar un caso clínico de cáncer pulmonar estadio IIIA con resección de vena cava superior.

Contenido del E-Poster: Reporte de caso clínico, se realizó revisión de ficha clínica, imágenes, protocolo operatorio, resultados de biopsia y posterior evolución del caso.

Resultado: Paciente de 68 años con antecedentes de cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca (FEVI 30%) y tabaquismo activo consulta por dolor torácico. Estudio con tomografía computada de tórax evidencia masa pulmonar dependiente del lóbulo superior derecho que contacta el mediastino. Estadificación con tomografía por emisión de positrones - tomografía computada evidencia masa pulmonar de 55 mm hipercaptante, en íntimo contacto con la vena cava superior, sin compromiso ganglionar mediastínico. Estudio de función pulmonar con prueba de difusión de monóxido de carbono levemente disminuido. Se realiza bilobectomía pulmonar (superior y medio), linfadenectomía mediastínica, resección de vena cava superior y reemplazo con prótesis de politetrafluoroetileno expandido (PTFE). El resultado de la biopsia fue compatible con adenocarcinoma pulmonar invasor con compromiso de vena cava. Paciente con evolución postoperatoria favorable y alta al séptimo día post cirugía. Por estadio (pT4N1M0) se indica tratamiento adyuvante con quimioterapia.

Conclusión: El cáncer pulmonar con invasión de la vena cava superior, es una condición poco frecuente pero clínicamente significativa que supone alta complejidad terapéutica. Una actitud activa con cirugía agresiva asociada a un enfoque multidisciplinario y evaluación individualizada prequirúrgica de cada paciente, puede ser una opción viable, incluso en aquellos con comorbilidades cardiovasculares significativas, permitiendo mejorar la sobrevida y el control local del cáncer pulmonar estadio IIIA.

14. Sección: Sección: Trauma



169, LAPAROSTOMÍA CONTENIDA: EXPERIENCIA DE 12 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Autores: Patricio Araya C., Constanza Baeza B., Maximiliano Puebla H., Abelino Jara N., Carlos Guerrero C., Sebastián Sapiain G.

Hospital Clínico De La Universidad De Chile

Introducción: El abdomen abierto o laparotomía contenida (LC) es una estrategia quirúrgica en pacientes gravemente enfermos. Dado su creciente uso en múltiples escenarios clínicos, evaluar sus resultados es fundamental para optimizar la toma de decisiones quirúrgicas y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Objetivos: Describir los resultados clínicos de pacientes sometidos a laparostomía contenida en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, según variables demográficas, etiológicas, manejo quirúrgico y evolución postoperatoria.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se efectuó una revisión de fichas clínicas de pacientes ≥ 15 años, intervenidos entre 2012 y mayo 2025. Se identificaron los casos de cirugía abdominal, y se incluyeron todas aquellas en las que se optó por la LC como técnica de cierre temporal y que fueron manejados en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se registraron variables demográficas, etiológicas, indicación LC, evolución y manejo postoperatorio, incluyendo mortalidad. Se realizó análisis estadístico descriptivo y comparativo.

Resultado: Identificamos 48 casos, la mayoría hombres (58.3%), con edad media de 69 [19-90]. La principal etiología de la cirugía fue la patología vascular (41%), seguida de sepsis abdominal primaria (27%) y sepsis abdominal postoperatoria (16%). Las principales causas informadas del manejo con LC fueron la contaminación peritoneal y la dudosa viabilidad de asas o anastomosis. Los pacientes quedaron con LC en su primera cirugía en un 70,8%, y en su segunda un 22.9%. El tipo de LC fue con terapia de presión negativa en un 77%. La primera revisión se realizó en promedio en 2,3 días, siendo necesario solo 1 revisión en el 68,8% de los casos. El tiempo en que los pacientes estuvieron con LC tuvo una mediana de 3 días (3,8 promedio). El cierre se realizó en la mayoría de los casos con suturas absorbibles (86%). Se usó malla para el cierre en 1/3 de los casos. Un 44% requirió una nueva operación tras el cierre, principalmente por filtración de anastomosis. La estadía hospitalaria en tuvo un promedio de 66 días (media 42), con 23 días (media 18) en UCI. La mortalidad intrahospitalaria de 48% y a 30 días 37.5%, las principales causas fueron shock séptico (47.8%) y hemorrágico/hipovolémico (30.4%), siendo significativamente mayor la mortalidad en patología vascular sobre la no vascular (p 0.045).

Conclusión: La LC es un procedimiento complejo, utilizado en pacientes en situaciones catastróficas. En Chile los primeros reportes datan de 1979, presentando numerosas experiencias en distintos centros desde esa fecha. Este es el segundo reporte de nuestro centro, siendo el primero en el año 2000. Encontramos similar distribución entre sexos, con la mayoría mayores de 60 años. A diferencia de otros reportes locales, la patología vascular fue la principal causa de la cirugía inicial. La indicación de LC fue principalmente por contaminación peritoneal, similar a lo reportado en otros estudios. Presentamos un tiempo de revisión y cierre similar a los distintos reportes en la literatura y un mayor uso de cierre con malla. La estadía hospitalaria y en UCI fue prolongada, con una mortalidad el primer mes similar a otros reportes. El manejo integral de estos pacientes en unidades de pacientes críticos, el seguimiento estricto por el equipo quirúrgico y la participación de los distintos actores es crucial para mejorar los resultados de los pacientes gravemente enfermos.

170, TORNADOS EN ZONA CENTRO-SUR DE CHILE, ¿ESTAMOS PREPARADOS?

Autores: Ignacio Raimann Bucarey, Alessio Espinoza Merino, Mauricio Lira Varela, Rodrigo Tejos Sufán

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

Introducción: Los tornados son fenómenos extremos de gran poder destructivo. En Chile, desde 1559 hasta 2023, se han documentado más de 80 tornados y trombas marinas con velocidades máximas de viento entre 120 y 180 km/h en tornado, y hasta 100 km/h en trombas marinas. Dado que se trata de un fenómeno que amenaza a la zona centro sur del país, la preparación del sistema de salud ante este tipo de emergencia es una necesidad.

Objetivos: Realizar una revisión de literatura para analizar la información disponible sobre cifras de morbilidad y la preparación de los servicios de urgencias para la contención de los daños provocados.

Contenido del E-Poster: Revisión de la literatura científica publicada entre 2000 y 2024, centrada en los impactos sanitarios de tornados y la preparación de los servicios de urgencia. Se realizó búsqueda en PubMed, Scopus y SciELO, utilizando los términos: "tornado injury", "disaster trauma", "emergency preparedness", "mass casualty", "Chile". Se incluyeron estudios originales y revisiones en inglés o español que abordan lesiones físicas, impacto psicológico y respuestas en unidad de emergencia ante tornados. Se excluyeron reportes duplicados, artículos sin acceso al texto completo. Los hallazgos se organizaron mediante análisis temático cualitativo, y cuando fue posible, se sintetizaron datos cuantitativos sobre causas de muerte, tipos de lesiones, grupos vulnerables y tiempos de respuesta médica.

Resultado: Se revisaron 20 estudios, mayoritariamente originados en Asia y EE. UU. El evento de Funing (2016) reportó 99 muertes y 846 heridos, donde el 74 % de los fallecimientos fue por trauma craneoencefálico, principalmente en víctimas al interior de viviendas colapsadas. Los grupos más vulnerables fueron adultos mayores (75–84 años; RR = 82.2), mujeres (RR = 1.53) y niños. En cuanto a morbilidad, el 81 % de las lesiones fueron leves, el 12 % musculoesqueléticas, y el 7 % correspondió a amputaciones, trauma penetrante o lesiones internas severas. El trauma toracoabdominal representó el 28 % de los pacientes con lesiones graves, las hemorragias severas en un 16–21 %, y las amputaciones traumáticas en un 5–7 %. La existencia de protocolos quirúrgicos y quirófanos operativos se asoció a una mayor sobrevivencia intrahospitalaria hasta 18 %. En salud mental, se reportaron tasas de Trastorno de estrés post traumático hasta 35 %. En Chile, hay un aumento progresivo de tornados y trombas marinas, el 69 % de los casos ocurrieron entre 2015 y 2019 entre las regiones del Maule y Los Lagos con un patrón estacional otoñal. Los brotes de 2019, 2022 y 2025 son ejemplos recientes de afectación en zonas urbanas. No existen protocolos sanitarios nacionales que aborden este tipo de emergencias ambientales.

Conclusión: La ocurrencia de tornados en la zona centro-sur de Chile representa una amenaza real y creciente. La evidencia internacional destaca que la mayoría de las víctimas fallecen por trauma craneal y lesiones internas causadas por colapsos estructurales. El sistema de salud chileno debe prepararse para enfrentar escenarios de trauma masivo. Para el equipo quirúrgico esto implica: asegurar disponibilidad de pabellones de urgencia funcionales; implementar planes de respuesta para trauma múltiple; capacitar al personal en cirugía de control de daños; y mejorar la logística de traslado y triage quirúrgico en catástrofes. Una estrategia proactiva, integrada y quirúrgicamente competente es fundamental para contener las consecuencias sanitarias de estos fenómenos extremos.

172, EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN FIJACIÓN COSTAL: PRIMERA SERIE DE CASOS EN CHILE EN TRAUMA TORÁCICO CERRADO

Autores: Galo Cárdenas S., María José Martínez S., María Bernardita Francke I., Ignacio Esguep M., María De Los Ángeles Sunkel M., Gerardo Mordojovic R.

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

Introducción: El trauma torácico es una causa importante de morbilidad mundial. Las fracturas costales múltiples, especialmente asociadas a tórax inestable, generan dolor refractario, deterioro ventilatorio y complicaciones respiratorias graves. La fijación costal quirúrgica ha surgido como tratamiento efectivo, respaldado por evidencia que muestra reducción en ventilación mecánica, neumonía y hospitalización. En Chile, la experiencia es limitada a un reporte de dos casos (2012). Este estudio es la primera serie chilena que analiza en detalle la fijación costal en trauma torácico, aportando datos para fortalecer la evidencia local y fomentar su uso en pacientes seleccionados.

Objetivos: Describir la experiencia institucional en fijación quirúrgica de fracturas costales por trauma torácico, analizando características clínicas, indicaciones, técnicas y resultados postoperatorios en los últimos dos años.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional retrospectivo en Hospital Padre Hurtado. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con trauma torácico cerrado o abierto, sometidos a fijación costal entre enero 2023 y julio 2025. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y resultados postoperatorios. Análisis descriptivo con SPSS v26.0; $p < 0,05$.

Resultado: Se presenta una serie de casos que incluye 10 pacientes con trauma torácico sometidos a fijación costal con placas anatómicas preformadas StraCos® en nuestro centro entre 2023 y 2025. La mediana de edad fue 59 años (rango 27–77), con predominio masculino (80%). Todos los casos correspondieron a trauma contuso, con tórax inestable clínico e imagenológico en el 100%. Los diagnósticos asociados fueron hemoneumotórax (50%), neumotórax (30%) y hemotórax (20%). El 100% presentó contusión pulmonar, y tres pacientes presentaron neumotórax a tensión. La mediana de costillas fracturadas fue 4, siendo más frecuentes la quinta y sexta costillas, con predominio posterolateral (60%) y lateralidad izquierda (80%). El abordaje fue mixto en todos los casos (toracotomía, videotoracoscopia y bloqueo intercostal), con un tiempo operatorio promedio de 2 h 35 min. Se fijaron en total 36 costillas y se utilizaron 38 placas, observándose una fuerte correlación entre ambas variables ($r = 0,88$) y una razón promedio de 1,06 placas por costilla. El 50% presentó lesiones extratorácicas, y un alto porcentaje tenía comorbilidades psiquiátricas (trastorno de personalidad, adicción a drogas) o respiratorias crónicas. La tasa de complicaciones fue del 40% (Clavien-Dindo II y IIIa), sin necesidad de intervenciones quirúrgicas adicionales ni mortalidad. La mediana de estadía hospitalaria fue de 15,5 días, sin asociación significativa con el número de costillas fijadas, edad ni comorbilidades.

Conclusión: La fijación costal quirúrgica en trauma torácico cerrado con tórax inestable se mostró como una técnica segura y efectiva, asociada a baja morbilidad y buena recuperación clínica. Su implementación planificada y adaptada al tipo de fractura permite optimizar resultados, consolidándose como una alternativa válida en el manejo integral del trauma torácico. Se requieren estudios con mayor número de casos para fortalecer su incorporación como estándar terapéutico.

173, CARACTERIZACIÓN DE TRAUMATISMOS ABDOMINALES CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN CHILE ENTRE 2019 Y 2023

Autores: Richard Beleño P, Alejandro Hidalgo R, Sebastián Icaza C, Gina Gutiérrez O, María Muñoz D

Universidad De Antofagasta

Introducción: El traumatismo abdominal es una causa relevante de morbilidad y mortalidad en pacientes politraumatizados, con mayor frecuencia en hombres jóvenes en contextos urbanos. En Chile, el trauma representa la principal causa de muerte en personas menores de 45 años. Sin embargo, existe escasa caracterización epidemiológica de los casos que requieren resolución quirúrgica, lo que dificulta la planificación sanitaria y el diseño de políticas públicas.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los traumatismos abdominales con resolución quirúrgica en Chile entre los años 2019 y 2023.

Contenido del E-Poster: Estudio longitudinal retrospectivo utilizando la base de datos nacional de FONASA (GRD). Se incluyeron pacientes de ambos sexos, entre 18 y 65 años, con diagnóstico compatible con traumatismo abdominal (CIE-10) y al menos un procedimiento quirúrgico codificado (CIE-9) en los primeros tres registros. Se excluyeron registros incompletos o sin intervención quirúrgica asociada. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de egreso hospitalario mediante estadística descriptiva.

Resultado: Se identificaron 1.767 pacientes, 88,5% de sexo masculino y 81,6% menores de 45 años. Las regiones con mayor frecuencia fueron Metropolitana (37,3%), Biobío y Valparaíso. Más del 80% de los diagnósticos principales correspondieron a heridas penetrantes (CIE-10 S31.1 y S31.8). El sistema digestivo fue el más intervenido (75,1%), siendo la laparotomía exploratoria el procedimiento más común (455 casos). Un 37,4% de los pacientes presentó trastornos mentales y del comportamiento como comorbilidad, seguidos de enfermedades digestivas y metabólicas. La mortalidad intrahospitalaria fue de 2,83%, con una tendencia descendente a lo largo del período. La estancia hospitalaria promedio fue de 6,09 días, con un aumento transitorio durante la pandemia por COVID-19 en 2021.

Conclusión: Los traumatismos abdominales quirúrgicos afectan principalmente a hombres jóvenes en regiones urbanas y se relacionan con lesiones penetrantes. La alta frecuencia de comorbilidades psiquiátricas resalta la necesidad de un enfoque clínico integral. A pesar de la complejidad, se observó baja mortalidad y una mejoría progresiva en los desenlaces. Estos hallazgos apoyan la necesidad de reforzar estrategias de prevención de la violencia, promoción de salud mental y fortalecimiento de la cirugía de urgencia en zonas de mayor riesgo.

226, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO INCIDENTAL DE UNA HERIDA PENETRANTE CARDIACA

Autores: Caterina Contreras, Samuel Balmaceda, Paola Dobbs

Hospital La Florida

Introducción: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 28 años de edad con antecedente de policonsumo, quien es trasladado al reanimador del Servicio de Urgencias HLF tras ser encontrado en vía pública con herida cortante toraco-abdominal. Ingresó estable (FC 85, PA 101/58, FR 18, SatO2 100% con MNR), vigil, bien perfundido a distal. GCS 14 por lenguaje algo confuso. A la exposición de la evaluación primaria del trauma destaca herida cortante a nivel de xifoides con escaso sangrado en napa y salida de aire por herida, con parche 3 puntos in situ. Al E-FAST destaca escaso líquido laminar pericárdico sin signos de taponamiento cardíaco. Se realiza AngioTC que evidencia moderado hemooperitoneo y leve neumopericardio. Sin neumotórax. Dado estabilidad del paciente, se decide laparoscopia exploradora en pabellón, donde se evidencia lesión diafragmática subxifoidea con exposición cardíaca, observando una laceración sin sangrado activo de ventrículo derecho. Sangrado activo desde pared toraco-abdominal y tejido preperitoneal, lo cual se controla en forma abierta a través de su misma herida. Sin otras lesiones. Se realiza aseo con solución fisiológica de cavidad abdominal y pericárdica, además de cierre laparoscópico de lesión diafragmática e instalación de drenaje pericárdico. Procedimiento sin incidentes. En postoperatorio, paciente evoluciona en buenas condiciones generales, sin taquiarritmias, drenaje con escaso contenido serohemático. Se realiza ecocardiograma postoperatorio sin hallazgos patológicos. Es dado de alta al día 4 postoperatorio en buenas condiciones, sin drenaje y con adecuada evolución posterior al alta.

Objetivos: Se envía este video con el fin de compartir una experiencia poco habitual que llevó a la resolución mínimamente invasiva de un caso de herida penetrante cardíaca.

Contenido del video: En el siguiente video se muestran los hallazgos quirúrgicos tras el ingreso a la cavidad abdominal, siendo principalmente la exposición del ventrículo derecho a través de un defecto diafragmático subxifoideo. Lavado pericárdico sin evidencia de sangrado activo. Se realiza aseo quirúrgico abdominal y posteriormente cierre laparoscópico de defecto diafragmático con puntos separados, dejando drenaje Jackson Pratt a cavidad pericárdica.

434, TORACOTOMÍA DE REANIMACIÓN COMO SALVATAJE EN PARO CARDIACO POR HEMORRAGIA EXANGUINANTE.

Autores: Daniela Leporati Jofré, Manuel Kunstmann Camino, Cristian Jara Durán, Gabriel Kunstmann Camino.

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

Introducción: La toracotomía de reanimación (TR) comprende un conjunto de maniobras quirúrgicas destinadas a revertir el paro cardiorrespiratorio traumático en contexto de muerte aparente. Sus indicaciones varían según el autor y la institución, siendo una técnica controvertida y excepcional. En trauma penetrante no torácico, permite ocluir la aorta descendente para controlar hemorragias exanguinantes no compresibles. En Chile, series retrospectivas reportan mortalidad del 100% en trauma cerrado y del 89% en trauma

Objetivos: Presentar el caso de un paciente sometido a TR con sobrevida.

Contenido del E-Poster: Revisión de ficha clínica y de literatura en Pubmed y Embase.

Resultado: Paciente masculino de 22 años, previamente sano, ingresó a urgencias con herida por arma de fuego en región inguinal izquierda, sin orificio de salida. Presentaba ausencia de signos vitales, pero actividad cardíaca en ecografía. Se activó protocolo de transfusión masiva y fue trasladado a pabellón por único cirujano de turno. Se realizó toracotomía anterolateral izquierda con bisturí frío, y clampeo de aorta descendente durante 10 minutos. Tras un ciclo de compresiones cardíacas, recuperó signos vitales. Un segundo cirujano ingresó a pabellón para laparotomía media con control proximal vascular, sin hallazgos intraabdominales adicionales. Se controlaron arteria y vena ilíaca izquierdas. En paralelo, se abordó la región inguinal para control distal, asistido por cirujano vascular. Se repararon arterias femoral común y superficial, y se ligaron venas femorales traumatizadas, recuperando pulso distal. Se instalaron dos pleurostomías izquierdas y se cerraron incisiones por planos. El sangrado intraoperatorio fue de 1500 mL. Evolucionó con shock hipovolémico refractario, requiriendo politransfusión y drogas vasoactivas. Al tercer día presentó síndrome compartimental en extremidad inferior izquierda, con rabdomiólisis y necesidad de terapia de reemplazo renal. No respondió a fasciotomía, por lo que se realizó amputación abierta de pierna izquierda, seguida de amputación transfemoral definitiva. Fue dado de alta a los dos meses, a los siete meses postoperatorios.

Conclusión: La TR constituye una medida extrema y controvertida en el manejo del paro cardíaco traumático por hemorragia exanguinante. En este caso, permitió mantener perfusión central, ganar tiempo para estabilización hemodinámica, llegada de equipo quirúrgico y resolución definitiva de lesiones, resultando en sobrevida del paciente.

435, PENETRANTE CARDIACA SIN HEMOPERICARDIO: UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE

Autores: Catalina Hernández C, Valentina Olmedo P, Hernán Arancibia A, Carlos Casanova M, Laura Mancilla B, Aldo Becerra R, Nyckolás Torres A, Felipe Velásquez G

Hospital Dr Gustavo Fricke

Introducción: El trauma torácico constituye una causa importante de hospitalización y mortalidad en Chile. Entre 2003 y 2022 se registraron más de 23.000 hospitalizaciones por esta causa, representando un 31,25 % de las agresiones atendidas, con una mortalidad asociada del 41,9 %. Las heridas por arma blanca son el mecanismo más frecuente, aunque la literatura nacional sobre trauma torácico penetrante sigue siendo limitada. Dentro de estas lesiones, la herida cardíaca penetrante suele asociarse a taponamiento cardíaco secundario a hemopericardio en hasta el 77 % de los casos. Sin embargo, un subgrupo puede presentar hemopericardio sin taponamiento, lo que representa un reto diagnóstico. Aún más infrecuente es el drenaje de sangre desde el pericardio hacia la cavidad abdominal a través de un defecto diafragmático traumático, evitando así el aumento de presión intrapericárdica. Este mecanismo está escasamente descrito en la literatura.

Objetivos: Presentar el caso de una herida cardíaca penetrante sin hemopericardio ni taponamiento, con drenaje hacia la cavidad abdominal por defecto diafragmático, destacando la importancia del juicio clínico y la exploración quirúrgica oportuna ante imágenes discordantes.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 57 años, sin antecedentes mórbidos, que ingresa al servicio de urgencias tras agresión con arma blanca en la vía pública. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con una herida cortante de 2 cm en región torácica anterior. Se realizó evaluación inicial con protocolo ATLS y E-FAST que evidenció líquido en cavidad pericárdica sin hallazgos abdominales. Posteriormente, una tomografía contrastada toracoabdominal no mostró extravasación activa en pericardio, pero sí líquido libre intraabdominal. Un nuevo E-FAST mostró ventana pericárdica negativa y abdominal positiva. Dada la discordancia imagenológica y la sospecha clínica, se decidió exploración quirúrgica.

Resultado: Se inició abordaje mediante laparoscopia diagnóstica, encontrándose hemoperitoneo de 400 cc, sin lesiones viscerales. Se identificó una solución de continuidad diafragmática en la cara interna del ligamento redondo, con salida de sangre desde cavidad pericárdica. Se decidió conversión a esternotomía media, donde no se evidenciaron lesiones miocárdicas, pero sí sangrado en napa desde el pericardio. Se realizó revisión completa y reparación del defecto pericárdico y diafragmático. El postoperatorio fue favorable y el paciente fue dado de alta sin complicaciones.

Conclusión: Este caso representa una forma inusual de presentación de trauma cardíaco penetrante, en que el sangrado pericárdico drenó hacia la cavidad abdominal a través de un defecto diafragmático traumático, evitando el desarrollo de taponamiento. La tomografía puede no identificar sangrado de bajo volumen o drenaje activo hacia otras cavidades, por lo que ante hallazgos discordantes y antecedentes de trauma penetrante torácico, la indicación quirúrgica debe mantenerse. La experiencia reafirma la importancia del juicio clínico y la integración de hallazgos físicos y radiológicos en la toma de decisiones, especialmente en pacientes estables pero con sospecha de lesión cardíaca. Difundir estos casos contribuye a mejorar la toma de decisiones en escenarios complejos y amplía el conocimiento nacional sobre variantes clínicas poco frecuentes en trauma torácico penetrante.

436, LESIÓN PANCREATODUODENAL GRADO V POR ARMA DE FUEGO: MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO EN UN ESCENARIO DE ALTA LETALIDAD

Autores: Daniel Alejandro Márquez Ramírez, Juan Antonio Stambuck Mayorga, Gonzalo Matías Masia López, Rocío Josefina Witto Espinoza, Nicolás Larrañaga Riquelme, Manuel Alejandro Lizana Corvera

Hospital San Juan De Dios

Introducción: Las lesiones pancreatoduodenales grado V por trauma penetrante, especialmente las causadas por arma de fuego, están asociadas a una mortalidad extremadamente elevada, con tasas reportadas que superan el 30 % a 60 % en series clásicas. Las lesiones pancreatoduodenales por trauma penetrante representan un reto quirúrgico de alta complejidad, asociadas a una elevada mortalidad y morbilidad, especialmente en escenarios con compromiso hemodinámico. El manejo requiere decisiones rápidas, experiencia quirúrgica y una estrategia escalonada. En Chile, son escasos los reportes de casos clínicos que describan una duodenopancreatectomía de urgencia con resultado favorable. Consideramos relevante compartir esta experiencia debido a su valor formativo, su aporte al cuerpo de evidencia nacional y como testimonio del abordaje multidisciplinario efectivo ante un caso de extrema gravedad.

Objetivos: Presentar el manejo exitoso de una lesión pancreatoduodenal grado V por arma de fuego, destacando su valor clínico y educativo, especialmente ante la elevada mortalidad reportada y la escasez de casos documentados en nuestro medio.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 30 años, víctima de trauma abdominal penetrante por arma de fuego con múltiples lesiones faciales contusas y fractura de cráneo. Ingresó inestable hemodinámicamente (PA: 91/61 mmHg, pH: 7.22, lactato elevado). EcoFAST evidenció líquido libre, y la TC reveló neumoperitoneo y extravasación de contraste. Se realizó laparotomía exploradora evidenciando: Hemoperitoneo de 300 cc. Lesiones en colon transverso, curvatura mayor gástrica, cabeza del páncreas y segunda porción duodenal. Lesión contenida en vena cava inferior. Procedimientos realizados en primera cirugía (control de daños): Resección segmentaria de colon transverso. Gastrorrafia, venorrafia de cava inferior. Duodenopancreatectomía cefálica con canulación biliar. Colectomía, laparostomía con dispositivo Abthera. En segundo tiempo quirúrgico (24 h): Pancreatogastroanastomosis, coledocoyeyunostomía, gastroenteroanastomosis. Colostomía terminal derecha y cierre de pared abdominal.

Resultado: El paciente presentó una evolución postoperatoria favorable desde el punto de vista quirúrgico. Se retiró drenaje pancreático al día 12 sin evidencia de fístula. Se mantuvo colostomía funcional. Requirió estancia prolongada en UCI (48 días) por complicaciones neurológicas secundarias a trauma craneal previo y antecedentes de consumo de drogas. Fue trasladado a medicina interna para rehabilitación integral.

Conclusión: Este caso refleja un escenario de trauma penetrante abdominal con una de las lesiones más complejas y letales en cirugía de urgencia. La intervención oportuna, el enfoque de control de daños, y una estrategia quirúrgica escalonada permitieron una evolución favorable, desafiando las estadísticas de mortalidad asociadas a lesiones pancreatoduodenales grado V. Compartir esta experiencia permite fortalecer el conocimiento quirúrgico en contextos de alta complejidad, especialmente en países donde estos eventos son poco reportados, y visibilizar el rol del trabajo en equipo y la toma de decisiones quirúrgicas críticas bajo presión. Nuestro caso destaca porque, frente a ese contexto de alta letalidad, se logró una evolución exitosa mediante un abordaje en dos tiempos, con control de daño seguido de reconstrucción.

437, HERNIA TRAUMÁTICA CON HEMOPERITONEO E INJURIA MESORRECTAL POST COLISIÓN DE ALTA ENERGÍA: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA CONVERTIDA A LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.

Autores: Katherine Hernández O1., Tomás Reyes M2., Carol Vargas Q3, Enrique Castillo C1., María Altagracia Díaz 1.

Hospital De Puerto Montt

Introducción: Las hernias traumáticas abdominales secundarias a trauma cerrado representan menos del 1% de las lesiones en accidentes de alta energía. Estas lesiones pueden acompañarse de compromiso visceral, mesentérico o parietal. La desinserción muscular abdominal traumática sin herida abierta es un hallazgo quirúrgico poco habitual.

Objetivos: Reportar un caso clínico de hernia traumática con hemoperitoneo e injuria mesorrectal post colisión de alta energía: resolución laparoscópica convertida a laparotomía exploradora.

Contenido del E-Poster: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultado: Paciente masculino de 25 años, previamente sano, trasladado por SAMU tras accidente vehicular de alta energía, iba de copiloto con cinturón de seguridad en estado de ebriedad. Ingresó a urgencias con Glasgow 15, taquicárdico, dolor abdominal, hematomas en flanco derecho y signos de irritación peritoneal. Laboratorios: hemoglobina 16,4 g/dL, hematocrito 48%, Tomografía abdomen y pelvis con contraste: moderado hemoperitoneo y protrusión de asas intestinales hacia la pared lateral derecha por sección del recto abdominal y oblicuo externo derecho, sin sangrado activo. Se hospitalizó con tratamiento conservador. Al tercer día, hemoglobina con caída de tres g/dL, se traslada a pabellón. Laparoscópica exploradora evidenció hemoperitoneo de 4 cuadrantes, desgarró de mesorrecto de la unión rectosigmoidea con sangrado activo asociado a deserosamiento de recto superior, ante la imposibilidad de control vascular, se decide convertir a laparotomía media infraumbilical con ampliación transversa lateral derecha, evidenciando hematoma disecante a nivel subcutáneo bilateral, divulsión rectos abdominales y desinserción de oblicuo externo derecho. Control vascular de mesorrecto con clips y rafia de deserosamiento con Prolene 3-0. Reparación de plano muscular con Vycril 2-0, cierre aponeurótico de rectos abdominales con PDS 1 doble hebra, afrontamiento muscular, cierre de aponeurosis de oblicuo externo con PDS 1 simple. Paciente es trasladado a Unidad de cuidados intermedios quirúrgico, cursó con íleo adinámico autolimitado. Alta a los 11 días post operatorios. En controles policlínico se evidenció dehiscencia de herida umbilical con escasa secreción purulenta, resuelta ambulatoriamente con antibióticos orales. Uso de faja abdominal sin kinesioterapia por decisión propia, manteniendo limitación funcional axial leve. A los tres meses post operatorio, no presentaba eventración ni secuelas funcionales relevantes.

Conclusión: La desinserción muscular abdominal con hernia sin solución de continuidad cutánea debe sospecharse ante hemoperitoneo sin lesiones de órganos sólidos. La laparoscopia permitió evaluación directa, y la conversión permitió un abordaje reglado con reparación de estructuras parietales y viscerales. El resultado fue satisfactorio, sin secuelas a mediano plazo.

438, TRAUMA CARDIACO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL . A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Dr. Honorio A. Hernández González, Dr. Jesús L. Coa Bracho, Dra. María F. Rodríguez Izquierdo, Dra. Ana M. Marín Marín, Dra. Susan Granados, Dra. María F. Goitia Inojosa

Hospital Provincial De Talagante

Introducción: Las primeras descripciones de una lesión cardíaca se remontan al papiro de Edwin Smith alrededor del 3000 ac. Hasta el siglo IX, las heridas penetrantes cardíacas eran consideradas intratables y mortales. Fue en 1896, cuando se reportó la primera reparación cardíaca exitosa. La historia del trauma cardíaco en Chile, como en muchos otros lugares, se entrelaza con la historia de la violencia urbana y los accidentes. El trauma cardíaco, ya sea penetrante (heridas por arma blanca o de fuego) o contuso (golpes fuertes), representa una causa significativa de morbilidad y mortalidad, especialmente entre la población más joven. El manejo de este tipo de trauma requiere un enfoque multidisciplinario y recursos rápidos y eficientes: incluyendo la organización del personal y la disponibilidad de recursos; es crucial para mejorar la supervivencia y reducir secuelas.

Objetivos: Describir la evolución clínica quirúrgica de un paciente con herida torácica penetrante que ingresa al servicio de urgencia de un hospital provincial con lesión cardíaca con miras a destacar la importancia para el cirujano de conocer con exactitud los mecanismos fisiopatológicos involucrados y las posibles complicaciones al intentar reparar una herida penetrante cardíaca.

Contenido del E-Poster: Tipo de estudio: Reporte de caso clínico. Procedimientos: evaluación clínica, laboratorio, imagenología y resolución quirúrgica. Centro asistencial: Hospital Provincial De Talagante – Santiago, Chile

Resultado: Paciente masculino quien ingreso a servicio de urgencia por tercero, con herida en hemitorax izquierdo y restos hemáticos en tórax anterior, por lo que ingresan directamente a reanimador, para evaluación. Diaforético, afebril, palidez cutánea mucosa acentuada, mal perfundido con cianosis digital. Paciente en rea 1, ingresa en malas condiciones generales, diaforético, con tórax hipoexpansible con herida de 2 cm de longitud en línea mamaria izquierda con axilar anterior izquierda a nivel del 5to o 6to EII, con sangrado activo, con pulso en extremidades débil, que en minutos deja de palparse por lo que se comprueba con monitor y se inicia RCP y compresiones torácicas retornando a circulación al 1er ciclo. Se solicita material para manejo de vía aérea previa oxigenación y premedicación. Se realiza rastreo ecográfico y se evidencia taponamiento cardíaco con paro presenciado por lo que se realiza toracotomía izq. Resucitadora con salida abundante de sangre y coágulos se inicia masaje cardíaco interno (masaje a corazón abierto), siendo trasladado a pabellón donde se practica: 1-Toracotomía exploradora izq. Más rafia cardíaca y pulmonar, lavado de cavidad más pleurostomía izq. Por trauma torácico penetrante complicado con lesión de aurícula derecha y lesión de parénquima pulmonar de lóbulo superior izq. 2-Laparotomía exploradora más drenaje de hemoperitoneo más rafia diafragmática y hepática; lavado de cavidad más drenaje tubular por lesión diafragmática grado II y lesión hepática de segmento II grado II.

Conclusión: El traumatismo cardíaco, tanto contuso como penetrante, es responsable de una significativa mortalidad, principalmente en pacientes jóvenes previamente sanos, en concordancia mundial; el mecanismo más frecuente es la agresión por arma blanca, sin embargo, en los últimos años ha aumentado la prevalencia de las agresiones por arma de fuego, provocando lesiones con mayor energía cinética, además, de mayor riesgo de lesiones asociadas tanto intra como extratorácicas, relacionándose con una mayor mortalidad.

439, EL DILEMA QUIRÚRGICO DEL MANEJO PERICÁRDICO EN EL TRAUMA CARDÍACO. REVISIÓN DE LA LITERATURA EN BASE A UN CASO UN CASO CLÍNICO

Autores: Samuel Peña C., Fernanda Hofmann., Victoria Yáñez M., Pedro Ramírez N

Unidad De Emergencia-hospital Barros Luco Traudeau

Introducción: La lesión cardíaca penetrante, frecuente por armas blancas o de fuego, requiere intervención quirúrgica urgente para controlar hemorragias o aliviar taponamientos. Los abordajes quirúrgicos suelen ser toracotomía anterolateral en reanimación o esternotomía media en casos estables, buscando reparar la lesión y reducir la mortalidad, que puede alcanzar el 25% en trauma cardíaco. Tras la reparación, surge el dilema del manejo del pericardio: cerrarlo (pericardiorrafia) ayuda a prevenir la hernia cardíaca a través del defecto, pero aumenta el riesgo de taponamiento iatrogénico, especialmente en contextos traumáticos. Por el contrario, dejar el pericardio abierto disminuye el riesgo de taponamiento, aunque puede favorecer otras complicaciones. Esta decisión es fundamental en la cirugía de trauma cardíaco y sigue siendo tema de debate, ya que impacta directamente en los resultados postoperatorios y la supervivencia de las personas afectadas.

Objetivos: Presentar un caso de taponamiento cardíaco secundario a síndrome post pericardiotomía en un paciente con antecedente de herida penetrante torácica con lesión de la raíz de la aorta, al cual se le realizó pericardiotomía y cierre primario, además una revisión de la literatura en base a las controversias entre la pericardiorrafia y el no cierre del pericardio en el contexto de la pericardiotomía de urgencia.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva a partir de ficha clínica de un paciente que consulta al servicio de urgencias del Hospital Barros Luco Trudeau en contexto de trauma torácico penetrante quien presenta un síndrome post pericardiotomía.

Resultado: Hombre de 47 años con hipertensión y poli consumo, ingresa por herida torácica penetrante y shock cardiogénico secundario a taponamiento cardíaco. Se realiza toracotomía anterolateral izquierda de urgencia, hallando abombamiento pericárdico; se efectúa pericardiotomía, reparación de lesión de 5 mm en raíz aórtica, pericardiorrafia, drenajes pleurales y cierre. Postoperatorio inmediato estable, extubado a las 72 horas. Al séptimo día, presenta derrame pericárdico severo que amerita pericardiocentesis guiada e instalación drenaje, obteniendo líquido seroso. Se inicia colchicina por sospecha de pericarditis. Se realiza retiro de drenaje pericárdico al sexto día sin complicaciones. Alta en buen estado, con seguimiento ambulatorio por cardiología.

Conclusión: El manejo del pericardio tras la reparación de trauma cardíaco requiere considerar tanto la prevención de complicaciones agudas como a largo plazo. El cierre del pericardio puede prevenir la hernia cardíaca, reducir las adherencias y se recomienda en pacientes estables o cuando puede realizarse sin tensión. No cerrar el pericardio, como respaldan algunas guías de trauma, disminuye el riesgo de taponamiento iatrogénico, especialmente porque el corazón lesionado suele desarrollar edema postraumático y síndrome post lesión cardíaca. La decisión está relacionada con el estado hemodinámico y se debe asegurar un drenaje adecuado para evitar acumulación de líquidos. En consecuencia, la estrategia depende de los riesgos y beneficios individuales de cada caso además del juicio clínico del cirujano. Este caso destaca la falta de consenso que existe en la evidencia científica actual con respecto a una conducta definitiva en el manejo del pericardio luego de una pericardiotomía de urgencia y la importancia de este en el pronóstico general del paciente.

440, PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS POR TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO 2023–2025: UNA SERIE DE CASOS LOCALES.

Autores: Bárbara Merino A (1), Cristóbal Guzmán I (1), Sofía Pérez Cotapos U (2), Sofía Olmedo E (2), Catalina Nahum F (2)

1. Residente De Cirugía General, Universidad Del Desarrollo – Hospital Padre Hurtado / Clínica Alemana De Santiago

2. Interna De Medicina, Universidad Del Desarrollo – Hospital Padre Hurtado / Clínica Alemana De Santiago

Introducción: El trauma abdominal penetrante por arma de fuego (TAPAF) se produce por un proyectil balístico que atraviesa la pared abdominal, pudiendo comprometer múltiples estructuras. Representa un desafío clínico y quirúrgico, dada su complejidad, la variabilidad de lesiones involucradas, la morbilidad asociada y la necesidad de intervención quirúrgica inmediata.

Objetivos: Describir una serie de casos de TAPAF y analizar los hallazgos clínico-quirúrgicos, contrastándolos con la experiencia descrita en la literatura internacional.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados al Hospital Padre Hurtado entre enero de 2023 y julio de 2025 con diagnóstico de TAPAF. Los datos clínicos y demográficos fueron recopilados y analizados mediante planilla electrónica.

Resultado: Se incluyeron 42 pacientes. La edad promedio fue de 33 años (rango: 18–54), con predominio masculino (97%, n=41). El 57% (n=24) ingresó inestable hemodinámicamente y el 45% (n=19) presentó signos clínicos duros de trauma abdominal. Se realizó ecotomografía FAST en el 52% (n=22), con positividad del 63%, y tomografía computarizada en el 54% (n=23). El 95% (n=40) fue manejado quirúrgicamente mediante laparotomía exploradora; siete de ellos requirieron abordajes adicionales por lesiones extraabdominales. Solo un paciente fue manejado médicamente y uno falleció durante la inducción anestésica. El tiempo promedio desde el ingreso hasta el inicio quirúrgico fue de 167 minutos (rango: 17–1044). El 40% (n=16) de los operados requirió second look programado. El tiempo operatorio promedio fue de 138 minutos (rango: 19–345). El 23,8% (n=10) de los pacientes tenía antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas al ingreso. Las lesiones más frecuentes fueron intestino delgado (57,1%), colon (33,3%), hígado (7,1%), diafragma (7,1%) y páncreas (4,8%); bazo (2,4%) de los casos. En 50% de los pacientes se constató hemoperitoneo. Durante el primer abordaje quirúrgico, al 50% (n=21) se les realizó resección intestinal, al 38,1% (n=16) resección de colon, y al 23,8% (n=10) se les realizó ostomía, siendo la más frecuente la colostomía terminal. A un 14,3% (n=6) se les realizó anastomosis vascular. La mortalidad fue del 7,1% (n=3): dos pacientes fallecieron en pabellón por shock hemorrágico y uno por shock séptico en sala.

Conclusión: Los hallazgos de esta serie local se alinean con lo descrito en la literatura internacional: predominan pacientes jóvenes, varones y con alta complejidad quirúrgica. El uso de imágenes diagnósticas permitió seleccionar casos para cirugía en pacientes hemodinámicamente estables. Sin embargo, la elevada tasa de procedimientos mayores, como resecciones intestinales, ostomías o anastomosis, refleja la gravedad del trauma abdominal por proyectil de arma de fuego. Este estudio aporta información valiosa sobre el perfil clínico y quirúrgico del TAPAF en un hospital público, y destaca la necesidad de un abordaje multidisciplinario precoz y un seguimiento especializado para mejorar los desenlaces clínicos.

441, BILIOTÓRAX TRAS TRAUMA TORACOABDOMINAL CERRADO. REVISIÓN DE LITERATURA EN BASE A UN CASO.

Autores: Fernanda Hofmann L., Raúl Suarez R., Samuel Peña C., Sebastián Seitz O., Alfredo Alfaro C.

Unidad De Emergencia - Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: El bilitórax se caracteriza por la presencia de bilis en la cavidad pleural. Es extremadamente infrecuente, se han reportado menos de 120 casos en la literatura. Se produce principalmente tras cirugías o procedimientos hepatobiliares; el trauma toracoabdominal cerrado es una etiología excepcional. Los mecanismos fisiopatológicos propuestos incluyen una fístula biliopleural directa (por lesión traumática o congénita) o bien por paso de bilis al espacio pleural por los poros diafragmáticos, gradiente de presión o microdesgarros del diafragma. Se diagnostica con la salida de bilis tras una toracocentesis o una relación bilirrubina pleural / bilirrubina sérica mayor a uno. El manejo es el drenaje de la cavidad torácica.

Objetivos: Presentar un caso clínico de bilitórax post trauma cerrado y revisar la literatura para contextualizar su incidencia y orientar su manejo.

Contenido del E-Poster: Estudio retrospectivo de un caso atendido en emergencia, mediante revisión de ficha clínica, imágenes diagnósticas y datos perioperatorios del paciente.

Resultado: Paciente masculino de 46 años que sufre un trauma abdominal cerrado tras un accidente en bicicleta. Consultó con dolor torácico y disnea; la tomografía evidenció un derrame pleural derecho masivo y una laceración hepática grado II en el lóbulo derecho. Se realizó toracocentesis, obteniendo líquido pleural verde amarillento cuyo análisis mostró una índice bilis pleural / sérica mayor a uno, confirmando el diagnóstico de bilitórax. Posteriormente se instaló un tubo de drenaje pleural y se practicó una laparotomía exploradora. Intraoperatoriamente se confirmó la lesión hepática sin sangrado activo, observándose bilis libre subdiafragmática pero sin fístula pleurobiliar evidente. Se realizó aseo y drenaje peritoneal. El paciente evolucionó favorablemente con resolución del derrame pleural tras el drenaje y manejo definitivo de la lesión hepática.

Conclusión: El bilitórax es una entidad rara, importante de incluir dentro del diagnóstico diferencial de un derrame pleural postraumático. Es relevante el reconocimiento oportuno ya que un diagnóstico tardío aumenta el riesgo de empiema. Es crucial un drenaje precoz del espacio pleural y la corrección de la fuente de fuga biliar. Se debe evaluar la presencia de lesiones diafragmáticas asociadas ya que su reparación es parte del manejo. Un abordaje terapéutico temprano mejora el pronóstico del paciente.

442, ESTALLIDO VESICAL SECUNDARIO A TRAUMA CERRADO: REPORTE DE CASO.

Autores: Constanza Narváez J., David Inostroza C., Francisca Díaz R., Sebastián Hernández O., Francisca Chiozza O., Hermógenes Tobar M.

Hospital Clínico Magallanes

Introducción: El estallido vesical corresponde a una solución de continuidad de la pared vesical, habitualmente secundaria a trauma contuso o penetrante, en donde por movimientos de aceleración y desaceleración repentina, se produce un aumento de la presión intravesical, provocando su ruptura. El estallido vesical en contexto del trauma cerrado se presenta en un 1.6% de los casos, de los cuales el 30% corresponde a una ruptura intraperitoneal. Aunque constituye una entidad clínica infrecuente, destaca su relevancia quirúrgica debido a la alta morbilidad cuando no es diagnosticada y tratada oportunamente; esto debido a complicaciones como insuficiencia renal aguda, desequilibrio hidroelectrolítico, sepsis y shock.

Objetivos: Describir el abordaje clínico y terapéutico de un caso de estallido vesical secundario a trauma cerrado de abdomen, destacando su relevancia como entidad infrecuente y la importancia de la sospecha clínica para un manejo oportuno.

Contenido del E-Poster: Se reporta caso de paciente masculino de 82 años, con antecedente de hipertensión arterial, que consulta en urgencias por cuadro de 10 horas de evolución de dolor abdominal, asociado a anuria y compromiso del estado general, posterior a caída a nivel en domicilio. Al examen físico presenta signos de irritación peritoneal. Se solicita TAC de abdomen y pelvis sin contraste que evidencia líquido libre perihepático, periesplénico y perivesical, con aparente solución de continuidad de pared vesical derecha. En exámenes de laboratorio destacan creatinina 6.7 mg/dL, urea 237 mg/dL, BUN 110 mg/dL, hiperkalemia de 5.5 mEq/L, leucocitos 13800/uL. Se realiza laparotomía exploratoria en donde se identifica solución de continuidad de 10 cm en cara anterolateral derecha de la vejiga, que se repara en dos planos con sutura absorbible multifilamento, además de instalar drenaje prevesical y catéter urinario de triple lumen. Procedimiento sin incidentes.

Resultado: Tras hallazgo de lesión vesical en imágenes, se decide reparación primaria. Posteriormente, el paciente evoluciona favorablemente, hemodinámicamente estable y con diuresis clara. Se realiza retiro de drenaje prevesical por bajo débito. En control de laboratorio destaca descenso de creatinina a 1.03 mg/dL y urea a 52 mg/dL. Se decide alta hospitalaria con catéter urinario y seguimiento ambulatorio.

Conclusión: El estallido vesical secundario a trauma cerrado tiene una incidencia baja, especialmente cuando se produce como consecuencia de una caída a nivel sin mecanismos de alta energía. Su relevancia radica en la necesidad de una resolución quirúrgica inmediata, a fin de mejorar la sobrevida. La evaluación tanto clínica como radiológica oportuna son herramientas claves para el diagnóstico precoz y la planificación del manejo, evitando complicaciones metabólicas, insuficiencia renal aguda o sepsis.

443, FÍSTULA ARTERIOVENOSA FEMORAL POSTRAUMÁTICA. REPORTE DE CASO.

Autores: Paula Rivas C, Hugo Alvarado, Miguel Siguantay C, Sabrina Asturias S.

Hospital Roosevelt

Introducción: Las fístulas arteriovenosas son la manifestación más frecuente de lesiones vasculares inadvertidas. Solamente 2% de las FAV adquiridas se resuelven espontáneamente. El tratamiento de elección es la reparación inmediata antes del desarrollo de complicaciones como la presencia de un pseudoaneurisma. El abordaje preferido es el abierto, aunque en la actualidad hay alternativas endovasculares disponibles.

Objetivos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años quien consulta historia de haber sufrido herida por proyectil de arma de fuego en muslo derecho. Al examen físico herida en cara medial de muslo sin signos de lesión vascular; se realiza ultrasonido Doppler en donde no se evidencia lesiones. Dos semanas después paciente consulta con masa pulsátil en muslo con frémito palpable, asociada a dolor y edema. Se realiza angiotomografía de miembro inferior evidenciando fístula arteriovenosa y pseudoaneurisma de arteria femoral con volumen de 306cc.

Contenido del E-Poster: Se decide llevar a paciente a sala de operaciones para exploración vascular. Transoperatoriamente se evidencia pseudoaneurisma de arteria y vena femoral. Se procede a ligar vena femoral y a interponer injerto de politetrafluoroetileno en arteria femoral. Se realizan fasciotomías medial y lateral en pierna. Posteriormente se realiza cierre diferido de fasciotomías con técnica shoelace.

Resultado: Paciente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos para anticoagulación y vigilancia. A las 72hrs paciente con adecuada evolución, pulsos distales palpables, no frialdad, llenado capilar <2seg y edema leve. Se traslada a encamamiento común en donde se logra el cierre eficaz de las incisiones de fasciotomía en 10 días. Paciente es egresado con inhibidor de factor Xa para seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Las fístulas arteriovenosas postraumáticas son lesiones infrecuentes, pero al ser silentes se asocian a elevada morbilidad. Es indispensable un alto índice de sospecha y tratamiento inmediato para asegurar la viabilidad de las extremidades y bienestar general del paciente.

444, SÍNDROME POST PERICARDIOTOMIA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Samuel Peña C., Victoria Yáñez M., Pedro Ramírez N., Carlos Álvarez Zepeda

Unidad De Emergencia-hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: El síndrome de post-lesión cardíaca (PCIS) agrupa condiciones clínicas que causan pericarditis con derrame tras daño al pericardio. Incluye el síndrome post-pericardiotomía, pericarditis postraumática (traumática o iatrogénica) y el síndrome postinfarto al miocardio (síndrome de Dressler). Su fisiopatología no está clara, aunque se sugiere un origen autoinmune relacionado con anticuerpos anti-miocárdicos tras cirugía cardíaca. Clínicamente, puede variar desde pericarditis leve hasta taponamiento cardíaco o pleuropericarditis. Debe sospecharse en pacientes con dolor pleurítico, retroesternal o fiebre entre 1 semana y 3 meses después de una lesión al pericardio por cirugía, trauma, infarto o procedimientos percutáneos.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome post-pericardiotomía en un paciente con antecedente de trauma torácico penetrante y una revisión de literatura en base a este.

Contenido del E-Poster: Revisión retrospectiva a partir de ficha clínica, imágenes y datos perioperatorios de un caso atendido en el servicio de urgencias del Hospital Barros Luco Trudeau en contexto de trauma torácico penetrante.

Resultado: Hombre de 47 años, hipertenso y con policonsumo quien ingresa por herida penetrante torácica y shock cardiogénico secundario a taponamiento cardíaco. Se realiza toracotomía anterolateral izquierda y pericardiotomía, reparándose una lesión de 5 mm en la raíz aórtica, seguida de drenaje y cierre. Evoluciona estable y es extubado a las 72 horas. Al séptimo día presenta derrame pericárdico severo, requiriendo pericardiocentesis de urgencia, instalación de drenaje y se inicia colchicina por sospecha de pericarditis. Paciente con buena evolución clínica se realiza retiro de drenaje al sexto día sin complicaciones. Paciente egresa en buenas condiciones, con control ambulatorio cardiológico.

Conclusión: El síndrome de post-lesión cardíaca (PCIS), especialmente el postpericardiotomía (PPS), puede causar complicaciones graves como el taponamiento cardíaco, lo que exige un diagnóstico y tratamiento rápido. Dada la escasez de criterios diagnósticos claros, es fundamental monitorear activamente a pacientes con antecedentes de lesión cardíaca. Este caso resalta la importancia de la identificación de este síndrome luego de una pericardiotomía de urgencia y la falta de estudios sobre el mismo en comparación con la cirugía cardíaca electiva.

445, FEONEUMOTÓRAX SECUNDARIO A HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA COMPLICADA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Diego, Gianetti, B. Rocio, Witto, E. Fabio, Paoletto. Rubén, Valenzuela, M. Manuel, Lizana, C.

Hospital San Juan De Dios, Santiago, Chile

Introducción: La hernia diafrágica traumática (HDT) es una complicación infrecuente de los traumatismos toracoabdominales, cuyo diagnóstico puede ser un desafío al presentarse meses o años después del evento inicial. El feoneumotórax, secundario a la perforación de un asa intestinal herniada en el tórax, constituye una de sus formas de presentación más raras y con mayor mortalidad.

Objetivos: Se presenta el caso de una paciente de 47 años, en situación de calle y con antecedente de policonsumo, con historia de un traumatismo toracoabdominal izquierdo por arma blanca un año previo, manejado con pleurostomía. Consultó por un cuadro de siete días de evolución de dolor torácico y abdominal. A su ingreso, se evidenció un shock séptico profundo con signos de hipoperfusión severa.

Contenido del E-Poster: Los exámenes de ingreso destacaron un lactato de 25.1 mmol/L, leucocitosis de 43,060/mm³ y PCR de 334.7 mg/L. La tomografía computarizada confirmó una hernia diafrágica izquierda con ascenso del ángulo esplénico del colon y un hidroneumotórax asociado.

Resultado: Durante la inducción anestésica presentó un paro cardiorrespiratorio que revirtió tras un ciclo de RCP. Se realizó una toracotomía y laparotomía de emergencia, encontrando un empiema fecaloideo de 1400 cc y un defecto diafrágico de 5 cm con el ángulo esplénico necrótico y perforado. Se realizó decorticación pleuropulmonar, colectomía izquierda tipo Hartmann y hernioplastia. La paciente fue trasladada a UCI en estado crítico, con acidosis metabólica severa (Lactato 86.3 mmol/L) y altos requerimientos vasoactivos. Respondió favorablemente a la reanimación, logrando la extubación al cuarto día. Presentó un neumotórax recurrente que requirió un drenaje pigtail y colecciones que fueron manejadas médicamente. Tras una evolución tórpida pero favorable, fue dada de alta al día 17 postoperatorio.

Conclusión: El feoneumotórax es una patología infrecuente y de alta mortalidad que constituye una emergencia quirúrgica. Es fundamental un alto índice de sospecha de lesión diafrágica en pacientes con antecedentes de trauma, incluso años después, y proceder a una reparación inmediata del defecto si se diagnostica. La presentación tardía y complicada se asocia a isquemia y necrosis de los órganos herniados, requiriendo un manejo multidisciplinario agresivo para la sobrevida.

446, MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO DE TRAUMA CARDIACO PENETRANTE POR ARMA BLANCA CON TAPONAMIENTO: TORACOTOMÍA DE EMERGENCIA Y RAFIA VENTRICULAR.

Autores: Katherine Hernández O, Tomás Reyes M, Melissa Mellado P, Carol Vargas Q, Carlos Figueroa P, Ernesto Melean P

Hospital De Puerto Montt

Introducción: El trauma torácico penetrante por arma blanca con lesión cardíaca constituye una de las situaciones más críticas y letales en cirugía de urgencias. La supervivencia del paciente depende en gran medida de una identificación temprana, un abordaje quirúrgico expedito y una adecuada reanimación inicial. Diversas maniobras transitorias, como el uso de sonda de Foley, permiten el control inmediato del sangrado antes de realizar la reparación definitiva. Este caso clínico representa una instancia educativa para revisar el abordaje integral y multidisciplinario de una lesión penetrante cardíaca severa.

Objetivos: Reportar un caso clínico de manejo quirúrgico exitoso de trauma cardíaco penetrante por arma blanca con taponamiento: toracotomía de emergencia y rafia ventricular.

Contenido del E-Poster: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultado: Paciente masculino de 39 años, con antecedentes de policonsumo de sustancias psicoactivas, hallado inconsciente en la vía pública con una herida subxifoidea penetrante. Ingresó al reanimador del servicio de urgencias con Glasgow 3 e ingurgitación yugular. El eco FAST reveló derrame pericárdico. Se activó protocolo de transfusión masiva y se trasladó paciente inmediatamente a pabellón. Se realizó toracotomía anterolateral izquierda que posteriormente se amplió a Clamshell. Paciente presentó asistolía secundaria a taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiectomía vertical, obteniendo 300 ml de sangre y coágulos, se inició masaje cardíaco con recuperación de la actividad eléctrica. Posterior a luxación cardíaca se constató lesión única en ventrículo derecho de aproximadamente 5 mm, la cual fue controlada transitoriamente con sonda Foley e insuflación del cuff, y posteriormente reparada con sutura hemostática en U con Prolene 3-0. Se completó la revisión pleural comprobando indemnidad de resto de estructuras, se instaló drenaje Blake hacia mediastino, pleurostomías bilaterales y cierre por planos. El paciente fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos, donde evolucionó favorablemente logrando weaning precoz. La troponina T ultrasensible al primer día post operatorio fue de 248 pg/mL, descendiendo progresivamente. El ecocardiograma evidenció cavidades normales, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada (60%) y pericardio sin derrame. Fue dado de alta al quinto día post operatorio sin complicaciones ni secuelas.

Conclusión: El trauma cardíaco penetrante requiere una respuesta quirúrgica inmediata, estrategias de control hemostático efectivas y soporte intensivo coordinado. El uso de técnicas transitorias, como la sonda Foley, y la intervención precoz, pueden revertir escenarios clínicos altamente letales y permitir una recuperación completa.

448, EVISCERACIÓN TRAUMÁTICA CONTENIDA. REPORTE DE UN CASO

Autores: Jose Calles S, Alberto Breamadrid G, Adriana Sabino L, Ana Sutherland M, Jesus Soublett R.

Servicio De Cirugía General - Hospital Félix Bulnes Cerda.

Introducción: La evisceración traumática contenida debido a traumatismo cerrado es infrecuente. Implica la protrusión de vísceras intraabdominales a través de una disrupción de los planos aponeuróticos y musculares, quedando contenidas únicamente por la piel. Esta condición es el resultado de fuerzas extremas que superan la resistencia de la pared abdominal, representando un reto diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Describir el caso de un paciente con evisceración traumática contenida secundaria a accidente automovilístico, detallando su manejo y revisión de la literatura.

Contenido del E-Poster: Reporte de un caso, análisis retrospectivo. Se presenta caso de paciente masculino de 20 años que ingresa posterior a accidente automovilístico de alta energía, con uso del cinturón de seguridad. En la evaluación inicial se encontraba hemodinámicamente estable, taquicárdico, ventilando espontáneamente, vigil y orientado. Se evidenció aumento de volumen doloroso en flanco izquierdo y signo del cinturón de seguridad a nivel toracoabdominal. Se realizó FAST que resultó positivo. La tomografía computarizada reveló hemoperitoneo, protrusión de asas delgadas a través de defecto de pared en flanco izquierdo con sangrado activo en mesenterio y hematoma de pared abdominal. Fue trasladado a pabellón para laparotomía exploradora, encontrándose 2000cc de hemoperitoneo, extensa lesión grado V de intestino delgado, sección transversal total de planos muscular y aponeurótico desde línea media hasta borde lateral del oblicuo externo. Intraoperatoriamente, el paciente se torna inestable, por lo que se realiza cirugía de control de daños que consistió en hemostasia del mesenterio, resección de 220 cm de yeyuno e íleon con cambios isquémicos irreversibles desde 5 cm de válvula ileocecal y cierre abreviado de pared abdominal. Fue trasladado a unidad de cuidados intensivos, siendo intervenido a las 48 horas, realizándose hemicolectomía derecha, anastomosis yeyunotransversa término-lateral con los 80 cm de yeyuno remanente, aseo y desbridamiento de tejido subcutáneo necrótico en relación al defecto de pared abdominal, cierre primario de plano aponeurótico del defecto y cierre definitivo de laparotomía por planos.

Resultado: El paciente evolucionó satisfactoriamente, egresando a sala donde permaneció hospitalizado durante tres meses para soporte nutricional, debido a síndrome de intestino corto consecuente, siendo dado de alta sin mayores complicaciones. A los 6 meses del seguimiento ambulatorio, se solicitó tomografía de control constatando indemnidad de pared abdominal.

Conclusión: La evisceración traumática contenida es una condición inusual y desafiante. Nuestro manejo se centró en la cirugía de control de daños, seguida de reconstrucción diferida de la pared abdominal y lesiones intraabdominales asociadas, lo cual fue fundamental para la recuperación y pronóstico favorable.

15. Sección: Sección: Vascular



174, RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR CON RAMAS INTERNAS (IBEVAR) PARA PATOLOGÍAS AÓRTICAS COMPLEJAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Autores: Sebastian Saavedra, Alan Rossman, Vikram Puttaswamy, Michael Na, Shen Wong, Whalid Mohabbat, Daniel Nguyen, Charles Fisher, Animesh Singla

Royal North Shore Hospital

Introducción: La reparación endovascular de aneurismas aórticos con ramas internas (IBEVAR) es una técnica emergente para el manejo de aneurismas complejos, especialmente en pacientes no candidatos a dispositivos customizados en situación de urgencia, o de alto riesgo para cirugía abierta. Aunque varios informes han destacado su viabilidad, el desempeño clínico de los dispositivos con cuatro ramas internas anterógradas sigue estando escasamente reportado y descrito de manera variable.

Objetivos: Evaluar: • Características anatómicas y de la población de pacientes. • Resultados técnicos. • Tasas de permeabilidad y complicaciones del vaso objetivo. • Tasas de mortalidad y reintervención tempranas y medias.

Contenido del E-Poster: Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de acuerdo con las directrices PRISMA. Se efectuó una búsqueda en PubMed, Embase, Cochrane, Scopus y Web of Science hasta mayo de 2025. Los estudios elegibles incluyeron pacientes sometidos a IBEVAR con cuatro ramas internas anterógradas que reportaran al menos un desenlace clínico. Los datos se sintetizaron de forma descriptiva y cuantitativa mediante modelos de efectos aleatorios. El riesgo de sesgo se evaluó con la herramienta ROBINS-I.

Resultado: Se incluyeron siete estudios que comprendieron un total de 581 pacientes. La tasa de éxito técnico agrupada fue de 98,9% (IC 95%: 97,6%–99,8%), y el éxito en la incorporación de vasos diana fue de 98,7% (IC 95%: 98,1%–99,3%). La isquemia medular ocurrió en 0–6,8% de los pacientes. La mortalidad global al año fue de 6,1% (IC 95%: 3,7%–10,0%), requiriéndose reintervención en 9,2% (IC 95%: 7,1%–11,9%). La permeabilidad de los vasos diana se mantuvo por encima del 95% en todos los estudios. Los volúmenes de contraste y los tiempos de fluoroscopia fueron aceptables, aunque altamente variables.

Conclusión: El IBEVAR con cuatro ramas internas anterógradas parece ser una opción segura y eficaz para la reparación aórtica compleja, ofreciendo un alto éxito técnico y durabilidad de los vasos diana, con resultados perioperatorios aceptables. Sin embargo, la selección anatómica, el riesgo neurológico y el desempeño de los stents puente requieren una investigación más profunda. La estandarización de los reportes de resultados y datos prospectivos son esenciales para definir su rol a largo plazo en la práctica clínica.

175, USO DE LA TROMBOASPIRACIÓN ARTERIAL CON DISPOSITIVO PENUMBRA EN ISQUEMIA DE EXTREMIDADES INFERIORES

Autores: Benjamín Ortiz, Leopoldo Mariné, José Francisco Vargas, Michel Bergoeing, Francisco Valdés, Sebastián Sepúlveda

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: Actualmente existen diversas alternativas para el tratamiento de la enfermedad embólica. La primera experiencia descrita con tromboaspiración data de 1969. Recientemente, el dispositivo de trombectomía por aspiración Penumbra® ha emergido como una alternativa al tratamiento convencional.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es presentar los resultados de la tromboaspiración arterial para manejo de la isquemia de extremidades inferiores.

Contenido del E-Poster: Cohorte retrospectiva de pacientes diagnosticados con isquemia de extremidades inferiores sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Clínico UC-Christus, entre 2019 y 2024. El resultado primario fue el éxito técnico, definido como la restauración angiográfica del flujo sanguíneo en el vaso afectado, evidenciada por la presencia de lumen permeable superior al 50%, junto con el restablecimiento de la permeabilidad del vaso distal. Los resultados secundarios evaluados incluyeron mortalidad, complicaciones perioperatorias, permeabilidad a los 30 días y salvataje de la extremidad a los 30 días y 6 meses.

Resultado: Se trataron 35 territorios arteriales en 27 pacientes, 14 hombres y 13 mujeres. Todos presentaron diagnóstico de isquemia aguda o subaguda de extremidades, unilateral en 23 pacientes (izquierdo 48,2 %, derecho 37 %), bilateral en 4 pacientes (14,8 %) y asociada a isquemia visceral en 4 pacientes (14,8 %). La mediana de edad fue de 69 años (+/-11.9, rango 43-92). Las tasas de éxito técnico fueron del 78,6 % para Rutherford I, del 85,7 % para la categoría II-A y del 100 % para la II-B. El éxito global fue del 85,7 %. La tasa de mortalidad a los 30 días fue del 3,7% (n=1). El índice tobillo-brazo (ITB) también mostró una mejora considerable, pasando de 0,3 (IC 95%: 0,2-0,5) a 1,0 (IC 95%: 0,9-1,1), lo que representa una mejora del 233% con respecto al valor basal, resultando estadísticamente significativo ($p = 0,007$). La tasa de permeabilidad primaria a los 30 días fue del 92,9%; la tasa de permeabilidad a los 6 meses fue del 91,3%. La permeabilidad primaria asistida y la permeabilidad secundaria alcanzaron el 100% a los 6 meses de seguimiento. No se requirieron amputaciones mayores.

Conclusión: La tromboaspiración es una técnica segura y reproducible con altas tasas de éxito y debe considerarse en el manejo de la enfermedad arterial aguda. Este estudio representa un avance significativo en el manejo de la oclusión arterial aguda mediante un dispositivo innovador, para el cual la evidencia clínica aún es limitada.

176, STEP BY STEP. EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO VERSUS EN EL HOGAR EN PERSONAS CON ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA PERIFÉRICA.

Autores: Andrea Lara M. (2), Sergio Martínez H. (1), Javiera Bustamante M. (1), Cristian Jara D. (4), Cristian Zárate B. (4, 5), Silvana Bustos A. (5), Macarena Zapata M. (1), Nicolás Burgos (1), Pamela Prieto (1), Carolina Núñez V. (1, 3)

1 Escuela De Kinesiología, Facultad De Ciencias De La Rehabilitación Y Calidad De Vida, Universidad San Sebastián, Valdivia 5090000, Chile. 2 Unidad De Kinesiología, Facultad De Medicina, Universidad Austral De Chile. Instituto Aparato Locomotor Y Rehabilitación, Facultad De Medicina, Universidad Austral De Chile. 3 Laboratorio De Ciencias Clínicas. Universidad San Sebastián. Valdivia, Chile. 4 Policlínico De Cirugía Adulto, Hospital Base Valdivia, Servicio De Salud Valdivia, Chile. 5 Instituto De Cirugía, Facultad De Medicina, Universidad Austral De Chile

Introducción: La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) causa claudicación intermitente producto de la isquemia, resultando en deterioro funcional significativo. El ejercicio físico juega un rol fundamental; los programas de rehabilitación que incluyen entrenamiento supervisado de caminata y resistencia muscular han demostrado mejorar la distancia recorrida sin dolor y capacidad funcional. Chile no posee estudios con protocolos en esta población.

Objetivos: Comparar los efectos de un programa de ejercicios supervisado presencial versus telemático sobre la función física y calidad de vida en personas con EAP

Contenido del E-Poster: Estudio piloto. Se reclutaron 30 participantes (n=15 mujeres). Se incluyen pacientes con diagnóstico de EAP en controles en policlínico de cirugía vascular del Hospital base Valdivia, menores de 65 años. Tras exclusiones, 19 participantes fueron asignados por conveniencia a grupos de intervención Presencial (n=9) vs Hogar (n=10). Ambos grupos realizaron protocolo de entrenamiento combinado aeróbico y resistencia muscular de 3 sesiones semanales de 60 minutos por 8 semanas. Se evaluó función vascular con pletismografía de volumen (PVR 2CP), composición corporal con bioimpedancia eléctrica (InBody 270); función física con prueba de pararse y sentarse en 1 minuto (1-MSTST) y la prueba de marcha de 6 minutos; saturación de oxígeno muscular en la pierna afectada (MOXY); adherencia farmacológica (Morisky-Green); nivel de actividad física (IPAQ); y calidad de vida relacionada con salud (EQ-5D – VAS). Para verificar asociaciones entre variables el índice de correlación de Pearson o Spearman; se harán comparaciones Inter grupo con la prueba T de Student para muestras independientes o Mann-Whitney, mientras que las comparaciones intragrupo se realizarán con la prueba T de Student para muestras relacionadas o la prueba de Wilcoxon. Para todos los análisis se considerará un nivel de significancia menor a 0,05. Actualmente se está finalizando última semana de intervención, prontamente habrá resultados del efecto de ejercicio presencial vs telemático.

Resultado: Edad fue de 57 ± 6 , IPA de 22 ± 17 , comorbilidades mas frecuentes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus II (74% y 47% respectivamente); el 58% presentó oclusión moderada de EEII, 84% usa Cilostazol y nivel de actividad física basal fue bajo (<600 MET-min/semana). Composición corporal: IMC de $30,2 \pm 5,6$ kg/m²; el porcentaje de grasa corporal de $34,1 \pm 10,6$. En variables físicas: rendimiento en prueba 1-MSTST 33 ± 27 del predicho; distancia recorrida en prueba de caminata de 6 minutos de 358 ± 125 mts.; saturación de oxigenación muscular basal de $46,6 \pm 9,9\%$, saturación mínima de oxigenación muscular intratest fue de $17,6 \pm 13,1\%$, EVA máximo intratest: 6 ± 3 . Se anticipa adherencia del grupo presencial de 70% y en grupo hogar menos del 50%. No se observaron eventos adversos en los grupos.

Conclusión: La muestra presenta un IMC elevado, alto porcentaje de grasa corporal, capacidad funcional reducida y claudicación con pérdida significativa de oxigenación muscular inicial. El análisis comparativo entre grupos está en proceso, pero datos basales sugieren alta carga funcional y metabólica en esta población, respaldando la necesidad de intervenciones estructuradas como las evaluadas. Se espera que grupo presencial mejore su rendimiento funcional y vascular post-intervención debido a diferencias en adherencia.

177, REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA AORTOILIACA CON TECNICA "KISSING STENT". EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

Autores: Daniel Lazcano R., Eduardo López De Maturana P., Gonzalo Lucero H., Claudio Vallejos L., Patricio Huerta B., Francisco Acuña D., Jorge Vergara C.

Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: La enfermedad arterial oclusiva aortoiliaca constituye una causa frecuente de isquemia crítica y claudicación invalidante de extremidades inferiores. Su prevalencia se estima entre un 3% y 10%, aumentando hasta un 20% en mayores de 70 años. El tratamiento quirúrgico convencional, mediante bypass aorto-bifemoral o endarterectomía, ofrece tasas de permeabilidad a 5 años del 90%, siendo el estándar para lesiones tipo C y D (TASC II). Sin embargo, se asocia a una morbilidad significativa, con mortalidad perioperatoria de hasta 4,3% y complicaciones en un 5 a 10% de los casos. En este contexto, han surgido alternativas mínimamente invasivas, entre las que destaca el despliegue simultáneo y bilateral de stents ilíacos, llamado técnica "Kissing Stent", que permite abordar lesiones complejas de este territorio por vía endovascular, aunque persiste la necesidad de evidencia robusta sobre sus resultados a largo plazo.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos e imagenológicos de esta técnica en el tratamiento de la enfermedad arterial oclusiva aortoiliaca, en casos intervenidos en el Hospital Barros Luco Trudeau, y analizar su efectividad para ofrecer una alternativa terapéutica mínimamente invasiva con riesgos y beneficios conocidos.

Contenido del E-Poster: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 24 pacientes intervenidos entre 2015 y 2025, previa aprobación del Comité de Ética. Se analizaron comorbilidades, clasificación clínica (Rutherford) y angiográfica (TASC), tipo de stent utilizado, éxito técnico, complicaciones, eventos mayores a 30 días, mortalidad y permeabilidad primaria, asistida y secundaria, con seguimiento clínico e imagenológico a 12 y 24 meses.

Resultado: La cohorte incluyó 50% mujeres, edad promedio 65 años. Destacaron comorbilidades como hipertensión (79%), diabetes (86%) y tabaquismo (45%). Según clasificación Rutherford, el 78% presentó estadio 5, el 25% estadio 4, el 12,5% estadio 3. Las lesiones correspondieron mayoritariamente TASC C (50%), B (33%) y D (17%). El 38% recibió stents recubiertos, el resto desnudos; el 88,5% fueron balones expandibles. Se obtuvo éxito técnico del 100%. El 12,5% tuvo procedimiento endovascular femoropoplíteo concomitante. A 30 días, la tasa de eventos mayores en miembros (MALE) fue de 17%, sin eventos cardiovasculares mayores (MACE). A 12 meses, la permeabilidad primaria fue del 79%. No se reportó permeabilidad primaria asistida ni secundaria, siendo reintervenidos el 21% de los casos y de manera abierta. La mortalidad global a 12 meses fue del 12% y a 24 meses del 21%, principalmente por cardiopatía isquémica. Todos recibieron terapia antiagregante dual.

Conclusión: La técnica "Kissing Stent" demostró ser segura y efectiva, con excelente éxito técnico y resultados comparables a los reportes internacionales a 12 meses. Sin embargo, se requiere un seguimiento estructurado a mayor plazo y considerar reintervenciones endovasculares para mejorar la permeabilidad, a fin de evaluar sus resultados y reducir la necesidad de cirugía abierta.

178, RESULTADOS PRELIMINARES DE LA TROMBECTOMÍA POR ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA PROXIMAL DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES UTILIZANDO TROMBECTOMÍA ASISTIDA POR VACÍO COMPUTARIZADO: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO AUSTRALIANO

Autores: Alan Rossman, Sebastian Saavedra, Vikram Puttaswamy

Royal North Shore Hospital

Introducción: La trombectomía mecánica dirigida por catéter (CDMT) es un tratamiento eficaz para la trombosis venosa profunda (TVP) aguda, especialmente en casos con extremidades amenazadas, ya que proporciona un alivio sintomático rápido sin requerir trombólisis y reduce el riesgo de complicaciones agudas y crónicas. Como una evolución en la tecnología de CDMT, los sistemas Penumbra Lightning Bolt y Flash 2.0 integran trombectomía asistida por vacío computarizado (CAVT, por sus siglas en inglés) para la remoción eficaz de trombos en vasos venosos de gran calibre. Hasta la fecha, no se han reportado resultados de su uso en cohortes australianas.

Objetivos: Evaluar el éxito técnico y la seguridad de la trombectomía asistida por vacío computarizado (CAVT) con los sistemas Penumbra Lightning Bolt y Flash 2.0 para el tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) proximal de miembros superiores e inferiores en una cohorte australiana del mundo real.

Contenido del E-Poster: Este estudio observacional prospectivo, realizado en un solo centro, revisó a pacientes sometidos a CAVT por TVP aguda o subaguda entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2025. Los datos se extrajeron de un registro de procedimientos mantenido prospectivamente. El éxito técnico se definió como la remoción de $\geq 75\%$ del trombo sin necesidad de trombólisis complementaria. Se analizaron datos demográficos, detalles del procedimiento, complicaciones y terapias adyuvantes.

Resultado: Al momento de la presentación, se habían tratado 11 pacientes (9 con TVP iliofemoral y 2 con trombosis subclavia). Se logró éxito técnico inicial en 9 de 11 casos (82%), y éxito asistido en todos los casos (100%). Todos los pacientes recibieron filtros de vena cava inferior. Se realizaron ocho venoplastias y se colocaron dos stents en pacientes con síndrome de May-Thurner. No se observaron complicaciones relacionadas con el dispositivo, hemorragias mayores ni embolismos pulmonares clínicamente significativos. La pérdida sanguínea intraoperatoria promedio fue de 458 mL.

Conclusión: Los resultados preliminares sugieren que la CAVT es una opción segura y eficaz para el tratamiento de la TVP proximal en miembros superiores e inferiores, con una alta tasa de éxito técnico. Este es el primer informe de experiencia real con un sistema CAVT en un entorno australiano, lo que respalda su uso y evaluación prospectiva continua.

179, TROMBOSIS VENOSA DE EXTREMIDADES SUPERIORES POR SÍNDROME DE OPÉRCULO TORÁCICO VENOSO: EXPERIENCIA DE 25 AÑOS EN SU TRATAMIENTO EN UN CENTRO ACADÉMICO EN CHILE

Autores: Ana Sutherland M., Fernanda Castro L., Michel Bergoeing R., José Francisco Vargas S., Renato Mertens M., Francisco Valdés E., Leopoldo Mariné M.

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La trombosis venosa axilo-subclavia es una complicación infrecuente del síndrome de opérculo torácico venoso.

Objetivos: Describir nuestra experiencia de 25 años en el manejo endovascular y quirúrgico de la trombosis venosa axilo-subclavia debida a síndrome de opérculo torácico venoso.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo, unicéntrico, entre 2000 y 2025 de pacientes secuenciales mayores de 15 años con trombosis venosa axilo-subclavia. Se excluyeron pacientes que consultaron por trombosis venosa mayor de 30 días de evolución y/o aquellos intervenidos en otro centro. El éxito técnico del tratamiento endovascular se estableció en la venografía final. La discapacidad funcional a largo plazo se midió mediante las encuestas Quick-DASH Score y UEFI-15.

Resultado: Diecisiete pacientes con trombosis venosa axilo-subclavia fueron tratados quirúrgicamente, con edad promedio de 30.6 ± 10.2 años (17-57), predominando el sexo masculino (58.8%). Consultaron por edema (100%), dolor (87.5%) y cianosis (43.8%) de la extremidad afectada. El diagnóstico se realizó mediante ecografía doppler (23.5%), tomografía venosa (29.4%) o una combinación de ambos estudios (47.1%). El tratamiento consistió en anticoagulación con heparina inicialmente (100%). Luego se sometieron a trombólisis dirigida por catéter (35.3%) o trombectomía fármaco-mecánica o mecánica (64.7%) seguida de angioplastia venosa (94.1%), sin colocación de stent. El éxito técnico fue del 62.5%, con estenosis residual menor al 30%. En los pacientes restantes (37.5%), la estenosis residual no superó el 55%. Finalmente se realizó resección de la primera costilla (94.1%). El tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento endovascular presentó una mediana de 10 días (rango 1-30, IQR 1-15 días), el tiempo entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica obtuvo una mediana de 27 días (rango 5-156, IQR=17.5-49.5 días), y el tiempo entre el tratamiento endovascular y la resección de la primera costilla tuvo una mediana de 9 días (rango 2-150, IQR=4-46 días). La complicación postoperatoria más frecuente fue el neumotórax. La mediana de seguimiento clínico presencial fue de 9 meses (rango 1-74, IQR=1-27 meses). Dos pacientes presentaron re-trombosis, en uno de ellos no se realizó resección costal, en el otro no se realizó angioplastia luego de la trombólisis. Un paciente fue re-intervenido 32 meses después de la resección costal debido a recurrencia de los síntomas. La mediana de seguimiento de la discapacidad funcional fue de 63 meses (rango 4-162, IQR=30.5-96 meses), evidenciando un grado de discapacidad promedio del 5%.

Conclusión: En nuestra experiencia, el manejo de la trombosis venosa axilo-subclavia debida a síndrome de opérculo torácico venoso, se basa en la combinación de anticoagulación, procedimientos endovasculares con angioplastia y la necesidad de realizar posteriormente la resección de la primera costilla.

180, REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS RESULTADOS TEMPRANOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR AÓRTICO CON RAMAS INTERNAS (IBEVAR) PARA PATOLOGÍAS AÓRTICAS COMPLEJAS – EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO AUSTRALIANO

Autores: Alan Rossman, Sebastian Saavedra, Vikram Puttaswamy, Michael Na, Shen Wong, Whalid Mohabbat, Daniel Nguyen, Charles Fisher, Animesh Singla

Royal North Shore Hospital

Introducción: El tratamiento endovascular de patologías aórticas complejas que involucran los segmentos toracoabdominal, pararenal y yuxtarenal sigue siendo uno de los escenarios más técnicamente exigentes, y a menudo requiere diseños avanzados de endoprótesis. La reparación endovascular aórtica (EVAR) ha evolucionado significativamente desde la incorporación de dispositivos fenestrados y con ramas (F/BEVAR), los cuales se reconocen actualmente como alternativas válidas a la cirugía abierta; sin embargo, su aplicabilidad aún está limitada por restricciones técnicas y anatómicas. En este contexto, la reparación endovascular aórtica con ramas internas (IBEVAR) ha surgido como una técnica innovadora que incorpora ramas direccionales dentro de la luz principal de la endoprótesis. Este diseño busca facilitar la canalización de los vasos viscerales en segmentos angulados o estrechos y crear un entorno más estable para los stents de conexión.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar los resultados tempranos de los pacientes tratados con IBEVAR en nuestro centro, incluyendo:- Éxito técnico- Mortalidad- Permeabilidad de ramas- Morbilidad

Contenido del E-Poster: Se revisaron retrospectivamente todos los pacientes sometidos a IBEVAR en nuestra institución. El resultado primario fue el éxito técnico operatorio (según criterios de la SVS); los resultados secundarios incluyeron morbilidad y mortalidad perioperatorias, necesidad de reintervención, supervivencia global, mortalidad relacionada con la aorta y permeabilidad de las ramas viscerales.

Resultado: Entre los 14 pacientes incluidos, las indicaciones fueron aneurismas pararenales/toracoabdominales sintomáticos, grandes o de rápido crecimiento, endofuga tipo IA y pseudoaneurisma infectado. Cinco pacientes fueron tratados con dispositivos comerciales (off-the-shelf) y nueve con plataformas personalizadas. El éxito técnico operatorio fue del 93 % (13/14); en un caso se cubrieron intencionadamente la arteria celiaca y la arteria renal derecha debido a una estenosis crítica preexistente. Se registraron dos reintervenciones: una angioplastia del stent de la AMS y una embolización por endofuga tipo II. Hubo tres fallecimientos: uno por cáncer y dos por fallo multiorgánico. El seguimiento mediano fue de 487 días (promedio 458).

Conclusión: Esta revisión de los primeros 14 casos de IBEVAR en un solo centro demuestra una tasa prometedora de éxito técnico y resultados tempranos aceptables. Se requieren estudios adicionales para evaluar su durabilidad a largo plazo.

181, RESULTADOS A CORTO PLAZO EN LA VIDA REAL DEL USO DE ATRECTOROMÍA INFRAINGUINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE RETROSPECTIVA

Autores: Sebastian Saavedra, Alan Rossman, Vikram Puttaswamy, Michael Na, Shen Wong, Whalid Mohabbat, Daniel Nguyen, Charles Fisher, Animesh Singla

Royal North Shore Hospital

Introducción: La seguridad y eficacia de la aterectomía direccional previa al uso complementario de angioplastia han sido demostradas y actualmente se recomienda como tratamiento para la enfermedad aterosclerótica severamente calcificada en la enfermedad arterial periférica infrainguinal. Sin embargo, hasta la fecha existe escasa evidencia publicada sobre la aterectomía en vasos tibiales.

Objetivos: Determinar la seguridad y eficacia de la aterectomía direccional en la enfermedad arterial periférica infragenicular. Los resultados primarios incluyen permeabilidad primaria, permeabilidad primaria asistida y reintervención dirigida clínicamente sobre la lesión tratada (a 1, 6 y 12 meses), así como libertad de amputación mayor y complicaciones relacionadas con el dispositivo. Los resultados secundarios incluyen mortalidad por cualquier causa, permeabilidad secundaria y reintervención sobre el vaso tratado.

Contenido del E-Poster: Este es un análisis de subgrupo de un estudio multicéntrico, de un solo brazo, retrospectivo, que examinó los resultados de la aterectomía direccional en todos los pacientes tratados entre el 19 de septiembre de 2016 y el 30 de junio de 2021. En este análisis se incluyeron 144 pacientes con un total de 279 lesiones infrageniculares.

Resultado: La permeabilidad primaria fue de 0.93 (0.90–0.96), 0.67 (0.61–0.73) y 0.5 (0.43–0.57) a los 1, 6 y 12 meses, respectivamente. La permeabilidad primaria asistida fue de 1.0, 0.90 (0.86–0.94) y 0.82 (0.77–0.87) en los mismos intervalos. La libertad de revascularización de la lesión objetivo fue de 0.99 (0.99–1.00), 0.89 (0.85–0.93) y 0.79 (0.74–0.85) a los 1, 6 y 12 meses, respectivamente. No se registraron amputaciones mayores de extremidades durante el período del estudio. La tasa de complicaciones relacionadas con el dispositivo fue del 1,9 %.

Conclusión: Este estudio representa uno de los pocos esfuerzos que reporta resultados del uso de aterectomía direccional en vasos infrageniculares para enfermedad arterial periférica. De manera importante, se trata de una cohorte amplia que aporta datos del mundo real sobre esta técnica.

182, RESULTADOS A LARGO PLAZO DE REVASCULARIZACIÓN INFRAPOPLÍTEA CON PRÓTESIS DE PTFE, FÍSTULA ARTERIOVENOSA DISTAL ADYUVANTE Y PARCHE DE LINTON

Autores: Mauricio Contreras B., Renato Mertens M., Leopoldo Mariné M., Michel Bergoeing R., Francisco Valdés E., José Francisco Vargas S.

Pontificia Universidad Católica De Chile - Facultad De Medicina

Introducción: El tratamiento de la isquemia crítica (IC) de extremidad inferior es la revascularización. En ausencia de material autólogo adecuado, el PTFE es la mejor alternativa, sin embargo, sus resultados son inferiores. La construcción de una fístula arteriovenosa en la anastomosis distal (FAVd) aumenta el flujo a través del conducto y eventualmente su permeabilidad, evitando la amputación de la extremidad. La sutura de la anastomosis distal sobre un Parche de Linton (PL) es otra técnica que se ha descrito para aumentar la permeabilidad.

Objetivos: Evaluar los resultados a largo plazo de revascularización en pacientes con IC realizando puente protésico distal de PTFE (PPD-PTFE) asociado a FAVd y PL.

Contenido del E-Poster: Corresponde a un estudio descriptivo, retrospectivo de 98 extremidades revascularizadas en 93 pacientes consecutivos entre abril de 1995 y septiembre de 2024 utilizando PPD-PTFE y FAVd con PL en pacientes con IC sin disponibilidad de conducto autólogo adecuado. Se realizó revisión de fichas clínicas, protocolos operatorios y certificados de defunción para recolección y tabular datos demográficos, antecedentes mórbidos, cirugías realizadas y seguimiento postoperatorio. Se tabularon dichos datos y se emplearon curvas de Kaplan-Meier para análisis de sobrevida libre de amputación y permeabilidad.

Resultado: Hombres n = 60 (64,5%) , Mujeres n= 33 (35,5%). Promedio de 72,5 años (rango 42-91 años) Hipertensión 81.7%, Diabetes 71.4%, tabaquismo 31% y enfermedad renal crónica 9,7%. 62 (63,3%) tenían revascularización previa de la misma extremidad. La indicación fue úlcera isquémica 69% y dolor de reposo 31%. La mortalidad a 30 días fue de 3 pacientes (3,2%, IAM n=2 y TEP n=1). Se indicó anticoagulación con cumarínicos en todos los pacientes. Hubo 21 oclusiones (21,4%), 6 durante los primeros 30 días y 15 durante el resto del seguimiento, del total 9 (9,2%) puentes requirieron revisión. La permeabilidad primaria a 5 años fue de 46% y secundaria de 47,9%. Se realizó amputación mayor a 20 pacientes (20,4%). La sobrevida libre de amputación y sobrevida global a 5 años fue de 45,5% y 47,35% respectivamente. Las principales causas de mortalidad fueron IAM en 30% (n=28) y hemorragia secundaria a anticoagulación en 15% (n=14).

Conclusión: El PPD-PTFE con FAVd y PL en pacientes con IC sin posibilidad de conducto autólogo es una alternativa razonable para preservar la extremidad amenazada. Los resultados de esta serie son favorables frente otras publicaciones sin técnicas adyuvantes o con una de ellas por separado.

183, TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PATOLOGÍA AÓRTICA ABDOMINAL COMPLEJA: SERIE DE 7 AÑOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE 2018-2025

Autores: Francisco Moraga, Pamela Marín, Daniel Gutierrez, María Campos, Alejandro Campos, José Matías Robles, Juan Pablo Moreno, Álvaro Morales, Vicky Vásquez

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: La reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (EVAR) ha desplazado progresivamente a la cirugía abierta, pero sus resultados "del mundo real" -incluyendo anatomías complejas y comorbilidades severas- siguen siendo motivo de debate en Chile.

Objetivos: escribir los resultados perioperatorios y a 5 años de los primeros 171 consecutivos realizados en dos centros universitarios (2018-2025).

Contenido del E-Poster: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron todos los EVAR o procedimientos híbridos efectuados entre 03-2018 y 04-2025. Variables demográficas, clínicas, anatómicas y quirúrgicas se recopilaban en una matriz estandarizada (34 campos por paciente). Seguimiento clínico-imagenológico: radiografía simple a los 30 días, angio-TAC al 1.º y 5.º año; ecografía Doppler según hallazgo. Estadística descriptiva y proyección de mortalidad.

Resultado: Los resultados arrojaron 79 % varones, edad media 73 ± 8 años; HTA 88 %, ERC ≥ 3 32 %, enfermedad coronaria 41 %, tabaquismo activo/ex 74 %. Localización infrarrenal 82 %, yuxtarenal 18 %; 18 % se intervino en contexto de rotura inminente. Se emplearon prótesis Cook Zenith 41 %, Anaconda 29 %, Gore C3 18 % y otras 12 %; 15 % requirió cuff proximal/distal, 9 % stent adyuvante y 12 % embolización ilíaca. Mortalidad hospitalaria 2,9 %; complicaciones mayores: IAM 5,9 %, IRA 8,8 %, conversión abierta 2,9 %. Endoleak temprano (tipo I-II) 11,8 %; re-intervención tardía 14,7 % (principal causa: endoleak II persistente). Supervivencias actuariales: 30 d 97 %, 1 a 91 %, 5 a 79 %.

Conclusión: El programa EVAR de ambos centros muestra mortalidad < 3 % y baja conversión abierta pese a alta carga comórbida y 18 % de aneurismas yuxtarenales, equiparando los registros internacionales. La supervivencia a 5 años cercana al 80 % con necesidad de ≈ 1 re-intervención por cada 7 pacientes. Protocolos estrictos de minimización de contraste, vigilancia híbrida 24/7 y planificación 3D son claves para contener la IRA y reducir endoleaks. Estos datos constituyen la primera serie chilena multicéntrica retrospectiva de EVAR y respaldan su consolidación como una técnica que se vuelve más estándar incluso en anatomías complejas.

184, RESULTADOS DE DISPOSITIVOS RAMIFICADOS ILIACOS EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS AORTOILIACOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO TERCIARIO DEL SERVICIO METROPOLITANO SUR EN LA ÚLTIMA DÉCADA.

Autores: Dra. Gabriela Campos Klesse, Dr. Joaquin Vergara López, Jorge Vergara Cristi
Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: Se ha reportado que 20-40% de los pacientes con aneurisma aórtico abdominal están asociados a aneurismas de arteria ilíaca. La primera línea de tratamiento de estos corresponde a la vía endovascular. El manejo de arteria ilíaca interna se ha hecho tradicionalmente mediante la extensión de la endoprótesis hacia ilíaca externa y oclusión de ilíaca interna con técnicas de embolización, las cuales conllevan complicaciones tales como claudicación e impotencia. Las guías actuales recomiendan preservar el flujo de al menos una ilíaca interna. Las técnicas de preservación ilíaca mediante dispositivos ramificados (IBD) han sido recomendados cuando la anatomía es favorable.

Objetivos: Objetivo: Presentar y Analizar los resultados de los dispositivos ramificados ilíacos y las distintas estrategias de tratamiento de la arteria ilíaca contralateral en un centro de referencia clínico-universitario del Sistema de Salud Público de Chile desde 2014 hasta el año 2024. Presentamos información incluyendo: Análisis demográfico, Mortalidad a 30 días, Éxito técnico, permeabilidad primaria y secundaria.

Contenido del E-Poster: Método: Revisión retrospectiva de registros clínicos en nuestro centro, desde junio 2014 hasta junio 2024. Un total de 23 pacientes fueron revisados y sus datos extraídos de ficha clínica y a través de entrevista presencial por los investigadores con estudios tomográficos actualizados.

Resultado: Entre junio 2014 y junio 2024, 23 pacientes se consideraron subsidiarios de dispositivos ilíacos ramificados de un centro terciario clínico universitario. La enfermedad primaria fue aneurisma aortoiliaco en 8 casos y aneurisma ilíaco aislado en un caso y aneurisma aortobiilíaco en 14 casos. En 22 casos se trató mediante EVAR y un dispositivo de branch ilíaco (IBD) y en el caso restante se trató únicamente con un dispositivo de branch ilíaco. De los 23 casos que ingresaron con intención de EVAR y Branch ilíaco, se logró el éxito técnico en el 87% de los casos. La curva de Kaplan-Meier mostró una alta probabilidad de permeabilidad acumulada, sin alcanzarse la mediana de permeabilidad, lo que indica que más del 50% de los dispositivos permanecen permeables hasta el final del seguimiento. El área bajo la curva (AUC) —estimación del tiempo medio libre de oclusión— fue de aproximadamente 88 meses. Análisis de reintervención curva de Kaplan-Meier De un total de 23 procedimientos realizados, 20 fueron completados con éxito. De un total de 20 cirugías realizadas con éxito, 4 (20%) requirieron reintervención durante el seguimiento. No existieron complicaciones clínicas no relacionadas a aorta (paraplejía, stroke, insuficiencia renal aguda). Durante el análisis se pesquisó el desarrollo de endoleaks tempranos y tardíos. Se presentaron endoleaks tempranos en 5 casos (25%). Los endoleaks tardíos se presentaron en 4 casos (20%), 2 fueron tipo III, 1 tipo Ib y otro tipo II. De estos, tanto los tipos III como Ib requirieron reintervención, la cual resultó exitosa.

Conclusión: La principal conclusión al analizar esta serie, es la factibilidad de entregar un procedimiento con un perfil de seguridad y resultados favorables con buena permeabilidad, en nuestros centros Hospitalarios dependientes de nuestro sistema de salud. Esto, en la medida que los procedimientos se realicen de forma programada, prolija y coordinada por equipos quirúrgicos experimentados con el apoyo institucional y los dispositivos adecuados.

228, SERIE DE CASOS. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA EN TERRITORIO INFRAINGUINAL CON ATERECTOMÍA LÁSER. PRIMERA EXPERIENCIA EN SUDAMÉRICA.

Autores: Patricio Huerta B., Daniel Lazcano R., Eduardo López De Maturana P., Francisco Acuña D., Claudio Vallejos L., Jorge Vergara C.

Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: Desde principios de la década de 1990, la aterectomía percutánea ha surgido como una alternativa complementaria en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica oclusiva, junto a la angioplastia y al despliegue de stents. A diferencia de estas últimas, que actúan expandiendo la luz arterial sin eliminar la placa, la aterectomía busca reducir la carga aterosclerótica directamente, con el objetivo de disminuir la lesión vascular y mejorar los resultados hemodinámicos. En este contexto, se han desarrollado diversas tecnologías de aterectomía —como la escisional direccional, láser excimer, ablación rotacional y orbital— orientadas a preparar el vaso antes de la angioplastia, reduciendo la necesidad de implantación de stents. Esto resulta particularmente útil en segmentos arteriales sujetos a flexión, como la arteria femoral común y la arteria poplítea. La aterectomía láser ha demostrado ser una herramienta eficaz para tratar lesiones oclusivas y reestenosis intrastent (RIS), mostrando buenos resultados. El estudio PELA reportó tasas de permeabilidad primaria similares entre PTA y PTA + láser a 12 meses, pero con menor necesidad de stents en el grupo tratado con láser. Por su parte, el estudio LACI evidenció una tasa de éxito técnico del 96%, uso de stent en un 45% de los casos y una tasa de rescate de extremidad del 92,5% a 6 meses, en pacientes con isquemia crítica. En este marco, surge el sistema Auryon, aprobado por la FDA en 2019, indicado para el tratamiento de estenosis y oclusiones infrainguinales sintomáticas (Rutherford 2–4), incluyendo RIS, en arterias nativas o previamente tratadas con stents. Los resultados iniciales reportados han sido prometedores, destacando su seguridad y eficacia como parte del arsenal endovascular. Hasta la fecha, este sistema no había sido utilizado en Sudamérica. Presentamos una serie de tres casos tratados con el sistema Auryon en nuestro centro. Dos pacientes presentaban claudicación invalidante con compromiso del territorio femoropoplíteo, uno de los cuales requirió además el rescate de un vaso tibial. El tercer caso correspondió a un paciente con isquemia crítica (Rutherford 5), secundaria a una oclusión intrastent de la arteria femoral superficial. En los tres casos se logró éxito técnico, con evolución clínica e imagenológica favorable a los 3 y 6 meses de seguimiento protocolizado.

Objetivos: Presentar la primera experiencia registrada en Sudamérica con el uso del dispositivo de aterectomía láser Auryon, aplicada en tres pacientes chilenos tratados en el Hospital Barros Luco Trudeau, y describir sus resultados clínicos e imagenológicos durante el seguimiento.

Contenido del video: Breve introducción. Breve explicación de la base física y su respuesta fisiológica en el tratamiento. Indicaciones de uso. Se presentarán los 3 casos (previo consentimiento informado) con angiografía inicial, hitos técnicos durante el tratamiento y angiografía de control final. Se compararán los EVNI pre y post. Descripción de controles con EcoDoppler arteriales realizados a los territorios revascularizados, en seguimiento. Foto de la cicatrización óptima de herida del paciente con isquemia crítica, previamente planteado para bypass y sin conducto venoso.

350, RESECCIÓN AÓRTICA PARA TRATAMIENTO DE SCHWANNOMA RETROPERITONEAL: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINARIO

Autores: Iñaki Castro Araneda, Ramon Hermosilla Vásquez, Alejandro Campos Gutiérrez, Manuel Figueroa Giralt
Hospital Clínico De La Universidad De Chile

Introducción: Los schwannomas retroperitoneales son tumores neurogénicos poco frecuentes, habitualmente benignos y de crecimiento lento. Su localización profunda dificulta el diagnóstico precoz, siendo habitualmente hallazgos incidentales en estudios por otras causas. Aunque rara vez infiltran estructuras adyacentes, su proximidad a grandes vasos puede condicionar una resección compleja.

Objetivos: Mediante un caso clínico, describir el manejo quirúrgico y reconstructivo de un schwannoma retroperitoneal con afectación aórtica parcial, destacando el valor del manejo multidisciplinario.

Contenido del E-Poster: Presentamos el caso de una paciente sexo femenino con antecedente de melanoma glúteo izquierdo operado, en seguimiento por una masa retroperitoneal izquierda descubierta incidentalmente en controles por imágenes. La masa mostró crecimiento progresivo en PET-CT (de 18 mm a 40 mm en 3 años). La resonancia magnética abdominal evidenció una masa sólida de 34 × 30 × 45 mm adyacente a la aorta infrarrenal, envolviéndola parcialmente en sentido posterolateral izquierdo (~40% de circunferencia), y en contacto con el ostium de la arteria renal izquierda sin signos de infiltración.

Resultado: Tras discusión en comité oncológico, se realiza laparotomía exploradora con resección tumoral en bloque, requiriendo resección parcial de aorta infrarrenal y reparación vascular con prótesis de Dacron. La evolución postoperatoria fue favorable, sin evidencia de complicaciones, con alta hospitalaria a los tres días posteriores. El estudio histopatológico diferido confirmó schwannoma benigno, sin compromiso vascular ni linfonodal (0/6 ganglios). La paciente fue reevaluada en comité y se decidió seguimiento clínico-radiológico sin indicación de tratamiento adyuvante.

Conclusión: La resección completa es el tratamiento de elección para los schwannomas retroperitoneales. Aunque su comportamiento suele ser benigno, su cercanía a grandes vasos puede requerir procedimientos reconstructivos mayores. En este caso, la invasión parcial de la aorta obligó a una resección segmentaria con reconstrucción protésica. El éxito del procedimiento radicó en una adecuada planificación preoperatoria, el estudio con imágenes y un enfoque quirúrgico multidisciplinario. La coordinación entre equipos permitió una resección segura y un adecuado control oncológico, demostrando la importancia de la colaboración entre especialidades quirúrgicas para enfrentar casos complejos de tumores retroperitoneales.

449, SÍNDROME DE MAY-THURNER: MANEJO ENDOVASCULAR EN PACIENTE SINTOMÁTICA PERSISTENTE CON HALLAZGO INTRAOPERATORIO DE VARIACIÓN ANATÓMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Francisca Lorena Pinilla Pizarro, Matilda Amara Mejías Leyton, María Ignacia Del Pino Álvarez, Javier Ignacio Justo Martínez, Luis Alberto Alejandro Bustamante Canales, Cristian Andrés Rivas Curihuinca, Sebastián Javier Cárcamo Morello, Daniel Isidoro Wallach Widder

Universidad De Chile

Introducción: El síndrome de May-Thurner (SMT) corresponde a la compresión crónica de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha. Esta alteración anatómica favorece la estasis venosa, predisponiendo a trombosis venosa profunda (TVP) e insuficiencia venosa crónica. Afecta principalmente a mujeres jóvenes y suele estar subdiagnosticado, dada su clínica inespecífica y la baja sospecha en pacientes sin antecedentes trombóticos.

Objetivos: Describir el manejo endovascular en una paciente con SMT sintomático persistente, destacando criterios de indicación terapéutica, hallazgos imagenológicos e intraoperatorios relevantes.

Contenido del E-Poster: Se revisó el caso clínico de una paciente de 32 años con SMT, atendida en el Hospital San Borja-Arriarán. Se recopiló información desde la evaluación inicial hasta el alta. Se analizaron síntomas, estudios imagenológicos (flebografía y angioTAC) y tratamiento endovascular, que incluyó flebografía intraoperatoria, angioplastia con balón y colocación de stent en vena ilíaca común izquierda. Se registró evolución postoperatoria inmediata.

Resultado: Paciente de 32 años, residente en Chile hace seis años, con diagnóstico de SMT desde 2018. Fue manejada inicialmente con medidas conservadoras. Consulta en abril de 2025 por dolor, pesadez y adormecimiento persistente en miembro inferior izquierdo, con antecedente de TVP no tratada tres años antes. En el estudio ambulatorio se documentaron várices pelvianas y estenosis ilíaca izquierda, confirmada por angioTAC. Dada la refractariedad de los síntomas y el antecedente trombótico, se indicó manejo endovascular. Durante la hospitalización se realizó flebografía de cava y venas ilíacas, seguida de angioplastia y colocación de stent. Se evidenció una variación anatómica no descrita previamente. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta sin complicaciones.

Conclusión: El SMT puede pasar inadvertido en mujeres jóvenes con síntomas venosos crónicos. Este caso ilustra la transición desde un manejo conservador a uno endovascular, basado en síntomas refractarios, hallazgos imagenológicos y antecedentes de TVP. La colocación de stents en lesiones no trombóticas ha mostrado alta permeabilidad a largo plazo. La anticoagulación post procedimiento aún es discutida. El seguimiento clínico e imagenológico es fundamental para evitar recurrencias y complicaciones. El tratamiento endovascular es seguro y eficaz en SMT sintomático con antecedentes trombóticos, permitiendo aliviar síntomas y prevenir complicaciones. La selección adecuada del tratamiento y un seguimiento estrecho son claves para el éxito a largo plazo.

450, REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE COARTACIÓN AÓRTICA SEVERA EN ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autores: Richard Eduardo Beleño P, Hugo Yáñez M, Angelica Andrea Beleño P.

Universidad De Antofagasta - Hospital Regional De Antofagasta

Introducción: La coartación aórtica es una cardiopatía congénita que representa el 5–8% de las malformaciones cardiovasculares, con una incidencia estimada de 4/10000. Se caracteriza por un estrechamiento focal de la aorta torácica, habitualmente distal al ductus arterioso; aunque su diagnóstico es habitual en la infancia, la detección en adultos es infrecuente y suele asociarse a HTA resistente, soplos o claudicación. El tratamiento puede ser quirúrgico o endovascular, siendo este último preferido por su menor morbilidad. En Chile, los reportes son escasos y dispersos; este caso destaca como el primero documentado en la zona norte en un paciente menor de 30 años

Objetivos: Describir un caso clínico de coartación aórtica severa en adulto joven, enfatizando la relevancia del diagnóstico clínico, el uso de imagenología y el tratamiento endovascular exitoso

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de un solo caso. Se revisaron registros clínicos, estudios imagenológicos y procedimientos realizados en el Hospital Regional de Antofagasta, resguardando la confidencialidad del paciente

Resultado: Paciente masculino de 29 años, sin antecedentes mórbidos ni tóxicos referidos, con HTA desde los 22 años, tratamiento irregular, consulta por cifras PA persistentemente elevadas, tolerancia funcional conservada; soplo sistólico aórtico, pulsos femorales disminuidos y diferencia de PA entre extremidades 160/80mmHg en brazo derecho 100/70mmHg en pierna derecha, con adecuado llenado capilar. Ante sospecha de cardiopatía, se realizó ecocardiograma con válvula aórtica bicúspide, hipertrofia ventricular izquierda leve y fracción de eyección preservada. Con AngioTC, que confirmó una coartación aórtica post ductal severa, ubicada a 5cm de subclavia izquierda, con un estrechamiento luminal de 6mm y circulación colateral desarrollada por intercostales y mamarias internas. Se deriva a cirugía vascular para reparación endovascular; el procedimiento con acceso femoral bilateral ecoguiado utilizando vaina 6F posterior a 8F, implantación de endoprótesis, marcapaso a 160lpm disminuyendo la PAM a 60mmHg, dilatación con balón. La angiografía de control evidencia adecuada expansión de la prótesis, sin fugas ni desplazamiento, y reducción del gradiente trans lesional a menos de 10mmHg. En postoperatorio inmediato, con debilidad muscular G4 en extremidad superior derecha, pulsos simétricos y buena perfusión distal, sin compromiso sensitivo ni signos de isquemia. La PA post procedimiento mejoro 130/80mmHg brazo derecho 125/70mmHg pierna derecha, con desaparición del soplo. Con buena evolución clínica y recuperación progresiva del tono muscular y control del dolor. Al tercer día presentó mareos, diaforesis, vómitos e hipotensión ortostática, seguida de hipertensión reactiva y dolor interescapular. Se indica AngioTC que descarta disección, hematoma o complicaciones de la endoprótesis. Finalmente se da alta en condiciones estables

Conclusión: La coartación aórtica en adultos debe considerarse ante HTA de inicio precoz, el examen físico dirigido y el diagnóstico por imágenes son clave y la reparación endovascular ofrece una alternativa segura, eficaz y menos invasiva que la cirugía convencional. Este caso resalta la necesidad de incentivar una alta sospecha clínica y destaca por la presentación atípica de una coartación aórtica severa diagnosticada tardíamente en un adulto joven. Por lo que se propone incentivar la descripción de estos casos contribuyan a la epidemiología, manejos y resultados en este grupo etario

451, ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SECUNDARIA REPARACIÓN TRAUMATOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Carlos Casanova M, Carlo Zúñiga G, Magdalena Reid K, Carla Morelli L, Michelle Marchesini B, Gustavo Garate G, Anaís Galeas V

Hospital Dr Gustavo Fricke

Introducción: Las lesiones vasculares secundarias a procedimientos ortopédicos son poco frecuentes, con incidencias cercanas al 0,49%, pueden evolucionar en infecciones, amputaciones, neuralgias cercanas a un 10% o la muerte del paciente en un 6,5%. Cuando se trata de fracturas de cadera, los principales vasos lesionados son la arteria femoral profunda y sus ramas, la mayoría por laceraciones con hemorragia o pseudoaneurismas. Las causas principales de la lesión son por desplazamiento de un fragmento de trocánter menor, la broca o un tornillo prominente.

Objetivos: Presentar un caso clínico de una lesión vascular poco frecuente causado por una reparación traumatológica con manejo endovascular del Hospital Gustavo Fricke (HGF).

Contenido del E-Poster: Paciente de 77 años con antecedente de hipertensión arterial, sufre caída a nivel con acortamiento de extremidad derecha, se toman imágenes en Urgencias de HGF donde se evidencia fractura de cadera derecha. Se realiza reducción quirúrgica por el equipo de cadera con clavo endomedular largo y tornillos de fijación. En el postoperatorio inmediato evoluciona con dolor agudo de extremidad derecha, al ser evaluada por equipo de cirugía de turno se evidencia ausencia de pulsos distales, poiquilotermia y palidez de extremidad, sin pérdida de sensibilidad, ni movilidad, por lo cual se diagnostica Isquemia Aguda Rutherford I, por ello, se inicia anticoagulación y se decide tomar un angiografía computarizada (AngioTC) de extremidades inferiores (EEII), que describe oclusión vascular de la luz de la arteria femoral superficial distal derecha. Se toma conocimiento por el equipo de cirugía vascular, quienes realizan angiografía y angioplastia a las 48 hrs, en donde se ejecuta trombectomía con Angiojet Zelante en la zona de oclusión evidenciándose lesión arterial en la proyección de la broca en el tornillo de fijación distal tratada con stent cubierto, al control angiográfico con buen flujo de llenado. Se realiza una revisión bibliográfica, en donde se encuentra una revisión sistemática respecto a las lesiones vasculares secundarias a reparaciones traumatológicas en fracturas de fémur.

Resultado: Evoluciona de manera favorable en el postquirúrgico inmediato con pulsos distales y buen llene capilar, con disminución significativa del dolor de la extremidad. Se realiza control al mes, donde se evidencia buena perfusión y pulsos distales presentes, sin dolor, con movilidad y sensibilidad conservadas.

Conclusión: La isquemia aguda posterior a procedimientos ortopédicos y traumatológicos es infrecuente, pero potencialmente grave, es por esto que la sospecha, diagnóstico y derivación oportuna es crucial para el pronóstico de esta patología y así, evitar la pérdida funcional, la amputación de la extremidad, hasta la muerte. El tratamiento por hemodinamia es una alternativa poco invasiva, de bajo riesgo y con capacidad de resolución definitiva, que es altamente eficaz y con mayor disponibilidad.

452, COMPROMISO VASCULAR MAYOR TUMORAL Y SU MANEJO QUIRÚRGICO: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS CON RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN.

Autores: Camilo Huerta M., Patricio Araya C., Abelino Jara N., Constanza Baeza B., Valentina Núñez P.

Hospital Clínico De La Universidad De Chile

Introducción: El compromiso de vasos mayores por tumores retroperitoneales o abdominales se ha considerado tradicionalmente un criterio de irresecabilidad, dada la complejidad técnica y el riesgo operatorio. No obstante, el avance de la cirugía oncovascular ha ampliado las posibilidades terapéuticas con intención curativa, demostrando que la resección en bloque de órganos y vasos puede lograrse con morbilidad y mortalidad aceptables. Dependiendo de la patología, algunas guías recomiendan que el compromiso vascular no constituya contraindicación absoluta si es factible la resección completa en centros especializados. La evidencia en nuestro país es limitada.

Objetivos: Describe una serie de cinco casos de resección vascular mayor por tumores abdominales o retroperitoneales, analizando indicaciones, técnica, complicaciones y desenlace.

Contenido del E-Poster: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía oncológica con resección vascular mayor entre 2020 y 2025 en un centro de alta complejidad. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con compromiso de vena cava o aorta abdominal. Se excluyeron casos de reparaciones vasculares sin resección. Se registraron datos demográficos, características tumorales, métodos diagnósticos, contexto quirúrgico, vaso comprometido, técnica reconstructiva, complicaciones (clasificadas por Clavien-Dindo), necesidad transfusional, estancia hospitalaria, mortalidad intrahospitalaria, diagnóstico histológico, márgenes quirúrgicos y decisiones del comité oncológico. La información fue recolectada de forma anónima desde registros clínicos institucionales.

Resultado: Se analizaron cinco casos, con mediana de edad de 53 años (rango 21–66), cuatro mujeres. Los diagnósticos incluyeron dos carcinomas renales, un tumor suprarrenal, un teratoma testicular y un tumor retroperitoneal. Cuatro procedimientos fueron planificados y uno por hallazgo intraoperatorio. La cava inferior fue el vaso más comprometido (3/5). Tres pacientes requirieron reparación con prótesis y dos injertos, sin ligaduras vasculares. El volumen tumoral resecado estimado varió entre 63,3 y 5613,4 cm³. La pérdida sanguínea intraoperatoria fue variable, con transfusión en tres casos. La estadía hospitalaria mediana fue de 5 días (4-34), con 2 días en UCI. No se registraron muertes hospitalarias. Dos pacientes presentaron complicaciones, ninguno requirió reintervención. 2 lograron resección completa (R0), sin embargo, todos los márgenes vasculares fueron negativos. Los diagnósticos histológicos fueron schwannoma benigno, teratoma maduro, carcinoma renal de células claras (n=2) y leiomioma grado 3. En 2 casos se decidió seguimiento, en 1 radioterapia y quimioterapia. Los otros 2 siguieron tratamiento en otro centro.

Conclusión: La resección vascular mayor en cirugía oncológica retroperitoneal constituye un desafío técnico relevante, históricamente asociado a alta morbilidad. Sin embargo, evidencia acumulada demuestra que en centros especializados puede realizarse con tasas aceptables de complicaciones, sin comprometer la seguridad ni el control local-regional. La presente serie va en concordancia con reportes internacionales. Esta serie aporta datos locales sobre la factibilidad y seguridad de la resección vascular mayor en oncología abdominal. El compromiso vascular debe entenderse como un reto técnico más que como contraindicación absoluta, siendo indispensable la discusión en comités especializados y la planificación detallada para optimizar resultados.

454, ROTURA AORTA TORÁCICA CONTENIDA EN ACCIDENTE DE PARAPENTE: RESOLUCIÓN MEDIANTE CIRUGÍA ENDOVASCULAR

Autores: Heriberto Mancilla C, Carlos Negrete E, Juan Carlos De La Maza, Alejandro Fierro

Hospital Clínico De La Fuerza Aérea De Chile, Equipo De Cirugía Vascular, Servicio De Cirugía.

Introducción: El traumatismo cerrado de la aorta torácica representa una de las emergencias vasculares más letales en el contexto del paciente politraumatizado, con una alta mortalidad prehospitalaria y significativa morbilidad postoperatoria. La evolución de la cirugía endovascular, ha permitido el manejo de estos pacientes con técnicas mínimamente invasivas, menor morbilidad y menor riesgo de daño neurológico, con mejor pronóstico.

Objetivos: Describir el diagnóstico, manejo y evolución de un paciente con rotura contenida de aorta torácica secundaria a caída de altura desde parapente, destacando el manejo endovascular como tratamiento de elección en pacientes estables con anatomía favorable.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 50 años, previamente sano, fue derivado desde Hospital de Iquique tras caída en parapente. Ingresó hemodinámicamente estable, con múltiples lesiones como neumotórax bilateral, hemo-neumotórax derecho, tórax volante, fracturas costales múltiples, fractura pélvica con desplazamiento y laceración contenida de aorta torácica. Se realizó angiotomografía de aorta completa que evidenció rotura aórtica contenida de la curvatura menor de la aorta torácica a nivel del ligamento arterioso. Ingresó a pabellón, donde se efectuó reparación endovascular con prótesis Zenith Alpha 26x105 mm, sin incidentes.

Resultado: El paciente presentó evolución clínica favorable, con retiro precoz de toracostomías, tránsito intestinal y función renal conservada. No se observaron signos de endofugas ni complicaciones aórticas en el control imagenológico posteriores. Continuó su rehabilitación traumatológica y seguimiento por cirugía vascular. No presentó compromiso neurológico. Paciente no requirió nuevas intervenciones por parte de cirugía vascular, se mantiene en seguimiento.

Conclusión: La rotura contenida de la aorta torácica debe sospecharse en traumatismos de alta energía con ensanchamiento mediastínico o hallazgos torácicos atípicos. La reparación endovascular de la aorta torácica representa una alternativa segura y eficaz en pacientes estables, evitando la morbilidad de la cirugía tradicional. Este caso refleja la importancia del abordaje multidisciplinario oportuno y del uso adecuado de la tecnología endovascular en escenarios críticos.

455, FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS. REPORTE DE CASO Y MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL.

Autores: Mónica Rondón R, Alexandra Olivera B, Pedro Álvarez M, Antonio Tapia V, Kamila Villavicencio S, Carlos Arce N, Hugo Yáñez M, Camila Vallejo E, Jorge Cifuentes C, María Brito.

Hospital Regional De Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán

Introducción: La Flegmasia Cerúlea Dolens (FCD) representa una de las formas más severas de trombosis venosa profunda (TVP), con una alta tasa de amputación y mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente. Compartir esta experiencia clínica resulta relevante dado su baja incidencia, sumado al desafío que implica su manejo urgente en contextos hospitalarios generales sin disponibilidad inmediata de recursos avanzados. Este caso ilustra el valor de una sospecha clínica temprana y una decisión terapéutica quirúrgica adecuada, para lograr la supervivencia y preservación de la extremidad.

Objetivos: Describir un caso de Flegmasia Cerúlea Dolens tratado exitosamente mediante trombectomía quirúrgica en un centro regional, destacando los aspectos diagnósticos, terapéuticos y su evolución clínica, con énfasis en su valor educativo ante una urgencia vascular poco frecuente.

Contenido del E-Poster: Caso clínico retrospectivo de diagnóstico confirmado de Flegmasia Cerúlea Dolens, tratado en el Hospital Regional de Antofagasta. Se analizaron antecedentes, hallazgos clínicos, imágenes, intervenciones quirúrgicas y evolución. La búsqueda de información se realizó en bases de datos electrónicas como PubMed, y se emplearon palabras clave como: "flegmasia cerúlea dolens", "trombosis venosa profunda", "tromboembolia venosa", "cirugía vascular".

Resultado: Se presenta el caso de una paciente femenina de 50 años, con antecedentes de miomatosis uterina, en tratamiento reciente con anticonceptivos orales combinados. Consultó por dolor intenso, edema y cianosis en la extremidad inferior izquierda. Al examen físico se evidenció frialdad, abolición de pulsos distales, y coloración violácea. Se inició anticoagulación con heparina y se solicitó angiotomografía de extremidades inferiores que evidenció trombosis extensa de la vena femoral común hacia la iliaca común izquierda. Se decidió trombectomía quirúrgica urgente. La paciente presentó una evolución clínica favorable tras la trombectomía, con recanalización venosa inmediata y remisión progresiva de los signos isquémicos. No hubo necesidad de amputación ni complicaciones mayores. Fue dada de alta en buenas condiciones generales, sin evidencia de recurrencia trombótica durante la hospitalización.

Conclusión: Este caso demuestra la importancia del reconocimiento precoz de la Flegmasia Cerúlea Dolens y la actuación inmediata ante una urgencia vascular que compromete la viabilidad de la extremidad y la vida. La trombectomía quirúrgica es una opción efectiva y viable en centros sin disponibilidad de técnicas endovasculares. El abordaje integral y la colaboración multidisciplinaria fueron claves para un desenlace exitoso.

457, PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO EN BYPASS FEMOROAXILAR, REPARACIÓN ENDOVASCULAR: REPORTE DE CASO

Autores: Carlos Zúñiga G, Javiera Saavedra D, Trinidad Bravo A, Magdalena Reid K, Jorge Villagra R.

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Servicio De Cirugía

Introducción: La derivación por bypass axilofemoral suele realizarse en pacientes con enfermedad arterial periférica con alto riesgo quirúrgico. Los pseudoaneurismas son una complicación poco frecuente y grave luego de un trauma, más comúnmente traumas cerrados. Este caso describe un pseudoaneurisma postraumático en la zona no-anastomótica de un bypass axilofemoral manejado exitosamente mediante reparación endovascular. La relevancia del caso radica en la escasa evidencia de casos similares a este.

Objetivos: Describir el manejo de un pseudoaneurisma postraumático en bypass axilofemoral mediante técnica endovascular.

Contenido del E-Poster: Estudio descriptivo retrospectivo tipo caso clínico. Se analizaron registros médicos electrónicos, destacando angiotomografía computarizada (angioTC) diagnóstica que evidenció la lesión vascular y hallazgos intraoperatorios. El tratamiento consistió en reparación endovascular con prótesis mediante técnica combinada femorobraquial.

Resultado: Mujer de 49 años con enfermedad de Takayasu, accidente cerebrovascular hemisférico derecho secue-lado, oclusión de troncos supraaórticos y epilepsia secundaria. Operada de bypass aortobicarotídeo (1990) y bypass axilofemoral derecho por oclusión de bypass previo (2020). Consultó por caída a nivel asociada a aumento de volumen progresivo y masa pulsátil en región retromamaria derecha, equimosis extensa y dolor local. AngioTC evidencia gran pseudoaneurisma en bypass axilofemoral derecho. Se realizó reparación endovascular. Se establecieron dos accesos vasculares: femoral común izquierdo 10 French (Fr) y braquial derecho 6 Fr. Tras heparinización sistémica se canuló anastomosis proximal del bypass por vía braquial. Captura de guía 0.035 pulgadas femoral por braquial con lazo de 10 cm. Obtención de acceso thru-and-thru. Se implantaron dos prótesis VIABAHN® (10x150 milímetros (mm) y 11x10 mm) por vía femoral, sobreponiéndolas al menos 5 cm. Angiografía de control demostró exclusión completa de pseudoaneurisma, sin fugas ni endofugas. Retiro de vainas femorales y hemostasia exitosa con sistema de cierre vascular Perclose ProGlide®. Compresión braquial por 20 minutos. Postoperatorio sin complicaciones. Paciente dada de alta con seguimiento por cirugía vascular.

Conclusión: La disrupción traumática de un bypass axilofemoral es un evento infrecuente, y aún más si no se localiza en la anastomosis. La reparación endovascular se consolida como alternativa terapéutica para pseudoaneurismas postraumáticos en bypass axilofemorales. Los resultados inmediatos en este caso demostraron la eficacia del procedimiento tanto en la exclusión del pseudoaneurisma como en la preservación de la permeabilidad del injerto. Este abordaje destaca por su reproducibilidad técnica y bajo perfil de complicaciones, aunque se requiere seguimiento a largo plazo para evaluar la durabilidad de los resultados. El caso destaca por su rareza y refuerza la importancia del manejo individualizado en las complicaciones vasculares traumáticas, particularmente en injertos quirúrgicos preexistentes.

458, RECONSTRUCCIÓN VASCULAR CON VENA SAFENA EN ESPIRAL EN CÁNCER COLORRECTAL LOCALMENTE AVANZADO: ENFOQUE DE TRATAMIENTO EN CAMPOS POTENCIALMENTE CONTAMINADOS

Autores: Carlos Muñoz Flores, Sebastián Sepúlveda Palamara, Tomás Larach Kattan, Francisco Vargas Serrano, Michel Bergoeing Reid, Francisco Valdés Echenique, Leopoldo Mariné Massa

Departamento De Cirugía Vascular Y Endovascular. Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: En el contexto del cáncer colorrectal localmente avanzado con invasión vascular, la reconstrucción en campos quirúrgicos potencialmente contaminados exige soluciones que equilibren viabilidad técnica y resistencia a complicaciones sépticas. En este trabajo se describe una técnica con tejido autólogo segura y reproducible.

Objetivos: Describir la aplicación de un injerto autólogo de vena safena en espiral para reconstrucción de vasos ilíacos durante la resección multivisceral de un cáncer rectal localmente avanzado, resaltando su utilidad en campos quirúrgicos potencialmente contaminados.

Contenido del E-Poster: Hombre de 31 años con adenocarcinoma rectal mucinoso cT4N+M1c, con invasión de íleon distal, vejiga, uréter derecho y vasos ilíacos. Tras 12 ciclos de quimioterapia neoadyuvante (FOLFOX), se realizó cirugía citorreductora con resección en bloque de la masa tumoral y vasos ilíacos derechos. La reconstrucción vascular se efectuó con dos neoconductos de vena safena interna derecha en espiral (abierta longitudinalmente, devaluada y enrollada en espiral sobre tutor), anastomosados con Prolene 6/0 con los cuales se reconstruyó tanto vena como arteria iliaca derecha.

Resultado: El flujo arterial y venoso se restableció con éxito. Sin edema de extremidad inferior derecha. Alta al 8vo día. Durante evolución en domicilio presenta fiebre y compromiso de estado general por lo que consulta en su centro de origen donde se deriva a nuestro centro y se pesquisa colecciones intraabdominales con cultivo positivo para E. faecalis tratadas con antibioterapia y drenaje percutáneo. Alta hospitalaria al 7mo día. TC de control confirma vasos ilíacos permeables. Seguimiento a los 6 meses, no presenta evidencia de complicación de reconstrucción vascular

Conclusión: La técnica de vena safena en espiral permite reconstrucciones vasculares complejas en campos potencialmente contaminados, evitando el uso de prótesis sintéticas con alto riesgo infeccioso. Su adaptabilidad a distintos diámetros y baja trombogenicidad la convierten en una alternativa segura y reproducible en reconstrucción vascular.

460, DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DUPLICACIÓN DE VENA CAVA INFERIOR Y SD. DE CONGESTIÓN PÉLVICA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS.

Autores: Francisca Lorena Pinilla Pizarro, Daniel Isidoro Wallach Widder, Matilda Amara Mejías Leyton, Javier Ignacio Justo Martínez, María Ignacia Del Pino Álvarez, Luis Alberto Alejandro Bustamante Canales, Sebastián Javier Cárcamo Morello

Universidad De Chile

Introducción: La duplicación de la vena cava inferior (VCI) es una anomalía congénita infrecuente, con una prevalencia aproximada de 0,7%, producida por la persistencia de ambas venas supracardinales durante el desarrollo embrionario. Generalmente es asintomática y se diagnostica de forma incidental, pero puede asociarse a otras malformaciones congénitas y se ha propuesto como factor predisponente a enfermedad tromboembólica, especialmente en jóvenes. Su presencia puede modificar el abordaje quirúrgico o endovascular, siendo relevante en pacientes que requieren accesos vasculares complejos. El síndrome de congestión pélvica (SCP) es una entidad caracterizada por dilatación e incompetencia de venas pélvicas, lo que genera congestión venosa y síntomas como dolor pélvico crónico. El tratamiento depende de la severidad de los síntomas y de su causa, pudiendo incluir manejo conservador, embolización venosa o tratamiento de la obstrucción central.

Objetivos: Analizar un caso de duplicación de VCI asociado a signos de SCP, diagnosticado incidentalmente en una paciente en hemodiálisis, evaluando las implicancias clínicas y quirúrgicas en el diseño de accesos vasculares complejos.

Contenido del E-Poster: Se realizó un análisis retrospectivo de un caso clínico basado en antecedentes clínicos, evolución hospitalaria y hallazgos imagenológicos obtenidos desde la ficha médica del Hospital Clínico San Borja Arriarán. Los datos fueron anonimizados y se respetaron principios éticos. El análisis se apoyó en literatura científica actual.

Resultado: Se presenta el caso de una mujer de 49 años con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, múltiples accesos vasculares previos fallidos y disfunción reciente de catéter yugular derecho. Tras dos protocolos de trombólisis fallidos, se instala un nuevo catéter yugular tunelizado, funcional. En el contexto de planificación de nueva fístula arteriovenosa (FAV), se realiza AngioTC que muestra duplicación de la VCI y dilatación de venas uterinas y ováricas, hallazgos sugerentes de SCP. La paciente egresa estable, con seguimiento en cirugía vascular para confección de FAV.

Conclusión: Se resalta la importancia de una evaluación imagenológica detallada previa a la confección de accesos vasculares, especialmente en pacientes con anatomía vascular compleja. En este caso, la coexistencia de duplicación de VCI y signos de SCP plantea la necesidad de profundizar el estudio y de un abordaje interdisciplinario que permita definir si existe una relación causal entre ambas condiciones o si son hallazgos independientes. Se evidencia que identificar estas variantes permite prevenir complicaciones, optimizar el abordaje terapéutico y asegurar la viabilidad del tratamiento en pacientes con enfermedad renal avanzada.

461, SÍNDROME AORTODUODENAL SECUNDARIO A ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Roberto González C, Carolina Morales, Theare Astudillo, Benjamín Campusano

Servicio De Cirugía, Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción: La obstrucción duodenal secundaria a compresión extrínseca por aneurisma de aorta abdominal (AAA), conocida como síndrome aortoduodenal, es una entidad infrecuente, con menos de 30 casos reportados a nivel mundial¹²³. Se presenta cuando un AAA infrarrenal comprime la tercera porción del duodeno contra la columna vertebral, generando un cuadro de obstrucción intestinal alta. Se estima que afecta a menos del 0,1 % de los pacientes con aneurismas aórticos y se asocia a aneurismas generalmente mayores de 5 cm³.

Objetivos: Presentar un caso clínico de obstrucción duodenal secundaria a AAA y revisar los principales hallazgos clínicos, imagenológicos y anatómicos descritos en la literatura.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 60 años, con antecedente de esquizofrenia, que consultó en el servicio de urgencias por dolor abdominal de 3 días, distensión y vómitos. Ingresó en malas condiciones generales, con signos de hipoperfusión. Una tomografía computarizada contrastada evidenció severa dilatación gástrica y duodenal proximal, con cambio de calibre brusco en la tercera porción duodenal, en estrecha relación con un aneurisma fusiforme de aorta abdominal de 5,8 cm de diámetro anteroposterior y 8,4 cm de longitud. Durante la hospitalización, el paciente evolucionó con signos de irritación peritoneal y deterioro clínico progresivo. Se confirmó una perforación gástrica, por lo que fue intervenido quirúrgicamente, realizándose una antrectomía con anastomosis gastro-yeyunal tipo Billroth II. Debido al contexto de sepsis abdominal y alto riesgo quirúrgico, se decidió diferir el tratamiento del aneurisma hasta la resolución del cuadro infeccioso.

Resultado: El cuadro fue diagnosticado como una obstrucción intestinal alta secundaria a síndrome aortoduodenal. La TC mostró claramente la compresión extrínseca sin masas asociadas. En la literatura, se ha reportado que más del 90 % de los casos presentan dilatación duodenal proximal evidente². Algunos autores describen una banda fibrosa entre el aneurisma y el duodeno como mecanismo contribuyente¹. En todos los casos, la compresión ocurre en la tercera porción duodenal, dado su trayecto retroperitoneal. El tamaño medio de los aneurismas causantes supera los 6 cm⁴. El tratamiento más efectivo es la reparación quirúrgica del aneurisma, abierta o endovascular, logrando resolución sintomática en más del 80 % de los casos³⁴⁵. En pacientes de alto riesgo, la derivación intestinal puede considerarse como medida transitoria.

Conclusión: El síndrome aortoduodenal representa una causa rara pero clínicamente relevante de obstrucción intestinal alta. Su diagnóstico precoz mediante imágenes y su tratamiento dirigido permiten no solo resolver la obstrucción, sino también prevenir la ruptura del aneurisma. Este caso refuerza la necesidad de considerar causas vasculares en cuadros obstructivos sin etiología evidente. Referencias 1. Coster DD, Meilstrup JW, Moore H. Duodenal obstruction by abdominal aortic aneurysm. *Am J Gastroenterol.* 1988;83(9):981–4. 2. Deitch JS, McGinity WC. Aortoduodenal syndrome: Two case reports and review. *J Vasc Surg.* 2004;40(3):543–7. 3. Taylor SG, Courville C, Myint MM. Aortoduodenal syndrome: a rare cause of duodenal obstruction. *J Vasc Surg Cases Innov Tech.* 2016;2(3):134–6. 4. Senadhi V, Arora D, Syed A. Aortoduodenal syndrome: A rare clinical entity. *South Med J.* 2011;104(4):283–5. 5. Ghent WR, Keighley MR. Aortoduodenal compression: an unusual cause of duodenal obstruction. *Can J Surg.* 1981;24(2):183–5.

462, MANEJO ENDOVASCULAR EXITOSO DE ANEURISMA ESPLÉNICO GIGANTE DE DIAGNÓSTICO INCIDENTAL: REPORTE DE UN CASO

Autores: Fernanda Hermosilla-Astudillo, Emilia Hernández-herrera, Isidora Jara-artigas, Juan Francisco Allamand T. Hospital Del Salvador

Introducción: Los aneurismas esplénicos (AE) son infrecuentes y mayormente asintomáticos, aunque su potencial rotura implica una elevada mortalidad. Aquellos mayores de 5 cm se clasifican como gigantes y presentan un riesgo incrementado de rotura, complejidad quirúrgica y mayor morbilidad. La cirugía abierta ha sido el tratamiento tradicional, pero el enfoque endovascular ha ganado relevancia como alternativa segura en pacientes de alto riesgo.

Objetivos: Describir el manejo endovascular exitoso de un aneurisma esplénico gigante en un paciente de alto riesgo quirúrgico.

Contenido del E-Poster: Hombre de 76 años con antecedentes de diabetes tipo 2, hiperplasia prostática benigna y deterioro cognitivo leve, fue diagnosticado incidentalmente con un AE gigante de 8,8 cm durante evaluación preoperatoria para hernioplastia. Considerando las condiciones del paciente, se optó por un tratamiento endovascular, intentando reservar la cirugía tradicional en caso de falla al tratamiento. Bajo anestesia general, se realizó punción braquial izquierda con inductor 4 Fr bajo guía ecográfica. Luego de canular selectivamente el tronco celíaco y la arteria esplénica, se realiza angiografía en múltiples desproyecciones y fusión de imágenes con tomografía preoperatoria, logrando identificar un único vaso de entrada y salida, destacando especialmente la tortuosidad de éstos. Se identificó el saco aneurismático con flujo hacia arterias de salida, a continuación, se emboliza selectivamente la arteria de salida con coils (Terumo Azur 15mmx20cm (6)), complementándolo con solución de etilén vinil alcohol (Onyx®). En la arteria de entrada al aneurisma se repitió igual técnica, embolizándola con coils (Terumo Azur 20mmx50cm (3) y 20mmx30cm (1)) y Onyx®, completando el caso con un total de 12 mL para lograr oclusión efectiva. Se completaron imágenes de control, que mostraron exclusión completa del aneurisma, sin afección de las ramas esplénicas colaterales.

Resultado: El aneurisma fue excluido exitosamente sin extravasación ni complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio inmediato, la evolución fue favorable, pese a un alza de parámetros inflamatorios. No se presentaron complicaciones en el acceso vascular. El paciente fue dado de alta sin incidentes mayores, con seguimiento clínico.

Conclusión: El riesgo de ruptura en AE gigantes es elevado y se relaciona directamente con su tamaño. La presencia de calcificación mural no descarta fragilidad arterial. El tratamiento endovascular ha mostrado ventajas significativas en pacientes estables, con recuperación más rápida y tasas de complicaciones comparables a la cirugía abierta. Este caso demuestra la eficacia del enfoque endovascular como alternativa en pacientes con comorbilidades, permitiendo una intervención segura y efectiva. La planificación exhaustiva fue clave para el éxito, evitando un procedimiento más invasivo y reduciendo el uso innecesario de material.

463, RECONSTRUCCIÓN DE AORTA Y CAVA INFERIOR DEBIDO A TUMOR RETROPERITONEAL EN SEGUIMIENTO DE CÁNCER TESTICULAR.

Autores: Ricardo Jiménez, Michel Bergoeing, José Francisco Vargas, Benjamín Ortiz, Francisco Valdés, Sebastián Sepúlveda, Pablo Troncoso, Leopoldo Mariné.

Departamento De Cirugía Vascular Y Endovascular, Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago De Chile.

Introducción: El crecimiento tumoral retroperitoneal post quimioterapia afecta al 30% de los pacientes con tumores no seminomas. No existe una relación clínico-radiológica certera para diferenciarlos, siendo crucial su resección quirúrgica y estudio anatómo-patológico.

Objetivos: Presentamos un caso clínico de recidiva tumoral retroperitoneal con compromiso vascular de la aorta y de la vena cava inferior, en el que se realizó resección en bloque y reconstrucción vascular posterior.

Contenido del E-Poster: Paciente de 33 años con cáncer testicular no seminoma metastásico estadio III. A los 2 meses post quimioterapia neoadyuvante se aprecia en estudio de imágenes crecimiento de la masa retroperitoneal de 6 x 5 cms, sospechándose invasión de la aorta infrarrenal y de la vena cava inferior.

Resultado: El paciente fue tratado con resección tumoral en bloque con linfadenectomía lumboaórtica y reconstrucción vascular in situ. Se confeccionó puente aorto bi-ilíaco con prótesis de dacrón de 14 x 7 mm para reconstrucción aórtica y plastia de vena cava inferior con parche de vena safena interna. La histología mostró necrosis, sin neoplasia residual y márgenes negativos. El paciente evolucionó sin complicaciones, siendo dado de alta al 8vo. día. A los 5 meses de seguimiento, se encuentra en buen estado general, sin evidencias de recidiva retroperitoneal.

Conclusión: La resección en bloque de tumores retroperitoneales es necesaria para control de tumores testiculares y su estudio patológico, requiriendo de reparación in situ de aorta y cava para mantener permeabilidad vascular.

464, DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B COMPLICADA CON EXTENSIÓN HASTA ARTERIAS ILÍACAS EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD MÁS AUSTRAL DE CHILE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Ivonne Zárate G., Lucas Cárcamo M., David Núñez A., Javiera Galleguillos S., María Cantellano C., David Inostroza C.

Hospital Clínico Magallanes

Introducción: La disección aórtica es una emergencia potencialmente fatal siendo la principal entidad del síndrome aórtico agudo. En su clasificación Stanford B, representa aproximadamente un 30% de los casos, el cual generalmente es manejado de manera conservadora, no obstante, puede presentar complicaciones severas y poco predecibles, requiriendo un alto nivel de sospecha para su adecuado enfrentamiento. Compartimos el caso de un paciente que ingresa al Hospital Clínico Magallanes, con disección aórtica Stanford tipo B, con una inusual extensión hasta comprometer ambas arterias ilíacas. Una variante de sus complicaciones, poco frecuente, que plantea nuevos desafíos en su manejo para así evitar consecuencias fatales.

Objetivos: Presentar un caso clínico de disección aórtica Stanford B complicada con extensión bilateral hasta arterias ilíacas, por ser una patología con presentación poco frecuente.

Contenido del E-Poster: Se presenta caso de paciente masculino de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial de larga data, sin adherencia a tratamiento médico. Ingresa a servicio de urgencias por dolor retroesternal súbito, de una hora de evolución, transfixiante, irradiado a región interescapular y lumbar asociado a presión arterial 274/136 mmHg, taquipnea, diaforesis y agitación psicomotora, sin hallazgos pulmonares ni abdominales relevantes. Ingresa a box de reanimación. Se realizan exámenes de laboratorio donde destaca: Leucocitos 13.500, Hemoglobina 14,4 g/dl, Plaquetas 195.000, Troponina T HS 9.8 pg/ml, Dímero D 11,30 ug/ml, INR 1,17, Creatinina 1,19 mg/dl, Lactato 40,2 mg/dl. Se realiza radiografía de tórax en proyección anteroposterior donde se evidencia ensanchamiento mediastínico de 11 cm y desviación de bronquio izquierdo. Ante la fuerte sospecha de disección aórtica se inicia manejo con fentanilo y labetalol en bolo sin respuesta, por lo que se inicia bomba de infusión continua de labetalol y se decide comenzar con sedoanalgesia para realizar secuencia de intubación rápida. Se solicita angiografía por tomografía computarizada, el cual revela disección aórtica Stanford tipo B con flap desde cayado aórtico hasta bifurcación de las arterias ilíacas, con hipoperfusión renal izquierda. El caso fue evaluado por cirujano cardiorácico y vascular, quienes indicaron manejo médico intensivo inicial con control de presión arterial y evaluación en UCI, sin requerimiento de intervención quirúrgica inmediata.

Resultado: La disección aórtica con extensión desde la arteria subclavia izquierda hasta ambas arterias ilíacas representa una extensión inusualmente amplia, con alto riesgo de malperfusión visceral y periférica, manifestada en este caso como lesión renal aguda. Se trata de una presentación anatómica de gran impacto y pronóstico potencialmente grave. Al momento del envío de este caso clínico, el paciente continúa con monitorización en UCI, manteniendo un manejo médico intensivo, en espera de reparación endovascular.

Conclusión: El caso expuesto destaca la presentación clínica excepcional, la importancia de una sospecha clínica precoz y el oportuno uso de imágenes para confirmar una patología de presentación infrecuente. La extensión distal de la disección tipo B hasta las arterias ilíacas es poco habitual y conlleva alto riesgo de complicaciones. El adecuado uso de antihipertensivos de forma temprana y manejo multidisciplinario entre las unidades quirúrgicas y de cuidados intensivos permitieron estabilizar a un paciente con disección extensa, logrando modificar el pronóstico de esta entidad.

465, ANEURISMA AÓRTICO NATIVO INFECCIOSO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO RESUELTO CON INJERTO DE PERICARDIO BOVINO

Autores: Karen Francisca Concha Vergara, Karen Concha V.¹, Daniel Vallejos R.², Gonzalo Sánchez C.², Pedro Sfeir V.², Rodrigo Martínez H.², Reginald Rojas N.², Gabriel Delgado T.³, Obren Drazic B.² ¹ Residente De Cirugía, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Puerto Montt, Chile ² Cirujano Vascular, Chile ³ Cirujano General Equipo Vascular, Hospital Base Puerto Montt, Chile

Hospital De Puerto Montt, Chile

Introducción: El aneurisma aórtico nativo infeccioso (INAA) representa un reto diagnóstico y terapéutico importante, dada su presentación clínica inespecífica, que puede simular otras patologías abdominales agudas y retrasar su identificación. La detección del agente infeccioso guía el tratamiento antimicrobiano específico. La reparación quirúrgica del aneurisma micótico implica dificultades técnicas, especialmente en presencia de inflamación periaórtica. Aunque las técnicas endovasculares ofrecen menos invasividad, la cirugía abierta permite un mejor control de la infección.

Tras la resección y desbridamiento del tejido infectado, la revascularización se realiza con injertos autólogos o biológicos. Se presenta un caso resuelto mediante injerto de pericardio bovino.

Objetivos: Describir el manejo clínico-quirúrgico de un aneurisma aórtico nativo infeccioso (INAA) infrarrenal, con énfasis en el uso de injerto biológico de pericardio bovino como estrategia reconstructiva, y relevar la importancia del abordaje multidisciplinario en el tratamiento de esta patología infrecuente y de alta letalidad.

Contenido del E-Poster: Análisis retrospectivo de un caso clínico de INAA tratado en el Hospital Base de Puerto Montt, con datos extraídos de la base "Experto" entre 2024 y 2025.

Resultado: Varón de 63 años, con antecedentes de diabetes y tabaquismo, consultó por dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso. Se evidenció leucocitosis, PCR elevada y hemocultivo positivo para *Streptococcus equi* spp. *Zoonemius*. Una angio-TC reveló un aneurisma sacular infrarrenal de 6,2 cm con signos inflamatorios. Se descartó endocarditis y se inició ceftriaxona intravenosa. Evaluado por cirugía vascular, se optó por reparación abierta con injerto de pericardio bovino y bypass espleno-renal izquierdo, realizada 30 días después del diagnóstico. Durante la cirugía se observó rotura parcial del aneurisma con marcada inflamación. Se confeccionó un injerto tubular de pericardio bovino (10x7 cm) y se realizó el bypass espleno-renal término-terminal izquierdo. El postoperatorio transcurrió en UCI con evolución favorable. Se completó antibioticoterapia por 42 días y el cultivo de la pared aórtica fue negativo. El alta se otorgó al día 14, y el seguimiento a 3 meses con AngioTC evidenció permeabilidad de la anastomosis y adecuada irrigación orgánica.

Conclusión: El INAA es una patología infrecuente con alta mortalidad sin tratamiento oportuno. Su manejo requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario. La combinación de antibióticos y cirugía abierta es la estrategia preferida, especialmente con injertos biológicos como el pericardio bovino, por su resistencia a la infección. La presentación de este caso clínico no solo aporta una experiencia concreta sobre el abordaje exitoso de un INAA mediante reparación abierta con injerto biológico, sino que además refuerza la importancia de divulgar experiencias clínicas ante entidades raras pero letales.

466, ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL Y EMBOLIA ATEROMATOSA MULTIPLE, UN EVENTO CATASTROFICO: CASO CLINICO

Autores: Claudia Marín H. (1), Juan Marín P. (2)

(1) Residente Cirugía General, Pontificia Universidad Católica De Chile. (2) Cirujano Vascular Y Endovascular, Hospital De Urgencia De La Asistencia Pública.

Introducción: La "Shaggy Aorta" representa una condición vascular grave, caracterizada por múltiples placas de ateroma ulceradas, ricas en colesterol que, debido a su morfología irregular y altamente friable, conllevan a una condición muy grave, ya que afectan la microcirculación arterial. Esta condición implica un riesgo significativo para complicaciones embólicas, tanto espontáneas como también durante intervenciones quirúrgicas, ya sea reparación abierta de aneurisma o tratamiento endovascular. La identificación precisa y el manejo adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones severas, como embolías que afecten gravemente al territorio visceral arterial, como intestino y riñones, y extremidades inferiores.

Objetivos: Se presenta un caso clínico sobre una paciente que sufre múltiples embolías ateromatosas secundarias a una Shaggy aorta, describiendo su presentación clínica y abordaje terapéutico, destacando la importancia del diagnóstico precoz y su prevención.

Contenido del E-Poster: Desarrollo del caso clínico: Mujer de 64 años, hipertensa, tabáquica e hipotiroidea, con antecedente de claudicación de pierna izquierda. Consulta por dolor intenso de pie izquierdo, asociado a isquemia de ortos, con pulsos conservados. Al examen físico destacan pequeñas placas violáceas en ambas plantas de pie compatibles con embolías ateromatosas. El AngioTAC revela aneurisma aórtico con compromiso de ilíacas, asociado a una Shaggy aorta que afecta aorta torácica descendente y abdominal. Se realiza mediante técnica abierta un puente aortobilíaco, sin incidentes. Destaca como hallazgo intraoperatorio que durante apertura del aneurisma se encuentra material ateromatoso blando y friable que compromete aorta proximal y el saco aneurismático.

Resultado: En el postoperatorio inmediato se advierte algunas placas violáceas en ambos muslos compatibles con embolía ateromatosa. A las 24 hrs se observa severo compromiso embólico en ambos muslos y parte baja de la pared abdominal, asociado a falla renal aguda con urgencia dialítica. Se inicia hemodiálisis de urgencia, sin embargo evoluciona con compromiso hemodinámico y requerimientos de drogas vasoactivas. Finalmente fallece a las 36 hrs postoperatorias.

Conclusión: La Shaggy aorta representa un gran desafío clínico dado sus altas tasas de morbilidad y mortalidad. Requiere una evaluación minuciosa y una estrategia de tratamiento agresiva y multimodal. Pese a un diagnóstico precoz, parece imposible prevenir las complicaciones embólicas y catastróficas de esta entidad. Se requieren más estudios enfocados en sus criterios diagnósticos y alternativas terapéuticas, enfocados en estrategias para minimizar

riesgos asociados a la embolia. Se debe destacar la importancia de la vigilancia activa en pacientes con factores de riesgo ateroescleróticos y la necesidad de un abordaje interdisciplinario para mejorar el pronóstico, basado principalmente en su prevención.

467, PSEUDOANEURISMA BRAQUIAL SECUNDARIO A LÍNEA ARTERIAL: REPORTE DE CASO.

Autores: Ivonne Zárate G., Francisca Chiozza O., David Inostroza C., David Núñez A., Javier Sanhueza E., Mauricio Moyano R.

Hospital Clínico Magallanes

Introducción: Un pseudoaneurisma corresponde a una colección hemática formada por la ruptura de la pared arterial, contenida por tejido perivascular o adventicia remanente. Se trata de una complicación infrecuente, generalmente secundaria a procedimientos invasivos que implican punciones arteriales, siendo las localizaciones más habituales las arterias femorales o radiales. Clínicamente puede presentarse como masa pulsátil, dolorosa y eventualmente asociarse a frémito. El diagnóstico se realiza mediante Ecografía Doppler, visualizando flujo turbulento y el signo de "Yin-Yang". Las principales complicaciones son isquemia distal o rotura del pseudoaneurisma, con mayor riesgo en pacientes de edad avanzada. Su tratamiento varía según tamaño de la lesión, condiciones del paciente y clínica de presentación, contemplando desde la compresión manual proximal, hasta inyección de trombina o intervención quirúrgica.

Objetivos: Describir el abordaje clínico y la evolución de una paciente geriátrica con pseudoaneurisma braquial, destacando el rol del monitoreo activo para la decisión del manejo.

Contenido del E-Poster: Se presenta reporte de caso de paciente femenina de 92 años con antecedentes de insuficiencia mitral, hipertensión arterial e hipotiroidismo, que es ingresada desde urgencias a UTI para instalación de marcapasos por BAV 3° grado. Tras instalación de línea arterial, evoluciona con aumento de volumen local, doloroso. Se evalúa con ecografía, evidenciando colección adyacente a bíceps braquial con signo de "Yin-Yang", compatible con pseudoaneurisma braquial. Inicialmente se indica compresión y control ecográfico seriado. Ante la persistencia del pseudoaneurisma, con aumento de tamaño y hallazgo de trombosis parcial, se determina resolución quirúrgica que consistió en reparación primaria de solución de continuidad en arteria braquial de 1 cm con puntos separados, usando polipropileno 7-0 y evacuando 300 cc de coágulo subagudo, procedimiento sin incidentes. Control clínico y ecográfico posterior muestran resolución del cuadro y perfusión distal conservada. El caso fue seleccionado por su presentación atípica y evolución tórpida, se excluyen casos de pseudoaneurisma braquial de resolución espontánea o manejo exclusivamente conservador.

Resultado: Debido a la evolución clínica desfavorable, se requirió modificar la estrategia inicial desde un manejo conservador a uno quirúrgico. Se logró resolución completa del pseudoaneurisma, conservando adecuada perfusión distal, sin otras complicaciones postquirúrgicas, lo cual fue corroborado clínica y ecográficamente en controles posteriores.

Conclusión: La formación de un pseudoaneurisma arterial iatrogénico es una complicación vascular rara, especialmente cuando se produce en la localización braquial. Este caso adquiere particular relevancia, tanto por su localización como por el curso tórpido, destacando el valor del control ecográfico activo para orientar oportunamente un manejo quirúrgico, evitando así complicaciones mayores como el riesgo isquémico y de rotura.

468, EMBOLIZACIÓN ENDOVASCULAR DE SHUNT ESPLENO-RENAL ESPONTÁNEO: INTERVENCIÓN ENDOVASCULAR CLAVE PARA LA REMISIÓN DE SÍNDROME COREO- DISTÓNICO SECUNDARIO A DEGENERACIÓN HEPATOCEREBRAL ADQUIRIDA

Autores: María José Soto Linay, Fernando Antonio Velásquez Urbano, Cristóbal Larraín Taulis, Claudio Sebastián Robledo Pizarro

Hospital De La Serena

Introducción: La degeneración hepatocerebral adquirida (DHA) es un trastorno neurológico con una prevalencia del 1 al 2 % de los pacientes con enfermedad hepática crónica. Los shunts portosistémicos pueden predisponer a la DHA al permitir que sustancias neuroactivas alcancen el cerebro. La DHA se caracteriza por disfunción cognitiva, parkinsonismo, ataxia, corea, distonía y asterixis. El tratamiento de la DHA ha sido un desafío y el trasplante hepático se ha considerado la terapia más efectiva.

Objetivos: Se presenta caso clínico de paciente femenina de 64 años con diagnóstico de cirrosis criptogénica Child-Pugh B con encefalopatía hepática refractaria a tratamiento farmacológico. Cursa con cuadro de 3 años de evolución de movimientos faciales involuntarios tipo coreo distónicos, asociados a disartria, ataxia y deterioro cognitivo. Dado refractariedad del cuadro a tratamiento médico se complementa estudio con angiotomografía de abdomen y pelvis.

que objetiva shunt espleno-renal de 20 mm. Se plantea como diagnóstico DHA secundario a shunt espleno-renal por lo que se decide realizar embolización de shunt. Mediante punción en vena femoral común derecha se inserta vaina introductora, se realiza flebografía que evidencia vena de drenaje de 20 mm de alto flujo que desemboca en vena renal izquierda, se procede a desplegar múltiples coils para embolización de shunt. Flebografía final evidencia ausencia de flujo hacia la vena de drenaje del shunt espleno-renal y vena renal izquierda contrastada. En control ambulatorio 3 semanas posterior a embolización se objetiva importante mejoría de la sintomatología neurológica en la paciente.

Contenido del E-Poster: No aplica

Resultado: La DHA es un tipo excepcional de encefalopatía hepática. La patogénesis de la DHA aún no está totalmente esclarecida. Se plantea un rol a la acumulación de magnesio dado que no es eliminado mediante la circulación hepatobiliar, depositándose en los ganglios basales induciendo síntomas extrapiramidales. En estudios tomográficos la existencia de shunts portosistémicos es un hallazgo frecuente en los pacientes con DHA y serían la causa de que metales como el magnesio alcancen el cerebro. En la DHA el trasplante hepático se considera el tratamiento más efectivo. En el presente caso mediante la embolización endovascular del shunt espleno-renal con coils bajo radioscopia, se logra una oclusión completa de la anastomosis porto-sistémica y una evidente mejoría clínica en la paciente.

Conclusión: En la actualidad el diagnóstico DHA sigue siendo un desafío clínico. Por lo anterior la sospecha de DHA se debe plantear ante la presencia de síntomas extrapiramidales y cognitivos en los pacientes cirróticos. Si bien el trasplante hepático ha sido el tratamiento de elección, el manejo endovascular con embolización de shunt portosistémico se posiciona como una alternativa mínimamente invasiva y efectiva en el tratamiento de esta patología.

469, DOS VIDAS, UNA AORTA: DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO B DE STANFORD A LAS 32 SEMANAS DE GESTACIÓN, UNA CARRERA CONTRARRELOJ.

Autores: María José Soto Linay, Cristóbal Larraín Taulis, Fernando Antonio Velásquez Urbano, Franco Ignacio Saglie Santander, Javiera Fernanda Hernández Montoya, Francisca Belén Lamas Aguilera, Orestes Jofre Pachterres Yáñez
Universidad Católica Del Norte

Introducción: La disección aórtica (DA) aguda es la lesión de la íntima con separación de las capas de la pared aórtica, creando un lumen "verdadero" y uno "falso". La DA tipo B de Stanford compromete la aorta descendente y corresponde al 33% de los casos. El embarazo es reconocido como un factor de riesgo, sin embargo, es infrecuente.

Objetivos: Se presenta caso clínico de paciente de 38 años, embarazada de 32 semanas, con antecedente de hipertensión arterial. Consulta en urgencia gineco-obstétrica por cuadro de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho y dorso, de inicio súbito, intenso, asociado a vómitos. Se deriva a urgencia adultos posterior a descartar causa obstétrica. Evoluciona con aumento de dolor e hipertensión arterial. Ecotomografía bedside evidencia flap de DA, confirmándose posteriormente por angiotomografía computarizada DA tipo B de Stanford. Se traslada a unidad de cuidados intensivos, se realiza cesárea y posteriormente bypass carótido-carotídeo de izquierda a derecha retroesofágico, bypass carótido-subclavio izquierdo y en segundo tiempo reparación endovascular de la aorta torácica (TEVAR).

Contenido del E-Poster: No aplica.

Resultado: La DA durante el embarazo representa una emergencia vascular infrecuente y de alta letalidad. La incidencia es de 14,5 casos por millón. El 25% no presenta ningún factor de riesgo preexistente aparte del embarazo. El tercer trimestre es el periodo de más riesgo porque confluyen los máximos cambios hemodinámicos y hormonales. El estrógeno suprime la síntesis de colágeno lo que puede debilitar las paredes vasculares. Los factores de riesgo y la clínica de la paciente se condicen con la literatura. La reparación endovascular, en pacientes gestantes con DA tipo B ha demostrado ser segura, evitando los riesgos de una cirugía abierta. Asimismo, el bypass carótido-carotídeo de izquierda a derecha retroesofágico y carótido-subclavio izquierdo preservan el flujo cerebral y de las extremidades superiores frente a la exclusión parcial endovascular de los troncos supraaórticos.

Conclusión: La DA aguda en el embarazo es un reto diagnóstico, dado que sus manifestaciones pueden confundirse con otras patologías quirúrgicas y obstétricas. Es fundamental considerar la DA como diagnóstico diferencial. TEVAR se ha posicionado como la cirugía estándar para la DA tipo B, y en este caso se llevó a cabo de manera satisfactoria posterior a la cesárea, preservando tanto la vida de la madre como la del recién nacido.

470, RECONSTRUCCIÓN IMAGENOLÓGICA COMO AYUDA EN TRAUMA ARTERIAL: REPORTE DE 2 CASOS

Autores: Benjamín Ortiz, Leopoldo Mariné, Francisco Vergara, José Francisco Vargas, Michel Bergoeing, Francisco Valdés

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: El manejo endovascular de lesiones sangrantes presenta dificultades si la arteria responsable es pequeña o de difícil acceso, en especial ante inestabilidad hemodinámica. El estudio vascular mediante Angiotomografía Computarizada (AngioCT), y su incorporación dentro de los pabellones de angiografía, permite utilizar activamente esa información, desde reconstrucciones volumétricas 3D disponibles para fusionarlas con fluoroscopia, hasta adquisiciones tomográficas mediante Cone Beam CT (CBCT) realizadas dentro del pabellón. Ambas modalidades permiten generar un mapa vascular para guía de intervenciones.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en técnicas de asistencia por fusión de angiotomografía y fluoroscopia, y guía por angiografía por CBCT en 2 casos de hemorragia arterial activa en extremidades inferiores.

Contenido del E-Poster: Utilizamos el Software Singo Fusión Package y DynaCT de Siemens para el procesamiento de imágenes y reconstrucción de imágenes de AngioTC y CBCT en modelos 3D, para su posterior fusión con fluoroscopia.

Resultado: Presentamos 2 casos de pacientes que presentan hemorragia arterial aguda en extremidades inferiores con dolor, aumento de volumen, inestabilidad hemodinámica y caída de la hemoglobina. En el estudio imagenológico con AngioTC se evidencia sangrado activo de ramas arteriales de pequeño calibre y de difícil visualización, en uno de ellos dependiente de la arteria femoral profunda y en el otro de la arteria glútea. En el primer caso, se realizó una angiografía por CBCT posicionando el catéter en la arteria femoral común, y en el segundo caso, se utilizó la información obtenida del AngioTC para su posterior reconstrucción, respectivamente. Ambos sets de datos fueron fusionados con fluoroscopia para facilitar la navegación intraarterial superselectiva mediante un mapa vascular tridimensional hacia la arteria que presentaba el sangrado, facilitando la canulación y realizar una embolización selectiva con microesferas y coils, respectivamente. Posteriormente los pacientes evolucionan sin nuevo sangrado, con estabilidad hemodinámica, estabilización de hemoglobina y resolución del dolor.

Conclusión: La incorporación de herramientas tridimensionales y su posterior fusión con fluoroscopia juegan un papel importante en la evaluación y planificación quirúrgica, mejorando tiempos operatorios, disminuyendo tiempos de fluoroscopia, dosis de radiación y volumen de medio de contraste utilizados.

471, EMBOLIZACIÓN SELECTIVA EN CONTEXTO DE ROTURA TUMORAL HEPÁTICA ESPONTÁNEA

Autores: Carlos Casanova M., Marcela Torres G., Salma Yaser U., Carlo Zúñiga G., Catalina Hernández C., Aldo Becerra R., Diego Toledo G., Ingrid Araya V.

Hospital Dr Gustavo Fricke

Introducción: La ruptura espontánea de tumores hepáticos, especialmente del hepatocarcinoma (HCC), representa una urgencia quirúrgica grave con alta letalidad si no se interviene de manera oportuna. Aunque infrecuente, puede manifestarse como hemoperitoneo y shock hipovolémico, con mortalidad cercana al 25-75% en las primeras 48 horas. Su incidencia se estima entre 3-14,5%, siendo más común en Asia y África, debido a menor acceso a programas de tamizaje de estos tumores. El enfoque terapéutico debe individualizarse según la estabilidad hemodinámica del paciente, incluyendo estrategias como cirugía de control de daños (CCD) y embolización transarterial (TAE).

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con hemoperitoneo espontáneo secundario a probable HCC, tratado mediante CCD inicial y TAE diferida, destacando el abordaje escalonado.

Contenido del E-Poster: Paciente masculino de 72 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, consulta por dolor abdominal progresivo, emesis y un episodio de pérdida transitoria de conciencia. En urgencias presenta signos de hipoperfusión con taquicardia, sin hipotensión franca, y sensibilidad abdominal difusa. La tomografía computada abdominopélvica evidencia hemoperitoneo masivo y lesión hepática en segmento IV con extravasación activa de contraste. Se decide laparotomía exploradora de urgencia, identificándose sangrado activo en segmento IVb y abundante hemoperitoneo. Se realiza cirugía de control de daños con packing hepático. El paciente ingresa a UCI, donde evoluciona con estabilización hemodinámica y descenso de parámetros inflamatorios. Se realiza reintervención a las 72 horas para retiro de packing, no observándose sangrado activo, por lo que se completa cierre de la laparotomía. Estudios imagenológicos posteriores evidencian lesiones hepáticas indeterminadas, asociadas a elevación de alfa-fetoproteína (450 ng/mL), orientando a HCC. Se decide TAE diferida por vía braquial, con embolización selectiva de ramas arteriales dependientes del segmento afectado mediante coils.

Resultado: El manejo escalonado permitió estabilizar al paciente, controlar la hemorragia y evitar nuevas descompensaciones. Esto para dar tiempo a la pre-habilitación nutricional y funcional, con objetivo de realizar la planificación quirúrgica de resección tumoral en un segundo tiempo disminuyendo la morbimortalidad del caso.

Conclusión: La ruptura de tumores hepáticos con sangrado activo es un diagnóstico diferencial del shock hemorrágico y abdomen agudo poco frecuente y con alta mortalidad, que requiere una resolución rápida, en este caso la combi-

nación de CCD y TAE selectiva permitió resolver el cuadro agudo, dando tiempo para la preparación del paciente para cirugía definitiva, minimizando riesgos.



