



LXXXII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA

XLI JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA
VII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

Resúmenes de Trabajos

- Seccional: Cirugía General
- Seccional: Cirugía Bariátrica
- Seccional: Cirugía de Cabeza, Cuello y Plástica Máxilo-Facial
- Seccional: Cirugía Plástica y Reparadora
- Seccional: Cirugía Hígado, Vías Biliares y Páncreas
- Seccional: Cirugía Torácica
- Seccional: Cirugía Vascular
- Seccional: Coloproctología
- Seccional: Digestivo
- Seccional: Hernias
- Seccional: Mama
- Seccional: Oncología
- Seccional: Trauma
- Seccional: Jornada de Residentes
- Seccional: Poster
- Seccional: Video



**LXXXII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL
DE CIRUGIA**

XLI JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA

VII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGIA

**SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA DE CABEZA-
CUELLO
Y PLASTICA MAXILO-FACIAL**

**SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA PLASTICA
RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA**

SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS

29 DE NOVIEMBRE AL 2 DE DICIEMBRE DE 2009.

LA SERENA - COQUIMBO

SEDE: HOTEL DE LA BAHIA

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

Presidente:

Dr. Guillermo Bannura C.

Vice-Presidenta:

Dra. Jamile Camacho N.

Secretario General:

Dr. Jorge Piérart P.

Tesorero:

Dr. Mauricio Camus A.

Past-President:

Dr. Juan Hepp K.

DIRECTORES:

Dr. Víctor Bianchi Sch.

Dr. Franco Innocenti C.

Dr. Christian Jensen B.

Dra. Anamaría Pacheco F.

Dr. Cristián Ovalle L.

Dra. Verónica Silva O.

Dr. Enrique Waugh C.

Secretarias Sociedad de Cirujanos de Chile:

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Paula Estrada A.

COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO:

Dra. Anamaría Pacheco F.
Presidente del Departamento de Trauma

Dr. Cristián Ovalle L.
Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica

Dr. Arturo Jirón S.
Presidente Departamento de Hernias

Dr. Carlos Benavides C.
Presidente Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas.

Dra. María Eugenia Bravo M.
Presidenta Departamento de Mama

Dr. Carlos Manterola D.
Presidente Departamento de Investigación y Evidencia.

Dr. Patricio Larrachea H., M.S.C.Ch.
Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. David Cohn M., M.S.C.Ch.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial.

Dr. Pedro Vidal G-H.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.
Coordinador Congreso Dr. Héctor Roco

Dr. Ricardo Roa G., M.S.C.Ch.
Presidente Sociedad Chilena de Quemaduras

Presidente:
Dr. Guillermo Bannura C.

Dr. Carlos Benavides C.
Dr. Juan Carlos Díaz J.
Dr. Fernando Ibáñez C.
Dr. Francisco López K.
Dr. George Pinedo M.

Dr. Alberto Castillo N.
Presidente Capítulo II Región

Dr. Osvaldo Irribarren B.
Presidente Capítulo IV Región

Dr. Eduardo Labarca M.
Presidente Capítulo V Región.

Dr. Franco Innocenti C.
Presidente Capítulo VIII Región

Dr. Luis Burgos San Juan
Presidente Capítulo IX Región

Dr. Pedro Pablo Pinto G.
Presidente Capítulo X y XI Regiones

Dr. Renato Mertens M.
Presidente del Departamento de Cirugía Vascolar

Dr. Rodrigo Aparicio R.
Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

INDICE

LXXXII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA XLI JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA VII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

Resúmenes de Trabajos

Seccional: Cirugía General	1
Seccional: Cirugía Bariátrica	11
Seccional: Cirugía de cabeza, cuello y plástica maxilo-facial	25
Seccional: Cirugía plástica y reparadora	35
Seccional: Cirugía Hígado, Vías Biliares y Páncreas	47
Seccional: Cirugía Torácica	65
Seccional: Cirugía Vasculat	69
Seccional: Coloproctología	77
Seccional: Digestivo.....	89
Seccional: Hernias	101
Seccional: Mama	107
Seccional: Oncología	111
Seccional: Trauma	115
Seccional: Jornada de Residentes	119
Seccional: Poster	125
Seccional: Video	198

Seccional: CIRUGÍA GENERAL

¿CUÁL ES EL NIVEL DE EVIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS SOBRE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS PUBLICADOS EN LA REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA EN EL PERÍODO 2004-2008? ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO.

Drs. Carlos Manterola, M. Eugenia Burgos, Grupo MINCIR.

Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera. Financiado parcialmente por proyecto DI09-0060 (Dirección Investigación Universidad de La Frontera).

Introducción: En 2005, se publicaron los resultados de un estudio bibliométrico respecto de los niveles de evidencia publicados en la Revista Chilena de Cirugía (RChC) en artículos sobre procedimientos terapéuticos (PT), en el período 2000-2003, verificándose que el 93,9% de los estudios eran de nivel de evidencia tipo 4 y sólo el 4,5% eran de nivel 2, no encontrándose artículos de nivel de evidencia tipo 1. En cuanto a tipo de diseño, se observó que el 93,9% resultaron ser reportes y series de casos. El objetivo de este trabajo es determinar el nivel de evidencia de los artículos sobre PT publicados en la Revista Chilena de Cirugía en el período 2004-2008 y establecer eventuales diferencias según año de publicación.

Material y método: Estudio bibliométrico con muestreo consecutivo de los volúmenes 56 al 60 de la RChC, correspondientes a los años 2004 al 2008, incluyéndose todos los artículos referentes a PT. Se excluyeron editoriales, imágenes del mes y cartas al Editor. Se utilizó la clasificación de niveles de evidencia del Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford (actualizado en marzo 2009). La revisión se realizó en forma cruzada por 2 investigadores resolviéndose las situaciones de discrepancia por consenso. Se calcularon porcentajes y se aplicó prueba exacta de Fisher para comparación entre grupos según año de publicación. **Resultados:** Se estudiaron 435 artículos de los cuales, 268 eran referentes a PT (61,6%). Los diseños de investigación más frecuentemente encontrados fueron los reportes y series de casos (retrospectivas y prospectivas) y artículos de revisión narrativa (248 artículos, 92,5%). Se constató la ausencia de artículos de nivel de evidencia tipo 1; un 6,0% de artículos de nivel de evidencia tipo 2 ó 3; un 83,9% de artículos de nivel de evidencia tipo 4; y, un 10,1% de artículos de nivel de evidencia tipo 5. Por otra parte, se verificó que el 94,0% de los artículos eran de recomendación C o D, 6,0% eran de recomendación B y no se encontraron artículos de recomendación A. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los tipos de diseño observados y los años de publicación de estos artículos ($p = 0,780$). Ver tabla adjunta.

Año	Nº de artículos	RS (%)	EC (%)	Cohortes (%)	Casos y controles (%)	Corte transversal (%)	Serie de casos (%)	Artículos de revisión (%)	TOTAL (%)
2004	68	0,0	2,9	4,4	1,5	0,0	79,4	11,8	100,0
2005	49	2,0	0,0	4,1	0,0	2,0	83,7	8,2	100,0
2006	47	0,0	0,0	4,3	0,0	2,1	80,8	12,8	100,0
2007	43	4,7	0,0	2,3	0,0	2,3	81,4	9,3	100,0
2008	61	0,0	1,6	0,0	1,6	1,6	86,9	8,3	100,0
Total	268	1,1	1,1	3,0	0,8	1,5	82,4	10,1	100,0

Conclusión: El nivel de evidencia de los artículos de PT publicados en la RChC en el período 2004-2008 es bajo, no observándose diferencias según año de publicación. La mayor parte corresponden a estudios descriptivos (grado de recomendación C). No obstante ello, se observa una discreta mejoría respecto de los resultados descritos en el estudio publicado en 2005.

ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO DE NEOSAXITOXINA VERSUS BUPIVACAÍNA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

Drs. A. Rodríguez-Navarro, A. Mercado, C. Garcia, P. Silva, D. Truan, G. Wiedmaier.

Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado Programa de Fisiología y Biofísica, ICBM, Facultad de Medicina Universidad de Chile

Introducción: Las recomendaciones actuales indican usar anestésicos locales en la zona de inserción de los trocares en colecistectomía, con la finalidad de disminuir el dolor postoperatorio. Sin embargo, el beneficio de esta recomendación se ve limitado por la corta duración del efecto de los anestésicos locales utilizados en la actualidad. Neosaxitoxina es un nuevo anestésico local que ha mostrado más de 24 horas de efecto (Rodríguez-Navarro et al, *Anesthesiology*, 2007; 106:339-45) por lo cual, se postula que podría condicionar un mejor manejo del dolor en colecistectomía videolaparoscópica, al ser infiltrado a nivel incisional.

Objetivo: Evaluar la efectividad y la seguridad de neosaxitoxina para el manejo del dolor postoperatorio en colecistectomía videolaparoscópica, comparándolo con el estándar actual que es bupivacaína. **Metodología:** Se realizó ensayo clínico controlado, doble ciego, aleatorizado, control-placebo activo, entre Neosaxitoxina y bupivacaína en pacientes sometidos a colecistectomía videolaparoscópica en el Hospital Padre Hurtado. Se contó con la aprobación del Comité de Ética y todos los pacientes firmaron su consentimiento informado. Los fármacos fueron inyectados en la zona de las incisiones de la cirugía con técnica estandarizada. Se evaluó dolor incisional en reposo y en movimiento, con escala estandarizada a las 1,2,3,6,12 y 24 horas postoperatorias, y posteriormente en forma diaria hasta completar siete días.

Los pacientes completaron un mes de seguimiento, siendo evaluado el momento en que retornaron a sus actividades normales.

Resultados: Se evaluaron 166 pacientes para participar en el estudio, de los cuales ingresaron 150, los cuales se aleatorizaron 75 a Neosaxitoxina y 75 a bupivacaína. El grupo de Neosaxitoxina presentó estadísticamente menor dolor en las evaluaciones entre las 6, 12 y las 24 horas, respecto a bupivacaína, en las evaluaciones de dolor incisional en reposo, incisional en movimiento y dolor severo. El tiempo de recuperación de las actividades normales fue de 3,9 días en el grupo de Neosaxitoxina y de 5,7 en el grupo de bupivacaína. No se presentaron efectos adversos atribuibles a Neosaxitoxina en este ensayo clínico.

COLECISTECTOMÍA DURANTE EL EMBARAZO. EXPERIENCIA DEL HCUCH

Drs. J. Carrasco, J. Robles, L. Gutiérrez, J. Rojas, N. Pereira, P. León, J.C Molina, E. Lanzarini.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La incidencia de colelitiasis en Chile es la segunda más alta a nivel mundial, principalmente en mujeres donde alcanza un 38,5%. El embarazo es una condición que dado modificaciones fisiológicas y anatómicas aumenta el riesgo de colelitiasis y aunque se prioriza en la mayoría de las pacientes el manejo conservador, 1 a 6 de cada 10.000 embarazadas requerirá de colecistectomía antes del parto. **Objetivo:** Describir la experiencia en el HCUCH de mujeres embarazadas que cursan con colecistitis aguda de resolución quirúrgica.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de mujeres embarazadas, con el diagnóstico de colecistitis aguda que requerían resolución quirúrgica. **Análisis de:** características de mujer embarazada, diagnóstico de colecistitis aguda, morbimortalidad de la unidad madre-feto, biopsia de pieza operatoria, y evolución postoperatoria.

Resultados: Con un total de 18 casos evaluados en el período 2002-2009, el promedio de edad es de 32 años. Se realizan 13 colecistectomías laparoscópicas (72%) y 5 colecistectomías abiertas (28%). Al momento de la intervención quirúrgica, 3 mujeres cursaban el primer trimestre del embarazo, 10 el segundo trimestre y 5 el tercer trimestre. 3 mujeres son primigestas y 15 son múltiparas. La evolución durante el postoperatorio inmediato y a largo plazo fue satisfactoria, sin morbi-mortalidad en el binomio madre-hijo y sin influenciar el normal desarrollo del embarazo. Los análisis histopatológicos concluían en la mayoría de las muestras, colecistitis crónica reagudizada en desarrollo.

Discusión: Nuestro estudio confirma las experiencias presentadas a nivel nacional e internacional, respecto a la buena evolución de la colecistectomía en pacientes embarazadas con colecistitis aguda, sin presentar morbilidad ni mortalidad en el binomio madre-feto. Tanto la técnica laparoscópica como la abierta es una alternativa segura y eficaz, privilegiando la vía laparoscópica.

EXPERIENCIA DE CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD DE MAIPÚ COMO CENTRO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

Dr. J. Martínez¹, Dr. C. Derosas², Int. S. Muñoz³, Int. A.M. Carvajal³.

¹Director CRS Maipú, ²Residente de Cirugía Complejo Hospitalario San José, ³Internos de la Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La patología de la vesícula biliar presenta una alta incidencia y es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena, transformándose en los últimos años en una prioridad sanitaria, incluyéndose como Garantía Explícita en Salud (GES) con el plan "colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en adultos de 35 a 49 años sintomáticos", es por esto se ha impulsado dentro de otros esfuerzos los centros de cirugía mayor ambulatoria para ampliar la cobertura y cumplir las garantías. **Objetivos:** Caracterizar la experiencia del Centro de Referencia de Salud (CRS) de Maipú como centro de cirugía mayor ambulatoria en la realización de colecistectomías laparoscópicas.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, de todas las fichas clínicas de las colecistectomías realizadas en el CRS Maipú Diciembre del año 2008 a Mayo del 2009. Análisis estadístico en SPSS 13.0.

Resultados: Bajo estrictos criterios de inclusión y exclusión, y previo consentimiento informado se realizaron un total de 124 procedimientos en el período estudiado, de las cuales un 84,7% son mujeres. La edad promedio fue 47,8±11,9 años, correspondiendo al grupo ASA I un 58,9%, ASA II un 38,7% y ASA III un 2,4%. El 49,2% correspondieron a pacientes GES. El tiempo operatorio promedio fue de 51,26±27,3 minutos. La conversión a colecistectomía abierta fue necesaria en 3 casos (2,4%). El 71% de los casos fue dado de alta el mismo día y el 27,4% requirió permanecer en observación por una noche. Se reporta una complicación del intraoperatorio, que correspondió a lesión duodenal por gran proceso inflamatorio local.

Conclusiones: El presente estudio demuestra la factibilidad y resolutivez de un centro no hospitalario para la realización de colecistectomías laparoscópicas en pacientes bien seleccionados, impactando seriamente en la gestión en salud y resolviendo este importante problema epidemiológico.

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN. PERÍODO 2000-2009.

Drs. H. Molina, V. Ortiz, R. Álvarez, R. Funke, O. Torres. Internos: D. Villanueva, A. Viguera

Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC).
Departamento de Cirugía Facultad de Medicina Universidad de Concepción (U. de C.).

Introducción: La Isquemia Mesentérica Aguda (IMA) es una condición grave, de baja sospecha preoperatorio y alta mortalidad. Esta situación nos motiva a

revisar nuestra experiencia en diagnóstico, manejo y evolución de esta patología.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, no aleatorio, en base a revisión de fichas clínicas. Se incluyen todos los casos diagnosticados en Servicio de Urgencia HCRC durante periodo Enero 2000 a Marzo 2009.

Resultados: Se estudiaron 109 pacientes, edad promedio 64,3+/-18,9 años, mediana 71 años. El 68% correspondía al sexo femenino. El tiempo de evolución al momento de consultar fue menor de 24 horas en 51,4%, siendo sospechado al ingreso en 24,77%. La confirmación diagnóstica se realizó: Intraoperatorio (56%), TAC Abdomen (12,8%) y Ecografía Abdominal (2,8%). Los síntomas fueron: Dolor abdominal (93,6%), vómitos (69,7%) y ausencia de deposiciones (22,9%). Al examen físico destacan: Dolor abdominal (78%), distensión abdominal (52,3%) y taquicardia (35,78%). Los hallazgos de laboratorio: Leucocitosis (67,9%), aumento PCR (59,6%) y acidosis metabólica (39,4%). No recibieron tratamiento quirúrgico el 33%. De los operados solo en 47/73 se realiza procedimientos con intención curativa: Resecciones intestinales (60,3%), embolectomías (4,1%) y resección intestinal más By-pass arterial (1,4%). El Intestino Delgado fue el segmento más afectado (45%). Predominó el compromiso de Arteria Mesentérica Superior 57,8%. Se reintervinieron el 28,8%. De los pacientes operados hubo una supervivencia de 48,7%. La serie presenta una mortalidad global de 65,1%, destacando una mortalidad mayor en sexo femenino (70,4%).

Conclusiones: En nuestra serie la IMA es una condición de diagnóstico difícil, con bajo diagnóstico preoperatorio, la mayoría es un hallazgo intraoperatorio, con una presentación clínica inespecífica y una evolución grave en pocas horas. Esta serie muestra una supervivencia adecuada para los pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico.

BENEFICIOS DEL ABORDAJE INGUINAL Y REPARACIÓN CON MALLA DE LAS HERNIAS FEMORALES

Drs. A. Jadue T.¹, J. León², A. Acevedo² A. Viterbo²

¹Becado de Cirugía General. Universidad de Chile.

²Cirujano Pared Abdominal. Centro de Hernias. CRS Cordillera

Introducción: Han pasado más de 60 años luego que Fruchaud instaurara el concepto unificador de Orificio Miopectíneo, cuyo principal mérito es incluir a las hernias femorales como hernias inguinales, dada su interdependencia anatómica. Este concepto ha sido rescatado por las clasificaciones vigentes de la patología hemiaria. En las hernias inguinales el abordaje inguinal y la reparación con malla se han convertido en el tratamiento estándar, sin embargo, dichas recomendaciones no se mantienen en la reparación de las hernias femorales. En la reparación de la hernia inguinal, la exploración femoral es de regla para evitar la "recidiva" femoral post hernioplastia. Sin embargo, no todos los abordajes permiten explorar la región inguinal durante la reparación de las hernias

femorales.

Objetivo: Exponer los beneficios diagnósticos y terapéuticos del tratamiento de las hernias femorales mediante un abordaje anterior y la reparación con malla.

Metodología: De una base de datos recolectada de manera prospectiva se analizaron los pacientes portadores de hernias femorales reparados con malla por vía anterior. Se analizaron las variables demográficas, los hallazgos anatómicos del orificio miopectíneo, las hernias asociadas y la recurrencia. **Resultados:** Se analizaron 69 pacientes con hernias femorales. Un 78% correspondieron al sexo femenino y la edad promedio fue de 56,4 años. Treinta y cuatro (50%) presentaron comorbilidades, donde la más frecuente fue la Hipertensión arterial. En un 51% de los casos se encontraron defectos asociados del Orificio Miopectíneo y en 43,5% una hernia inguinal asociada. Se registraron 2 recurrencias. La curva de Kaplan-Meier demostró una recidiva de 1,5% al año y de 3,1% a los 5 años.

Conclusión: El abordaje anterior de las hernias femorales permite la inspección completa de la región inguinocrural mientras que la reparación con malla permite un cierre libre de tensión de la totalidad del orificio miopectíneo logrando bajas tasas de recurrencia.

RELAPAROTOMÍA "A DEMANDA" CON LAPAROTOMÍA CONTENIDA UTILIZANDO BOLSA DE BOGOTÁ. RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS.

Drs. Carlos Manterola, Manuel Vial,

Pilar Schneeberger, Javier Moraga.

Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera.

Introducción: Se estima que se practica una relaparotomía (RL) en el 2,5% de los pacientes que se operan. Se indica fundamentalmente en pacientes con sepsis abdominal, cirugía de control de daños; y ante dudas de viabilidad visceral. Una opción de RL con laparotomía contenida (LC) es la "bolsa de Bogotá" (BB), que continua siendo una opción válida por su bajo costo y amplia disponibilidad; y porque permite inspección continua, drenaje, fácil acceso a la cavidad peritoneal descompresión y mejor perfusión visceral. El objetivo de este estudio es reportar los resultados de una serie de casos intervenidos con RL a demanda con LC con BB en términos de morbilidad hospitalaria asociada al procedimiento (MHAP). **Material y método:** Serie de casos con seguimiento de pacientes laparotomizados de urgencia por causas que generaron peritonitis secundaria, en el Servicio de Urgencias del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, en el período enero de 2002 y junio de 2008. La variable resultado fue "desarrollo de MHAP". Otras variables de interés fueron: indicaciones de RL, tiempo al primer recambio de la BB, periodicidad de las cirugías, tiempo de retiro de la BB, tipo de reparación de la pared abdominal, mortalidad hospitalaria y desarrollo de hernia incisional. Se realizó control clínico en los meses 6, 12, 24 y 36; considerándose un tiempo de seguimiento mínimo

fue de 12 meses. Se utilizó estadística descriptiva; con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: En el período estudiado se aplicó RL a demanda con BB a 86 pacientes, con una mediana de edad de 53 años (25 a 87 años); 62,8% de los cuales era de género femenino (54 casos). La indicación de RL fue por sepsis abdominal (52 casos; 60,5%), control de daños (13 casos; 15,1%) y otros (21 casos; 24,4%). Las medianas de tiempo al primer recambio de BB, periodicidad de cirugías y tiempo de retiro de la BB fueron de 65 horas (16-144 hrs.), 2 días (1-7), y 9 días (2-100) respectivamente. El tipo de reparación fue con cierre de piel exclusivo, cierre aponeurótico e injerto dermoepidérmico en: 43 casos (50%), 34 casos (39,5%) y 9 casos (10,5%) respectivamente. La MHAP fue de 38,4%; siendo la etiología de esta infección de sitio operatorio superficial y profunda, y desarrollo de fístula entérica en: 16 casos (18,6%), 6 casos (7,0%) y 11 casos (12,8%) respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue de 10 pacientes (11,6%). En el seguimiento alejado, se verificó que el 60,5% de los casos desarrolló una hernia incisional.

Conclusión: La RL a demanda con LC con BB tiene indicaciones precisas y su uso se asocia a una frecuencia considerable de MHAP y complicaciones tardías; las que deben ser consideradas en el contexto del tipo de pacientes en los que se indica; así como también tomadas en cuenta al momento de indicarla. La morbilidad registrada es similar a la reportada en la literatura.

FASCITIS NECROTIZANTE EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
Drs. G. Gómez¹, F. Callejas¹, Y. Palta², C. Yáñez², B. Etcheverry², S. Retamal²

¹ Cirujano de Urgencia del Hospital Carlos Van Buren
² Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente, pero de extrema gravedad, se caracteriza por necrosis de los planos fasciales superficiales y profundos, con gangrena extensa de los tejidos adyacentes y tiene una mortalidad de 30 a 70%. Se presenta preferentemente en pacientes que tienen un compromiso de su inmunidad y puede afectar distintas regiones anatómicas.

El objetivo es evaluar los resultados quirúrgicos de una serie de casos de fascitis necrotizante operados en la Urgencia del Hospital Carlos Van Buren. Materiales y Métodos: Ingresaron al estudio todos los pacientes con diagnóstico clínico quirúrgico de fascitis necrotizante (sepsis de partes blandas y trombosis macroscópica de vasos subcutáneos), durante el periodo desde Marzo a Julio 2009. Se realizó un protocolo sistematizado de la técnica quirúrgica de urgencia que consiste en una resección amplia hasta alcanzar un plano que a la inspección visual y digital se aprecie vital, luego se realiza duchoterapia intensa con suero fisiológico y se finaliza con sistema tipo VAC. Cada nueva cirugía se programa cada 2

o 3 días por el mismo equipo quirúrgico. Resultados: Se reportaron 6 casos de fascitis necrotizante todos con sépsis, 3 hombres y 3 mujeres, edad promedio 53 años, con antecedente de diabetes en 4 casos y tratamiento inmunosupresor por artritis reumatoidea en 2 casos. El área de resección cutánea promedio fue 61,5 cm². Se necesitaron en promedio 4 cirugías por paciente y la mortalidad fue 1/6 (shock séptico).

Conclusión: El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno es fundamental para lograr buenos resultados en el manejo de la fascitis necrotizante. El número de casos presentado es pequeño, sin embargo la mortalidad ha sido baja. Se presenta el reporte inicial, mas que una nueva técnica, de una sistematización de técnicas quirúrgicas con buenos resultados de otros autores adaptada a la realidad de la urgencia del sistema público.

PILEFLEBITIS. REVISIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS

Drs. J. Rojas, N. Pereira, S. Nuñez, P. León,

A. Marambio, Ints. D. García, R. Concha,

Servicio de Urgencias y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La pileflebitis o tromboflebitis séptica de la porta, generalmente se presenta como complicación de procesos infecciosos intraabdominales o posterior a una cirugía. De cuadro clínico inespecífico, la sospecha temprana es el principal elemento para el diagnóstico precoz y un mejor pronóstico. Objetivos: El objetivo de este trabajo es revisar en una serie de casos, las formas de presentación clínica, evolución y diagnóstico, a fin de identificar los principales elementos que permita cierto grado de sospecha precoz.

Materiales y métodos: Búsqueda en archivos estadísticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2006-2009, los diagnósticos de egreso de pileflebitis y/o tromboflebitis séptica de la porta. Revisión de las historias clínicas de los pacientes encontrados. Resultados: De 7 pacientes encontrados, hubo 3 mujeres y 4 hombres con promedio de edad de 58.1 años. Los principales motivos de consulta fueron compromiso del estado general (100%), dolor abdominal (86%), vómitos (71%) y fiebre (57%) con un tiempo de evolución promedio de 6.2 días. Los diagnósticos encontrados fueron patología biliar aguda (3), absceso hepático (2), apendicitis aguda (1) y diverticulitis (1). Ninguno de los pacientes de esta revisión presentaba discrasias sanguíneas. El cuadro se presentó como complicación en el postoperatorio de los pacientes operados (5), manifestándose como CEG, fiebre y alza de parámetros inflamatorios. El diagnóstico se hizo con tomografía axial en 5 pacientes (71%) y ecografía en 2 pacientes (29%). El tratamiento utilizado fue antibioterapia y anticoagulantes, con alta promedio a los 19 días, sin fallecidos en esta serie.

Conclusiones: La pileflebitis que generalmente es

una complicación de un proceso infeccioso intra-abdominal, se presenta como un cuadro de sintomatología inespecífica. Este trabajo expone la importancia de una sospecha clínica y radiológica precoz para el diagnóstico temprano de esta entidad, que permita la instauración de un tratamiento dirigido y eficaz, mejorando el pronóstico.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL APÉNDICE CECAL EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS

Drs. César Muñoz¹, Juan Andrés Mansilla¹⁻²⁻⁴, Juan Carlos Roa¹⁻³⁻⁴, Claudia Heider⁵.

¹Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco.

²Equipo de Cirugía Digestiva. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco

³Departamento de Anatomía- Patológica. Universidad de La Frontera. Temuco.

⁴Clínica Alemana de Temuco

⁵Alumna de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad de La Frontera. Temuco.

Introducción: La enfermedad diverticular del apéndice cecal es un hallazgo infrecuente en pacientes apendicectomizados. Se describen formas congénitas y adquiridas de esta entidad. Los divertículos apendiculares pueden ser origen de procesos inflamatorios agudos y que cursan con un cuadro clínico que es indistinguible de una apendicitis aguda. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y patológicas de la enfermedad apendicular del apéndice cecal en pacientes apendicectomizados en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA).

Materiales y Métodos: Diseño de estudio: Corte transversal. Criterios de inclusión: Pacientes apendicectomizados en el HHHA entre enero del 2000 y diciembre del 2008, con estudio anátomo-patológico compatible con enfermedad diverticular del apéndice cecal.

Maniobra: Se realizó un análisis de los egresos hospitalarios, registros clínicos y de anatomía-patológica de los pacientes.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis estadísticos de las variables cualitativas y cuantitativas en el paquete estadístico STATA 9.0. Los resultados de las variables se presentan en medidas de frecuencia. **Resultados:** En el periodo de estudio se realizaron 11.472 apendicectomías. Noventa y cuatro pacientes presentaron estudio anátomo-patológico compatible con enfermedad diverticular del apéndice cecal con una prevalencia de 0.8%. La edad promedio fue de 42.5 años (DS \pm 15.7 años, Rango 10-92 años). El 62.7% correspondió a género masculino. El cuadro clínico de apendicitis aguda se presentó en el 63.2%. El diagnóstico anátomo-patológico más frecuente fue el de diverticulitis apendicular en un 46.3%. Morbilidad operatoria se presentó en el 12.7%. El promedio de hospitalización fue 3 días (DS \pm 1.9 días).

Conclusión: La enfermedad diverticular de la apéndice cecal es un hallazgo infrecuente en las piezas

quirúrgicas de apendicectomías en nuestra población. La diverticulitis apendicular constituye el hallazgo anátomo-patológico más frecuente, y la morbilidad operatoria parece ser superior a la apendicitis aguda.

TUMOR CARCINOIDE APENDICULAR: REVISIÓN DE 9458 APENDICECTOMÍAS EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU DESDE EL AÑO 2002 AL 2009.

Drs. F. Rojas, P. Velásquez, C. Loyola, J. Reyes, V. Irrázaval.

Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Departamento de Cirugía Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: El tumor carcinoide es la neoplasia apendicular más frecuente. El Carcinoide Apendicular es un tumor derivado de Células Neuroendocrinas Subepiteliales y representa el 80% de las neoplasias apendiculares.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de los pacientes con Carcinoide Apendicular y reportar la experiencia y resultados en el manejo de este tumor en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT).

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los últimos 6 años de biopsias apendiculares enviadas al Servicio de Anatomía Patológica del HBLT, se revisaron los informes de biopsias y las fichas de los pacientes pertenecientes al HBLT, con un protocolo estándar que consideró parámetros epidemiológicos, clínicos, histológicos y de manejo.

Resultados: de 9458 biopsias de apéndices, se encontraron 24 tumores carcinoideos constituyendo 0,25% de las apendicectomías. De los 24 pacientes estudiados 8 fueron hombres y 16 mujeres. Las edades fluctuaron entre 16 y 93 años, con promedio de 33 años. La localización más frecuente del tumor fue la punta del apéndice 16 casos. Tamaño tumoral más frecuente fue menor de 1 cm, 15 casos. La profundidad más frecuente fue hasta la muscular 9 casos. El tratamiento más utilizado fue la apendicectomía, y sólo un paciente se realizó además hemicolectomía derecha. De las 15 fichas revisadas de los pacientes del HBLT, 4 no acudieron a control con biopsia y 11 fueron controlados. De estos 11 pacientes seguidos 10 no presentaron metástasis, y en un caso la paciente se encuentra en estudio por lesiones hepáticas.

Conclusiones: Lo observado en nuestra serie coincide con lo reportado en la literatura internacional y sugiere mantener la apendicectomía como tratamiento estándar y la hemicolectomía derecha limitada a casos excepcionales, sin embargo es recomendable unificar criterios y establecer normas de tratamiento sustentadas en estadísticas nacionales.

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Drs. S. Pradenas, M. Vivanco, A. Mercado, R. Luengas, R. González, R. Torres, A. Rodríguez-Navarro, G. Wiedmaier, Int. F. Oppliger, D. Zamorano, Als. I. Rodríguez.

Servicio Cirugía Hospital Padre Hurtado, Servicio de Urgencia Hospital Padre Hurtado.
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: La apendicectomía es la primera causa de cirugía de urgencia en los centros quirúrgico. El abordaje tradicional abierto se ha mantenido como técnica de elección en los servicios de urgencia públicos de nuestro país. En los últimos años el abordaje laparoscópico de esta patología ha ido en aumento. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la experiencia de nuestro servicio de urgencia en relación al manejo laparoscópico de esta patología. **Material y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencia del Hospital Padre Hurtado con el diagnóstico de apendicitis aguda desde abril del año 2009 a julio 2009 con un manejo laparoscópico como técnica de resolución quirúrgica. Se analizaron variables demográficas, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, anatomía patológica, reintervención quirúrgica y mortalidad perioperatoria. **Resultados:** Se revisaron en el periodo 176 casos de apendicectomías, el 51% fueron intervenidos en forma laparoscópica. La edad promedio fue de 26 años, 58% corresponde a pacientes masculinos, el diagnóstico de apendicitis fue corroborado en la anatomía patológica en 85 pacientes (95,5%), con 4,5 % de apendicectomías en blanco, había peritonitis asociada en 19 pacientes (21,3%), el tiempo operatorio promedio fue de 50,18 minutos, se convirtieron 2 laparoscopías (2,24%) a cirugía abierta. La estadía hospitalaria fue de 1,4 días en promedio. La morbilidad fue de 5 pacientes (5,61%), 1 fístula cecal, 2 colecciones y 1 hemoperitoneo y un infección de herida y de ellos 3 pacientes fueron re operados. No hubo mortalidad.

Conclusiones: La apendicectomía es la cirugía de mayor frecuencia en nuestra urgencia. El abordaje laparoscópico fue más frecuente que la técnica abierta en nuestro servicio. La frecuencia de apendicectomías en blanco es comparable a otras series. El tiempo quirúrgico fue comparable con cirugía abierta y la tasa de conversión es mínima. El tiempo de hospitalización es bajo. La morbilidad es similar a las series descritas con técnica abierta destacando una menor cantidad de infección de herida. Podemos concluir que es totalmente factible realizar abordajes laparoscópicos en apendicitis aguda en el servicio de urgencia de un hospital público.

PERFORACIÓN GÁSTRICA EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE.
Drs. G. Gomez¹, S. Pacheco², Y. Palta², C. Yáñez², H.Leterier²

¹ Cirujano General. Universidad de Valparaíso
² Interno Medicina, Universidad de Valparaíso

Introducción: La perforación gástrica se asocia a un importante morbimortalidad, principalmente cuando se asocia a peritonitis difusa. A pesar de su baja prevalencia, existen diversos tipos de etiologías; en donde la úlcera péptica es una de las causas más

prevalentes.

Objetivo: Evaluar la presentación, causas y mortalidad de la perforación gástrica en la Urgencia Adulto del Hospital Gustavo Fricke (HGF).

Material y método: Estudio retrospectivo-descriptivo, basado en la revisión de fichas clínicas de pacientes operados de urgencia en el HGF con diagnóstico de perforación gástrica entre Enero 2006 a Junio 2009, Se realizó una base de datos consignándose variables demográficas, clínicas, de laboratorio y mortalidad. Análisis en programa SPSS 15,0 con estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 31 pacientes, 24 fueron de sexo masculino, con un promedio de edad de 49.0±18.1 años. Del total 20 pacientes eran fumadores activos, 16 consumían alcohol frecuentemente y solo 4 estaban en tratamiento con AMES. **Resultados:** La presentación clínica principal fue dolor abdominal de inicio súbito en todos los pacientes, 15 de ellos lo refirieron en epigastrio y solo 17 presentaron signos de irritación peritoneal al momento del diagnóstico. En 3 pacientes fue necesario la reanimación por shock al ingreso. Las horas de evolución fue en promedio 12.4+-12.8.

La cirugía principalmente efectuada fue gastrórrafia con parche de epiplón. En relación a la etiología de la perforación, 27 casos correspondieron a úlceras pépticas, 2 casos de perforación traumática y 2 casos a neoplasia confirmada por biopsia. La mortalidad postoperatoria inmediata fue 12,9% (4). **Discusión:** La perforación gástrica sigue siendo una patología grave con un cuadro clínico característico y con una alta mortalidad. La caracterización clínica de este estudio concuerda con lo descrito por otros autores. **Palabras - Clave:** perforación gástrica, úlcera péptica.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE ÚLCERAS PÉPTICAS PERFORADAS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL EL PINO, SAN BERNARDO
Drs. C. Mora¹, I. Plass², C. Herrera²

¹ Cirujano Hospital El Pino, ² Internos de Medicina, Universidad Andrés Bello

La laparoscopia se ha vuelto una técnica cada vez más usada, su utilidad en urgencias sigue siendo un tema controvertido. Se han reportado el uso seguro de laparoscopia en cirugías de emergencia. El Objetivo de este estudio es mostrar nuestra experiencia en el Tratamiento Laparoscópico de Urgencia de las Úlceras Pépticas Perforadas.

Métodos: Trabajo descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital El Pino a pacientes con diagnóstico preoperatorio de úlcera péptica perforada y operados vía Videolaparoscopia (VDL) entre Enero 2004 y Julio 2008. **Resultados:** Se obtuvieron 6 pacientes, con edad promedio de 43.6 años, de los cuales 100% son de sexo masculino. Un 67% con antecedentes de síndrome ulceroso y 17% con episodio hemorragia digestiva alta previo. Además, 66% refiere consumo activo de alcohol. Los diagnósticos postoperatorios coinciden en un 100% con el diagnóstico preopera-

torio, siendo un 66% úlceras gástricas perforadas y 33% úlceras duodenales perforadas, se realizó reparación del órgano dañado con gastrorrafia o duodenorrafia, respectivamente. El tiempo operatorio promedio fue de 74.8 minutos, con un mínimo de 24 minutos y un máximo de 140 minutos. Los días de hospitalización fueron en promedio 3.6. La única complicación registrada fue: paciente con obstrucción intestinal que necesitó reoperación, no se registró mortalidad.

Conclusión: En nuestra serie el abordaje laparoscópico parece ser una técnica segura y efectiva, ofreciendo así una alternativa válida para el manejo de urgencia de una Úlcera Péptica Perforada. Sin embargo, se hace necesario la realización de estudios más acabados y con mayor población de pacientes para demostrar estadísticamente los beneficios y ventajas frente a la Cirugía Abierta.

CARCINOIDE APENDICULAR: ANÁLISIS DE 28 CASOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO
HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA
Drs. Juan Andrés Mansilla E., Rodrigo Fernández M.
Departamento y Servicio de Cirugía, Universidad de la Frontera, Hospital Regional, Temuco.

Introducción: los carcinoides apendiculares son los tumores malignos más frecuentes localizados en el apéndice, su diagnóstico es incidental durante una apendicectomía y su tratamiento depende del tamaño y localización de este. El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas e histopatológicas de los carcinoides apendiculares operados en el Hospital Regional de Temuco.

Material y Método: Serie de casos. Análisis de pacientes sometidos a apendicectomías en el servicio de urgencia del Hospital Regional de Temuco, desde 1989 al 2007, con diagnóstico histopatológico de carcinoides apendicular. Se describen variables biodemográficas, clínicas y morbimortalidad. Resultados: Se obtuvieron 28 casos de carcinoides apendicular, 61% correspondían a género femenino. El promedio de edad fue 34,3 años. El promedio de días antes de consultar en urgencia fue de 1,8 días. Todos los pacientes ingresaron con el diagnóstico de apendicitis aguda y a todos se les realizó una apendicectomía. El 50% de los tumores se ubicaba en el tercio distal del apéndice, un 50% era menor a 1 cm y un 39,2% comprometía la subserosa. Solo un 46,4% de los pacientes se controlaron en policlínico luego de la cirugía. Tres pacientes requirieron una segunda intervención, en los cuales el estudio de diseminación fue negativo y la pieza quirúrgica no presentaba compromiso tumoral. Todos los pacientes se encuentran con vida.

Conclusión: Esta serie muestra que el diagnóstico de carcinoides apendicular es incidental. La localización principal es en el tercio distal y la mayoría de los carcinoides eran menores de 1 cm. La supervivencia a 5 años es de un 100% similar a otras series.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS POR APENDICITIS AGUDA EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

Drs. P. León, L. Gutiérrez, N. Pereira, J.C. Molina, E. Lanzarini, J. Lasen, J.M. Robles, A. Marambio. Int. R. Torres, Int. A. Monsalve.

Departamento de Cirugía. Servicio de Emergencia. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La apendicitis aguda constituye la primera causa de ingresos quirúrgicos agudos en los Servicios de Emergencia nacionales y extranjeros. En Chile, durante el año 2008 hubo alrededor de 40000 egresos hospitalarios de la enfermedad de los cuales aproximadamente 30000 correspondieron a adultos.

Objetivos: Análisis retrospectivo de pacientes con apendicitis aguda para efectuar una clasificación que permita correlacionar los hallazgos intraoperatorios y la evolución clínica post operatoria. Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de 668 fichas clínicas de pacientes sometidos a apendicectomía durante el año 2008. Se excluyeron 93 pacientes por datos incompletos y/o apendicectomía por otra causa. Para relacionar los hallazgos operatorios con el tratamiento y evolución posterior se utiliza la siguiente clasificación. Tipo I: Apendicitis Aguda no complicada. Tipo II: Apendicitis aguda necrótica, perforada con o sin peritonitis localizada. Tipo IIIa Absceso apendicular. Tipo IIIb Plastrón apendicular. Tipo IV: Peritonitis difusa de origen apendicular. Los datos se ordenan en una base de datos computacional.

Resultados: De los 575 pacientes estudiados, hubo 340 hombres (59%) y 235 mujeres (41%). El promedio de edad fue 34 años con un rango entre 15 y 86. 484 pacientes (84%) correspondieron al tipo I, con un promedio de 2 días de hospitalización. 47 (8.2%) al tipo II, 11 (1.9%) al tipo IIIa, 18 (3.1%) IIIb y 13 pacientes (2.3%) al tipo IV, con un promedio de 6, 6, 4 y 22 días de hospitalización respectivamente. Se observó una mayor la tasa de complicaciones y reexploraciones a medida que la patología se hacía más compleja (Tipo III y IV), incluyendo el fallecimiento de un paciente.

Conclusiones: Clasificar a los pacientes con apendicitis aguda a través del modelo propuesto permitiría uniformar los criterios diagnósticos, terapéuticos y pronósticos. Además es fundamental para el desarrollo de una guía clínica.

MANEJO DE LA PATOLOGÍA BILIAR AGUDA EN EL ADULTO MAYOR SOBRE 80 AÑOS.
Drs. A. Correa, D. Moretti, R. Díaz, A. Pacheco, Int. F. Haberle.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: El manejo de la patología biliar sintomática en el adulto mayor requiere consideraciones especiales debido a la comorbilidad y reducida reserva fisiológica que presentan los ancianos, especial-

mente en la cuarta edad. Considerando el envejecimiento de la población y la aún reducida evidencia de los resultados del manejo en este grupo etario, decidimos evaluar nuestros resultados. Material Y Método: Serie retrospectiva de todos los casos ingresados al HUAP entre el 17/01/2006 y el 31/12/2008 con diagnóstico de patología biliar aguda, en el grupo etario de 80 años y más. Se analiza demografía, tratamiento y mortalidad.

Resultados: Se trata de 166 pacientes, 67,5% de sexo femenino, con un promedio de edad de 85 años. Solo un 10,2% no tenía comorbilidades conocidas, un 28,3% tenía 3 o más. Los diagnósticos fueron colecistitis aguda (22,3%), colangitis (26,5%), ictericia obstructiva (29,5%), pancreatitis aguda (10,8%) y cáncer vesicular y de vía biliar (10,8%). El manejo fue médico en un 13,9%, CPRE en un 57,8%, CPRE seguida de cirugía en un 4,8% y cirugía en un 23,5%. La mortalidad global de la serie fue de 11,4% siendo esta mayor en hombres (14,8%) que en mujeres (9,8%). La mortalidad con manejo médico fue de 39%, con CPRE 6,3%, con CPRE más cirugía 12,5% y sólo cirugía 7,7%. Conclusión: Destaca el alto número de pacientes añosos que ingresan con patología biliar aguda. Llama la atención la alta mortalidad en pacientes con manejo médico, debido a su gravedad al ingreso que no permitió una acción terapéutica más agresiva. No tenemos explicación para la mayor mortalidad en hombres. Consideramos que la CPRE sigue siendo la técnica que ofrece mejores resultados.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN. EXPERIENCIA 2006-2009

Drs. R. Duran, V. Ortiz, C. Alegría, H. Molina, Als. K. Kuzmanic, M. Gutiérrez.

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria CMA permite paliar el grave déficit de camas en instituciones públicas y permite al paciente realizar recuperación en su entorno familiar, con bajo riesgo de complicaciones y asesorado por profesionales capacitados. Revisamos nuestra experiencia a 3 años de iniciado el programa.

Material Y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, no aleatorizado. Se analizan todos los pacientes ingresados al programa entre abril 2006-Junio 2009. Se establecen criterios de inclusión y exclusión al programa, criterios de alta, control y seguimiento según protocolo de organización. Se analizan cirugías realizadas, suspensiones y morbimortalidad de la serie. Resultados: Fueron seleccionados 2.720 pacientes, de los cuales 2.486 (91,4%) fueron intervenidos en el Programa CMA, el promedio de edad de los pacientes es 42,9+/-12,6 y una mediana de 44. El 73,9% de la población intervenida fueron mujeres (n = 1.830) con un promedio de edad 43,7+/-11,8 y una mediana de 45. Las principales cirugías realizadas

fueron 714 Colecistectomías VL (28,7%), 463 Hernioplastías (18,6%), 398 Mastectomías Parciales (16%). El total de cirugías suspendidas fue 234 (8,6%), los principales motivos fueron: No presentación de paciente (26,5%), Movilizaciones sindicales (12,4%), cuadro respiratorio agudo (9,4%). Las complicaciones que impiden alta se observan en 68/2.486 pacientes (2,61%). Las cuales corresponden a: cirugía más compleja de lo esperado (0,6%), hiperemesis (0,6%), mayor sangramiento del esperado (0,4%), conversión de cirugía laparoscópica (0,2%). Hubo 8 pacientes que requieren reingresos (0,3%) y fue por dolor intenso 3/8, Hematoma de herida operatoria 2/8, Ictericia 1/8, Flegmón mama 2/8.

Conclusiones: La cirugía mayor ambulatoria se presenta como una opción segura, que al contar con rigurosos métodos de selección de pacientes y personal capacitado, permite optimizar el uso de pabellones y disminuir las listas de espera quirúrgicos de los Servicios de Salud. En esta serie se observa muy baja morbilidad. No se observa mortalidad.

RELACIÓN DE LA CIRUGÍA NO OBSTÉTRICA EN LA MUJER EMBARAZADA Y PARTO PREMATURO

Dr. C. Derosas¹, Int. H. Kosler²

¹Residente de Cirugía Complejo Hospitalario San José.

² Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Idealmente la cirugía no obstétrica es evitada durante el embarazo debido a los potenciales riesgos para la madre y el hijo, pero algunos procedimientos quirúrgicos son necesarios. Por lo que el presente estudio propone mostrar los resultados perinatales asociados a la cirugía no obstétrica. Pacientes y Métodos: Estudio correlacional retrospectivo. Se revisaron los datos de pacientes embarazadas operadas por patología no obstétrica en el Hospital San José entre los años 2006-2008. Se buscaron los datos perinatales de los recién nacidos en el servicio de Neonatología de las pacientes operadas y se compararon con el total de recién nacidos en el mismo período. Para efecto correlacional se excluyeron los pacientes cuyos datos estaban incompletos. Análisis en Spss 13.0 (CI 95%).

Resultados: las cirugías no obstétricas durante el período estudiado correspondieron al 0,3% (67) de 23553 partos. De estos el 51% correspondieron a apendicectomías, 24% aneextomías, 21% a colecistectomías de las cuales el 42% fueron laparoscópicas, y el 4% (3) a colangiopancreatografías retrogradadas por coledocolitiasis. El 8,4% del total de pacientes presentó parto prematuro. Se analizaron 48 casos cuyos datos estaban completos, de estos el 14,6% (7) presentaron parto prematuro (p 0,126). De todos los procedimientos el único que presentó asociación estadísticamente significativa con parto prematuro fue la colecistectomía (p 0,004) presentando un riesgo relativo (OR) de 4,82 (CI 95% 1,485-15,686) donde el riesgo de la colecistectomía laparoscópica es 7,23 (CI 95% 1,208-43,318) (P 0,011). Conclusión: Si bien la cirugía no obstétrica en general

no presenta asociación con el parto prematuro, las pacientes a las que se les realiza colecistectomía laparoscópica presentan 7,23 veces más posibilidades que un embarazo normal de presentar parto prematuro por lo que el seguimiento obstétrico postoperatorio se hace imperativo.

Palabras Clave: Cirugía, Embarazo, Parto Prematuro.

HEMICOLECTOMÍA DERECHA EN PACIENTES OPERADOS POR APENDICITIS: DE LA INCISIÓN DE MC BURNEY Y APENDICECTOMÍA A LA LAPAROTOMÍA MEDIANA Y HEMICOLECTOMÍA

Drs. M.A. Beltrán¹, M.A. Godoy², F.J. González², D.I. Margulis², K.S. Cruces¹

¹Servicio de Cirugía, Hospital de La Serena

²Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte

Introducción: La apendicitis aguda es la patología quirúrgica de urgencia que con mayor frecuencia debe ser resuelta por los cirujanos. En algunas ocasiones el tradicional abordaje por una laparotomía transversal o longitudinal sobre la fosa iliaca derecha ha tenido que cambiarse por una laparotomía mediana. En el presente reporte describimos las características de los pacientes que han sido intervenidos de esta manera en nuestra institución.

Pacientes y método: Serie retrospectiva de casos. Se estudiaron todos los pacientes que fueron convertidos a laparotomía mediana durante el curso de una apendicectomía en los que se realizó una hemicolectomía derecha entre los años 1999 y 2008. Las variables se analizaron con estadística descriptiva. **Resultados:** Durante el periodo de estudio se operaron 2175 apendicectomías, de ellas 39 (1,7%) requirieron una hemicolectomía derecha. La mayoría de los pacientes fueron varones, con una edad promedio de 38,2 años. La mayoría presentaban dolor lumbar irradiado a la región inguinal. Al examen físico el hallazgo más frecuente fue una masa en la fosa iliaca derecha. En 18 pacientes se realizaron exámenes radiológicos y el hallazgo más frecuente fue la presencia de una masa inflamatoria en fosa iliaca derecha. En la operación se encontraron masas inflamatorias y alteraciones de la anatomía, en algunos casos se identificaron tumores. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la fístula por hilo y el íleo prolongado. Los hallazgos histológicos fueron apendicitis no perforada, apendicitis intracecal, diverticulitis cecal, apendicitis perforada con hiperplasia linfática local, diverticulitis de colon derecho, necrosis de la pared del colon, adenocarcinoma de colon, adenocarcinoma de ciego y adenocarcinoma de apéndice. **Conclusiones:** La resección del colon en pacientes inicialmente programados para una apendicectomía es un escenario clínico inusual y cuando ocurre se debe a la presencia de patología no solo inesperada sino también compleja.

Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA

EXPERIENCIA INICIAL CON UN DISPOSITIVO PARA BYPASS DUODENO-YEYUNAL CON RESTRICCIÓN DUODENAL EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA.
Drs. P. Becerra, M. Gabrieli, R. Yáñez, F. Pinetel, M. Galvao, A. Sharp, L. Ibáñez, D. Turiel, C. Boza, D. Awruch, K. Gersin, A. Escalona.

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gastro-Obeso Center, Sao Paulo - Brazil

Department of Surgery, Carolinas Medical Center, Charlotte, NC

Introducción: El dispositivo gastrointestinal EndoBarrier® crea un bypass duodeno-yeyunal endoscópico que ayuda a bajar de peso a sujetos obesos mórbidos. El objetivo de este trabajo es evaluar la seguridad y eficacia de este dispositivo con un restrictor duodenal de 4 mm en pacientes con obesidad mórbida.
Métodos: se estudiaron 10 pacientes con evaluaciones planeadas durante 12 semanas. Las variables en estudio fueron el porcentaje de exceso de peso perdido (% EPP) y los efectos adversos mayores y menores. Se planeó el explante para la semana 12.

Resultados: 8 pacientes fueron mujeres, la edad media e IMC basal fueron 34,9 años (rango: 18-54) y $40 \pm 3,9 \text{ kg/m}^2$ (rango: 35,8 - 45). El tiempo promedio de implante fue 33 ± 4 minutos con un tiempo promedio de fluoroscopia de $14,4 \pm 3$ minutos. No hubo eventos adversos mayores. En 7 pacientes (70%) se requirió dilatación endoscópica del restrictor con un balón de 6 mm por la presencia de períodos episódicos de vómitos y náuseas. Un paciente requirió una dilatación adicional con balón de 10 mm. Los dispositivos se retiraron endoscópicamente en la semana 12 en todos los pacientes. El tiempo promedio de explante fue $47 \pm 53,8$ min (rango: 10 - 155). En la semana 12 la media de IMC y % EPP fue $34,2 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,0012$) y 39,8% (rango: 21,7 - 65,3) respectivamente. El promedio de peso perdido fue $16,7 \pm 4,4$ kg.

Conclusión: el dispositivo gastrointestinal EndoBarrier con restrictor duodenal es seguro y efectivo en el tratamiento a corto plazo de la obesidad mórbida.

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO T.
Drs. J. Mendoza, C. Matos, A. Urrizar, R. Abularach, M. Rioseco, A. Paredes

Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

Introducción: La cirugía bariátrica es uno de los procedimientos digestivos con mayor desarrollo en esta década, como respuesta al problema de obesidad y síndrome metabólico a nivel mundial, siendo Chile uno de los países afectados.

Objetivo: el objetivo de este estudio es dar a conocer la experiencia en cuanto a indicaciones, técnica quirúrgica y resultados del Bypass gástrico en 9 años en el Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital Barros Luco Trudeau.

Materiales y método: se analizó en forma retrospectiva los pacientes a quienes se les realizó Bypass gástrico entre enero del 2000 y diciembre del 2008 con un total de 249 cirugías. Cuya indicación quirúrgica fue: IMC mayor de 40 o mayor de 35 con una comorbilidad, con rangos de edad entre los 16 y 60 años. Previa evaluación psiquiátrica, exámenes generales, evaluación respiratoria, cardiovascular y metabólica, ecografía de abdomen y endoscopia digestiva alta.

Resultados: se operaron 249 pacientes abierto y por laparoscopia, 84% sexo femenino y 16% sexo masculino, IMC promedio preoperatorio: 47,9, patología agregada: Hipertensión arterial 35,2%, diabetes mellitus tipo 2 11,4%, otras 31%. Un 88% de los pacientes perdió más del 50% del exceso de peso, control metabólico en el 90% de los casos. Morbilidad perioperatoria 23% y mortalidad 0,8%

Conclusiones: El Bypass gástrico continúa siendo una buena elección en la pérdida de peso y mejoría del síndrome metabólico a largo plazo, especialmente en el tipo de población que maneja un hospital público donde la posibilidad de abandono postoperatorio es muy alto.

GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA SIN SUTURA DE REFUERZO SOBRE LA LINEA DE STAPLER

Drs. G. Caris, J. Villanueva, I. Escobar, S. Valdearrama
Servicio Cirugía Hospital Dr. Eduardo Pereira.
Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina.
Universidad de Valparaíso.

Introducción: La gastrectomía vertical es actualmente una alternativa muy atractiva en el tratamiento de los pacientes obesos. Uno de los puntos que no está claro en esta técnica es con respecto a la sutura de refuerzo sobre la línea de stapler. Sin embargo la mayoría de los centros prefieren agregarlo para prevenir hernias o filtración.

Objetivo: describir los resultados quirúrgicos inmediatos en pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica sin sutura de refuerzo de la línea de stapler.

Materiales y método: Estudio descriptivo retrospectivo analizando fichas de pacientes obesos intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica entre octubre del año 2006 hasta junio del año 2009 en el Hospital Dr. Eduardo Pereira en Valparaíso.
Resultados: Fueron intervenidos 43 pacientes, 38 mujeres y 5 hombres. El promedio de edad fue de 40 años (rango entre 23 y 67 años). El IMC promedio

fue de $43 \pm 5,4$. La mayoría de los pacientes (88%) presentaba comorbilidades, en 9 pacientes se diagnosticó colecistolitiasis por lo que se agregó una colecistectomía junto con la Gastrectomía Vertical. La duración promedio de la cirugía fue de $138 \pm 30,5$ minutos. El tiempo operatorio aumentó 40 ± 9 minutos en promedio para los pacientes que fueron sometidos con junta a colecistectomía laparoscópica. Sólo en dos pacientes se presentó comorbilidad postoperatoria inmediata un hemoperitoneo, uno a causa de lesión esplénica y otro por lesión mesentérica y de colon transverso, ambos se reintervinieron mediante laparotomía, con buena evolución postoperatoria. Una paciente se convirtió a colecistectomía abierta debido a lesión de arteria cística. La estadía hospitalaria promedio fue de $6,6 \pm 1$ días. Ningún paciente falleció.

Conclusión: La gastrectomía vertical es un procedimiento seguro con baja mortalidad, el hecho de no agregar una sutura de refuerzo no influye sobre las complicaciones postoperatorias inmediatas según los resultados en esta serie.

EXPERIENCIA PERSONAL EN 200 GASTRECTOMÍAS TUBULARES LAPAROSCÓPICAS REALIZADAS EN LA CLÍNICA ALMENA DE PUERTO VARAS

Dr. F. Ramírez, Dr. C. Veliz, A. A. Ramírez, Dr. O. Ferrada, E. C. Chandía, Nutr. P. Vargas.. Centro Integral de Tratamiento de la Obesidad, Clínica Alemana de Puerto Varas.

Introducción: La gastrectomía tubular o en manga laparoscópica se ha convertido en una alternativa quirúrgica con resultados significativamente favorables ganándose un espacio importante dentro de las indicaciones de cirugía bariátrica. El objetivo de este estudio es describir los resultados de la casuística personal de los pacientes sometidos a esta cirugía, en términos de baja de peso en el tiempo, sus complicaciones y la percepción de los pacientes operados en cuanto a los cambios en su calidad de vida. Material y método: Se presentan los resultados de 200 cirugías de Gastrectomías tubulares laparoscópicas en pacientes portadores de obesidad grados II y III realizadas por el autor en la Clínica Alemana de Puerto Varas entre los años 2006 al 2008. Se emplea técnica quirúrgica uniforme. Seguimiento del 82% de los pacientes fue en promedio 14 meses (7 a 50 meses) Se desglosa al grupo en estudio según sexo, grupos etarios, comorbilidades, IMC preoperatorio, tiempo operatorio y estadía hospitalaria postoperatoria. Se analizan los resultados obtenidos en cuanto al logro de la disminución del exceso de peso inicial, a la aparición de complicaciones precoces y tardías. Se analizan además los resultados de una encuesta de calidad de vida postoperatoria realizada al 75% de los pacientes operados hace más de 1 año. Resultados: Al 1º año de seguimiento postoperatorio

el 80% de los pacientes que cumplían ese criterio lograron alcanzar una pérdida del 50% del exceso de peso inicial y en el total del tiempo de seguimiento el 88% de los operados logró disminuir al menos el 50% del exceso de peso. Dos pacientes presentaron complicaciones precoces: filtraciones y fístulas. No se presentaron otras complicaciones. Los 2 casos de fístulas se resolvieron con instalación de prótesis. No hubo mortalidad. De los pacientes operados que respondieron la encuesta (75%) el 50% de ellos presentaba comorbilidades. El 95% de los pacientes diabéticos disminuyeron o suspendieron sus dosis diarias de fármacos, el 70% de los hipertensos y dislipidémicos disminuyeron sus dosis de tratamiento y no hubo cambios significativos en los hipotiroides. En respuesta a 5 preguntas sobre calidad de vida (percepción de bienestar síquico, físico, integración social, actividad laboral y actividad sexual) el 95% de los encuestados considera estar mejor o mucho mejor después de operados.

Conclusión: La Gastrectomía tubular laparoscópica es una alternativa segura con cirugía bariátrica en pacientes con obesidad tipo II y III por los favorables resultados en cuanto a la baja de peso en el tiempo y por las escasas complicaciones obtenidas concordantes con lo descrito por la literatura especializada, refutado por la excelente percepción que tienen los pacientes operados en cuanto a la mejora en su calidad de vida.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR (SLEEVE GASTRECTOMY)

Drs. A. Csendes, I. Braghetto, J. Robles, P. León, J. Lasen

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El bypass gástrico ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la obesidad a largo plazo. Una de las alternativas quirúrgicas de la cirugía bariátrica es la gastrectomía vertical tubular, abierta o laparoscópica, procedimiento restrictivo, que ha demostrado resultados promisorios en términos de baja de peso y manejo de las comorbilidades a corto y mediano plazo. Esta cirugía presenta una enorme mortalidad que otras, sin embargo, no está exenta de complicaciones postoperatorias.

Objetivo: Evaluar las complicaciones postoperatorias de la Gastrectomía Vertical Tubular en el Hospital Clínico Universidad de Chile.

Material y Método: Revisión prospectiva de todos los pacientes sometidos a gastrectomía vertical tubular, abierta o laparoscópica, y sus complicaciones postoperatorias desde Octubre de 2005 a Mayo de 2009 en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Resultados: En este período se operan un total de 312 casos. El 76,6% corresponde a mujeres y el 23,4% a hombres, con una edad e IMC preoperatorio

promedio de 37,3 años (rango de 16 a 69 años) y $37,5 \pm 4,4$ kg/m², respectivamente. El 91% se opera vía laparoscópica y el 9% vía abierta. Se presentaron 25 complicaciones (8,0%) en 19 pacientes (6,0%). Las complicaciones más frecuentes fueron la fístula gástrica (10 casos), el hemoperitoneo (5 casos) y la colección intraabdominal (5 casos). No hubo mortalidad operatoria.

Conclusiones: Con nuestra experiencia en dicha cirugía, la cual se asemeja con el resto de los centros de alto volumen en nacionales e internacionales. La gastrectomía vertical tubular es una cirugía segura y efectiva en el tratamiento de la obesidad, con complicaciones similares pero menores con respecto a otras cirugías bariátricas. Es necesario un mayor número de publicaciones con respecto a la morbilidad de este procedimiento.

DÉFICIT DE MICRONUTRIENTES EN PACIENTES SOMÉTICOS A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO VS GASTRECTOMÍA EN MANGA 12 A 24 MESES POSTCIRURGÍA.

Drs. N. Quezada, J. Salinas, C. Boza, Int. D. Arbul, Int. B. Salgado, Drs. G. Pérez, A. Escalona, F. Pinetel, A. Raddatz, R. Funke, F. Crovari, L. Ibáñez.
Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La cirugía bariátrica se asocia a desarrollo de déficit de micronutrientes. No existen trabajos que comparen el Bypass Gástrico Laparoscópico (BPG) vs la Gastrectomía en Manga (GM). El objetivo de este trabajo es comparar el BPG vs GM 12 a 24 meses postop.

Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos comparando 66 pacientes sometidos a BPG vs 52 GM con seguimiento de laboratorio completo. Todos los pacientes fueron suplementados con Hierro, Folato, Calcio, Vitamina D y vitamina B12 mensual.

Resultados: No hubo diferencias significativas en la evolución del % PEP hasta los 2 años. El perfil de Hierro no mostró diferencias significativas, aunque 8 pacientes sometidos a BPG presentaron niveles de ferritina y saturación de transferrina disminuida vs uno sometido a GM. El grupo BPG presentó niveles de PTH estadísticamente menores que el grupo GM, aunque dentro de rangos normales. No hubo diferencias en los niveles de Vitamina B12 ni Folato, aunque hubo 3 pacientes sometidos a GM con niveles de Folato bajo normal.

Conclusión: Este estudio demuestra que ambas técnicas presentan un perfil de déficit de micronutrientes similar en el tiempo, aunque existe una tendencia a mayor alteración en el perfil de hierro en el grupo BPG, aunque sin diferencia estadística significativa. Por otra parte, la suplementación vitamínica es importante para evitar el desarrollo de déficit de micronutrientes.

EFFECTO DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR VERTICAL EN LOS NIVELES DE GHRRELINA PLASMÁTICA Y GLP-1.

Drs. Iñigo Braghetto, Enrique Lanzarini, Juan Carlos Molina, Hanns Lembach, Héctor Valladares, Owen Kom.

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: Existe hoy en día amplia evidencia que sustenta la efectividad de la Gastrectomía Tubular Vertical (GTV) en el control de peso y de parámetros metabólicos de pacientes obesos. En los últimos años se ha investigado el rol que jugarían algunos péptidos intestinales, como la Ghrelina y el GLP-1 para lograr estos efectos.

Objetivo: Evaluar el efecto de la GTV en los niveles de GLP-1 y Ghrelina plasmática en pacientes obesos sometidos.

Materiales y Método: Trabajo prospectivo que incluyó a 16 pacientes a quienes se les midió niveles de Ghrelina plasmática y GLP-1 preoperatorios y en el postoperatorio. Además, se registró el IMC al momento de la cirugía y 1 año después. El análisis estadístico se realizó utilizando la prueba de t-student para grupos pareados. Se consideró como significativo un valor de p inferior a 0,05.

Resultados: La serie fue compuesta por 16 pacientes, 9 mujeres y 7 hombres, con una edad promedio de $37,1 \pm 7,9$ años. El IMC preoperatorio promedio fue de $40,4 \pm 6$ kg/m² y al año de seguimiento de $25,1 \pm 1,6$ ($p=0,0003$). La ghrelina preoperatoria fue de $180,34 \pm 118,2$ pg/ml y la postoperatoria disminuyó en 10 pacientes, en promedio $77,15$ pg/ml ($p=0,0036$), y aumentó en 6 pacientes, en promedio $54,17$ pg/ml ($p=0,0036$). El nivel de GLP-1 promedio previo a la cirugía fue de $1,85 \pm 1,13$ pM y en el postoperatorio disminuyó en 10 pacientes, en promedio $0,85$ pM ($p=0,002$) y aumentó en 6 pacientes, en promedio $0,99$ pM ($p=0,08$).

Conclusión: La GTV fue efectiva en el control de exceso de peso de los pacientes. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes redujo en forma significativa los niveles plasmáticos de ghrelina, pero esto no sucede en todos los casos, hecho que podría explicarse por resecciones gástricas de distinta magnitud o producción de ghrelina en otros sitios. A diferencia de otras series, gran parte de los pacientes presentó una disminución de los niveles de GLP-1 en el postoperatorio, estos hechos fisiopatológicos deben ser analizados para poder entender sus mecanismos de regulación.

RIESGO ELEVADO DE TROMBOSIS VENOSA PORTAL LUEGO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA.

Drs. G. Viscido, J.I. Fernández, C. Gamboa, C. Boza, F. Crovari, R. Funke, G. Pérez, A. Escalona.
Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La trombosis venosa portal y del territorio venoso esplénico son complicaciones quirúrgicas

gicas infrecuentes y graves. El objetivo de este estudio es presentar una serie de pacientes que desarrollaron tromboembolia venosa portal postquirúrgica luego de una gastrectomía en manga laparoscópica y compararla su incidencia con la del bypass gástrico laparoscópico.

Pacientes y Métodos: análisis retrospectivo de pacientes sometidos a gastrectomía en manga y bypass gástrico laparoscópico entre diciembre de 2001 y marzo de 2009 que presentaron tromboembolia de portal o del territorio esplácnico postquirúrgica. Se registraron datos demográficos, factores de riesgo personales y familiares de tromboembolia, evolución postoperatoria y resultados de estudio de tromboembolia. **Resultados:** se realizaron 712 gastrectomías en manga laparoscópicas. Nueve pacientes (1,26%) presentaron tromboembolia portal postquirúrgica; en 2032 bypass gástrico laparoscópicos sólo se observó un caso de tromboembolia portal (0,05%) ($p=0,001$). De los nueve pacientes ocho fueron mujeres (88,8%). El 55% tenían antecedente de tabaquismo, 44% uso de anticonceptivos orales y el 22% antecedentes familiares de algún evento tromboembólico. No hubo complicaciones inmediatas y todos recibieron el alta al tercer día de la cirugía y reingresaron en promedio a los 9 días (6-19) por cuadro de dolor abdominal. En seis casos se identificó un agenológicoamente tromboembolia de la vena porta principal, en ocho con promedios de la rama derecha y en cuatro de la rama izquierda. Seis presentaron tromboembolia de la vena mesentérica superior y seis pacientes una tromboembolia de la vena esplénica concomitante. El manejo fue con reposo intestinal y tratamiento anticoagulante. En todos, los síntomas remitieron en las primeras 48 horas. Dos pacientes tuvieron alteraciones en el estudio de trombofilia. **Conclusión:** La tromboembolia venosa portal y/o mesentérica es una complicación relativamente frecuente en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. En esta serie, la incidencia de tromboembolia portal y mesentérica fue mayor en gastrectomía en manga que en bypass laparoscópico.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Drs. M. Gabrielli, E. Figueroa, P. Becerra, C. Gamboa, C. Sierralta, A. Raddatz, F. Crovari, F. Pinetel, G. Pérez, C. Boza, S. Guzmán, L. Ibañez, R. Funke, D. Turiel, A. Escalona.
Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) y la tromboembolia venosa profunda (TVP), ambas conocidas como enfermedad tromboembólica (ETE), son causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Objetivo: Determinar la incidencia de ETE en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisó la base de datos de cirugía bariá-

trica de nuestro centro desde enero de 1993 a junio de 2009. Se obtuvieron las características demográficas y el tipo de evento tromboembólico que presentaron los pacientes. Se estratificó por tipo de cirugía y se determinó cuál fue la incidencia de ETE. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata 9.0. **Resultados:** En el período descrito 3901 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica: 762 bypass gástrico abierto, 2120 bypass gástrico laparoscópico (BGL), 795 gastrectomía vertical (GV), 199 banda gástrica ajustable y 25 cirugías revisionales. El promedio de edad de estos fue 38 años (21-64), con un IMC preoperatorio promedio de 42,5 kg/m². Once pacientes (0,28%) de la serie presentaron ETE. En cinco pacientes se diagnosticó TVP y 7 presentaron TEP. Ocho pacientes (0,38%) sometidos a BGL presentaron ETE; 4 TVP y 5 TEP. Dos pacientes (0,25%) del grupo GV desarrollaron ETE. ($p=0,605$). En nuestra serie no se registró mortalidad secundaria a ETE. **Conclusión:** La ETE como complicación de la cirugía bariátrica es muy poco frecuente. En esta serie no se registró mortalidad. Estadísticamente no existe diferencia en la incidencia de ETE entre BGL y GV.

GASTRECTOMÍA EN MANGA EN ADOLESCENTES OBESOS. EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. Eduardo Figueroa, Mauricio Gabrielli, Cristian Gamboa, Diego Awruch, E. J. Andrea Vega, A. L. Pablo Achurra, Fernando Crovari, Alejandro Raddatz, Fernando Pinetel, Gustavo Pérez, Ricardo Funke, Alex Escalona, Camilo Boza.
Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La cirugía de la obesidad en nuestro país ha ido en aumento con indicaciones cada vez más amplias. La obesidad en adolescentes (definido como IMC > percentil 95 para edad y género) se ha triplicado. La cirugía bariátrica en adultos ha sido aceptada mundialmente, en adolescentes es un tema controversial.

Objetivos: Analizar la experiencia de nuestro centro en la gastrectomía en manga (GML) en paciente adolescentes menores de 19 años en el período enero 2005 a abril 2009.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de la base de datos recolectada en forma prospectiva de los pacientes obesos sometidos menores de 19 años sometidos a gastrectomía en manga en el período enero del 2006 a abril del 2009. Se realizó una evaluación multidisciplinaria y encuesta de calidad de vida (Moorehead - Ardelet). **Resultados:** Se realizó GML a 45 pacientes obesos sometidos <19 años. El 84,4% (37) era de sexo femenino, el promedio de edad fue de 17,8 ± 1,3, el peso e IMC promedio fue de 97,9 ± 13,7 y 35,7 ± 3,8, respectivamente. El 75,6% tenía comorbilidad, siendo resistencia a la insulina un 43,18%, dislipidemia 25%, Hígado Graso 15,91%, Diabetes tipo 2 13,64%. El tiempo operatorio fue de 70,2 ± 24,3 minutos con un postoperatorio de 2,8 ± 0,6 días. No hubo conver-

sión a cirugía abierta y con plicaciones precoces solo en un paciente con filtración de la línea de sutura y tratamiento laparoscópico exitoso. El % de pérdida del exceso de peso a los seis meses y al año fue de 94,6% y 96,2%, respectivamente. Del 75,6% de pacientes que presentaron alguna comorbilidad, todos mejoraron o resolvieron su patología previa. En la encuesta de calidad de vida post-GML (Moordelet-Althert) el 60% describió como muy buena y 40% como buena luego de la cirugía.

Discusión: La gastrectomía en manga como tratamiento de la obesidad en pacientes adolescentes es una técnica con baja tasa de complicaciones, excelente pérdida de peso y buena resolución de comorbilidades en el seguimiento a corto plazo.

TUBO GÁSTRICO CON BYPASS ENTERAL: COMPARACIÓN ENTRE RESECCIÓN Y NO RESECCIÓN DEL ESTÓMAGO RESIDUAL. RESULTADOS A TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

Dr. M. Alamó¹, Dr. C. M. Antero², Dr. P. Brante³, Dr. M. Sepúlveda³, Dr. C. Astorga⁴, Dr. J. Gellona⁴, Dr. C. Sepúlveda⁵

¹Jefe de Servicio de Cirugía Hospital de Iquica, ²U. de La Frontera Temuco, ³Servicio Cirugía Hospital de Iquica, ⁴Residente de Cirugía Hospital de Iquica, ⁵Servicio Cirugía Hospital L. Tisné.

Introducción: El objetivo de este trabajo es reportar los resultados obtenidos con la confección de un tubo gástrico vertical con Bypass Enteral, una técnica quirúrgica restrictiva y malabsorbtiva para el tratamiento de la obesidad mórbida, en términos de baja de peso, reducción de IMC y mejoría de comorbilidades con parando además, resección vs. no resección del estómago residual.

Materiales y Método: Estudio de cohorte prospectivo. GVBE sin gastrectomía (Grupo 1) vs GVBE con gastrectomía (Grupo 2). Se incluyeron y analizaron pacientes con IMC > 40 kg/m² o BMI > 35 kg/m² con comorbilidades que fueron a GVBE entre Febrero de 2004 y Marzo de 2008 por laparoscopia o laparotomía en el Hospital de Iquica, Santiago de Chile. Se analizaron la baja de peso, IMC, morbilidad y mejoría de las comorbilidades. Se aplicaron estadísticas descriptivas, análisis bi-variado usando Chi² y Test de Fisher para las variables categóricas. Para las variables continuas se utilizó T-test, ANOVA y Kruskal Wallis.

Resultados: En el Grupo 1 hubo 41 pacientes (31,1%) y 91 en el Grupo 2 (68,9%). No encontramos diferencia significativa entre los grupos en IMC preoperatorio, peso preoperatorio, baja de peso, reducción de IMC y mejoría de comorbilidades. En cambio se encontró una mayor morbilidad en el Grupo 1 (39%) que en el 2 (6,6%) (p=0,0001).

Conclusión: La GVBE es una técnica efectiva en términos de baja de peso, reducción de IMC y mejoría de comorbilidades para ambos grupos. La resección del estómago residual tiene menos morbilidad, por lo que recomendamos la gastrectomía como acción de rutina en este procedimiento.

INCIDENCIA Y MANEJO DE FILTRACIONES EN GASTRECTOMÍA EN MANGA.

Dr. G. Viscido, T. Larach, C. Gamboa, C. Boza, G. Pérez, A. Escalona

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La gastrectomía en Manga Laparoscópica actualmente ha ganado popularidad como procedimiento primario en el tratamiento de la obesidad. Las filtraciones de la línea de sutura son una complicación grave. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia, diagnóstico y tratamiento de una serie de gastrectomías en manga laparoscópicas en un centro de alto volumen.

Pacientes y métodos: análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a gastrectomía en manga laparoscópica desde agosto de 2005 a junio de 2009. Se estudiaron variables demográficas e índice de masa corporal. En los casos en que hubo filtración de la línea de sutura analizamos el día de sonda utilizada, momento de aparición (precoz o tardío), cuadro clínico, examen radiológico realizado, localización, tratamiento adoptado (no quirúrgico y quirúrgico), tiempo de curación y días de internación. **Resultados:** en el período analizado se realizaron 790 gastrectomías en manga laparoscópicas; cuatro pacientes presentaron filtración de la línea de sutura (0,5%); uno de ellos se presentó a las 36 horas con peritonitis posquirúrgica requiriendo reoperación y aseo; los tres pacientes restantes reingresaron en promedio a los 8,3 días de la cirugía (7-11) y fueron tratados con reoperación, aseo y colocación de prótesis endoscópica en un caso, instalación de prótesis más drenaje percutáneo en el otro y colocación de prótesis como único tratamiento en el restante. La localización de la filtración en todos los casos fue la unión gastroesofágica. El tiempo promedio del cierre de la fístula fue 32 días (10-60). Los días de internación en promedio fueron 37 días (12-77). No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusión: la incidencia de filtraciones en nuestra serie fue baja. El manejo mínimamente invasivo con drenaje percutáneo y prótesis endoscópicas fue de gran utilidad, evitando procedimientos quirúrgicos con mayor morbilidad.

RESULTADOS A MEDIANO PLAZO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCÓPICA EN 300 PACIENTES OBESOS

Dr. JE. Contreras, J. Bravo, J. Nuñez, D. Villao, J. Lobos, H. Ureta, C. Carvajal

Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Clínica Santa María, Departamento de Cirugía. Hospital del Salvador

Introducción: La gastrectomía vertical tubular laparoscópica (GVTL) es uno de los procedimientos aceptados para la reducción de peso y control de las comorbilidades en pacientes obesos. Debido a sus resultados y a la escasa morbilidad se ha difundido ampliamente y sus indicaciones se han extendido. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la GVTL en un seguimiento a mediano plazo.

Métodos: Estudio prospectivo no controlado desde noviembre de 2005 a mayo de 2009 que incluye 300 pacientes sometidos a GVTL por el mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica, evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio. Resultados: Se reporta 35% hombres y 65% mujeres. Promedio de edad: 39,7±10,5 años, peso preoperatorio: 111,8±22Kg e IMC: 40,6±6,7Kg/m². Obesos grado I fueron 14,3%, Grado II: 40,7%, Grado III: 35%, Megaobesidad: 8,7% y Superobesidad: 1,3%. Se encontraron patologías concomitantes en un 96%, tales como: dislipidemia (64%), resistencia insulínica (62,7%), esteatosis hepática (58,6%), hipertensión arterial (37%), apnea del sueño (35,7%), patología esofágica (34%), patología osteoarticular (26,7%), hipotiroidismo (21,3%), intolerancia a la glucosa (17,3%), colelitiasis (8,6%) y diabetes (7,7%). Promedio de tiempo operatorio: 71 minutos y hospitalización: 5 días. Se reportó 3% de complicaciones postoperatorias, principalmente fistulas: 1,3%, estenosis: 0,7%, entre otros. No existieron conversiones a técnica abierta ni mortalidad. En el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses se verificó un porcentaje de pérdida del exceso de IMC de 55±20%; 73±25% y 81±29% respectivamente, con diferencia estadística entre significativa (P<0,01). En el seguimiento a 12 meses el 61,5% mejoró la diabetes y un 38,5% mejoró su condición metabólica.

Conclusiones: La GVTL es una técnica segura y efectiva, con poca morbilidad y nula mortalidad. Se evidencia resultados óptimos en cuanto a reducción del exceso de peso en el seguimiento a 12 meses. Es conveniente realizar seguimientos más tardíos para evaluar la mantención de estos resultados a largo plazo.

SWITCH DUODENAL Y DIABETES TIPO 2: "15 AÑOS DESPUÉS"

Drs. A. Csendes¹, V. Azabache², J. Braghetto¹

¹Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

²Programa de Perfeccionamiento Cirugía Bariátrica. Facultad de Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Con el estudio de la cirugía bariátrica, se ha descubierto la importancia del intestino en el metabolismo o regulador de la diabetes.

En la década del 90 se realizó el switch duodenal como parte del tratamiento para el esófago de Barrett. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia e incidencia de diabetes mellitus en el grupo de pacientes operados con switch duodenal 15 años después del procedimiento.

Materiales y Método: Estudio prospectivo de control para diabetes a todos los pacientes sometidos a switch duodenal con asa de 60 a 70 cm. de largo entre 1992 y 1996. Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio a través de cartas certificadas.

Se les practicó una actualización del control médico y de laboratorio dirigido a la detección de diabetes. Los datos se recolectaron en base Excel y se utilizaron

medidores estadísticos descriptivos para el análisis. Resultados: Entre 1992 y 1996 se realizaron 74 cirugías con switch duodenal. 63,5% mujeres. La edad promedio al momento del estudio fue de 66 años.

31 pacientes (42%), aceptaron participar en el estudio y se les realizó examen clínico y de glicemia sanguínea. 13,5% tuvieron controles postquirúrgicos entre 10 y 14 años sin evidencia de diabetes clínica. De la población inicial 2 pacientes presentaron diabetes antes sin tratamiento después de 15 años de la cirugía. De los pacientes controlados, ninguno desarrolló diabetes.

Conclusión: En la población estudiada después de 15 años de switch duodenal no se encontró ningún caso nuevo de diabetes y los 2 casos portadores de la enfermedad fueron curados. Este trabajo apoya la investigación sobre el tratamiento quirúrgico para la diabetes.

BYPASS DUODENOY Y UNAL LAPAROSCÓPICO (BDY) COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 NO OBESOS.

Drs M. Berry, P. Lamaza, L. Umutia, R. Lahsen, M. Fajardo, R. Villagran.

Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes

Introducción: Todas las técnicas de Cirugía Bariátrica tienen un impacto favorable sobre la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Basándose en las investigaciones de Rubinio en animales, el Bypass Duodenoyeyunal Laparoscópico ha sido propuesto como una alternativa quirúrgica viable en pacientes diabéticos no obesos.

Objetivo: confirmar la validez del Bypass Duodenoyeyunal como alternativa de tratamiento en pacientes no obesos portadores de DM2.

Materiales y Método: 11 pacientes son sometidos a BDY en base a Protocolo de estudio, previa firma de consentimiento informado. La técnica consiste en transección del duodeno 2 cm distal al píloro, anastomosis duodeno-yeyunal, asa biliopancreática de 150 cm y un asa alimentaria de 100 cm. A lo segundo día se realiza esofagograma con Bario diluido, y se administra Metformina por los primeros seis meses postoperatorios.

Resultados: 10 hombres, 1 mujer, edad promedio 45 años (34-54). Tiempo de evolución de DM2 5 años (1-10), 2 de ellos eran usuarios de Insulina. El IMC descendió de 28,7 (26,8-31) a 27,5 (27-27,9) a los seis meses postoperatorio. Los niveles de Glucosa en ayunas fueron bajando desde 165 (128-251) a 113,9 (95,5-130) al primer mes, y a 108,5 (97-120) a los seis meses postoperatorios. HbA1c descendió de 8,3% (6,9-9,3) a 6,6 (5,9-7,5) al primer mes, y a 6,56 (6,2-7,1) al sexto mes. Ningún paciente requiere Insulina. Morbilidad: 2 casos de gastroparesia y una filtración de la sutura duodenoyeyunal, resuelta. 0% Mortalidad.

Conclusión: los resultados obtenidos hasta el momento son alentadores, demostrando remisión o mejoría en pacientes DM2 no obesos. Es necesario mayor seguimiento.

EFFECTOS DE LA GASTRECTOMÍA EN MAN-
GA LAPAROSCÓPICA SOBRE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES OBESOS.
Drs. M. Berry, R. Lahsen, M. Fajardo, L. Umutia,
P. Lamaza, R. Villagran...
Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes.

Objetivo: Demostrar el impacto favorable de la Gastrectomía en Manga Laparoscópica como procedimiento único sobre la Diabetes Mellitus tipo 2 en obesos.

Materiales y Métodos: Se presenta una serie prospectiva no randomizada de 17 pacientes obesos portadores de Diabetes mellitus tipo 2, sometidos a Gastrectomía en Manga Laparoscópica como tratamiento quirúrgico único, entre Abril de 2006 y Mayo de 2009. El grupo comprende 11 hombres (64%) y 6 mujeres, con una edad promedio de 45,4 años (24-70) y un IMC de 37 (31-51). 16 de ellos eran usuarios de Hipoglucemiantes orales (3 con biterapia). No había Insulino-requirientes en la serie. La técnica quirúrgica consistió en Gastrectomía en Manga por vía Laparoscópica. El tiempo quirúrgico promedio fue 97 minutos. La morbilidad alcanzó un 5,8% (un paciente), por sangrado que respondió a manejo médico. No hubo mortalidad ni reintervenciones.

Resultados: La Hemoglobina glicosilada del grupo descendió de 6,6% (5,5-7,9) a 5,6% (5,2-6,16), la Glucemia en ayunas de 128 (91-190) a 91,7 mg/dl (81-103) y la Insulinemia de 40 uU/ml (17-108) a 18,5 uU/ml (12,3-23,4). 16 pacientes eran usuarios de Hipoglucemiantes orales previo a su cirugía, 3 de ellos con biterapia, y uno sin fármacos. Se constató la disminución de las dosis (mejoría) en un paciente (6%) y la suspensión permanente (resolución) en 15 (93,7%). El seguimiento alcanza un máximo de tres años.

Conclusión: La Gastrectomía en Manga Laparoscópica tiene un impacto favorable en el control de la Diabetes Mellitus 2 en obesos.

RESULTADOS METABÓLICOS DEL BYPASS
GÁSTRICO EN DIABÉTICOS CON IMC > 35:
SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Drs. E. Lanzarini, H. Lembach, J.C. Molina, P. León,
J. Torres, S. Nuñez, I. Braghetto, L. Gutiérrez,
A. Csendes, Ints. H. Hermosilla, V. Avillo
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad
de Chile

Introducción: La cirugía bariátrica se ha consolidado como tratamiento de elección para obesos severos y sus comorbilidades. La Cirugía ha demostrado tener un efecto específico sobre la diabetes, con importantes tasas de remisión a corto y mediano plazo en este grupo de pacientes.

Objetivo: Revisar los resultados del Bypass Gástrico abierto o laparoscópico en pacientes con IMC > 35 y portadores de DM 2, con seguimiento mayor a un año.

Materiales y Método: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes diabéticos con IMC > 35 someti-

dos a bypass gástrico entre el año 2000 y 2008. Se consignó datos demográficos, evolución de IMC y parámetros de control metabólico, y complicaciones. Resultados: Serie Compuesta por 89 pacientes, 70 mujeres y 19 hombres con edad promedio 47,6 años. El peso promedio previo a la cirugía era de 114,6 kg con un IMC promedio 43,9. 63% eran hipertensos y 43% dislipidémicos. El promedio de evolución de la DM 2 fue de 4,8 años, con una glucemia en ayunas preoperatoria de 141,2 mg/dl. 43,8% usaban hipoglucemiante oral, 6,7% usaban 2 y 6% usaban insulina. El seguimiento postoperatorio fue en promedio de 58,6 meses, con un máximo de 107 meses. El IMC promedio descendió durante el primer año hasta llegar a 30,6%, y se mantuvo estable hasta 7 años de seguimiento. La glucemia promedio descendió a 82,7 mg/dl al cabo de 1 año y se mantuvo estable con promedio inferior a 100 mg/dl durante todo el seguimiento. La hemoglobina glicosilada descendió desde 6,8% hasta 5,29% a 5 años. La insulinemia descendió desde 28 mU/L hasta 5,69 a 7 años. Cuatro pacientes presentaron complicaciones a corto plazo y 8 presentaron hernia incisional durante el seguimiento.

Conclusión: El bypass gástrico proporciona resultados favorables y estables en el seguimiento a largo plazo en el control metabólico de la diabetes en pacientes obesos.

RESULTADOS METABÓLICOS DE LA GAS-
TRECTOMÍA TUBULAR VERTICAL EN PA-
CIENTES CON ALTERACIÓN DEL METABO-
LISMO DE LA GLUCOSA.

Drs. E. Lanzarini, J.C. Molina, H. Lembach, P. León,
S. Nuñez, J. Torres, I. Braghetto, L. Gutiérrez,
A. Csendes, Ints. V. Avillo, H. Hermosilla.
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad
de Chile.

Introducción: La Gastrectomía Tubular Vertical (GTV) como procedimiento definitivo ha sido ampliamente aceptada para el control de peso de pacientes obesos moderados y severos. Se ha observado además un efecto favorable en el control de comorbilidades, incluyendo alteraciones del metabolismo de la glucosa.

Objetivo: Evaluar los resultados de la GTV en el control metabólico de pacientes con alteraciones del metabolismo de la glucosa.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes portadores de DM 2 o Insulinorresistencia (IR) sometidos a GTV entre 2000-2009.

Resultados: Serie de 21 pacientes, 20 mujeres y 1 hombre, con edad promedio de 45,3±16,9 años. 12 pacientes eran DM 2 y 9 IR. El IMC preoperatorio promedio en el grupo IR fue de 33,6 y en el grupo DM 2 fue de 35,8. El promedio de evolución de la DM fue 3,3 años, con glucemia preoperatoria de 150 mg/dl. El 75% usaba hipoglucemiantes orales. En el grupo IR la glucemia preoperatoria promedio fue 99,2 mg/dl y el 45% usaba hipoglucemiantes orales. El seguimiento postoperatorio fue 22,2 meses en promedio, con un máximo de 88 meses. En el

grupo DM 2 el IMC descendió durante el primer año hasta 28,2, y se mantuvo estable hasta 27,7 a los 3 años. La glicemia descendió a 88mg/dl al año y se mantuvo estable con un promedio de 94mg/dl a los 3 años. En el grupo IR el IMC descendió a 23,4 y la glicemia a 76mg/dl durante el primer año. La insulina descendió desde 28mU/L hasta 13mU/L durante el primer año en el grupo DM 2. En el grupo IR descendió de 18 a 5,8 en el mismo período. Dos pacientes presentaron complicaciones postoperatorias durante el seguimiento.

Conclusión: La GTV presenta resultados favorables tanto en el control de peso como en el control de parámetros metabólicos en DM 2 e IR, con baja morbilidad asociada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DIABETES MELLITUS 2 EN PACIENTES CON IMC < 35: BYPASS GÁSTRICO MODIFICADO
Drs. Enrique Lanzarini, Attilio Sendes, Luis Gutiérrez, Italo Braghetto, Fernando Maluenda, AM. Bugos, Hanns Lembach, Juan Carlos Molina, Karín Papapietro, Rodolfo Lahsen, Verónica Araya. Departamento de Cirugía. Unidad de Nutrición. Departamento de Endocrinología. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: Las indicaciones de cirugía bariátrica están actualmente en un proceso de revisión, considerando en forma creciente a los obesos leves, e incluyendo como posible indicación pacientes no obesos con Diabetes Mellitus 2 (DM 2) de difícil control, tratamiento que se ha catalogado como Cirugía Metabólica.

Objetivo: Reportar la experiencia acumulada del bypass gástrico modificado como tratamiento de la DM 2 en pacientes con IMC < 35.

Materiales y Método: Protocolo prospectivo que incluye pacientes con DM 2 con IMC < 35, sometidos a bypass gástrico modificado, con asa biliar-pancreática de 2m y asa aliméntaria de 1m, desde Agosto del año 2008 hasta Julio del 2009.

Resultados: Serie prospectiva con puesta por 25 pacientes con DM 2, 12 hombres y 13 mujeres, con una edad promedio de 50 años, e IMC promedio de 31,8 (rango: 25 a 34). El tiempo promedio de evolución de la DM 2 fue de 5 años. El promedio de seguimiento postoperatorio es de 9 meses. En el preoperatorio la glicemia promedio fue de 153 mg/dl, todos usaban hipoglucemiantes orales, 9 de ellos 2 fármacos, y 4 pacientes usaban insulina. La hemoglobina glicosilada promedio preoperatoria fue 8%. Presentaban Dislipidemia antes de operarse 17 pacientes. Sólo 1 paciente presentó una complicación operatoria (hemoperitoneo). Actualmente el IMC promedio es de 24,2 y el 88% (22) de los pacientes cumple con criterios de remisión para DM 2, el 12% (3) mejoría y ningún paciente se encuentra igual o peor.

Conclusión: El bypass gástrico modificado es un procedimiento seguro y efectivo en el control de la DM 2 en pacientes con IMC < 35, al menos en el seguimiento a corto plazo.

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS A MEDIANO PLAZO DEL BYPASS GÁSTRICO Y LA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE EN PACIENTES OBESOS

Drs. JE. Contreras, J. Bravo, C. Taladriz, J. Lobos, H. Ureta, J. Nuñez, C. Carvajal

Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Clínica Santa María, Departamento de Cirugía. Hospital del Salvador.

Introducción: El bypass gástrico (BG) y la banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) son procedimientos realizados con mayor frecuencia para el manejo de la obesidad en EEUU. El primero, un procedimiento malabsortivo, con resultados más dramáticos en cuanto a reducción de peso e impacto metabólico, sin embargo la BGAL, un procedimiento restrictivo, en pacientes bien seleccionados ha mostrado ser una buena alternativa.

Objetivo: Comparar los resultados del BG y la BGAL durante los primeros 12 meses de seguimiento.

Métodos: Estudio prospectivo no controlado desde abril de 2002 a mayo de 2008 que incluye pacientes sometidos a BG o BGAL, por el mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica, evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio. **Resultados:** Un total de 129 BG y 83 BGAL, demográficamente similares, excepto en el IMC preoperatorio con una diferencia de medianas de 42,4±6,3% vs 37,3±4,1% respectivamente (p<0,01) y el peso preoperatorio de 131Kg vs 118,5Kg respectivamente (p<0,01). Patología concomitante en 95,4% de BG vs 85,5% de BGAL (p=0,02). El promedio de disminución del porcentaje de exceso de IMC en BG vs BGAL a los 3 meses: 56,6±18,3% vs 43,1±24,7% (p=0,01), a los 6 meses: 72,1±15,3% vs 53,6±24% (p=0,01) y a los 12 meses: 87,6±22,3% vs 68,2±33,8% (p=0,01), respectivamente. No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a morbilidad postoperatoria inmediata (4,8% vs 1,17% respectivamente) (p=0,12), pero sí un mayor porcentaje de complicaciones tardías en BGAL 15,7% vs 0% en BG (p<0,01). Sin diferencia estadística en cuanto a mortalidad (0 vs 1,6%) (p=0,16). Hubo una mejoría de las comorbilidades en 44,7% y 16,9% (p<0,01) de BG y BGAL respectivamente.

Conclusiones: El BG y la BGAL son técnicas seguras y efectivas para el control de la obesidad. Se evidencian resultados óptimos en la reducción del exceso de peso, el mismo que es mayor en el BG. Sin embargo resultados se observan en cuanto al control de las comorbilidades, teniendo un mayor impacto el BG.

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS A MEDIANO PLAZO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR Y BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE LAPAROSCÓPICA

Drs. JE. Contreras, J. Bravo, H. Ureta, J. Lobos, J.C. Palet, J. Nuñez, C. Carvajal

Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Clínica Santa María Departamento de Cirugía. Hospital del Salvador

Introducción: La Gastrectomía Vertical Tubular Laparoscópica (GVTL) y la Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica (BGAL) son procedimientos bariátricos puramente restrictivos para el manejo de la obesidad. La GVTL, técnica más reciente, se ha popularizado debido a mejores resultados en cuanto a reducción de peso y control de las comorbilidades en comparación con la banda gástrica. **Objetivo:** Comparar los resultados de la GVTL y BGAL durante los primeros 12 meses de seguimiento. **Métodos:** Estudio prospectivo no controlado desde enero de 2002 que incluye 228 pacientes sometidos a GVTL o BGAL con al menos 1 año de seguimiento, realizadas por el mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica, evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio.

Resultados: Un total de 145 GVTL y 83 BGAL. Ambos grupos fueron demográficamente comparables, excepto el promedio de IMC inicial con una diferencia del grupo de GVTL: $41,3 \pm 6,5$ kg/m² vs BGL: $37,3 \pm 4$ kg/m² ($p < 0,01$) y la proporción de mujeres, que fue estadísticamente mayor en BGAL (78% vs 63%) ($p = 0,03$). Se reporta patología concomitante en 96,6% en GVTL vs 85,5% en BGAL ($p < 0,01$). Se obtuvo un promedio de disminución del porcentaje de exceso de IMC en la GVTL y BGAL a los 3 meses: $51,4 \pm 18,8\%$ vs $43,1 \pm 24,7\%$ ($p = 0,04$), a los 6 meses: $68,6 \pm 24\%$ vs $53,6 \pm 24\%$ ($p = 0,01$) y a los 12 meses: $81 \pm 27\%$ vs $68 \pm 34\%$ ($p = 0,02$), respectivamente. Existe diferencia estadística entre significativa en cuanto a morbilidad postoperatoria inmediata, siendo mayor en la GVTL: 7% y 1,17% en BGAL ($p < 0,01$), pero mayor porcentaje de complicaciones tardías en BGAL 15,7% vs 3,4% en GVTL ($p < 0,01$). La morbilidad de patología concomitante es mayor en GVTL 39,3% vs 16,9% en BGAL ($p < 0,01$).

Conclusiones: La GVTL tiene mayor impacto en la pérdida de peso que la BGAL a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento postoperatorio, sin embargo nuestra mayor porcentaje de complicaciones tempranas a diferencia de la BGAL que tiene mayores complicaciones tardías.

CIRUGÍA REVISIONAL POSTERIOR A BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE. EXPERIENCIA LUEGO DE 10 AÑOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Drs. Eduardo Figueroa, Mauricio Gabrielli, Diego Awruch, Cristian Gamboa, E.J. Andrea Vega, Int. Pablo Achurza, Fernando Crovari, Alejandro Raddatz, Fernando Pimentel, Camilo Boza, Gustavo Pérez, Ricardo Funke, Alex Escalona.

Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La falla en la baja de peso a largo plazo y resolución de comorbilidades posterior a cirugía bariátrica, así como la intolerancia a ciertos dispositivos ha sido un tema de discusión. La incidencia de complicaciones en la cirugía revisional es mayor al procedimiento primario y la elección del tipo de cirugía revisional.

Objetivos: Analizar la experiencia de nuestro centro en cirugía revisional, posterior a retiro de banda gástrica, la incidencia de complicaciones y el resultado a largo plazo.

Materiales y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía revisional posterior a retiro de banda gástrica ajustable en el período enero 2000 a abril del 2009. Análisis de base de datos electrónica, ficha clínica y encuesta telefónica de calidad de vida (Mooreshead - AHEAD). **Resultados:** De un total de 70 cirugías revisionales, 45 correspondieron a pacientes con banda gástrica ajustable previa. Se realizó bypass gástrico (BG) a 25 pacientes y a 20 pacientes gastrectomía en manga (GM). La edad fue mayor en el grupo de GM que en BG ($39,5 \pm 9,8$ vs $36,9 \pm 10,3$ años). El sexo femenino fue 85% (17) y 64% (16) para GM y BG, respectivamente. El IMC preoperatorio fue mayor en BG que en GM ($39,5 \pm 7,2$ kg/m² vs $34,8 \pm 5,9$ kg/m²). La vía laparoscópica se realizó en el 89%. El tiempo operatorio fue significativamente menor en GM que en el BG ($114,5 \pm 38,8$ min vs $146 \pm 60,7$ min). La vía laparoscópica fue 100% en GM y 80% en Bypass gástrico. No hubo conversión en los dos grupos. No hubo complicaciones en GM, dos pacientes presentaron complicaciones en el grupo BG; filtración anastomótica con absceso subfrénico y hemorragia digestiva asociado a colección abdominal. La estadía hospitalaria fue mayor en BG que en GM ($4,0 \pm 1,6$ días vs $2,85 \pm 0,7$ días). El IMC a los 6 meses fue de 30 ± 6 kg/m² en BG vs $26,7$ kg/m² en GM. Del grupo encuestado, con una media de seguimiento 29,4 meses, el IMC actual fue similar de $29,8 \pm 7,7$ kg/m², del 85,3% que tenía patología previa, todos resolvieron o mejoraron ésta. En la encuesta de calidad de vida, el 67,6% se sintió mejorado y el 26,4% se sintió muy mejorado. **Conclusión:** La conversión de Banda gástrica a BG o GM, tiene baja morbilidad, haciendo de éstos una excelente alternativa para el tratamiento fallido de la obesidad.

FRACASO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIO COMPARATIVO.

Drs. José Salinas, Cristian Gamboa, Fernando Crovari, Alex Escalona, Gustavo Pérez, Ricardo Funke, Alejandro Raddatz, Fernando Pimentel, Luis Ibáñez, Camilo Boza.

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En cirugía bariátrica se considera éxito cuando el paciente logra una baja del porcentaje de exceso de peso (% PEP) mayor al 50%. El objetivo de nuestro estudio es caracterizar a los pacientes con un % PEP < 50% y compararlos con aquellos que lograron un % PEP > 50% a un año.

Métodos: Entre julio de 2001 y octubre de 2008, 910 pacientes fueron operados de Bypass gástrico en Y-de-Roux laparoscópico (BGYRL, 67%) o Gastrectomía en manga laparoscópica (GM), 33%). Los pacientes fueron clasificados en grupo fracaso (GF) o grupo éxito (GE) si su % PEP fue < 50% o

>50% un año post-cirugía respectivamente. Resultados: El GF consiste en 22 (3.6%) BGYRL y 9 GM L (2.9%). El porcentaje de mujeres fue 83.9% para GF y 76.5% para GE (NS). La edad (años) fue 40.2±1.2 para GF y 37.6±1.0 para GE (NS). El IMC preoperatorio (kg/m²) fue 42.7±5.7 para GF y 40.0±5.4 para GE (p=0.006). El tiempo operatorio (minutos) fue 100 (50-210) para GF y 100 (40-400) para GE (NS). La estancia hospitalaria (días) fue 3 (2-6) para GF y 3 (1-77) para GE (NS). El % PEP fue (GF vs GE): M esl 22.3±9.4 vs 28.2±19.4, M es 38±14.2 vs 55.1±7.2, M es 47.4±17.4 vs 76.2±22.1, M es 95.0±16.7 vs 86.5±21 y M esl 41.5±9 vs 92.6±23.2 (p<0.05). La tasa de conversión fue de 3.2% para GF y 1% para GE (NS). La tasa de reoperación fue de 0% para GF y 2.2% para GE (NS). Complicaciones tardías fue 3.2% para GF y 6.8% para GE (NS). Complicaciones tardías fue 6.5% para GE y 18.2% para GE (NS).

Conclusión: Los pacientes con % PEP<50% al año post-cirugía tuvieron una baja tasa de pérdida de peso precozmente después de la cirugía. Los pacientes con baja de peso inadecuada en los primeros meses deben ser apoyados en forma extraordinaria por el equipo multidisciplinario.

BY PASS GÁSTRICO CON RESECCIÓN GÁSTRICA 95% EN PACIENTES CON OBESIDAD: COMPARACIÓN DE 2 TÉCNICAS.

Drs. I. Braghetto, A. Csendes, P. Burdiles, J. C. Díaz, L. Gutiérrez, F. M. Aluenda, E. Lanzarini, O. Kom, H. Valladares, M. Musleh.
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: El Bypass Gástrico es la técnica "Gold Standard" para tratamiento quirúrgico de la obesidad, con resultados a largo plazo con éxito sobre el 90% y muy baja mortalidad. En países con alta incidencia de cáncer gástrico se ha sugerido efectuar un Bypass Gástrico con resección del segmento distal del estómago.

Objetivo: Presentar los resultados postoperatorios inmediatos comparando 2 técnicas del Bypass resectivo.

Pacientes y Método: Se evalúa prospectivamente las características demográficas, las complicaciones y su manejo, mortalidad, días de hospitalización y reoperaciones en 61 pacientes (Grupo A) sometidos a técnica de Bypass Gástrico resecional efectuando gastroyeyunostomía anastomosis yeyunal ecánica con asa alimentaria de 150cm, comparando con 68 pacientes (Grupo B) sometidos a Bypass Gástrico resecional, pero con anastomosis gastroyeyunal latero lateral ecánica antecólica (técnica Brasileña).

Resultados: Las características demográficas fueron comparables en cuanto a edad, sexo, peso, IMC y comorbilidades en ambos grupos. El IMC preoperatorio fue de 40.8 (Grupo A) y 40.5 Kg/m² en el Grupo B. La duración del acto quirúrgico fue de 234.4 min. (120-420 min) en Grupo A vs 140.4 (110-240 min) en el Grupo B (p<0.05). La capacidad

gástrica fue de 24.8 Grupo A vs 42.0 Grupo B, que se miden durante el test con azul de metileno intraoperatorio. El tiempo de hospitalización fue de 8.8 días (4-38) en el Grupo A vs 5.2 días (4-12) Grupo B. Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 21 pacientes (34.4%) en el Grupo A vs 5 pacientes (7.4%) en el Grupo B (p<0.05). Se efectuaron 10 reoperaciones en el Grupo A y no reoperaciones en el Grupo B. Un paciente falleció en el Grupo A debido a una Embolia Pulmonar y no hubo mortalidad en el Grupo B.

Ostrucción de boca anastomótica (5 pacientes) y Fístula de la gastroyeyunostomía (4 casos) fueron las complicaciones más frecuentes observadas en el Grupo A.

Conclusión: La introducción de la técnica Brasileña mejoró significativamente los resultados postoperatorios inmediatos en el Bypass Gástrico con resección gástrica.

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS A MEDIANO PLAZO DEL BYPASS GÁSTRICO Y LA GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCÓPICA.

Drs. J. Bravo, J. E. Contreras, J. Palet, A. Sepúlveda, I. Darvich, H. Ureta, J. Lobos, C. Carvajal.
Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Clínica Santa María Departamento de Cirugía. Hospital del Salvador

Introducción: La prevalencia de obesidad ha presentado un incremento progresivo en las últimas décadas con aumento de la comorbilidad. Procedimientos como Gastrectomía Vertical Tubular Laparoscópica (GVTL) y Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL) son actualmente aceptados para tratar la Obesidad Mórbida.

Objetivo: Comparar los resultados del BGL y GVTL, durante los primeros 12 meses postoperatorios.

Métodos: Estudio prospectivo comparativo desde Abril de 2002 a Mayo de 2008 que incluye a pacientes operados de BGL o GVTL por el mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica, evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio.

Resultados: Un total de 129 BGL y 145 GVTL, demográficamente comparables, excepto en la edad con una mediana de 44 vs 39 años respectivamente (p=0.04). El peso preoperatorio y el IMC promedio no presentaron diferencia estadística entre los grupos, siendo 112±18 Kg vs 114±22 Kg (p=0.4) respectivamente y el IMC de 42.15±6 Kg/m² vs 41.34±6.49 Kg/m² respectivamente (p=0.29). La diabetes mellitus tipo 2 se encontró en un 27.1% de BGL y 7.6% de GVTL (p<0.001). Sin diferencias significativas en morbilidad, con 4.8% en BGL, principalmente HDA (2.4%) y en la GVTL un 3.44% principalmente fístulas (1.37%) (p=0.57). Sin diferencia estadística en cuanto a mortalidad con 1.6% en BGL vs 0% en GVTL. No hubo conversión. En el seguimiento a los 6 y 12 meses se verificó un promedio de pérdida de IMC en el BGL de 72% ±15% y 88% ±22% y en la GVTL 69% ±24% y 81% ±27.5% respectivamente, sin diferencias significativa (p=0.26 y p=0.08 respectivamente). En BGL se obtuvo 61.3% de remisión de la diabetes y en GVTL 40% a los 12

m eses (p=0.45).

Conclusiones: Ambas técnicas evidencian resultados similares en cuanto a reducción del exceso de peso en el seguimiento a mediano plazo. Tampoco diferencias estadísticamente significativas con respecto a la remisión de la diabetes mellitus. Es necesario evaluar estos resultados a largo plazo.

EVALUACIÓN DE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO EN PACIENTES SOMÉTIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.
Drs. J. Torres, P. León, A. Csendes, J.M. Robles, J. Lasen.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El Bypass Gástrico y la Gastrectomía Vertical Tubular son técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento de obesidad. Los pacientes sometidos a dichos procedimientos evolucionan con disminución de hemoglobina y hematócrito en el postoperatorio inmediato.

Objetivo: Evaluar la evolución de los valores de hemoglobina y hematócrito en el postoperatorio inmediato en pacientes sometidos a Bypass Gástrico y Gastrectomía Tubular Vertical.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica operados por el autor durante el 2008. Analizamos datos demográficos, ponderales y hematólogicos con Stata 8.

Resultados: 59 fichas fueron incluidas, excluyéndose 2 pacientes. Edad promedio: 43 años. DS: 12.65 años. 40 (70%) mujeres y 17 (29%) hombres. Todos obesos mórbidos. IMC promedio: 37.7 Kg/m² DS: 4.4 Kg/m². 23 (40%) sometidos a Bypass Gástrico y 33 (58%) a Gastrectomía Tubular Vertical. Duración operatoria promedio 142 minutos, 152 minutos en Bypass y 136 minutos en Gastrectomía Tubular Vertical. 66.6% fueron procedimientos laparoscópicos y 33.3% abiertos, éstos últimos correspondieron a Bypass Gástrico. Valores preoperatorios para hemoglobina y hematócrito 14.2 mg/dl (DS: 1.2 mg/dl) y 42% (DS: 3.7) respectivamente. No hubo complicaciones intraoperatorias. La mayor caída de los valores fue al segundo día postoperatorio 11.9 mg/dl y 35.6% respectivamente. El Bypass Gástrico presentó menores valores al segundo día con hemoglobina 11 mg/dl y hematócrito 34.8%. Conclusión: La disminución de hemoglobina y hematócrito es más evidente el segundo día postoperatorio, la hemoglobina descendió de 2,3 mg/dl (16,19%) y el hematócrito 6,4% (15,23%) respecto al preoperatorio. Este descenso fue más significativo en el Bypass Gástrico, que implicó cirugía abierta y mayor tiempo quirúrgico (152 minutos).

EVALUACIÓN DE ULCERAS ANASTOMÓTICAS TARDÍAS POST-BYPASS GÁSTRICO
Drs. J. Torres, A. Csendes, A. Burgos.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El Bypass Gástrico es una de las técnicas quirúrgicas más empleadas en Chile, siendo considerada el "gold standard" en el tratamiento de obesidad mórbida. Una complicación asociada a este procedimiento es la úlcera anastomótica. Objetivo: Evaluar la incidencia, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, control endoscópico, tratamiento y evolución de las úlceras anastomóticas tardías.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y prospectivo, de pacientes diagnosticados en el Hospital Clínico Universidad de Chile de úlcera anastomótica tardía luego de Bypass Gástrico, desde agosto de 1999 a mayo del 2009, dichas lesiones se presentaron 12 meses o más después de la cirugía.

Resultados: Se incluyó 8 pacientes, 6 mujeres y 2 hombres. Edad promedio 49 años, rango 32-70 años. (DS: 12,84 años). IMC 37,49 Kg/m² (DS: 8,12 Kg/m²). Tiempo promedio de presentación de úlceras anastomóticas fue de 36,86 meses postoperatorio (DS 27,91 meses). 6 procedimientos fueron abiertos, 2 laparoscópicos. 50% resectivos y 50% no resectivos. 75% fueron úlceras únicas, el 75% con tamaño menor a 15mm, (rango 5-20mm). 62,5% fueron descubiertas en la 1ra endoscopia postquirúrgica. Número promedio de endoscopias 2,6 (DS: 0,91). H.P positivo preoperatorio en 1 caso. El síntoma predominante fue la epigastralgia urente en 5 pacientes. 62,5% recibieron tratamiento con Omeprazol. 4 requirieron hospitalización y 4 tratamiento ambulatorio. Destaca un caso que presentó hemorragia digestiva alta y tratamiento endoscópico con adrenalina. Tiempo promedio de cicatrización postdiagnóstico 7,33 meses, rango 3-15 meses.

Conclusión: La incidencia de úlcera anastomótica tardía es baja (menor al 1%), correlacionándose con estadísticas publicadas. Probablemente el H. Pylori no tiene relación con esta complicación. Existe igual prevalencia en procedimientos resectivos y no resectivos. El tratamiento con omeprazol resulta efectivo.

HISTOLOGÍA DE LAS RESECCIONES GÁSTRICAS OBTENIDAS POR GASTRECTOMÍA SUBTOTAL TUBULAR

Drs. M. Canobra, A. Csendes, I. Braghetto, A. Burgos.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La Gastrectomía subtotal tubular permite obtener una parte del estómago, que con o toda pieza quirúrgica debe ser enviada a biopsia.

Objetivo: Analizar reportes de anatomía patológica de los estómagos resecaados en Gastrectomía tubular.

Materiales y Métodos: Revisión de fichas entre Enero 2005 y Abril 2009. Resultados: En las 302 gastrectomías revisadas, la edad promedio fue 37,4 años, 87,7% en sexo femenino y el IMC = 37,8; los estómagos en su mayoría fueron resecaados por vía laparoscópica (92,4% >). El diagnóstico histológico más frecuente fue Gastritis crónica activa con 47% (142 pacientes), seguida por Gastritis crónica inactiva (42%). Apenas el 10,9% de las piezas fueron reporta-

das como normales, con presencia de *Helicobacter pylori* en 36 de los casos (11,9%). Hiperplasia nodular linfóide, estuvo presente en 26,8% de las muestras; Metaplasia intestinal en 6,6% (20 casos) y Atrofia en el contexto de gastritis crónica en 8,3%. Se reportan 2% > de pacientes con otros diagnósticos: Pólipos, A tipias, Xantomate Islole pancreático ectópico. Como caso único, se encontró una pieza con CA gástrico incipiente (intramucoso) que corresponde a 0,3%; la muestra obtenida reportaba displasia multifocal y bordes con displasia arcada, por lo que la paciente posteriormente fue sometida a gastrectomía total.

Conclusiones: El estudio histológico de las muestras obtenidas por gastrectomía tubular reveló un 89% de alteraciones patológicas, lo cual es muy relevante y permite controles a posterior de pacientes en riesgo.

MEDICIÓN HISTOLÓGICA DE MÚSCULO DE PARED GÁSTRICA EN PACIENTES OBESOS.

Drs. V. Azabache^{1,2}, I. Gallegos³, A. Csendes¹, I. Braghetto¹, E. Lanzarini¹, M. Maluenda¹, J. Rojas¹, J. Yamuchi¹, G. Watkins¹, J. Castillo¹, M. Musleh¹, A. Burgos¹.

¹Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

²Programa Perfeccionamiento Cirugía Bariátrica. Facultad de Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile

³Departamento de Patología Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: Con las técnicas de sutura mecánica en cirugía gástrica, el conocimiento del grosor real de la pared gástrica, especialmente la capa muscular resulta fundamental.

El objetivo de este trabajo fue realizar la medición histológica estandarizada de la capa muscular de la pared gástrica en estómagos sanos de pacientes obesos en sus distintas porciones.

Materiales y Método: Estudio prospectivo que incluyó a todos los estómagos sanos resecados por cirugía bariátrica entre Diciembre del 2008 y Junio del 2009. El nivel de corte fue estandarizado para las medidas en fondo, cuerpo y antro.

La lectura de la muestra se realizó en microscopio con el uso del software scope photo y cámara MiniVID LW Scientific, Inc. El análisis estadístico se realizó con la ayuda de Software Estadístico SPSS. Resultados: Se incluyeron un total de 117 muestras, de las cuales 43,5% correspondieron a resecciones por bypass gástrico y 56,5% a gastrectomías verticales. El IMC promedio de los pacientes fue de 38,2 Kg. m². El grosor encontrado a nivel del fondo en promedio fue de 2269 micrones, a nivel del cuerpo 2611 micrones y a nivel de antro 3671 micrones. La medida del antro gástrico fue significativamente mayor a la del cuerpo y el fondo. (p<0,005). Se realiza el análisis estadístico con cada variable independiente.

Conclusión: El grosor de la capa muscular del estómago en el paciente obeso, varía entre sus distintas porciones, siendo significativamente mayor en el

antro. Esta consideración debe tenerse en cuenta en el momento de elegir el grosor de la sutura mecánica.

RESULTADOS DE LA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE LAPAROSCÓPICA EN 86 PACIENTES OBESOS

Drs. JE. Contreras, J. Bravo, C. Taladriz, J. Lobos, H. Ureta, D. Villao, J. Nuñez, C. Carvajal
Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Clínica Santa María, Departamento de Cirugía. Hospital del Salvador.

Introducción: La Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica (BGAL) es un procedimiento restrictivo, relativamente poco invasivo para el manejo de la obesidad. Estudios publicados en la literatura mencionan pérdidas del exceso de peso entre 40-60%.

Objetivo: Evaluar los resultados de la BGAL realizada por nuestro equipo.

Métodos: Estudio prospectivo no controlado desde abril de 2002 a noviembre de 2008 que incluye 86 pacientes sometidos a BGAL por el mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica, evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio. Resultados: Se reporta 23% hombres y 77% de mujeres. Promedio de edad: 38±12 años, peso preoperatorio: 100,3±20,2Kg e IMC: 37,2±4,1Kg/m². Patologías concomitantes en 70 pacientes (81,4%), siendo las más frecuentes: resistencia insulínica (45,3%), dislipidemia (41,8%), esteatosis hepática (25,6%) e hipertensión arterial (24,4%). Promedio de tiempo operatorio: 64 minutos y hospitalización: 3 días. Sin complicaciones postoperatorias precoces y un 18,6% de complicaciones tardías, principalmente desplazamiento de banda en 15,1%, cuatro de las cuales se reubicaron y nueve se extrajeron. De las 4 reubicaciones, 3 se convirtieron a gastrectomía vertical tubular (GVT) en los 2 años posteriores. Reflujo gastroesofágico en 1,1%, al igual que el desplazamiento del reservorio y hernia incisional. Se reporta falla del procedimiento, en cuanto a pérdida de peso, en cinco pacientes, cuatro de los cuales se convirtieron a GVT y uno a bypass gástrico. No hubo mortalidad en la serie. En el seguimiento a los 12 meses, 2, 3, 4 y 5 años se verificó un porcentaje de pérdida del exceso de IMC de 68±34%, 63±47%, 57,3±41%, 60,5±38% y 49±30% respectivamente, con diferencia estadísticamente significativa (P<0,01). Conclusiones: La BGAL es una técnica segura y efectiva, pero con complicaciones a largo plazo tales como el desplazamiento que obligan a su reubicación o conversión de técnica bariátrica. Se lograron resultados satisfactorios en cuanto a reducción del exceso de peso en el seguimiento a largo plazo.

RESULTADOS DEL BYPASS GÁSTRICO EN 166 PACIENTES OBESOS.

Drs. J. Bravo, JE. Contreras, J. Nuñez, H. Ureta, J. Lobos, D. Villao, C. Taladriz, C. Carvajal
Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Clínica Santa María Departamento de Cirugía. Hospital del Salvador

Introducción: El bypass gástrico (BPG) es un procedimiento bariátrico con probado para el manejo de

la obesidad. Es un procedimiento mixto (restrictivo /malabsorbtivo) con resultados satisfactorios en cuanto a pérdida del exceso de peso y control de las comorbilidades, como el síndrome metabólico. Objetivo: Evaluar los resultados del LBPg realizados por nuestro equipo.

Métodos: Estudio prospectivo no controlado desde abril de 2002 a mayo de 2009 que incluye 166 pacientes sometidos a BPG por el mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica, evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio. Resultados: Se reporta 28% hombres y 72% mujeres. Promedio de edad: 42,5±11 años, peso preoperatorio: 112,7±18Kg e IMC: 42,2±6,3Kg/m². Se encontraron patologías concomitantes en un 95,8%, tales como: dislipidemia 69,9%, hipertensión arterial 62,1%, esteatosis hepática 50,6%, resistencia insulínica 33,1%, diabetes tipo 2 32,5%, patología esofágica 32%, apnea del sueño 30,1%; entre otros. El 81% de los procedimientos fueron laparoscópicos, sin conversión. Promedio de tiempo operatorio: 178 minutos y hospitalización: 6,3 días. Se reportó 7,8% de complicaciones como: hemorragia digestiva alta: 3%, fistulas de la gastroenteroanastomosis: 3% y 0,6% de estenosis de anastomosis gastroyeyunal, al igual que de infección de herida operatoria. Mortalidad de 1,2%, un paciente por sepsis secundario a fístula y otro por tromboembolismo pulmonar masivo. En el seguimiento a los 12 meses, 2, 3, 4 y 5 años se verificó un porcentaje de pérdida del exceso de IMC de 88±22%, 81±22%, 78±21%, 75±23%, 73±22% respectivamente, con diferencia estadística entre significativa (p<0,01). En el seguimiento a 12 meses el 73,8% remitió la diabetes y un 26% mejoró su condición metabólica.

Conclusión: El bypass gástrico es una técnica efectiva para la reducción del exceso de peso, con cifras que se mantienen en el seguimiento a los 5 años. Además muestra un buen impacto metabólico en cuanto al control de la diabetes.

SEGUIMIENTO DE LOS EFECTOS DEL BYPASS GÁSTRICO EN EL ESÓFAGO DE BARRETT DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. N. Pereira, A. Csendes, G. Smok, A M. Burgos, S. Nuñez, P. León. Ints. A. Vega, C. Paulsen. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El bypass gástrico en obesos mórbidos es un buen procedimiento antireflujo dado que no hay producción de ácido en el remanente gástrico y no existe reflujo duodenal debido al largo de la Y de Roux. Entre el año 1998 y 2008, de 896 obesos mórbidos operados de bypass gástrico resectivo se encontraron en el preoperatorio 14 pacientes con Esófago de Barrett (EB) a través de endoscopia digestiva alta más biopsia (1,56%).

Objetivos: Evidenciar los efectos antireflujo del bypass gástrico resectivo sobre el EB y la sintomatología en pacientes obesos mórbidos operados. Materiales y métodos: Se realizaron controles sucesivos con evaluación clínica, endoscopia digestiva alta más biopsia a los 14 pacientes obesos mórbidos

operados de bypass gástrico resectivo con el diagnóstico preoperatorio de EB.

Resultados: De los 14 pacientes, hubo 9 mujeres y 5 hombres con un promedio de edad de 47,7 años al momento de la cirugía. Ocho pacientes presentaban EB corto (< 30 mm) y seis EB largo (> 31 mm). El IMC promedio disminuyó significativamente desde 41,7 kg/m² a 28,8 kg/m² a los 24 meses de la cirugía. Los síntomas de pirosis y/o regurgitación presentes en 10 pacientes se resolvieron en un 70% de los casos en un promedio de 6,5 meses. Hubo una regresión de la metaplasia intestinal a mucosa cardial normal en seis pacientes (75%) con EB corto y en un paciente (16%) con EB largo. De los seis pacientes con H. pylori (+) en el estudio preoperatorio, se negativizó en el 66,6%.

Conclusiones: El bypass gástrico en obesos mórbidos con EB es una excelente alternativa quirúrgica antireflujo, quedando demostrado por la desaparición de los síntomas en la mayoría de los pacientes y la regresión de la metaplasia intestinal a mucosa cardial normal lo cual es dependiente del tiempo y de la longitud.

GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA Y RETIRO DE BANDA GÁSTRICA SULTANEA

Drs. Xabier De Aretxabaala U., Jorge León C., Gonzalo Wiedmaier T., Carlos Benavides C., Ricardo Rossi F., Cristián Cavalla C. Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La gastrectomía vertical en manga es en la actualidad el procedimiento de elección para el tratamiento de la obesidad mórbida. Frente al fracaso de la banda gástrica, la ejecución de una gastrectomía en manga, posterior al retiro inmediato de la banda parece ser una opción válida. Material y Método: Desde Mayo de 2008 hasta Julio de 2009, 11 pacientes portadores de banda gástrica fueron intervenidos quirúrgicamente con la finalidad de realizar el retiro de la banda y la realización de la gastrectomía en un solo tiempo operatorio. Las indicaciones de retiro de la banda fueron: Deslizamiento de la banda en 2, desconexión desde el reservorio en 1, fracaso de tratamiento en 3 y reflujo gastroesofágico intolerable en 5 pacientes respectivamente. La técnica empleada fue esencialmente la misma que en los casos de gastrectomía sin retiro, salvo por la ejecución de los siguientes detalles técnicos: a) Sección de la banda, dejando intacta zona de plástica b) Empleo de carga verde en los 3 primeros disparos c) Sección gástrica alejada de la zona de plástica d) Revisión acuciosa de la hermeticidad del cierre d) Drenaje postoperatorio de rutina. El manejo postoperatorio no difirió del manejo de los pacientes sometidos a gastrectomía sin extracción.

Resultados: No se observó morbilidad inmediata ni alejada en los pacientes. Los exámenes realizados para comprobar ausencia de filtración (P de azul y Transito con Bario diluido) no demostraron fugas en ninguno de los pacientes.

Conclusión: La ejecución de una gastrectomía vertical posterior al retiro inmediato de la banda gástrica, constituye una alternativa técnica factible, segura y con resultados inmediatos similares a la realización de la gastrectomía como procedimiento único.

Seccional: Cirugía de Cabeza, Cuello y Plástica Máxilo-Facial

FACTORES PRONÓSTICOS DE LAS VARIANTES DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES
Drs. Osvaldo Iribarren B^{1,2}, Maximiliano Mertens P.³, Gabriel Iribarren R.³, Juan Madariaga G.^{2,4}, Vitorio Zaffirini M.^{2,4}, Ana Meliz G.⁴.

¹ Servicio de Cirugía, Hospital San Pablo Coquimbo, ² Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, ³ Alumno, Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, ⁴ Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Pablo.

Introducción: Se han descrito subtipos del cáncer papilar de tiroides (CPT) que, además de tener una estructura histológica específica, tienen probablemente un significado pronóstico distinto. El objetivo de este estudio es identificar la incidencia de las variantes del CPT, identificar factores de mal pronóstico asociados a variantes histológicas, con parámetros de recurrencia y estadio de la enfermedad según la variedad histológica, e identificar pacientes de alto riesgo de recurrencia regional o sistémica que requieren vigilancia intensiva.

Materiales: Cohorte única longitudinal. Período del estudio: Enero 1999 - Diciembre 2008. Criterios de inclusión: a.- Pacientes con CPT, sin tratamiento previo, operados y que cuentan con registro histopatológico completo con revisión y reclasificación de las variantes histológicas de CPT.

Criterios de exclusión: registros clínicos y/o histológicos incompletos; casos detectados incidentalmente en autopsias; pacientes sometidos sólo a biopsias diagnósticas. Se incluyen 63 pacientes y se excluyen 6 por datos incompletos. La clasificación de los subtipos fue: papilar bien diferenciado, variante folicular, esclerosante, sólido, células altas, de células columnares, oncocítico, cribiforme, microcarcinoma, insular y pobremente diferenciado.

Resultados: Se identificaron 51 mujeres y 12 varones. La incidencia del CPT fue: papilar bien diferenciado 40 casos (63.5%), variante folicular de cáncer papilar 16 casos (25.4%), esclerosante 4 casos, pobremente diferenciado 1, microcarcinoma 1, células altas 1 caso. Hubo como promedio histológico de la cápsula del tiroides en 6/27 casos en estadio I, 4/9 casos en estadio II, 20/26 casos en estadio III y 1/1 caso en estadio IV, $p < 0.01$. Hubo 3 recurrencias ganglionares sin compromiso tumoral de la cápsula y 9 casos con recurrencia que tuvieron como promedio tumoral de la cápsula, $p < 0.05$. El como promedio de la cápsula tiroidea se asoció a estadio clínico avanzado y recurrencia de la enfermedad. Hubo invasión linfática peritumoral en 12/27 en estadio I; 4/9 casos en estadio II, 21/26 casos en estadio III, y 1/1 casos en estadio IV, $p < 0.05$. En 12 casos (19.1%) hubo recurrencia ganglionar cervical. En 11/38 pacientes sin invasión linfática hubo recurrencia ganglionar y 27/38 con invasión linfática hubo recurrencia, $p < 0.01$. 3 casos fallecieron por CPT, 2 en estadio 3 y

1 caso en estadio IV, $p < 0.01$. La letalidad fue de 3.2%.

Conclusión: Los factores de mal pronóstico fueron estadio de la enfermedad, compromiso de la cápsula e invasión linfática peritumoral. No identificamos factores asociados a las variedades del CPT. La mortalidad se asoció a estadio avanzado de la enfermedad.

RELACIÓN ENTRE HIPERTIROIDISMO Y CÁNCER DE TIROIDES.

Drs. H. Rojas, M. Schiller, F. Contreras, C. Cortez, F. Osorio, S. Velasco, G. Wiedmaier, R. Rossi. Int.: B. Riesco, M. Cañáis, F. Opliger.

Servicio Cirugía y Medicina Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana.

Introducción: Históricamente se ha pensado que el hipertiroidismo es una patología protectora contra el cáncer de tiroides. Varios estudios en la actualidad nos muestran que la prevalencia de la asociación entre hipertiroidismo y cáncer de tiroides varía de forma significativa, siendo ésta no despreciable. **Objetivo:** Evaluar la relación existente, en cuanto a prevalencia entre el hipertiroidismo y el cáncer de Tiroides, así como su asociación con patología nodular tiroidea.

Materiales y Métodos: Se revisaron en forma retrospectiva las fichas clínicas de 286 pacientes tiroidectomizados en el Hospital Padre Hurtado, entre Marzo del 2001 y Junio del 2008. Luego, los datos fueron analizados desde dos perspectivas. Primero se vio el número de ellas realizadas bajo el diagnóstico preoperatorio de hipertiroidismo, para después obtener la prevalencia del cáncer de tiroides en este subgrupo de pacientes tiroidectomizados por hipertiroidismo. En segundo lugar, se vio el número de tiroidectomías realizadas por cáncer de tiroides y luego se analizó la prevalencia de hipertiroidismo presente en ellos. Se relacionó la existencia de patología nodular tiroidea en estos pacientes. **Resultados:** Se analizaron 286 fichas clínicas de pacientes sometidos a tiroidectomías. De ellos, 29 (10.1%) fueron intervenidos en forma secundaria a un hipertiroidismo. En este grupo, se vio que 3 pacientes (10.3%) presentaban un cáncer de tiroides. Por otro lado, de los 286 pacientes tiroidectomizados, 101 (35.3%) fueron operados por cáncer y de ellos, 3 (3%) presentaban hipertiroidismo. Estas neoplasias se presentaron en un caso de bocio difuso asociado a un nódulo y en dos casos de Basedow Graves. Todos tuvieron patología nodular asociada al hipertiroidismo.

Conclusiones: La prevalencia de cáncer de tiroides e hipertiroidismo encontrada es similar a la de la literatura. No debe descartarse la patología maligna

en el hipertiroidismo, menos aún si éste se asocia a patología nodular.

POTENCIAL PARTICIPACIÓN DEL RECEPTOR DE QUIMIQUINA CCR3 EN LAS METÁSTASIS LINFÁTICAS DEL CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES

Drs. G. Tapia¹, A. Leiva², K. Böhmwald, A. Kalergis³, C. Riedel² y H. González¹.

¹Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial. División de Cirugía. ²Laboratorio de Biología Celular de la Universidad Andrés Bello. ³Laboratorio de Inmunología y Biología Molecular. Facultad de Medicina y Ciencias Biológicas. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El cáncer papilar de tiroides (CPT) tiene una llamativa alta frecuencia de metástasis hacia los linfonodos cervicales que contrasta con la baja frecuencia de metástasis hematógena. Los mecanismos moleculares que determinan este patrón de diseminación son desconocidos. Los receptores de quimiquina poseen un rol fundamental en la destina- ción de células inflamatorias y podrían estar vinculados en el proceso de metástasis linfática en el CPT, como ha sido reportado para otros tumores. El objetivo de este estudio fue evaluar el patrón de expresión y la importancia funcional del receptor de quimi- quina CCR3 en el CPT.

Materiales y Método: La expresión de CCR3 fue analizada en forma prospectiva en el tejido tiroideo tumoral y no tumoral (control) de pacientes con CPT sometidos a tiroidectomía total, así como tam- bién en una línea celular derivada de CPT (TPC1). La capacidad quimiotáctica, de invasión, de prolife- ración y de resistencia a la apoptosis de las células tumorales, fue evaluada por ensayos de invasión en matrigel, incorporación de BrdU y ensayo de TUNEL, respectivamente. Para los análisis estadísticos se utilizó test de T para muestras pareadas. **Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes. Se evidenció una expresión significativamente aumentada de CCR3 en muestras de CPT comparadas con el tejido no tumoral, tanto por inmunohistoquímica como por citometría de flujo (2,5 y 3,5 veces, respectiva- mente, p 0,005). La mayor parte de la tinción de CCR3 fue localizada en el intracelular. Estudios fun- cionales revelaron un aumento en la capacidad de migración e invasión, así como también una mayor supervivencia (resistencia a la apoptosis) y capacidad de proliferación de las células tumorales expuestas al ligando de CCR3 (CCL11).

Discusión: La expresión aumentada de CCR3 en el CPT está asociada a una mayor agresividad de las células tumorales y podría contribuir al proceso de metástasis linfáticas en este tipo de tumor. Proyecto Consorcio en Biomoléculas Área 2. Núcleo Milenio de inmunología e inmunoterapia. Proyecto de estadía Post-Doctoral (Dra. Grace Tapia), Tutor: Dr. Hernán González

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN PATOLOGÍA TIROIDEA QUIRÚRGICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

Drs. SMir¹, F Capdeville¹, A. Madrid¹, M. Veloso¹, R. Montes¹, A. Petit-Breuilh², A. Gallegos¹, D. Oddó¹

¹ Servicio de Cirugía, Unidad de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer,

² Periodoncia e Implantología Universidad Mayor.

³ Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Nacional del Cáncer.

La patología tiroidea quirúrgica (PTQ) es una entidad clínica de frecuencia desconocida en el Instituto Nacional del Cáncer (INC). Con el objetivo de evaluar las características clínicas, anatomopatológicas, acciones terapéuticas y complicaciones de la PTQ en el INC, entre marzo 1999 y julio 2008, se revisan en forma retrospectiva las fichas de pacientes con diagnóstico de PTQ, intervenidos en dicho período. Se excluyeron operados en la unidad de pensionado. Se diseñó una base de datos con variables biodemográficas, motivo de consulta, tiempo de evolución, examen en físico, estudios clínicos específicos, tipo de cirugía, informes anatomopatológicos y complicaciones.

Se realizó análisis con estadística descriptiva. Se analizaron un total de 181 pacientes, 162 mujeres (90%), con edad promedio de 53 años (18-85 años). El tiempo de evolución hasta la hospitalización tuvo un promedio de 2 meses (1-3 meses). El motivo de consulta fue aumento de volumen cervical en 90% casos. La ecografía cervical mostró en 50% nódulo único. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue cáncer diferenciado de tiroides demostrado con punción con aguja fina (61%). La cirugía más frecuente fue tiroidectomía total en 81% de los casos. El diagnóstico postoperatorio más frecuente fue cáncer diferenciado de tiroides, siendo el total de estos pacientes, presentados a comité oncológico para manejo. Se complicaron un 12,5% pacientes, siendo lo más prevalente la hipocalcemia transitoria. No hubo mortalidad en esta serie.

El promedio de hospitalización fue de 4 días. La PTQ, en el INC, presenta tendencias similares a las descritas en las complicaciones internacionales, siendo la base de datos diseñada, útil para realizar seguimiento a largo plazo y estudios prospectivos. **Palabras claves:** tiroides, tiroidectomías, complicaciones, cáncer tiroides.

EVALUACIÓN DEL ESTUDIO PRE Y POSTOPERATORIO DEL CÁNCER DE TIROIDES

Drs. SMir¹, F Capdeville¹, A. Madrid¹, M. Veloso¹, R. Montes¹, A. Petit-Breuilh², A. Gallegos¹, D. Oddó¹

¹ Servicio de Cirugía, Unidad de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer, ² Periodoncia e Implantología Universidad Mayor, ³ Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Nacional del Cáncer.

El cáncer de tiroides (CT) constituye el 1% de los tumores malignos. De estos, aproximadamente el 80% son cánceres papilares, 12% folicular, 5% medular y 3% anaplásico. Con el objetivo de evaluar las características clínicas y anatomopatológicas,

así como el estudio pre y postoperatorio para cáncer de tiroides en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), entre marzo 1999 y julio 2008, se revisan en forma retrospectiva las fichas de los pacientes intervenidos por patología tiroidea quirúrgica, en este periodo. Se excluyeron los operados por la unidad de pensionado, por falta de seguimiento. Se diseñó una base de datos con las variables a evaluar. Se realizó análisis con estadística descriptiva y analítica. De 181 intervenciones por patología tiroidea quirúrgica, 111 pacientes eran portadores de cáncer (61%). Con edad promedio de 53 años (18-85 años), mayoría mujeres (90%). El tiempo de evolución hasta la hospitalización fue en promedio de 3 semanas. Clínicamente se describió tiroides patológica en el 90% de los pacientes.

La ecografía cervical fue sospechosa en 85% de los casos. La intervención más frecuente fue tiroidectomía total (81%). La biopsia rápida fue positiva en 96% de los cánceres, con un elevado valor predictivo positivo (VPP). El tipo histológico de mayor frecuencia fue cáncer papilar 94%. Respecto a las complicaciones, la mayor presentación fue la hipocalcemia transitoria (10%). La estadía intrahospitalaria fue de 3 días (2-10 días). No hay mortalidad en esta serie. El CT en el INCA durante los últimos diez años presenta una alta especificidad y valor predictivo positivo respecto a su estudio, con una tendencia similar a las series publicadas en la literatura internacional. Esta serie permite un seguimiento a largo plazo, para con unicaciones posteriores.

Palabras claves: tiroides, tiroidectomías, complicaciones, cáncer tiroides.

CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES METÁSTÁTICO: DEFINIENDO UN ADECUADO NIVEL DE DISECCIÓN LINFÁTICA CERVICAL

Drs. H. González, G. Tapia, M. Camus, F. Domínguez, A. León, I. Góñi.

Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial. División de Cirugía. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El cáncer papilar de tiroides (CPT) tiene una alta frecuencia de metástasis linfáticas. El tratamiento adecuado para la enfermedad macroscópica cervical lateral, independiente de su volumen, incluye la disección de los niveles del II al V. La real necesidad de disecar los niveles IIB y VA en todos los pacientes es controversial. El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia de metástasis linfáticas en los distintos niveles cervicales para definir en forma precisa la extensión apropiada de disección cervical.

Materiales y Método: Registro prospectivo de Enero del 2004 a Diciembre del 2008 de pacientes con CPT metastático, tanto primarios como recurrencias, sometidos a una disección cervical selectiva. Los linfonodos obtenidos fueron separados por niveles bajo la supervisión de un único cirujano (HG). Resultados: Se incluyeron 328 disecciones realizadas en 267 pacientes, de las cuales 206 fueron unilaterales

y 61 fueron bilaterales. Globalmente la frecuencia de metástasis por nivel fue: nivel IIA: 43%, nivel IIB: 14%, nivel III: 60%, nivel IV: 63%, nivel VA: 2%, nivel VB: 44% y nivel VI: 91%. En un subgrupo de pacientes (n=172) con diagnóstico preoperatorio de adenopatías menores a 2,5 cm limitadas a los niveles III y IV, los niveles IIB y VA estuvieron comprometidos en un 8% y 0%, respectivamente (p<0,05). Discusión: Las metástasis de los niveles IIB y VA son infrecuentes en pacientes con enfermedad de bajo volumen localizada en los niveles III y IV del cuello, por lo que en dichos pacientes una disección cervical limitada a los niveles IIA, III, IV y VB sería apropiada.

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE OSTEOSARCOMAS DE CABEZA Y CUELLO.

Drs. R. Las Heras¹, O. Cuevas¹, A. Madrid², F. Capdeville², M. Veloso², B. Müller², H. Harbst².

¹ Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

² Instituto Nacional del Cáncer

Objetivos: Analizar la modalidad terapéutica, tipos de reconstrucción, complicaciones quirúrgicas y supervivencia de un grupo de pacientes tratados por esta patología.

Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de 8 pacientes portadores de osteosarcoma de cabeza y cuello entre septiembre de 1998 y septiembre de 2007. Se consignaron edad y sexo; grado tumoral; esquema terapéutico; tipo de cirugía y reconstrucción; supervivencia. Todos los pacientes fueron operados y reconstruidos por el mismo equipo. El esquema terapéutico fue diseñado por un comité multidisciplinario. El protocolo fue cirugía seguida de quimioterapia en pacientes susceptibles de ser ressecados con márgenes libres. En caso contrario, se indicó quimioterapia antes y después de la cirugía.

Resultados: Edad promedio 32 años (18-45), 5 mujeres y 3 hombres. Localización fue 4 máxilar, 3 mandibular y 1 etmoidal. Cinco tumores G1, dos G2 y un G3. Tres pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante y todos adyuvante. Tratamiento de tumores máxilares: 3 máxilectomías con reconstrucción del piso de la órbita con malla de titanio y colgajo libre de recto abdominal, una máxilectomía con exenteración orbitaria. Tratamiento de tumores mandibulares: máxilectomías, 2 reconstruidos con colgajo libre de peroné y uno con colgajo libre de trapecio. Tratamiento del tumor etmoidal fue resección craneofacial. Hubo 3 complicaciones: una falla de plecta de colgajo libre de peroné, una atrofia parcial de colgajo libre de recto abdominal y una dehiscencia parcial de sutura en la resección craneofacial. Tres pacientes tuvieron bordes libres: uno de ellos murió por recurrencia de enfermedad a los 23 meses y los otros dos están vivos libres de enfermedad 5 años postcirugía. No hubo recurrencia de enfermedad ni metástasis en los 5 pacientes restantes. Dos pacientes con tumor máxilar murieron de su enfermedad y un tercero murió por causa no relacionada. El seguimiento promedio fue 44 meses con supervivencia a 5 años

del 60% .

Conclusiones: Nuestros resultados mostraron edad, distribución por sexo y sobrevida similares a los publicados en los reportes de la literatura. No hay correlación entre mánigenes libres y sobrevida, como se ha descrito. La localización m axilar se correlacionó con peor pronóstico.

USO SELECTIVO DE DRENAJES EN TIROIDECTOMÍAS.

Drs. J. A. Pérez, V. Urutia, P. Silva, A. Murúa. Subdepartamento de Cirugía de Adultos, Hospital Regional Valdivia. Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: El empleo rutinario o selectivo de drenajes en tiroidectomías para prevenir hematomas cervicales es tema controvertido. El objetivo de este trabajo fue evaluar el uso selectivo de drenajes omitiendo el dispositivo en la cirugía tiroidea corriente y empleándolo en pacientes con riesgo de desarrollar hematomas cervicales.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de casos consecutivos operados entre enero 2008 y junio 2009. La serie incluyó 84 pacientes con diversas patologías tiroideas sometidos a tiroidectomía total o parcial. Los parámetros evaluados fueron: edad, sexo, procedencia, extensión de la cirugía, biopsia de piezas operatorias, estadía hospitalaria y complicaciones perioperatorias atinentes al drenaje. Resultados: De los 84 casos, en 68 (81%) no se usó drenaje y en 16 (19%) se empleó el dispositivo. El motivo del drenaje fue espacio muerto cervical ampollo en 12 casos, bocio intratorácico en 3 y tiroidectomía total más disección linfonodal en 1. De los 68 casos en que no se utilizó drenaje 59 (86,8%) fueron mujeres y 9 (13,2%) hombres, edad promedio 44,4 años (rango: 18 y 68 años). Se practicaron 44 (64,7%) tiroidectomías totales, 14 (20,5%) tiroidectomías subtotales y 10 (6,8%) lobectomías e istmoectomía. La biopsia informó cáncer papilar en 19 (27,9%) casos y 47 (69,1%) lesiones benignas. Las complicaciones fueron 1 (1,4%) hematoma cervical que ameritó reoperación y 7 (10,2%) seromas. La estadía hospitalaria fluctuó entre 1 y 4 días, promedio 1,9, con hospitalización de 1 día 21 (30,8%) pacientes, 2 días 36 (52,9%), 3 días 8 (11,7%) y 4 días 2 (2,9%). Conclusiones: Conclusiones que en nuestro medio es posible implementar el uso selectivo de drenaje en tiroidectomías. A corde a la patología tiroidea quirúrgica que manejanos y aplicando nuestros criterios de selección la mayoría de los pacientes no precisa estos dispositivos. La ausencia de drenajes no conlleva mayores complicaciones y posibilita una estadía hospitalaria breve.

ESTUDIO ANATOMICO DE LAS ANASTOMOSIS DE LOS NERVIOS LARINGEOS.

Drs. Marcelo Veloso O., Carolina Bustamante Y. Instituto Médico Legal de Santiago

Introducción: No existen muchos trabajos nacionales sobre la anatomía normal de los nervios laringeos especialmente respecto a las anastomosis descritas entre ellos, lo que tiene tanto importancia quirúrgica como médica y fonoaudiológica.

Objetivos: El estudio de la anatomía laríngea, focalizando el estudio en la anatomía de los nervios laríngeos, nervio laríngeo superior (NLS) y nervio laríngeo recurrente (NLR) específicamente en sus anastomosis, como aproximación hacia la microcirugía laríngea.

Materiales y método: Cadáveres frescos mayores 18 años del Instituto Médico Legal de Santiago en quienes se realizó la disección laríngea identificando las anastomosis entre NLS y NLR.

Resultados: 16 hemilaringes analizadas, en 12/16 de ellas se encontró la anastomosis de Galeno entre el NLS y NLR, en las 4 restantes se encontró una anastomosis no descrita previamente en la literatura que llamamos anastomosis del foramen tiroideo like. No obstante a este hallazgo, no se encontraron diferencias significativas respecto a lo reportado en la literatura.

Conclusiones: Este trabajo incentiva a continuar la investigación pues podría ayudar al desarrollo de la microcirugía laríngea como también constituir los primeros pasos hacia un programa de trasplante laríngeo en nuestro país.

TUBO DE DERIVACIÓN SALIVAL MODIFICADO PARA MANEJO DE FÍSTULAS FARINGOCUTÁNEAS COMPLEJAS Y REEMPLAZO FARINGOESOFÁGICO TRANSITORIO.

Drs. R. Montes, M. Veloso, L. Zanolli, A. Madrid, F. Capdeville.

Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional del Cáncer.

Las fístulas faringocutáneas post-laringectomía radical son una complicación postquirúrgica frecuente y, en ocasiones, de muy difícil manejo. De igual modo, la falla simultánea de una reconstrucción con pleja faringoesofágica, coloca al paciente y al equipo médico en una situación extremadamente difícil con pocas opciones reconstructivas. Por esto, todos los procedimientos que puedan ser utilizados para prevenir y tratar estas complicaciones son de suma trascendencia.

El by pass salival de Montgomery se ha utilizado desde hace ya varias décadas para manejar fístulas faringo-cutáneas post-quirúrgicas. Este es un sistema sencillo y que ha demostrado su eficacia en el tiempo. A pesar de esto, en nuestro medio es muy difícil conseguirlo y de un elevado costo para el paciente. Este trabajo es una serie de tres casos consecutivos donde se utilizó un tubo de derivación salival creado por el autor. El objetivo es mostrar el proceso de construcción del tubo, la forma de instalación, las indicaciones (reconstrucción faringoesofágica transitoria, derivación de faringostoma y prevención de fístula faringo-cutánea) y los resultados obtenidos con esta técnica.

ANÁLISIS DE FACTORES DE AGRESIVIDAD EN MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES.

Drs. P. Cabané T.¹, P. Gacé E.¹, C. Esveile A.², M. Díaz B.¹, C. Liberman G. y C. Fernández F.³

¹ Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ² Estudiante de Medicina Universidad de Chile. ³ Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ⁴ Sección Endocrinología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El carcinoma papilar representa el 85% de las neoplasias malignas de tiroides. Con el uso de nuevas y mejores técnicas diagnósticas se logra detectar lesiones cada vez más pequeñas. El tratamiento del microcarcinoma (< 1cm.) de tiroides (M CPT) es controversial.

Objetivos: Describir las características clínico-histológicas del M CPT y determinar factores de riesgo para agresividad; evidenciada por compromiso capsular, linfonodal o recidiva.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de los datos obtenidos de fichas clínicas de 147 pacientes tratados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2000 y 2008.

Resultados: La edad promedio al momento de la cirugía fue 45,5 años (rango 16-92), 92,5% sexo femenino. Un 21,7% presentaba antecedentes personales de morbilidad tiroidea y un 8,8% en familiares de primer grado. El 60,5% estaba sintomático. El 44,9% fue sintomático a PA AF, con un 48,5% de sensibilidad. La técnica quirúrgica más utilizada fue la tiroidectomía total (91,2%), asociada en un 29,2% de los casos a resección linfonodal y en un 41% a I-131 postquirúrgico. El subtipo histológico en un 66,4% fue clásico (papilar); 22,4% folicular y 11,2% mixto. En un 26,5% se encontró multifocalidad y en un 20,4% multicentricidad; existió invasión capsular en el 14,3% y no se apreció permeación vascular. El 31,3% de las lesiones medía más de 5 mm y hubo compromiso linfonodal en 25,5% del total. Sólo un 49,7% de las biopsias contenían neoplasias M CPT. El análisis univariado mostró que neoplasias mayores a 5 mm (OR=5,93; P<0,001) y la extensión tumoral multifocal (OR=3,04; P=0,018) serían factores de riesgo para presentar compromiso capsular; mientras que presentar un subtipo histológico folicular sería factor protector de esto (OR=0,14; P=0,036). El análisis de regresión binomial determinó que la carga de agresividad se ve fuertemente influenciada por el compromiso capsular (OR=14,25; P<0,001), el cual está condicionado en su mayor medida por lesiones cancerosas mayores a 5 mm (OR=6,13; P<0,001). En el período de seguimiento no existen casos de recidiva.

Conclusión: En esta serie se observó un alto porcentaje de lesiones tumorales mayores a 5 mm de diámetro, factor que junto a la multifocalidad condicionarían mayor agresividad del M CPT. Estos factores deberían ser considerados al momento de seleccionar el tratamiento de este cáncer; y a la luz de estos análisis se debe rediscutir la clasificación de esta patología.

COLGAJO RADIAL LIBRE EN RECONSTRUCCIÓN POST CIRURGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO. NUESTRA EXPERIENCIA.

Drs. Cohn, L. Tapia, A. Gallego, M. Barría, M. Salvatierra, D. Ojeda, Int. J. Lombardi
Departamento y Servicio de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile. Hospital del Salvador.

Introducción: El colgajo radial libre es uno de los métodos más utilizados para la reconstrucción en cirugía de cabeza y cuello, permitiendo un adecuado resultado funcional, tanto de la deglución, fonación y sensación intraoral.

Objetivo: Evaluar nuestros resultados utilizando el colgajo radial libre como forma de reconstrucción post cirugía oncológica de cabeza y cuello.
Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de 21 pacientes en los que se realizó un colgajo radial libre, entre mayo del 2001 y mayo del 2009. Se revisaron las fichas clínicas, creando una base de datos en excel, y analizando los resultados con estadística descriptiva.

Resultados: 21 pacientes fueron analizados, con una edad promedio de 59 años. El principal sexo afectado fue el masculino (76%). La etiología principal para la indicación de un colgajo radial libre fue el cáncer oral (90%), siendo los subsitios más frecuentes los 2/3 anteriores de lengua y piso de boca; el cáncer de piel nasal (5%) y tumor parafaríngeo (5%) son las otras ubicaciones. La histología predominante fue el carcinoma escamoso, presente en el 95% de los casos. En un paciente, se encontró un adenoma pleomorfo con atipias celulares (5%). En otra paciente con carcinoma escamoso de lengua se encontró, en la disección de cuello, una metástasis de un carcinoma papilar de tiroides previamente tratado. Un 85% de los colgajos evolucionan sin complicaciones. La principal complicación fue la necrosis del colgajo, que fue parcial en el 10% de los colgajos y completa en un 5%.

Conclusiones: El colgajo radial es un método versátil de reconstrucción para el tratamiento de variadas etiologías en cirugía oncológica de cabeza y cuello. En nuestra experiencia, principalmente en la reconstrucción de cáncer oral, con alta supervivencia del colgajo y buenos resultados funcionales en el largo plazo.

CORRELACIÓN ENTRE INDICACION DE TIROIDECTOMÍA TOTAL E HIPOCALCEMIA POSTOPERATORIA.

Drs. C. Derosas¹, Int. S. Muñoz², Int. A.M. Carvajal².
¹ Residente de Cirugía Complementary Hospitalario San José,
² Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Una de las complicaciones frecuentes de la tiroidectomía total (TT) es la hipocalcemia postoperatoria. La incidencia reportada en algunos estudios es de aproximadamente un 50%. No se describe relación entre la indicación quirúrgica entre la incidencia o la severidad de la hipocalcemia en el postoperatorio, es por esto que el objetivo del presente reporte es correlacionar la indicación de TT

de hipocalcemia.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo correlacional. Se revisaron casos de TT realizadas desde agosto del 2001 y junio del 2009. Se dividió en 2 grupos de pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides y no oncológico. Se definió como hipocalcemia a un calcio total menor a 8 mg/dL. El análisis se realizó en SPSS 13.0. (CI 95%).

Resultados: del total de pacientes estudiados el 85,2% fueron mujeres, la edad promedio fue de $48,27 \pm 15,93$ años (rango 17-84). El 65,7% correspondió al grupo de cáncer de tiroides y el 34,4% al grupo no oncológico (28,9% a bocio multinodular benigno y 5,5% a hipertiroidismo o refractario). Del total de pacientes el 44,5% presentó hipocalcemia postoperatoria, el 23,84% de los pacientes a los que se les realizó TT por cáncer presentó este cuadro así también el 84,1% de los pacientes con TT no oncológico ($p < 0,0001$). El riesgo relativo (OR) de hipocalcemia en TT no oncológico es de 16,914 (CI 95% ; 6,534-43,786). No se encontró correlación entre hipocalcemia y paratiroidectomía incidental.

Conclusión: El presente trabajo demuestra que el riesgo de presentar hipocalcemia post-TT no oncológico es 16,9 veces superior a la que se realiza por criterios oncológicos, por lo que se sienta el antecedente para futuros estudios causales y medidas preventivas de esta condición.

Palabras Clave: Tiroidectomía Total, Hipocalcemia.

POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN ENZIMAS DE DETOXIFICACIÓN (CYP1A1 Y GSTM1) COMO FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO DE CÁNCER ORAL.

Drs. K. Lee^{1,3}, K. Cordero^{1,2}, I. Espinoza², A. Roco^{1,4}, C. Miranda^{1,4}, P. Santander¹, L. Quiñones¹.

¹ Centro de Investigaciones Farmacológicas y Toxicológicas, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

³ Hospital Militar de Santiago. ⁴ Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El cáncer orofaríngeo y el cáncer oral son enfermedades significativas a nivel mundial. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad se describe el consumo de tabaco y alcohol, los cuales son metabolizados por un amplio grupo de enzimas, entre las cuales están la CYP1A1 y GSTM1, cuyos polimorfismos han sido relacionados por algunos autores como factor de riesgo de desarrollo de esta enfermedad. En la presente investigación hemos analizado la posible asociación de factores genéticos (polimorfismos de CYP1A1 y GSTM1) y ambientales (tabaco y alcohol), con la susceptibilidad a cáncer oral.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo caso-control, que incluyó 40 pacientes con Cáncer oral y 263 controles. Se seleccionó pacientes con diagnósticos de carcinoma espinocelular demostrados histopatológicamente de la cavidad oral y orofaríngea entre los años 2007 y 2009 en el INC. A estos pacientes se les registraron en una ficha clínica, datos demográficos y de hábitos. Se les extrajo una muestra de sangre venosa y se aisló DNA genómico

total, se determinaron las variantes alélicas de CYP1A1 y GSTM1 mediante el uso de PCR y enzimas de restricción y el resultado de éstos fue analizado bajo luz ultravioleta en un gel de agarosa 2%. **Resultados:** De un total de 40 pacientes, 13 (32,5%) correspondieron a mujeres y 27 (67,5%) correspondieron a hombres. La distribución por sitio anatómico fueron 21 pacientes de la cavidad oral y 19 pacientes de orofaringe. Un 32,5% de los pacientes eran fumadores olerados y un 45% grandes fumadores, 37 pacientes (67,5%) declararon ser bebedores. De los polimorfismos determinados se encontró que en el caso de los genotipos de CYP1A1 denominados de riesgo (M1M2 y M2M2) y GSTM1(-) fueron en total 33 pacientes (82,5%) y 7 pacientes (17,5%) con genotipo GSTM1(+) M1M1 que corresponde al alelo silvestre. En relación a los controles que fueron 263 pacientes el genotipo CYP1A1 más frecuente correspondió a M1M1 en 153 pacientes (60%) y GSTM1(+) en 207 pacientes (78,8%). **Conclusiones:** A pesar que son resultados preliminares se puede apreciar que los pacientes con cáncer oral presenta un mayor porcentaje de genotipos de riesgo en comparación con los controles lo que podría interpretarse que serían más susceptibles de sufrir la enfermedad, aunque falta el análisis de más casos además del estudio estadístico correspondiente.

CÁNCER DE TIROIDES ASOCIADO A HIPERTIROIDISMO: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE 10 AÑOS..

Drs. K. Lee^{1,2,3}, P. Lainez¹, F. Uribe¹, A. Gallegos¹, L. Rocha¹, M. González¹, Iglesias R.² y L. Quiñones³.

¹ Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Equipo de Cirugía Oncológica, Hospital Militar de Santiago

³ Centro de Investigaciones Farmacológicas y Toxicológicas, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El cáncer de tiroides asociado con la enfermedad de Graves u otras formas de tirototoxicosis, es una patología rara, que presenta una incidencia entre 0,76% a 8,7%.

Materiales y Métodos: El objetivo del siguiente estudio fue analizar la tasa de cáncer de tiroides en relación al hipertiroidismo describiendo sus características clínicas y su manejo, para ello se realizó un estudio retrospectivo de todos los cánceres de tiroides operados entre Enero de 1998 a Agosto de 2008. **Resultados:** En total se recopilaron 215 pacientes, de los cuales 17 presentaron un estado hipertiroideo. De los pacientes con hipertiroidismo y cáncer de tiroides, 7 fueron hombres y 10 mujeres, con un tiempo promedio de su hipertiroidismo de 31 meses. Las causas del hipertiroidismo fueron: enfermedad de Graves (n=10), tirototoxicosis (n=4), adenoma tóxico (n=2) y bocio multinodular tóxico (n=1). El procedimiento realizado fue tiroidectomía total en 11 pacientes; a 5 de ellos se les realizó tiroidectomía subtotal bilateral y a 1 paciente lobectomía. El tipo histológico

más frecuente fue carcinoma papilar, en 13 de las biopsias.

Conclusión: La tasa de cáncer de tiroides asociado a hipertiroidismo de nuestra serie fue de 7,9%. En nuestra serie la sospecha previa de cáncer fue baja y son encontrados incidentalmente, durante el estudio histopatológico posterior a la cirugía.

COLGAJO LIBRE DE LATISSIMUS DORSI EN CÁNCER CON COMPROBAMIENTO DE SENOS PARANASALES Y ÓRBITA.

Drs. David Cohn M., Dagoberto Ojeda S., Manuel Barría S., Marcelo Salvatierra M., Alejandra Gallego C., Int. Juan José Lombardi.

Servicio de Cirugía Equipo de Cabeza y Cuello. Hospital del Salvador.

Introducción: Los tumores que pueden afectar las cavidades paranasales y región orbitaria son un grupo de enfermedades raras y heterogéneas. Constituyen el 0,2% de los tumores malignos, 3% de los tumores de cabeza y cuello y 90% son Carcinoma epitelial. 80% de los tumores se originan en seno maxilar.

La gran mayoría se presentan en estadios avanzados y con prometen más de un sitio. Existen tumores que pueden secundariamente afectar la zona y requerir reconstrucción. Los mejores resultados se obtienen mediante resección quirúrgica con márgenes negativos y radioterapia postoperatoria.

Objetivo: Evaluar los resultados de la reconstrucción de defectos postresección oncológica mediante el uso de colgajo libre de latissimus dorsi en cáncer con comprobamiento de senos paranasales y orbitario. Método: Tipo de estudio: Revisión retrospectiva Desde Junio de 1994 a Junio 2008 hemos realizado 33 colgajos libres de Latissimus Dorsi en 29 pacientes con tumores de la región orbito maxilar. Resultados: Hombres: 19 (65%) Mujeres: 10 (34%) Edad: 15 - 79 años Promedio de 53 años Reconstrucción inmediata 25 pacientes 86% Tipo cirugía: Maxilectomía ampliada 65% Necrosis de Colgajo: 4 (13%) 2 se repararon con un 2º colgajo dorsal 2 colgajos pediculados Trombosis Venosas: 2 (7%) Mortalidad: 2 (7%) Meningitis Sepsis pulmonar.

Conclusión: Colgajo capaz de aportar tejidos cutáneos, para la reparación funcional de paladar y defectos de mejilla. Se puede tomar el colgajo con leve inclinación del paciente lo que permite el trabajo simultáneo de 2 equipos. (Resectivo - reconstructivos). Pedículo largo, vasos de buen calibre para la realización de anastomosis vasculares. Poco defecto en la zona dadora tanto estético como funcional. Buenos resultados funcionales en relación a deglución y habla. Problemas: No aporta tejido óseo No permite rehabilitación dental. Color de la piel.

CIRUGÍA EN HIPERTIROIDISMO. REVISIÓN DE CASOS OPERADOS ENTRE 2004 - 2009 EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Dra. Luis Inzunza C., Dra. Carolina Guzmán, Dra. Marcia Marino A., Dr. Pablo Vidales S., Dra. Erika Díaz, Dr. Miguel Domínguez, Dra. Beatriz Jiménez, Dr. Jaime Moran T., Dra. Marcela Moreno, Dr. Gilberto Pérez, Dr. Roberto Volpato Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El hipertiroidismo es una disfunción de la glándula tiroides que afecta principalmente a mujeres, que recibe tratamiento médico, reservándose la cirugía para casos seleccionados. El objetivo del presente trabajo es conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes portadores de hipertiroidismo operados en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios desde el año 2004 a la fecha, sus indicaciones quirúrgicas, el tipo de cirugía realizada, las complicaciones postoperatorias y su correlación histopatológica.

Materia y Método: De un total de 415 tiroidectomías realizadas en este período, 38 fueron pacientes con hipertiroidismo. Se revisó retrospectivamente las historias clínicas de estos 38 pacientes, 33 eran mujeres y 5 hombres, con una edad promedio de 37,6 años. Las formas clínicas fueron bocio difuso tóxico (16 casos), bocio multinodular hipertiroideo (13), y bocio nodular (9). La indicación quirúrgica más frecuente fue el cáncer o sospecha de cáncer (12 de los 38 casos). La cirugía más frecuente fue la Tiroidectomía Total (29 pacientes). La estadía postoperatoria promedio fue de 3,6 días. Hubo complicaciones postoperatorias en 13 pacientes, siendo la más frecuente el hipoparatiroidismo transitorio (9 casos). Del estudio histopatológico diferido destaca el hallazgo de Carcinoma Papilar de Tiroides en 13 casos, 4 de los cuales correspondieron a hallazgos y 9 habían sido diagnosticados o sospechados previamente por PAF.

Discusión: En el grupo estudiado, destaca la asociación de Hipertiroidismo y Cáncer de Tiroides (13 de 38 casos), mayor a lo reportado en la literatura, posiblemente relacionado con la selección de pacientes que van a cirugía. Las cifras de estadía y complicaciones postoperatorias son similares a otras publicaciones.

Conclusiones: La cirugía constituye una herramienta terapéutica eficaz y segura para un grupo de pacientes con hipertiroidismo, en los cuales el tratamiento médico no es suficiente, siendo el único tratamiento que permite un diagnóstico definitivo en aquellos casos en que no es posible descartar una neoplasia maligna asociada, sin un completo estudio histológico de la glándula. Queda por determinar los factores predictivos posiblemente involucrados en estudios posteriores.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE PARATIROIDES. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA. Drs. L. Pizarro, A. Marchant, C. Larraín, J. Gellona. Equipo Cirugía Oncológica Hospital Ipreca.

Introducción: De los hiperparatiroidismo, el primario es el más frecuente, causado por un adenoma. La posibilidad de tratarlo médicamente esta patología

determina el tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Caracterizar la población operada de paratiroides los últimos 10 años, sus exámenes pre y postoperatorios correspondientes, objetivar la evolución, identificar las complicaciones postquirúrgicas y observar la histología de las piezas operatorias.

Materiales y Método: Trabajo retrospectivo descriptivo, a partir de obtención de datos de fichas clínicas de pacientes operados desde 1998 al 2008. Se extrajeron de ellas la edad, sexo, antecedentes morbidos, motivo de consulta, exámenes pre y postoperatorios, cirugía realizada, existencia de autoinjerto de paratiroides, complicaciones y resultado de biopsia rápida y diferida, para luego analizar los datos estadísticamente.

Resultados: Se revisaron 44 de 45 casos operados. La población presenta una mediana de edad de 59 años, siendo 27 mujeres y 17 hombres. Los antecedentes morbidos más importantes fueron la insuficiencia renal crónica (IRC) y urolitiasis, con 15 y 8 pacientes respectivamente. El motivo de consulta o derivación más importante fue el hallazgo de hipercalcemia (36,4%), seguido por hiperparatiroidismo secundario (15,9%), urolitiasis (9,1%) y dolor óseo (9,1%). El calcio y PTH preoperatorio presentaron una mediana de 10,8 mg/dL y 195 pg/mL, respectivamente. En todos los casos se solicitó gammagrafía. Se operaron 30 adenomas y 14 hiperplasias, con 9 autoinjertos y 6 tiroidectomías asociadas. 9 pacientes presentaron complicación, 6 de ellos hipocalcemia. No hubo lesión de nervio recurrente laríngeo ni mortalidad. A 36 pacientes se realizó biopsia rápida, presentando una buena correlación con la diferida ($p < 0,01$).

Conclusiones: La sintomatología mostrada en nuestro trabajo coincide con la bibliografía. La baja incidencia de nuestra serie teniendo una población beneficiaria de 300.000 pacientes sugiere un subdiagnóstico de la patología. Es una cirugía con baja incidencia de complicaciones. La segunda cirugía de adenoma podría evitarse con PTH intraoperatoria.

LESIONES INTRAORALES DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 59 CASOS.

Drs. María Angélica Matamala S., Gonzalo Rossel D., Martín Nicolás S. y Miguel González P.
Depto. de Cirugía de Cabeza y Cuello y Plástica Máxilo-Facial, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago.

Introducción: Las lesiones de las glándulas salivales menores son en su mayoría malignas. Los tumores son infrecuentes y conforman un grupo heterogéneo, describiéndose como más frecuentes el carcinoma adenideo-quístico (malignos) y el adenoma pleomorfo (benignos). **Objetivo:** Evaluar la incidencia, manejo y evolución de las lesiones intraorales de glándulas salivales menores en nuestro hospital.

Método: Estudio retrospectivo de 60 casos de tumores de glándulas salivales menores (benignas y malignas), tratadas entre 1975 y el 2009 en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello & Plástica Máxilo-Facial del Hospital Barros Luco-Trudeau.

Resultados: La distribución fue: 37 mujeres y 23 hombres en 60 pacientes con lesiones glándulas salivales menores, de los cuales 35 (58,3%) presentaron lesiones benignas no neoplásicas y 13 (21,6%) correspondieron a neoplasias benignas. A aquellos con neoplasias malignas fueron 12 (20% del total), 4 (33,3%) con Carcinoma epidermoide, 3 (25%) con Carcinoma adenoideo quístico, 3 (25%) con Carcinoma de células acinosas, 1 (8,3%) con Carcinoma indiferenciado, 1 (8,3%) con adenocarcinoma y 1 (8,3%) con Carcinoma epidermoide.

Discusión: De nuestros resultados, se refleja que son lesiones predominantemente benignas. Sin embargo, tratándose de tumores, se encontró similar frecuencia entre benignas y malignas. Predominó el adenoma pleomorfo entre los primarios y el carcinoma epidermoide entre los segundos. Respecto del tratamiento, una vez extirpado un tumor benigno, se cerró el defecto mediante colgajos locales de mucosa, y en algunos casos, cierre por segunda intención. La evolución fue en general excelente (seguimiento de 3 a 14 meses). Con los tumores malignos, el manejo dependió de la histología. Los adenocarcinomas bien diferenciados y carcinoma epidermoide de bajo grado de malignidad, se trataron sólo con cirugía (con márgenes libres). El resto de aquellos malignos fueron enviados a radioterapia postoperatoria. Hubo 2 recidivas (uno de ellos 2 veces, un Carcinoma epidermoide de malignidad intermedia, pero infiltrante).

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

Drs. F. Capdeville, P. G. Aona, C. Celestón, D. Céspedes, H. López.
Instituto Nacional del Cáncer.

El cáncer que afecta el territorio de cabeza y cuello en particular, conlleva una serie de tratamientos que producen un gran impacto en la calidad de vida: alteraciones funcionales, cosméticas, tratamientos agresivos y mutilantes, dolor, déficit de comunicación y deglución etc.

Por esta razón se plantea medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, aplicando una encuesta que considera las dimensiones de estado físico general, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal y otras preocupaciones, denominada FACT-H & N, elegido por su validación al español en Uruguay, ser autoadministrado y/o administrado, en un tiempo de 15 minutos de aplicación y se obtiene su autorización de uso por la organización FACIT. Se han evaluado 62 pacientes en un estudio descriptivo longitudinal, con una encuesta dirigida que incluye pacientes programados por primera vez a una cirugía de cabeza y cuello, excluye a aquellos pacientes operados en el mismo territorio, programados para cirugía menor, cirugía paliativa y con déficit sensorial y/o cognitivo.

Aplicamos la encuesta FACT-H & N en el preopera-

torio, al mes de operado y a tres meses postoperatorio, 46 pacientes han realizado las tres evaluaciones firmando un consentimiento informado de la investigación que asegura la confidencialidad de los datos, 21 son hombres 25 son mujeres, promedio de 58.9 entre 26 y 85.20 en 2008 y 26 en el 2009, la mayor diferencia en las dimensiones, en el dominio es preoperatorio, un puntaje promedio 22.8, 21.9 al mes postoperatorio y 22.6 a los 3 meses, con menor diferencia entre las tres etapas es el estado físico general con un promedio de 26.3, 25.7, 25.4, el puntaje de inicio del instrumento en los 46 pacientes de 106.9 en el pre-operatorio, 101.8 al mes y 105.4. El estudio finalizará con 100 pacientes evaluados en las tres etapas.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR MICROQUIRÚRGICA.

Drs. G. Vial¹, P. Innocenti², H. Jiménez², L. Soto Díaz², C. Ferrada³, G.M. Vial³.

¹ Estudiantes de Medicina, Universidad de los Andes, ² Cirugía Hospital DIPRECA, ³ Cirugía Clínica Las Condes

Introducción: Las secuelas de una cirugía resectiva mandibular pueden limitar severamente la vida social y laboral. La reconstrucción microquirúrgica es un método seguro que permite reparar defectos mandibulares con puentes con plejps. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida y los resultados funcionales y estéticos de la reconstrucción mandibular microquirúrgica.

Materia y Método: Evaluación retrospectiva de 10 pacientes sometidos a resección mandibular por diferentes patologías, que en forma primaria o secundaria fueron reconstruidos por un cirujano con colgajos libres con componente óseo, consecutivamente entre el año 2004 y el 2009. Estos pacientes fueron sometidos a una encuesta de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) en su versión validada en Chile. Los resultados funcionales y estéticos fueron evaluados por estudiantes de medicina no involucrados en el tratamiento de los pacientes. **Resultados:** No hubo mortalidad operatoria. Todos los colgajos sobrevivieron. Dos pacientes debieron ser reintervenidos por problemas venosos, consiguiendo rescatar los colgajos. Dos pacientes fallecieron por metástasis a distancia de su carcinoma epidermoide de cavidad oral. Todos los pacientes se alimentan por boca con diversos tipos de dieta y con buena continencia oral. En solo un paciente el lenguaje es difícil de entender. Los resultados estéticos fueron considerados regular en 3 pacientes y bueno en los otros. El puntaje de calidad de vida fue bueno en todos los pacientes.

Conclusiones: La reconstrucción microquirúrgica mandibular permite reparar defectos con plejps con buenos resultados estéticos y funcionales, los que dependen fundamentalmente de la magnitud de la resección de partes blandas y de la radioterapia asociada.

INTERVENCIÓN KINESICA EN LAS ALTERACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO CON DISECCIÓN CERVICAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.
Drs. P. Gacón, D. Céspedes, H. López.
Instituto Nacional del Cáncer.

El tratamiento quirúrgico de cabeza y cuello, asociado a disección cervical, implica cambios y/o alteraciones en diversos aspectos del paciente, tales como en el ámbito psicológico, social, familiar, físico funcional, estético, entre otros.

Es en el deterioro de la funcionalidad, principalmente del tren superior del paciente sometido a dicha cirugía, en donde la kinesio logía incide directamente, por la presencia de dolor severo en muchos casos, limitación de rangos articulares de cabeza, cuello, cintura escapular, articulación temporomandibular, disminución de fuerza muscular, alteración postural y hasta aparición de linfedema submentoniano. Los kinesiólogos de la Unidad de Rehabilitación ingresaron 34 pacientes postquirúrgicos con disección cervical en el año 2008. En ellos se aplicó una ficha de evaluación con el fin de evidenciar las alteraciones físicas producto de la cirugía.

Para objetivar los rangos articulares de cuello y hombro se utilizó goniómetro convencional y uno especial para boca para medir los rangos de ATM. Dolor se evaluó a través de escala verbal numérica (EVN) y la postura con observación en los planos anterior, sagital y posterior.

Del total de pacientes, 21 presentaron dolor a la movilidad de hombro y cuello en un EVN promedio de 5/10.

27 pacientes limitaron su rango articular de cuello, 19 de hombro y 10 de ATM.

Evidencia de alteraciones posturales en 23 pacientes con mayor presentación en el plano sagital (anteproyección de cabeza, antepulsión de hombros y arcada cifosis dorsal).

El número de asistencia a sesiones kinesicas en promedio fue de 12 con una desviación de 3. Abandonaron tratamiento 8 pacientes. Suspensión de tratamiento a 2 pacientes.

El tratamiento habitual consistía en aplicación de calor húmedo en zona interescapular, corriente interferencial para manejo de dolor de hombro y cuello. Masoterapia, movilización pasiva, ejercicios terapéuticos de fijadores de escápula y de rango articular y retroalimentación visual de la postura.

SWING MAXILAR. ABORDAJE PARA LA RESECCIÓN DE TUMORES DE NASOFARINGE AVANZADOS.

Drs. R. Montes, M. Veloso, A. Salgado, L. Zanolli, A. Madrid, F. Capdeville.

Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional del Cáncer.

Los tumores que se encuentran ubicados en la nasofaringe son difíciles de abordar quirúrgicamente. Se han desarrollado diferentes técnicas para acceder a

esta región. Sin embargo, en pacientes con tumores avanzados localmente, las resecciones oncológicas habitualmente son insatisfactorias por el acceso limitado que ofrecen los abordajes tradicionales. En esta última década, William Wei describió por primera vez la técnica del swing m axilar para recatar pacientes con cáncer de nasofaringe. Lo novedoso de su técnica es que logra exponer ampliamente la región de la nasofaringe, permitiendo una resección oncológica adecuada.

En nuestro medio esta técnica ha sido escasamente difundida.

Este trabajo es una serie de dos pacientes portadores de tumores malignos nasofaríngeales avanzados operados consecutivamente por el autor con esta técnica. El objetivo es mostrar con detalle la técnica quirúrgica (videos), los resultados oncológicos, estéticos y funcionales a 10 meses de seguimiento.

El primer paciente es una mujer de 58 años portadora de un adenocarcinoma nasofaríngeal. Se realizó cirugía resectiva por medio de un swing m axilar. Se logró resecar el tumor completamente con márgenes negativos. Se realizó braquiterapia adyuvante. Alta a los 13 días. Presentó una fístula de paladar. El segundo paciente es una mujer de 62 años con antecedentes de haber sido operada e irradiada hace 10 años por un cilindroma de rinofaringe izquierda. Al ingreso se com prueba extensa recidiva contralateral. Se realizó una resección oncológica a través de un swing m axilar. Biopsia informó bordes negativos. Se realizó braquiterapia adyuvante.

Esta técnica quirúrgica es de gran utilidad y debe ser considerada en la planificación preoperatoria de estos pacientes.

ABSCESOS Y FLEGMONES CÉRVICO-FACIALES: REVISIÓN DE 12 AÑOS.
Dres. Martín Nicolás S., Gonzalo Rossel D., María Angélica Matamala S., Miguel González P.
Depto. de Cirugía de Cabeza y Cuello y Plástica Máxilo-Facial, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago.

Introducción: Las infecciones en cabeza y cuello siguen teniendo una alta incidencia pese al uso masivo

de antibióticos. El diagnóstico y tratamiento temprano es esencial; sin embargo, cuando afecta a los espacios profundos del cuello, éste puede retrasarse con consecuencias que pueden ser catastróficas. En la actualidad las causas más comunes del adulto son las de origen dentario y peri-tonsilar.

Objetivo: Evaluar la incidencia, causas, manejo y complicaciones de las diferentes infecciones de cabeza y cuello.

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes hospitalizados con el diagnóstico de infección de cabeza y cuello en el Hospital Barros Luco-Trudeau entre Enero de 1996 y Julio de 2009.

Resultados: En este período se hospitalizaron 218 pacientes. Sexo masculino 127 (58,3%) y femenino 91 (41,7%). El promedio de edad fue 41,3 (14-93) años. El 60,1% (131) ingresaron desde el Servicio de Urgencia. Recibieron sólo tratamiento médico con antibióticos el 23,4% (51). El 76,6% (167) se resolvió quirúrgicamente: drenaje y aseo 142 casos (85%), asociado a otro procedimiento 14 (8,4%), asociado a exodoncia 7 (4,2%) y a exodoncia exclusiva 4 casos (2,4%). El promedio de hospitalización fue de 9,1 días (1-111). Origen: dental (103) 47,2%, faringo-amigdaliano (35) 16,1%, forúnculo (15) 6,9%, adenitis cervical (15) 6,9%, sialoadenitis (9) 4,1%, trauma (6) 2,8%, postquirúrgico (6) 2,8%, otros (29) 13,2%. El 10,6% (23) presentó complicaciones graves: bronconeumonía (5), mediastinitis (4), obstrucción de vía aérea (3), fasciitis necrotizante cervico-facial (3), empiema pleural (3), sepsis (2), IRA (2), trombosis de VCS (1), hemoptisis masiva (1) y HDA (1). Mortalidad (4) 1,83%.

Discusión: Las infecciones en cabeza y cuello siguen teniendo complicaciones graves pese al uso generalizado de antibióticos. Sin embargo, la mortalidad ha disminuido en el último período. La causa dentaria es responsable de la mayoría de los casos (casi el 50%), secundaria a una pobre higiene dental. El tratamiento médico exclusivo se realizó en casos de origen amigdaliano. Llamar la atención al bajo número de procedimientos de exodoncia; esto puede deberse a que este procedimiento se deja para un segundo tiempo debido al proceso inflamatorio y trismus asociado.

Seccional: CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMA NASAL: ALGORITMO DE MANEJO.

Drs. Giugliano Carlos, Guler Kenneth, Hasbún Andrea, Acosta Silvana.

Unidad de Cirugía Plástica. Hospital Roberto del Río y Clínica Alemana.

Introducción: El tratamiento de los hemangiomas, por lo general, es médico.

La nariz es una de las unidades estético-funcionales más importante de la cara, por lo que las lesiones ubicadas a este nivel tendrían una conducta terapéutica orientada más hacia el tratamiento quirúrgico. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de los hemangiomas nasales, revisar la literatura y en base a los resultados plantear un algoritmo de manejo. **Pacientes y Métodos:** Estudio retrospectivo de 23 pacientes operados de hemangioma nasal entre 1990 y 2009 en el Hospital Roberto del Río y en la Clínica Alemana de Santiago. Se revisaron las fichas clínicas para el análisis de datos demográficos y clínicos. Los datos clínicos analizados fueron: tipo de hemangioma, fase evolutiva, subunidad estética nasal comprometida, tratamientos previos recibidos, cirugía realizada, complicaciones y tiempo de seguimiento. La evaluación de los resultados estéticos se realizó con el método de Strasser mediante el análisis fotográfico seriado postoperatorio.

Resultados: Fueron operados 23 pacientes. 9 hombres y 14 mujeres. La edad promedio de la operación fue 6,8 años (rango entre 2 y 19 años). Dentro de los tipos de hemangioma el mixto fue el más frecuente (83%). En fase de involución se operó al 87% y al porcentaje restante en etapa de secuelas. Las subunidades estéticas afectadas fueron: punta aislada 44%, punta más otra subunidad 30%, otra subunidad 26%. La mayoría recibió tratamiento médico previo (74%). Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: 5 colgajos frontales, 9 rinoplastias abiertas, 2 rinoplastias abiertas más resección directa, 5 resecciones directas aisladas y otras en 2 casos (1 lipoaspiración y 1 rinoplastia cenada). No hubo complicaciones en esta serie. El período de seguimiento fue de 26,6 meses. Los resultados estéticos aplicando el método de Strasser fueron: excelente 3, bueno 15, mediocre 5 y malo 0 pacientes.

Discusión: En nuestra experiencia toda decisión terapéutica en las anomalías vasculares cutáneas es tomada por un equipo multidisciplinario conformado por dermatólogos, radiólogos, cirujanos vasculares y cirujanos plásticos, que analizan caso a caso las distintas opciones terapéuticas. Por lo general, el tratamiento quirúrgico es realizado una vez agotadas todas las posibilidades de tratamiento médico. En nuestra serie la indicación quirúrgica estuvo dada

por el fracaso del tratamiento médico y para el manejo de secuelas. La nariz es una estructura de mucha importancia estética y dada su exposición permanente junto con la imposibilidad de camuflar las lesiones a este nivel, hacen que no sea recomendable esperar la evolución espontánea de los hemangiomas ya que el paciente puede pasar años exponiendo su cara con la lesión lo que genera graves trastornos psicológicos y sociales tanto a él como a su familia. Mantener la autoestima del niño es fundamental. Pensamos que es mejor operar en la edad preescolar donde los beneficios de la reconstrucción y la facilidad de la técnica serán mayores. En nuestra serie no encontramos alteraciones tróficas de los cartílagos, los resultados estéticos fueron aceptables y no tuvimos complicaciones. Formulamos un algoritmo de manejo.

RECONSTRUCCIÓN AURICULAR CON COLGAJO EN OJAL PARA DEFECTOS CONGÉNITOS DE TERCIO MEDIO.

Drs. Christian Salem Z¹, Marcos Saldaña Y², Rachid Gorrion M³, Vivian Uribe P³, Marcelo Zamorano D¹, Int. Evelyn Borquez A³.

¹ Universidad Austral de Chile, Valdivia y Puerto Montt, Chile. ² Universidad Santa Cecilia, Santos SP, Brasil.

³ Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.

La reconstrucción auricular fue descrita por primera vez en el *Susruta Samhita*, describiendo un colgajo de mejilla para la reparación del lóbulo. El concepto de la reparación de la microtia tiene comienzo en 1920, con Gillies, la complejidad del pabellón auricular hace que su reconstrucción sea técnicamente difícil.

El objetivo de este estudio es describir los resultados de la técnica de colgajo en ojal en pacientes con defectos congénitos de tercio medio. Se analizaron una serie de casos de pacientes intervenidos en la ciudad de Valdivia y Puerto Montt, desde enero del año 2006. El análisis fue mediante estadística descriptiva en el software XLSTAT.

La técnica consistió en un colgajo retroauricular de pedículo superior e inferior dando cobertura al tercio medio auricular. Hubo un total de siete pacientes intervenidos mediante esta técnica. Cuya edad media fue de 21 años. Cinco hombres y dos mujeres. El 100% fue unilateral, 6 derechas y uno a izquierda. Dos pacientes presentaban otras malformaciones asociadas. No hubo complicaciones postoperatorias. El seguimiento promedio fue de seis meses. Se requirió una reoperación debido a cicatriz hipertrofica.

El grado de satisfacción fue elevado. Nuestros resultados fueron satisfactorios, siendo una cirugía factible. Recomendamos esta técnica para pacientes con defectos tanto congénitos como adquiridos de

tercio medio, debido a su relativa simplicidad y buenos resultados. Sin duda que al corresponder a una serie de casos pequeña no se pueden dar a conocer conclusiones definitivas, debiendo aumentar los casos y realizar un diseño metodológico de nivel de evidencia mayor.

CASO CLINICO POST TRAUM A M AXILO - FACIAL ¿SE DEBE PENSAR EN MENINGITIS? REPORTE DE CASO .

Drs. Torres E.¹, Venables C.², Martinovic G.³, Pedemonte C.⁴, Vargas I.⁴, Gonzalez E.⁴.

¹ Residente de Cirugía Plástica, Estética y Reconstrucción. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. ² Residente de Cirugía Máxilo Facial. Escuela de Odontología. Universidad Mayor, ³ Cirujano Dentista, Docente Escuela de Odontología. Universidad Mayor, ⁴ Cirujano Máxilo Facial. Departamento de Cirugía Máxilo Facial. Hospital Clínico Municipal de Seguridad Santiago.

Introducción: La meningitis con o complicación posterior a un traumatismo axilofacial, no es una complicación frecuente, sin embargo es fundamental la sospecha para formular un diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que en estos pacientes es una complicación con alta mortalidad.

Objetivo: Presentar un caso de meningitis 72 hrs post traumatismo axilofacial y plantear un algoritmo de manejo profiláctico.

Caso clínico: Hombre 30 años, sin antecedentes. Ingresó a nuestro centro con diagnóstico de TEC cerrado complicado asociado a disyunción craneo facial (fracturas orbito cigom axilar bilateral, naso-orbito-etmoidal) con diagnóstico de Fractura tipo I de Fort II-III. Sin déficit neurológico. TAC cerebral, burbuja satélite en relación a fractura etmoidal, sin evidencia de fístula de líquido cefalorraquídeo. A las 10 hrs del accidente se realizó reducción y osteosíntesis de fracturas faciales en 8 hrs de cirugía, recibiendo 3 dosis de cefazolina profiláctica. Evolucionó favorablemente las primeras 48 hrs, siendo extubado. A las 72 hrs cefalea progresiva refractaria a tratamiento asociada a leucocitosis con rápido deterioro del nivel de conciencia. TAC control sin compromiso intracraneal. Se realizó punción lumbar, la que confirmó meningitis bacteriana por gran (+), iniciando tratamiento con ceftriaxona. Cultivo confirmó Streptococcus pneumoniae. A los 13 días se trasladó de UCI a sala, siendo dado de alta en buenas condiciones, sin secuelas neurológicas el día 20 postoperatorio.

Conclusión: La meningitis post traumática axilofacial es una complicación poco frecuente, con alta tasa de complicaciones graves y secuelas neurológicas. Es de difícil diagnóstico, por lo cual requiere gran sospecha clínica. Se plantea algoritmo de profilaxis antibiótica en pacientes con traumatismo axilofacial grave y neumococo en TAC cerebral de ingreso.

ANÁLISIS CRÍTICO DE "GUÍA CLÍNICA GES GRAN QUEMADO VERSIÓN 2007"

Drs. Danilla Stefan¹, Searle Susana², Norambuena

Hernán.³

¹ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile Dr. J. J. Aguirre, Magister en Epidemiología Clínica, Universidad de Chile, Santiago, Chile, ² Residente de Cirugía Plástica. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, ³ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: En el año 2000, Chile inicia su reforma social con énfasis en la salud pública, con un proyecto de ley que busca regular los derechos y deberes de los pacientes, otorgar protección financiera a los individuos y mejorar la gestión y administración de los prestadores de salud públicos y privados a través del Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Este plan se basa en las Guías GES (Garantía Explícita en Salud), las cuales se estructuran como guía de práctica clínica (GPC) que contiene las intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas o paliativas recomendadas para cada patología. Las quemaduras, son un problema de salud a nivel mundial, que afectan principalmente a países en vías de desarrollo, como Chile, generando una carga de enfermedad importante, un gran impacto social y económico tanto para el individuo que sufre la lesión, como para su familia, entorno social y sistema de salud. En el año 2007 se incluyó el Gran Quemado como una de las patologías GES, publicándose en Julio de 2007 la GPC para su manejo. La aparición de múltiples GPC de calidad y aplicabilidad dudosa a nivel mundial, llevó al desarrollo de instrumentos especializados en determinar la calidad metodológica de éstas; un instrumento común, válido y transparente tanto para el buen desarrollo de las guías, como para la evaluación de su validez y aplicabilidad. Con ese fin, en 1998 se desarrolla el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation). Este consiste en un grupo colaborativo internacional de investigadores, que tienen como objetivo mejorar la calidad y eficiencia de las GPC, mediante una evaluación de 23 ítems que se agrupan en 6 dominios: 1) alcance y objetivo, 2) participación de los implicados, 3) rigor en la elaboración, 4) claridad y presentación, 5) aplicabilidad y 6) independencia editorial.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión independiente y enmascarada de la GPC "GES Gran Quemado" por tres profesionales con instrucción formal en Medicina Basada en Evidencia, aplicando el instrumento AGREE. Las 23 preguntas (ítems) que conforman las 6 áreas claves (Dominios) se graduaron mediante una escala ordinal. **Resultados:** Se obtiene una concordancia entre los observadores del 85,99% (K=0,5293, p=0,0025). Asimismo se obtuvo una estabilidad interna de 95,67%. No existió diferencia significativa entre puntajes obtenidos entre los evaluadores (p=0,3679). Al evaluar en forma independiente los dominios que integran el instrumento de evaluación se observan los siguientes resultados: alcance y objetivo 88,9%, participación de los implicados 47,9%, rigor en la elaboración 47,6%, claridad y presentación 79,2%,

aplicabilidad 30,6% , independencia editorial 75% de cumplimiento respectivamente.

Discusión: El puntaje final obtenido en la evaluación de esta guía es de un 44,9% de cumplimiento, lo que nos pone inmediatamente en alerta para corregir las áreas susceptibles de mejora, sugiriendo acciones específicas en alguno de los puntos de manera de mejorar la calidad de ésta para su próxima versión.

Conclusión: Al realizar el análisis crítico de la GPC, aplicando el instrumento AGREE, se observó un resultado global con múltiples puntos mejorables; con un puntaje final de cumplimiento de los objetivos de un 44,9%. Sus debilidades tienen especial énfasis en los dominios relacionados con la participación de los implicados, el rigor en la elaboración y finalmente su aplicabilidad. El instrumento AGREE debería ser utilizado por los autores de GPC para que sigan una metodología rigurosa de elaboración estructurada y como herramienta de auto evaluación que asegure la calidad de su trabajo, así como también por los proveedores de la atención, como una forma de evaluar las recomendaciones que piensan adoptar en su práctica clínica.

ABDOMINOPLASTIA POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Drs. Onetto Camila, Fontbona Montserrat, Cabello Rodrigo, Dagnino Bruno, Sorolla Juan Pablo, Israel Guillermo, Petric Militza, Fernández Macarena, Menassian Matías.
Hospital Militar de Santiago

Introducción: La abdominoplastia posterior a cirugía bariátrica es una cirugía frecuente como parte del proceso de remodelación corporal posterior a bajas de peso significativas. El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia del Hospital Militar de Santiago en estos pacientes.

Material y Método: Estudio retrospectivo, revisión de fichas clínicas de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y posterior abdominoplastia entre 1998 y marzo del 2009.

Resultados: 67 pacientes (52 de sexo femenino, 15 de sexo masculino). La edad promedio fue 31,18 años. Índice de masa corporal (IMC) promedio previo a cirugía bariátrica fue de 44,64 kg/m². IMC previo a abdominoplastia de 27,8 kg/m². Se realizaron 62 cirugías bariátricas por laparotomía y 5 vía laparoscópica. Tiempo promedio entre las 2 cirugías fue de 29,83 meses. 44,77% de los pacientes presentaban hernia incisional previo a la abdominoplastia. Se realizaron 44 abdominoplastias con técnica de T invertida, 21 con incisión clásica y 2 circunferenciales. El tiempo quirúrgico promedio fue 3 horas 45 minutos. En 31 pacientes se realizaron procedimientos con plm entarios. La incidencia de seromas fue de 20,9%. 6 pacientes presentaron hematomas. No hubo hernias posterior a la abdominoplastia. La mortalidad fue 0%.

Conclusión: Posterior a una cirugía bariátrica se

produce una reducción masiva de peso que genera una gran laxitud y exceso cutáneo en múltiples zonas del cuerpo. Estos cambios podrían generar también una debilidad de la pared abdominal que puede contribuir a la formación de hernias. La abdominoplastia en estos pacientes requiere resecciones de mayor amplitud que en las técnicas clásicas, y la reparación de las hernias con juntam ente. Dada la necesidad de incisiones mayores, la gran extensión de superficie cutánea movilizada y eventual presencia de mallas para un buen resultado funcional como estético, se observan porcentajes mayores de complicaciones que en una abdominoplastia clásica

USO DE ASPIRACIÓN IRRIGACIÓN EN QUEMADURAS POR EXTRAVASACIÓN DE SOLUCIONES CITOTÓXICAS: CASO CLÍNICO

Drs. E. Lee., V. Vera., Z. Cárdenas.
Atam ed Centro de Cirugía Plástica y Quemados (Arica-Iquique)

Introducción: La extravasación de soluciones para contraste radiológico constituye riesgo de graves lesiones que requieren aseos quirúrgicos y cobertura cutánea. Además conlleva riesgo de acciones legales. La prevención o limitación del daño de soluciones químicas citotóxicas debe ser realizada apenas diagnosticada la extravasación. Algunos autores proponen amplias resecciones buscando disminuir la carga extravasada. Otro han planteado usar aspiración mediante cánulas.

Descripción Caso Clínico: Paciente de 8 años sufre extravasación de medio de contraste provocándole dolor y aparición de flictenas en el dorso de la mano que fueron aumentando en extensión a medida que transcurrían las horas. Las radiografías certifican un volumen importante de medio de contraste extravasado.

Evaluado junto a cirujano infantil y vascular se decide la resección de tejido blando a la brevedad. Se plantea la utilización de cánulas para efectuar aspiración e irrigación con solución fisiológica. Se informa a la madre del procedimiento y su alternativa, nos da consentimiento para la aspiración e irrigación. El procedimiento dura 15 minutos. El control radiológico permite distinguir la eficacia de la irrigación-aspiración con cánulas. El volumen de la mano se normalizó a las 24 horas. No hubo progresión de las flictenas, las heridas epidermizaron en 10 días. No hubo cicatrices. No hubo limitación funcional. No hubo amenaza de acción judicial.

Discusión y Conclusiones: Es posible adoptar la irrigación-aspiración como procedimiento de primera elección ante la extravasación de soluciones citotóxicas, porque es plausible pensar que se trata de un procedimiento con enorme utilidad y más fácil de aceptar en etapas previas a la manifestación de daño tisular irreversible. No obstante, estudios analíticos son necesarios para comparar la efectividad de ambas terapias.

EL COLGAJO SURAL A PEDÍCULO DISTAL EXCLUYENDO EL NERVI O SURAL
Drs. W ilfredo Calderón O ., José Luis Rom án, Daniel Calderón M ., Patricio Léniz M ., Gerardo Conrea I. Hospital del Trabajador, Santiago

Introducción: Las fuentes de irrigación del colgajo sural a pedículo distal son los perforantes fasciocutáneos de la arteria peronea, de la arteria tibial posterior, perforantes venocutáneos de la safena corta y perforantes neurocutáneo del nervio sural.

Si se incluye el nervio sural en este colgajo, la sensibilidad del borde lateral del pie se pierde totalmente.

En este estudio excluimos el nervio sural del colgajo a pedículo distal, dejando lo "in situ". Con esta manobra no alteramos la sensibilidad del pie y la irrigación del colgajo no se vio alterada.

M aterial y M étodo: Con esta técnica operamos 10 pacientes entre 2005 y 2009 en el Servicio de Cirugía Plástica del H.T.S. En todos ellos dejamos el nervio sural "in situ". Las edades fluctuaron entre los 20 y 55 años. Fueron del sexo masculino 9 y femenino 1. La sensibilidad en la cara lateral del pie fue positiva en los 10 pacientes. Tanto clínica como por la electromiografía.

Resultados: En los pacientes, hubo sufrimiento distal en un paciente, pero que lo atribuimos a que era diabético. La irrigación de los otros colgajos fue perfecta.

Discusión: No está descrita en la literatura el hecho de excluir el nervio sural de este colgajo a pedículo distal. Dado que la irrigación no se altera y la sensibilidad del borde externo del pie se conserva, es una muy buena alternativa en este tipo de colgajo.

Bibliografía:

1.- Folmar K., Baccarani A., Baum eister S., Levin L. and Erdmann D.

The distally based sural flap Plast. Reconstr. Surg. 119:138e, 2007.

2.- Nakajima H., Im anishi, N. Fukuzumi, S, et al. Accompanying arteries of the lesser saphenous vein and sural nerve:

Anatomic study and its clinical applications. Plast Reconstr. Surg 103:104-120, 1999.

VARIABLES TÉCNICAS EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE EXTREMIDAD INFERIOR: EXPERIENCIA RECIENTE EN UN HOSPITAL PRIVADO

Dr. J. Alejandro Conejero, A. Gustavo Vial¹, A. L. Bernardita Villaseca¹, Dr. Bruno Dagnino Departamento de Cirugía Plástica. Clínica Las Condes¹ Alumnos de Medicina. Universidad de los Andes

La cirugía reconstructiva de extremidad inferior es un área de poco desarrollo en el ambiente de la medicina privada en Chile. Durante el último año ha habido un aumento de los casos de trauma de extremidad inferior en Clínica Las Condes. Se

presenta la experiencia clínica en el manejo de 15 casos de reconstrucción de extremidad inferior secundaria a trauma.

El manejo de estas lesiones se realizó utilizando los conceptos de la escala reconstructiva y técnicas de reconstrucción con colgajos locales y colgajos distales con microcirugía. Se realizaron los siguientes colgajos musculares: 1 colgajo de sural a pedículo distal, 2 gastrocnemio medial y 3 colgajos de soleo. 2 colgajos fasciocutáneos de pierna medial y 1 colgajo cruzado de pierna. Se realizaron 7 colgajos libres: 3 colgajos musculares de gracilis, 2 anterolateral de muslo y 2 colgajos musculocutáneos de dorsal ancho. El promedio de edad de los pacientes fue de 42 años. No hubo complicaciones intraoperatorias. 2 casos presentaron complicaciones vasculares que requirieron reoperación. 2 pacientes requirieron amputaciones infrarotulianas a pesar del esfuerzo reconstructivo.

La cirugía reconstructiva de extremidad inferior requiere del manejo de técnicas reconstructivas diversas. Nuestro centro ha aumentado el número de casos de reconstrucción de extremidad inferior en forma importante en los últimos años.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE HERIDAS Y DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL CON SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA CONTINUA EN RECIENTES

Drs. J.P. Sorolla, R. Cabello, C. Giugliano¹, M. Fontbona, B. Dagnino, G. Israel, M. J. Alvarez.² Hospital Militar Servicio Cirugía Plástica, Hospital de Niños Roberto del Río - Unidad de Plástica y Quemados,² Universidad de los Andes

El Sistema de Presión Negativa Continua (SPNC), es una técnica que ha demostrado su efectividad en el manejo de heridas en el adulto y actualmente ampliamente utilizada en ellos. A la fecha existen pocos estudios y ninguno a nivel nacional que muestre resultados del uso de esta técnica en Recientes (RN). El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia con el manejo de heridas en RN en los Servicios de Neonatología del Hospital Militar, H. San Juan de Dios y H. San José y evaluar posibles complicaciones.

Material y Métodos: Se reclutaron 16 casos consecutivos de RN derivados para el manejo de heridas y defectos de pared abdominal complicados, entre Agosto de 2006 y Abril 2009.

Se tabularon: sexo, edad, peso de nacimiento, tiempo de recambio del sistema, carga bacteriana, escala de dolor modificada para RN (CRIES), PaCO₂ pre y post cierre, tiempo de hospitalización, uso de antibióticos, tipo de defecto y de herida. Se inició SPNC previamente protocolizado, para el manejo en este grupo de pacientes según peso de nacimiento. Se tomaron biopsias de tejido para estudio bacteriológico en casos de sospecha de infección y también previo y al quinto día de instalación del sistema. El dolor se evaluó utilizando la escala CRIES a las 24 horas de uso del sistema. Se hizo seguimiento mediante

un registro fotográfico y parámetros clínicos y hemodinámicos.

Resultados: El dolor en todos los pacientes fue menor de 2/10 según escala análoga modificada para RN (CRIES). Al estudio microbiológico, sólo el 46% correspondieron a heridas limpias, 54% a los grupos de heridas limpias contaminadas y contaminadas y no se identificó ningún paciente en el grupo de herida infectada. El cierre de las lesiones se logró en un 100% de los pacientes de forma primaria, sin relación a su tamaño original.

Complicaciones: Fueron 3 todas menores y en relación a la instalación del SPNC. No se observó mayor tasa de complicaciones según el peso de RN. Comentarios: Se com prueba la factibilidad de utilizar SPNC en RN, sin importar el tipo de herida o tamaño de esta al inicio, ni peso del RN, en una cohorte de 16 casos consecutivos de consulta espontánea multicéntrica en Santiago de Chile. Los parámetros controlados en el estudio resultan ser similares a los encontrados en la literatura internacional.

UTILIZACIÓN DE INJERTO DERMOTOPICTO EXPANDIDO SOBRE HÍGADO TRASPLANTADO E INFECCIÓN

Drs. García-Huidobro María Angélica¹, Villegas Jorge².

¹ Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Hospital Urogencia Asistencia Pública

Introducción: Existen comunicaciones sobre el uso de injertos dermatotópicos expandidos sobre vísceras para el cierre transitorio de grandes defectos de pared abdominal. La utilización de injertos dermatotópicos directamente sobre hígado trasplantado y en un lecho infectado ha sido escasamente documentado.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente trasplantado hepático, en quien se utilizó injerto dermatotópico autólogo expandido directamente sobre el hígado trasplantado, que además presentaba sepsis fúngica de foco abdominal; y discutir esta alternativa terapéutica.

Caso Clínico: Niño de 12 años, por falla hepática fulminante se realizó trasplante hepático de donante cadáver. Presentó necrosis extensa de pared abdominal y abdomen abierto con plicado con exposición de vísceras, incluyendo hígado trasplantado, además de sepsis abdominal por *Rhizopus* sp. Se trató inicialmente con antifúngicos sistémicos y locales mediante múltiples aseos con anfotericina, sin lograr controlar la infección. Se realizó cierre de la pared abdominal mediante injerto dermatotópico autólogo expandido, directamente sobre hígado trasplantado y asas intestinales, en un lecho infectado. Evolucionó con preclotamiento del injerto, logrando el cierre de la pared abdominal, control de la infección y mejoría de su estado general. Después de dos meses, se encuentra sin evidencia de complicación con respecto a la cobertura utilizada.

Discusión: La utilización de injerto dermatotópico expandido es una alternativa para el cierre de abdomen abierto con plicado, incluso cuando es necesario cubrir el hígado trasplantado; y puede utilizarse en el tratamiento de heridas abdominales abiertas infectadas, contribuyendo a mejorar el estado general del paciente.

LIPOASPIRACIÓN ULTRASÓNICA (VASER[®]) EN NIÑOS

Drs. González M., Thumala L., Ayalá R., Villablanca G. Servicio Cirugía Plástica Cosmética, Servicio Ortopedia Hospital San Borja Arriarán

Resumen: La liposucción asistida por ultrasonido se utiliza en cirugía plástica desde 1988, los fundamentos de la técnica radican en la vibración ultrasónica que dependiendo de la longitud de onda afecta tejidos específicos, se ha demostrado con una técnica segura, confiable y con propiedades particulares como retracción de piel y cavitación sin pérdida de sostén cutáneo, basado en esto desde 2006 se ha aplicado a pacientes pediátricos en distintas patologías. Se presenta un estudio descriptivo sobre uso de LUS (VASER[®]) en niños, entre marzo 2006 y julio 2009 se intervinieron 16 niños con indicación de liposucción, edad entre 11 meses y 16 años, 7 ginecomastia, 4 remodelación de colgajos, 3 lipodistrofias, 1 lipoma gigante secular, 1 brida congénita EEII, no hubo complicaciones infecciosas, ni hematomas asociados, la escala de dolor promedio fue de 3, promedio de hospitalización fue 18 horas, la vuelta al colegio 10 días en los escolares.

SEPTOPLASTIA ENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO NASOSEPTAL

Drs. Patricio Andrades, Claudio Borel, Rodrigo Hernández, Rodrigo Villalobos
Equipo de Cirugía Maxilofacial, Hospital del Trabajador de Santiago

Introducción: Uno de los elementos más importantes en el manejo del traumatismo nasal es la evaluación y tratamiento del tabique. Sin embargo, su difícil visualización debido a su compleja situación anatómica, hacen muy complicado su acceso y correcta reparación. El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad de la endoscopia en el manejo de las fracturas nasoseptales.

Método: Se estudiaron en forma prospectiva los primeros 25 pacientes consecutivos que fueron sometidos a septoplastia endoscópica durante el año 2009. La técnica consistió en realizar una incisión retrocolumelar unilateral, disección del septum osteocartilaginoso, resección de una ventana y desgate asistido endoscópico. Se realizó también reducción cerrada de huesos propios, taponamiento nasal, tela y yeso a dorso. La evolución postoperatoria inmediata, complicaciones y resultados funcionales a corto y mediano plazo fueron evaluadas.

Resultados: 18 hombres y 7 mujeres, con una edad promedio de 37 años fueron sometidos a una reduc-

ción nasoseptal endoscópica. El tiempo operatorio promedio fue de 1.5 horas. No se presentaron complicaciones durante la cirugía o en el postoperatorio inmediato. Durante el seguimiento 2 pacientes presentaron deformidades residuales en el dorso nasal y un paciente relató continuar con dificultades ventilatorias.

Discusión: La endoscopia es un instrumento que apoya eficientemente el manejo de las lesiones septales. Permite una correcta visualización del tabique en especial de las zonas más posteriores y difíciles de tratar.

CONSIDERACIONES GENERALES Y RESULTADOS EN LA CIRUGÍA DE REMODELAMIENTO CORPORAL: ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Drs. R. Hoppmann¹, D. González¹, A. Hasbún¹, M. M. Enuane¹, O. Correa¹, A. Hoppmann².

¹Centro de Cirugía Plástica Clínica Tabancura

²Centro de Medicina Ejercicios Deporte y Salud

Llamaremos cirugía del contorno corporal al procedimiento quirúrgico que incluye abdominoplastia, mamoplastia y lipoescultura con o sin acto individual o combinados. Actualmente éstos constituyen el 25% de todos nuestros procedimientos y se ha podido establecer una serie de pasos previos, durante la cirugía y posteriores a ésta con el fin de optimizar los resultados.

Los objetivos del presente trabajo son presentar esta secuencia de hechos, así como los resultados obtenidos en los últimos 5 años.

Se han incluido 580 pacientes de los cuales 150 corresponden sólo a lipoescultura, 254 a abdominoplastia + lipoescultura, 111 a abdominoplastia + lipoescultura + pexia o reducción mamaria y 65 a abdominoplastia + lipoescultura + mamoplastia de aumento.

Además de los exámenes de rutina hemos establecido como estudio preoperatorio obligatorio la evaluación kine-antropométrica, la fotografía y el "collage fotográfico".

Destacamos durante el acto quirúrgico la formación un equipo dinámico, el uso preferente de anestesia regional + sedación y como paso trascendente el uso de puntos de Baroud para acomodación del colgajo y reposición de tejidos. Posteriormente una hospitalización corta, kinesiterapia y tratamiento para la cicatrización.

Los resultados se evalúan con una nueva evaluación kine-antropométrica y foto a los 4 meses. Dentro de los resultados las complicaciones obtenidas son: macroseromas clínicos 0%, necrosis de bordes 0%, problemas cicatriciales 18%, estrechez umbilical 7% y retoques un 9%.

Concluimos que es necesario un equipo quirúrgico adecuado y con experiencia para trabajar con junto. Es fundamental un análisis objetivo pre y postquirúrgico para evaluar los resultados. La casuística presentada valida la cirugía combinada en un solo acto operatorio sin aumento de los riesgos.

CIRUGÍA DE CONTOURNO CORPORAL POST CIRUGÍA BARIÁTRICA

Drs. M. A. García-Huidobro, R. Prado, F. Eichler, N. Quezada, F. León, E. Torres, R. Contreras, P. Vidal

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La cirugía bariátrica (CB) logra baja de peso y control de enfermedades metabólicas, sin embargo, deja secuelas estéticas y funcionales que hacen necesario complementarla con cirugía de contorno corporal (CCC).

Objetivo: Describir características y presentar resultados de una serie de pacientes con CCC post CB.

Pacientes y métodos: Pacientes operados de CCC post CB entre abril 2004 - abril 2009 en el Hospital UC. Se describe IMC antes de CB y CCC, baja de peso, tiempo entre cirugías, número y tipo de cirugías, tiempos quirúrgicos, complicaciones. Se evaluó cambio en calidad de vida mediante encuesta.

Resultados: Serie de 114 pacientes, se realizaron 137 CCC. Edad promedio 39,2 años (+/-11,6), 103 mujeres. IMC promedio antes de CB 42,8 Kg/m² (+/-8) y de CCC 27,4 Kg/m² (+/-4,5). Baja de peso promedio entre CB y CCC 40,7 Kg (+/-14,1).

Tiempo entre estas cirugías 2,5 años (+/-1,4). Un 84,2% de los pacientes fue sometido a una CCC, 12,3% a dos, 2,6% a tres y 0,9% a cuatro cirugías. En cada cirugía, se hizo en promedio 1,6 +/-0,6 procedimientos de contorno corporal. Los procedimientos fueron: abdominoplastia en 99,1% de los pacientes (27,4% Flor de Lis, 5,3% circunferenciales), mamoplastia en 38,6%, braquioplastia en 15,8%, lifting crural en 10,5%, liposucción en 20,2%.

Tiempo quirúrgico promedio 3,4 hrs. Se presentaron complicaciones en 24 pacientes (21,1%): dehiscencia en 7, anemia sintomática en 7, seroma crónico en 4, hematoma en 3, infección de herida en uno, necrosis colgajo braquial en otro y un TEP.

No hubo mortalidad operatoria. La aplicación de la encuesta mostró mejoría en calidad de vida.

Conclusión y discusión: En nuestra serie, la CCC post CB se realiza en pacientes con características similares a las con unicadas en la literatura y es un procedimiento con morbilidad aceptable, que significa un cambio favorable en calidad de vida.

CASO CLÍNICO: COLGAJO MIOCUTÁNEO TORACODORSAL INVERTIDO EN ISLA Y COLGAJO FASCIOCUTÁNEO DE ROTACIÓN EN ÚLCERA POR PRESIÓN TORACOLUMBAR SECUNDARIO A CIFOsis ANGULAR A NIVEL TORACOLUMBAR

Drs. Irribarren O., Lasen J., Martínez F., Wittlitz G., Narah B., Huidobro B.

Departamento de Cirugía, Hospital San Pablo, Coquimbo

Se presenta el caso de un colgajo miocutáneo toracodorsal invertido con colgajo fasciocutáneo de rotación

para el manejo de pacientes parapléjicos con ulcera por presión toracolumbares. Politraumatismo con caída de altura al recibir descarga eléctrica, resultando con quemaduras múltiples en manos y muslos, TEC grave con fractura de base de cráneo, luxofractura T9-T10 con cifosis angular y sección medular completa y hemoneumotórax bilateral. Durante hospitalización evoluciona con ulcera por presión que inicialmente requiere curación avanzada y escarotomía evolucionando de manera tórpida con profundización y exposición de apófisis espinosa T10, de 6x6 cm, catalogándose como grado IV. Frente a las condiciones clínicas del paciente con un nivel de sección medular a nivel de T8 se decide realizar una extirpación parcial de apófisis espinosa T10 y colgajo microcutáneo toracodorsal invertido en Isla y colgajo fasciocutáneo de rotación. Evoluciona satisfactoriamente con pequeña zona isquémica a nivel superomedial de 2x1 cm y seroma que se punciona con buena evolución. Se presenta este caso por ser una técnica de cobertura poco frecuente.

COLLAGE FOTOGRÁFICO: EVALUACIÓN DE ESTA NUEVA HERRAMIENTA EN LA CIRUGÍA DE AUMENTO MAMARIO CON PRÓTESIS

Drs. R. Hoppmann¹, M. Meneu¹, A. Hasbún¹, P. Wisnia¹, D. González¹, I. Correa²

¹Centro de Cirugía Plástica Clínica Tabancura

²Universidad del Desarrollo

La decisión del tamaño y forma de mamas que una paciente desea al momento de realizar una cirugía de aumento con prótesis es definida en la actualidad con una prueba de prótesis, el planteamiento subjetivo de cómo se desearía ver y la visión del cirujano al momento de la cirugía.

Con el fin de objetivar el deseo de la paciente hemoderivado una selección de fotografías preoperatorias que denominamos "Collage", en donde la paciente recorta y pega en una hoja diferentes fotografías en donde se ve que tamaño y forma le gustan y cuales no.

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de este instrumento en el resultado final de la cirugía. Se solicitó a 18 pacientes intervenidas durante el año 2008 que respondieran un cuestionario donde evalúan el resultado de la cirugía y que tan cercano estuvo este a la selección del collage o a la prueba de prótesis.

16 pacientes respondieron este cuestionario, el 100% encontró útil el collage, 1 paciente encontró que su resultado no estuvo de acuerdo al collage, 1 paciente encontró que su resultado no estuvo de acuerdo a la prueba de prótesis y 1 paciente encuentra que su resultado no estuvo en concordancia con ninguno de los modos de selección.

Con estos resultados planteamos que la efectividad de este modo de selección es de un 88%, siendo una herramienta que puede recordar en el momento de la cirugía el deseo de la paciente.

DEFORMIDAD MAMARIA TUBULAR TUBEROSA (DMTT) REVISIÓN DE 18 CASOS.

Drs. M. T. Pesqueira², M. F. Ayalá^{1,2,3}, P. Gaete^{1,2,3}

¹Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica, ²Clínica Santa María, ³Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile.

La deformidad mamaria tubular tuberosa (DMTT) constituye una entidad mamaria que afecta uni o bilateralmente a las mujeres adolescentes. Se caracteriza por una alteración de la base mamaria de los cuadrantes inferiores. Su expresión fenotípica es de grado variable e, incluiría en su forma más leve, a la llamada mamaria tubular, Grolleau I y II y, en su forma más severa, a la mamaria tuberosa, Grolleau III / Von Heimburg IV.

Su incidencia es desconocida, sin embargo algunos autores demuestran una incidencia mayor asociada a asimetría mamaria.

Se presenta la casuística personal, retrospectiva, de 18 pacientes operadas (34 mamas), de un total de 334 mamoplastías efectuadas por diversa índole, entre 2004 y 2009 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Clínica Santa María.

Se utilizó la clasificación de Grolleau y Von Heimburg para evaluar severidad en DMTT. Se analizaron las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas, según el caso.

Las mamas tubulares representaron un 5% del total de la consulta general de mama, con un rango de edad entre 17 y 28 años. En nuestra revisión, la mayoría de los casos fueron mamas asimétricas, de tipo hipotrófico y Grolleau II y III.

En 28 mamas se efectuó plastia tubular y aumento mamario con implantes subglandulares de perfil bajo, con aumento promedio de 220 cc; en 1 caso plastia tubular con reducción y en 2 casos se efectuó técnica mixta. De estos, se revisaron cicatrices y revisión de la simetría en un caso, en que a los 2 años se observó descenso del lado reducido. La DMTT es una entidad de expresión fenotípica variable con distintos grados de severidad, cuyo tratamiento quirúrgico debe ser la sumatoria de las técnicas existentes, evaluando caso a caso según las características de cada paciente.

EXPERIENCIA INICIAL DE LIPOINYECCIÓN PENEANA PARA AGRANDAMIENTO.

Drs. R. Roa¹, G. Vivas², J. Piñeros³, A. Cuadra⁴.

¹Cirujano Plástico Staff CPQ, ²Becado Cirugía Universidad de Chile, ³Cirujano Plástico Staff CPQ,

⁴Cirujano Plástico Staff CPQ.

Unidad de Cirugía Plástica, Hospital del Trabajador.

Introducción: La Lipoinyección es una técnica para corrección de defectos de volumen congénitos o adquiridos tanto faciales como corporales. Nuevas aplicaciones terapéuticas han aparecido tal como la faloplastia de aumento de grosor.

El abigarramiento y engrosamiento de pene ha cobrado popularidad en la última década, realizándose mas

de 15000 cirugías de este tipo al año en Estados Unidos.

Las técnicas quirúrgicas son variadas pero esta nuestra una de ellas que es relativamente sencilla.

Objetivo: Mostrar la experiencia inicial de Lipoinyección para aumentar el grosor peniano en el Hospital del Trabajador Santiago.

Materiales y método: Se presentan 6 pacientes, entre 26-49 años tratados de abril 2005 a julio 2009, sin antecedentes morbidos. Tiempo peniano preoperatorio variable.

Técnica quirúrgica: Posterior liposucción abdominal y púbica intensiva, se recolecta grasa en recipiente estéril, una vez decantada se traspa a jeringas de 10 CC.

Se aplica utilizando catéter venoso de 14 fr., inserción subcutánea de catéter en base del pene, infiltración retrograda desde cerca del glande, se realiza túneles paralelos en dorso y laterales evitando acúmulos e irregularidades las que producen se moidean. El volumen infiltrado fue de entre 30-50 CC, curación con presiva pública postoperatoria y analgesia postoperatoria habitual.

Seguimiento postoperatorio de 2 meses.
Resultados: Evolución postoperatoria: dolor moderado, edema y equimosis de escroto y pene inportantes que se resuelven en promedio a las 3 semanas. Disuria temporal de resolución espontánea en 3 casos.

En todos los casos se consigue el aumento de volumen en regular, sin induraciones, ni deformidades.

Conclusiones: Es una técnica sencilla, con buenos resultados iniciales y reproducible.

Esta serie no nuestra complicaciones. Por lo nuevo de la técnica, esta serie al igual que otras publicadas, carece de un seguimiento adecuado, por lo tanto falta evaluar resultados a largo plazo.

EFFECTO ANGIOGÉNICO DE INHIBIDOR DE FOSFODIESTERASA EN MODELO IN VIVO DE MEMBRANA ALANTOCORIÓNICA DE POLLO (MAC)

Drs. J. Lasen^{1,2,3}, D. Lemus³, JM Robles¹, J. Pilasi¹, B. Naranjo¹, P. Leon¹, M. Rios², F. Veliz², J. Azolas², B. Huidobro²

¹ Departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, ² Programa de Magister en Ciencias Biomédicas mención Fisiopatología, ³ Programa de Morfología, Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM) Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción. El proceso de angiogénesis es esencial en el proceso de cicatrización. El uso de factores proangiogénicos como terapia adyuvante en injertos de membranas esta bien establecido. A pesar de esto existen escasos reportes acerca del uso de otras medidas terapéuticas. En este estudio trato de averiguar si los inhibidores de fosfodiesterasa, además de su rol vasodilatador, tendrían un efecto angiogénico en los tejidos. Se utilizo el modelo de membrana alantocorionica de pollo para estudiar angiogénesis. Se plantea como hipótesis que el inhibidor de fosfo-

diesterasa tiene un efecto angiogénico directo.
Método: Se utilizaron 40 huevos de pollo fecundados obtenidos del ISP a los cuales se les implanto un disco de membrana alantocorionica a los cuales se les instiló distintas soluciones. Grupo 1 control se instiló 30 ml de solución fisiológica. Grupo 2, 3 y 4 30 ml de solución con citrato de sildenafil a una concentración de 0,33 µg/µl, 1 µg/µl y 3,3 µg/µl respectivamente. Al día 12 se removieron los discos y se fijaron para análisis histológico con hematoxilina-eosina. Se realizaron cortes de 5 µm y se contaron los capilares con aumento 400x en área de 2250 µm². Análisis estadístico con prueba t-Student (p<0,05). **Resultado:** Grupo 1 control existía un promedio de 11,09 capilares/2250µm² DS 0,52. Grupo 2 15,35 capilares/2250µm² DS 1,19. Grupo 3 16,62 capilares/2250µm² DS 0,82. Grupo 4 19,2 capilares/2250µm² DS 0,89. Se encontró que el número de capilares era significativamente mayor en los grupos 2,3 y 4 versus control (p<0,05). Entre grupo 2 y 3 no se generaba una diferencia significativa. Entre grupo 3 y 4 se observo una angiogénesis mayor en el grupo 4 con significancia estadística. **Conclusión:** Se observo un efecto angiogénico del inhibidor de fosfodiesterasa utilizado, lo que podría ser aplicado en el modelo para estudiar angiogénesis en injertos.

INVESTIGACIÓN ACERCA DEL EFECTO ANGIOGÉNICO DEL DIMETIL SULFÓXIDO EN MODELO MURINO

Drs. J. Lasen^{1,2,3}, D. Lemus³, JM Robles¹, J. Pilasi¹, B. Naranjo¹, P. Leon¹, M. Rios², F. Veliz², J. Azolas², B. Huidobro²

¹ Departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, ² Programa de Magister en Ciencias Biomédicas mención Fisiopatología, ³ Programa de Morfología, Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM) Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La angiogénesis es un proceso caracterizado por la formación de vasos nuevos desde vasos preexistentes. Se ha postulado que es factible el uso del mecanismo de neoangiogénesis como una nueva herramienta terapéutica en injertos de membranas y heridas. En este estudio se estudio la actividad angiogénica del dimetil sulfóxido (DM SO) aplicado en esponjas colocadas de manera subcutánea en un modelo murino. **Método:** Para este estudio se utilizaron 25 ratones mus musculus separados en 5 grupos iguales. Grupo 1 control únicamente se implanto la esponja subcutánea inpregnada con 10 µl de solución fisiológica. Los grupos experimentales N° 2, 3, 4 y 5 recibieron esponjas inpregnadas con 10 µl de distintas concentraciones de DM SO: 90%, 45%, 22,5% y 11,2% respectivamente. Cada grupo fue mantenido con tratamiento por 7 días siendo sacrificados para remover la esponja plástica y realizar estudios histológicos con tinción de hematoxilina-eosina. De cada esponja se extrajeron 6 cortes donde en cada corte se contaron 5 campos periféricos y 5 campos en la zona de la matriz.

Resultado: Los resultados obtenidos muestran que la concentración más baja de DM SO presenta una actividad angiogénica y a la concentración más alta un efecto contrario antiangiogénico. De echo la concentración DM SO 11.2% mostró una neovascularización significativamente mayor ($p < 0,05$) en comparación con la angiogénesis inflamatoria generada por la esponja con solución fisiológica tanto en la zona periférica como en la matriz del implante. **Conclusión:** En conclusión se demuestra que el DM SO es proangiogénico en concentraciones bajas lo que podría tener un eventual rol clínico especialmente en injertos de piel y úlceras crónicas.

EFFECTO DE LA APLICACIÓN TÓPICA DE DIMETIL SULFÓXIDO (DM SO) EN LA CICATRIZACIÓN EN MODELO MURINO.
Drs. J. Lasen^{1,2,3}, D. Lemus³, JM Robles¹, B. Naranjo¹, P. León¹, M. Ríos², J. Pilasi¹, F. Veliz², J. Azoas², B. Huidobro²

¹Departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, ²Programa de Magister en Ciencias Biomédicas mención Fisiopatología, ³Programa de Morfología, Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM) Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El proceso de cicatrización es un proceso dinámico e integrado que se divide en las fases de inflamación, proliferativa y remodelamiento. Se ha postulado que es posible acelerar el proceso de cicatrización usando distintas sustancias que influyen principalmente en la fase neoangiogénica de la cicatrización. Se plantea el uso tópico de DM SO para estudiar su efecto en el proceso de cicatrización. **Método:** Se usaron 56 ratones Mus musculus divididos en 4 grupos de 14 animales cada uno. En todos los grupos se realizó una herida estandarizada de 6 mm en la región escapular con un instrumento para realizar biopsias cutáneas tipo punch. Grupo 1 control no recibió DM SO. Grupo 2 fue tratado con un polímero de carboxivinilo inerte en gel sin DM SO. Grupos 3 y 4 fueron tratados con DM SO gela concentraciones de 5% y 10% respectivamente. La duración del experimento fue de 21 días. Se realizó un control microscópico de la cicatrización con mediciones cefalocaudales en mm cada 48 y 72 hrs. Simultáneamente se extrajeron muestras de cicatriz para análisis histológico. **Resultado:** Los resultados obtenidos indican una aceleración del proceso de cicatrización en las heridas tratadas con DM SO al 10% en comparación con control y otros tratamientos. Además en relación a la reparación tisular se genera un tejido granulatorio más regular y abundante con mayor presencia de neovascularización en las heridas tratadas con DM SO 10%. La aplicación de DM SO 5% no tuvo diferencias significativas con el control. **Conclusión:** En conclusión la aplicación de DM SO 10% tendría un efecto beneficioso en acelerar el proceso de cicatrización lo que podría tener aplicación principalmente en cicatrización insuficiente como úlceras crónicas o cicatrices inestables.

EMBOLÍA PULMONAR POR SILICONA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. J.T. Gantz; J. Ortega; H. Rojas; G. Wiedmaier.
Int. F. Pinto, F. Mingo, R. Undurraga
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado;
Servicio de Cirugía Clínica Alemana de Santiago;
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: La aplicación ilegal intramuscular y subcutánea de silicona viene en aumento en todo el mundo. Las principales zonas de aplicación descritas en la literatura incluyen paredes vaginales, busto y glúteos. El aumento de la presión local induce migración de silicona y desplazamiento intravascular de la misma originando embolismo pulmonar y sistémico. **Objetivo:** Reportar caso que refleja esta problemática con su manejo posterior. **Caso reporte:** Paciente sexo masculino de 30 años, transexual. Antecedentes médicos de VIH (+); Linfoma de Hodgkin tratado.

Implantes de silicona industrial subcutánea en peborales y amasaderas.

Consulta en Servicio de Urgencia por caída a nivel desde locomoción colectiva, evolucionando con contusión, dolor e impotencia funcional de extremidad inferior izquierda. Se diagnostica fractura de cadera izquierda con rasgo subtrocantéreo desplazado. Ingresa a pabellón para reducción y osteosíntesis de fémur izquierdo. En postoperatorio inmediato presenta disnea severa, hipotensión, sudoración fría, palidez y dolor retroesternal tipo puntada 4/10 no irradiado. Se sospecha Tromboembolismo Pulmonar (TEP) manifestándose en Unidad de Cuidados Intensivos. ANGIOTAC descarta TEP, demostrándose en el mismo, extenso compromiso de la pared torácica, mediastino y nivel pericárdico. Compromiso periesofágico y del intersticio pulmonar acinar y centrolobulillar con derrame pleural probablemente secundario a infiltración de silicona industrial. Paciente evoluciona satisfactoriamente de su patología respiratoria y traumática. Dado de alta en buenas condiciones generales.

CATARATAS: UNA RARA SECUELA DE QUEMADURAS ELÉCTRICAS.

Drs. M. F. Navarrete, C. Pilasi, J.P. Quinteros, W. Calderón.

1. Residente de Cirugía General Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Residente de Cirugía General Universidad de Chile, Campus Centro
3. Interno de Medicina Universidad de Los Andes
4. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital del Trabajador de Santiago.

Introducción: Las quemaduras eléctricas son lesiones complejas con múltiples complicaciones. Las cataratas son una complicación infrecuente. Existen varios reportes de casos pero escasa difusión en el ámbito quirúrgico de sus características y fisiopatología. **Objetivo:** reportar la incidencia y características de

la población atendida en el Hospital del Trabajador de Santiago (HTS) con diagnóstico de catarata secundaria a quemadura eléctrica, y presentar una revisión de la literatura sobre el tema.

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes admitidos al HTS con diagnóstico de quemadura eléctrica, entre el 01/01/1999 y el 01/01/2009. Se revisaron sus archivos electrónicos buscando pacientes con diagnóstico de catarata, y se tabularon en una base de datos excel. Se realizó una revisión en PubMed y Medline sobre el tema. **Resultados:** En los últimos 10 años ingresaron 977 pacientes con diagnóstico de quemadura eléctrica, de ellos, sólo 3 (0,3%) tenían cataratas secundarias. Todos eran de sexo masculino, de 33, 36 y 64 años. En dos de ellos se reportan quemaduras faciales al ingreso y sólo en uno se describe el voltaje de la quemadura (13500 v). La superficie corporal quemada está descrita en dos de los casos y corresponden a 20 y 29%. El tiempo transcurrido entre la quemadura eléctrica y el diagnóstico de catarata fue de 6 meses, 2 años y 4 años, en cada caso. En dos casos la catarata desarrollada fue bilateral y en un caso fue unilateral derecha. Tras 4 años de seguimiento, el paciente no ha desarrollado catarata en el ojo contralateral. Todas las cataratas recibieron tratamiento quirúrgico con resultados satisfactorios.

Conclusiones: Las cataratas secundarias a quemadura eléctrica son poco frecuentes. Hay poca información, con un buen registro para poder establecer factores pronósticos. Es importante tener presente esta complicación y buscarla diligentemente en los pacientes con quemadura eléctrica.

RESULTADOS DE LA RESECCIÓN Y RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE QUELOIDES DE LA REGIÓN TORÁCICA Y ABDOMINAL

Drs. R. Hoppmann¹, M. Meruane¹, A. Hasbún¹, P. Wisnia¹, D. González², I. Correa²

¹Centro de Cirugía Plástica Clínica Tabancura
²Universidad del Desarrollo

El tratamiento de las cicatrices queloides es diverso, existe consenso en que éste debe ser combinado, con varias alternativas propuestas, sin que alguna sea del todo efectiva. La resección quirúrgica en combinación con radioterapia es considerado uno de los tratamientos disponibles con mayor éxito. El objetivo de este estudio es evaluar prospectivamente el resultado de esta alternativa.

Se realizó resección extrínseca con sutura en dos planos y radioterapia inmediata de 15 Gy y fraccionada en 3 sesiones, en 2 pacientes con cicatrices abdominales y en 1 con cicatriz en región esternal. Se adicionó parches de silicona por un período de 6 semanas.

El seguimiento fue de 20 meses en promedio, se realizó fotografías previas al tratamiento y al momento de control.

No se evidencia recurrencia en los casos de cicatrices queloides de la región abdominal. En el caso de la

cicatriz esternal la recurrencia se presentó parcialmente en una pequeña área (menor al 10%) de la cicatriz.

En conclusión se considera efectiva la resección quirúrgica asociada a radioterapia superficial en casos de cicatrices queloides de la región torácica y abdominal.

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE CABEZA Y CUELLO UTILIZANDO COLGAJO LIBRE ANTEROLATERAL DE MUSLO

Drs. Arturo Madrid¹, Rocío Las Heras², Óscar Cuevas³, Felipe Capdeville¹, Marcelo Veloso¹, Rodrigo Montes¹.

¹ Cirujano de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer; ² Residente de Cirugía General, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; ³ Interno de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Introducción: El colgajo anterolateral de muslo (ALT) es un colgajo fasciocutáneo dependiente de las ramas perforantes septales o musculares de la arteria femoral circunfleja lateral. Se ha utilizado para cubrir diferentes defectos dada su versatilidad de modelamiento. El objetivo del presente estudio es mostrar nuestros resultados de la utilización de ALT en pacientes con defectos de cabeza y cuello post resección oncológica. **Pacientes y Métodos:** Revisión de fichas clínicas de 8 pacientes, 4 hombres y 4 mujeres, reconstruidos con ALT en el Instituto Nacional del Cáncer entre febrero 2006 y junio de 2009. El promedio de edad fue de 56 años y la histología del primario fue 4 carcinoma escamoso, 3 cilindroma y 1 carcinoma de células acinares. **Resultados:** Se realizó reconstrucción facial en un caso, con anastomosis a los vasos temporales; piso de boca en otro, con anastomosis arterial a la tiroidea superior y venosa a la yugular externa; reconstrucción lingual en 6 casos, con anastomosis arterial a la tiroidea superior en 4 casos, a la facial y cervical transversa, y anastomosis venosa a la yugular con un, yugular externa y tronco tirolinguofacial. Siete pacientes recibieron radioterapia postoperatoria, promedio 57 Gy, salvo uno que fue derivado de otro centro con radioterapia hecha. El tiempo operatorio fue 7.25 hrs promedio. La zona donadora se cerró en forma primaria en todos los casos. Los pacientes se reinternaron a los 14 días promedio y fueron dados de alta a los 19 días promedio, salvo el paciente que perdió el colgajo que permaneció 51 días hospitalizado. Un colgajo utilizado para reconstrucción lingual se perdió al sexto día, otro sufrió necrosis parcial que expuso la placa mandibular y el resto evolucionaron sin complicaciones. Se tiene seguimiento completo del grupo sin recidiva local ni metástasis, no hubo mortalidad. **Conclusiones:** El ALT ha mostrado excelentes resultados en la cobertura de defectos oncológicos de cabeza y cuello.

RECONSTRUCCIÓN DE LESIONES DE EXTREMIDADES UTILIZANDO COLGAJO LIBRE ANTEROLATERAL DE MUSLO

Drs. Héctor Roco¹, Rocío Las Heras², Rodrigo Villagrán³, Viviana Spröhmle⁴.

¹ Cirujano Plástico, Hospital de la Fuerza Aérea de Chile y Clínica Alemana, ² Residente de Cirugía General, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, ³ Cirujano General, Hospital Regional de Antofagasta, ⁴ Cirujano Plástico, Clínica Alemana.

El colgajo anterolateral de muslo (ALT) es un colgajo fasciocutáneo basado en las perforantes septocutáneas o musculocutáneas de la rama descendente de la arteria femoral circunfleja lateral. Se ha utilizado para cerrar diferentes tipos de defectos en distintas partes del cuerpo. El objetivo del presente estudio es mostrar nuestra experiencia en la cobertura de defectos de extremidades con el colgajo ALT.

Pacientes y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de 9 pacientes, 8 hombres y 1 mujer, en los que se realizaron 10 colgajos ALT de extremidades entre diciembre 2004 y julio 2007. El promedio de edad fue de 33 años (20-46) y la causa del defecto fue traumática en 8 y secuela de quemadura en 1. **Resultados:** Se elevaron 5 colgajos basados en perforante septal y 5 muscular. Se levantaron 8 colgajos fasciocutáneos y 2 musculocutáneos. El tamaño del colgajo fue de 3 x 4 cm a 26 x 8 cm, sin diferencia en cuanto a la perforante utilizada. La longitud del pedículo fue de 6 a 12 cm. Cinco colgajos evolucionaron sin incidentes. De los 5 restantes, tres sufrieron hematomas con necrosis parcial y dos colgajos evolucionaron con necrosis total. La zona dadora se cerró en forma primaria en 8 casos, con injerto de piel en uno y injerto de piel total en otro. Dos heridas cerradas en forma primaria evolucionaron con dehiscencia que se trataron con injerto de piel. El tiempo operatorio fue 8.2 hrs (5.6-9). El seguimiento fue de 10 meses (2-29), todos con buen resultado estético y funcional salvo uno que evolucionó con cicatriz inestable. **Conclusión:** El colgajo ALT es una alternativa versátil para el cierre de defectos complejos de extremidades que en nuestra serie mostró buenos resultados a largo plazo.

FRACTURAS EXPUESTAS DE EXTREMIDADES INFERIORES. MANEJO DE DEFECTOS DE PARTES BLANDAS Y EXPOSICIÓN DE MATERIAL DE OTS CON COLGAJOS MUSCULARES, MIOCUTÁNEOS Y FASCIOTÁNEOS.

Drs. C. Soto¹, E. Bautista², P. Leniz³, R. Roa³, S. Llanos³, J.L. Piñeros³, W. Calderón⁴

¹ Becado de Cirugía General PUC, ² Cirujano Plástico Pasante en CPQ HTS, ³ Cirujano Plástico Staff en CPQ HTS, ⁴ Jefe del Servicio CPQ HTS
Unidad de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador de Santiago.

Introducción: Los accidentes producidos por alta energía son frecuentes, y a menudo están asociados a lesiones graves en extremidades. El desarrollo de

materiales de osteosíntesis (OTS), permite rescatar extremidades con lesión ósea grave. Estas lesiones se pueden complicar con pérdida de partes blandas. En Cirugía Plástica se utilizan coberturas mio-cutáneas, fasciocutáneas y musculares, en OTS infectada, con excelentes resultados. Publicaciones sugieren criterios para preservar el material de OTS: estabilidad del material, tiempo de exposición menor a 2 semanas y ausencia de infección.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes ingresados con diagnóstico de fractura expuesta de extremidades que requirieron cirugía reconstructiva para cobertura de material de OTS expuesto del Hospital del Trabajador de Santiago en el período enero 1995 a julio 2009.

Resultados: Veintiocho pacientes presentaron exposición del material de OTS. El tiempo entre el diagnóstico de exposición del material de OTS y la cobertura varió desde el día 0 hasta el día 88. En 19 casos se logró cobertura antes de los 21 días. El manejo de aquellos que no recibieron cobertura inmediata fue aséptico quirúrgico, asistencia de drenaje al vacío y antibióticoterapia según bacteriología. Las opciones de cobertura fueron: colgajo muscular 9, mio-cutáneo 4, fasciocutáneo 10, microquirúrgico 5, prefiriendo colgajos musculares en caso de osteomielitis (OML). Hubo infección de partes blandas confirmada bacteriológicamente en 17 casos y OML demostrada 6. Se retiró material de OTS en un paciente con diagnóstico de OML.

Discusión: En nuestra serie pudo realizarse cobertura del material de OTS en promedio a los 15 días, hasta con 88 días de exposición. No fue necesario retirar el material de OTS en pacientes con OML cuando se utilizaron colgajos. Las coberturas musculares, mio-cutáneas y fasciocutáneas resultaron satisfactorias, sin diferencias apreciables.

USO DE PRP EN COLGAJO DE LIFTING

Drs. Antonio Donizetti Castillo y Nelson Correa.
Clínica Tabancura, Santiago

El uso de PRP en medicina y odontología viene desde hace muchos años, pero recientemente empezamos a usarlo en cirugía plástica. Se usó inicialmente como un pegamento y después de varios estudios se corroboraron la presencia de factores de crecimiento los cuales agregaron un plus en la calidad de la piel. Con el uso del PRP logramos un postoperatorio con menos edema, menos hematoma y además quitamos el uso de drenaje lo que es muy comfortable para las pacientes.

LAPARORRAFÍA CON ELÁSTICOS LUEGO DE UNA RESECCIÓN AMPLIA DE LA PARED ABDOMINAL SECUNDARIA A UNA FASCITIS NECROTIZANTE.
Drs. Gonzalo Gómez, Félix Callejas
Unidad de Emergencia Adulto. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección

rápida mente progresiva, que afecta la piel, celular subcutáneo y fascias con sepsis severa. Una amplia resección quirúrgica inicial, asociado a tratamiento intensivo es el tratamiento estándar. Sin embargo los defectos cutáneos pueden llegar a ser bastante extensos, necesitando cirugía reparadora. El objetivo del trabajo es presentar el resultado de un caso clínico de laparografía con elásticos luego de una amplia resección de la pared abdominal secundaria a una fascitis necrotizante.

Materia y Método: La cirugía se realiza en 2 etapas y la técnica utilizada es una adaptación de tres distintas técnicas quirúrgicas; en un primer tiempo se realiza la resección amplia y se instala una curación "tipo VAC" que consiste en un molde de moltipren conectado a una sonda de latón y cubierto por steridrape®. En una segunda cirugía se instala un cierre con elásticos que se tensa progresivamente en cada cirugía.

Caso Clínico: Paciente femenino, 40 años, portadora de artritis reumatoidea en tratamiento inmunosupresor. En el postoperatorio de un absceso tubo ovárico presenta una fascitis necrotizante de la pared abdominal. La resección inicial generó un defecto cutáneo de 50 x 30 cm. Se requirió 8 cirugías y se logró cierre con pliegos del defecto cutáneo abdominal. Presentó discreta dehiscencia de la sutura de la pared abdominal que se trató con un IDE.

Discusión: Presentamos una alternativa de tratamiento que se basa en distintos principios quirúrgicos, siendo uno de ellos la elasticidad de la pared abdominal, que permitió el cierre con pliegos de un gran defecto abdominal.

Palabras claves: Fascitis Necrotizante

ALTERNATIVAS DE COBERTURA CUTÁNEA GENITAL MASCULINO. EXPERIENCIA EN 6 CASOS.

Drs. Juan Carlos Sosa N, Fernando Olgún M, Luis Ruiz B, Miguel Ángel Rojas L, Int. Felipe Jarufe. Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital San José, Santiago, Chile.

Introducción: Tradicionalmente las pérdidas cutáneas de la zona genital se han resuelto con injertos de piel total para el pene y de piel parcial para el escroto. En nuestro servicio hemos explorado diferentes alternativas de cobertura cutánea con buenos

resultados. El equipo de cirugía plástica quiere por propósito mostrar su experiencia en el manejo de pacientes que han tenido pérdidas de partes blandas y cobertura cutánea del pene y escroto utilizando diferentes métodos.

Materia y Método: Son 6 pacientes operados entre el 2001 y el 2009 con diferentes pérdidas de tejido peno-escrotal, realizándose desde injertos de piel tanto parcial como total y también colgajos prepuciales y escrotales para la cobertura de esta zona. La presentación más frecuente es secundaria a Fournier urogenital.

Resultados: Son 6 pacientes todos secundarios a cuadros infecciosos, la gran mayoría Fournier, asociados a patologías como Diabetes o paraplejía como factores predisponentes, entre 40 y 65 años. Se realizan en la mayoría aseos quirúrgicos en urgencia y en urología, previa a sus cirugías reconstructivas. Hubo pérdidas de piel del pene en algunos casos, en otros pérdida de piel escrotal, y en algunos la combinación de ambos. En otro caso también pérdida con pliegos de cuerpos cavernosos y parcial de uretra. Se realizan diferentes procedimientos para cubrir tanto escroto como el pene, desde colgajos escrotales o prepuciales, bolsillos de cara medial de muslo, injertos de piel total y parcial, con resultados satisfactorios. No hubo mayores complicaciones, solo pérdidas pequeñas de injertos y dehiscencias menores.

Discusión: La cobertura cutánea genital es muy importante tanto del punto funcional como estético. Pensamos que los colgajos escrotales y prepuciales son la primera opción de cobertura penéana, y los injertos de piel total solo en caso de que no se pueda utilizar los primeros por falta de ellos, ya que a pesar de tener menor retracción que los de piel parcial, sí lo presentan en la zona de cicatriz con la piel normal y entre ellos, además de un menor prendimiento. Por otro lado los colgajos escrotales dan excelente cobertura, engrasan el pene y tienen la elasticidad necesaria. Pensamos que los colgajos tienen la virtud de aportar tejido con características similares a los perdidos, es decir sensibilidad, resistencia al trauma e incluso mejor estética. Además se da la particularidad que el exceso de tejido escrotal y prepucial facilita su uso rector. También mencionamos la alternativa de bolsillos de muslo para cobertura de testículos cuando esté indicado.

Seccional: CIRUGÍA HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS AGUDA

Drs. D. Moretto, A. Correa, R. Díaz, A. Pacheco, Int. F. Marín.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: Durante el curso de la pancreatitis aguda grave, se presentan complicaciones principalmente sépticas. La alta mortalidad de esta patología, hace necesario revisar su manejo ya que aún existen muchas controversias. Para entrar en una nueva era en el tratamiento es que decidimos revisar el manejo realizado en nuestra institución durante los últimos años.

Materia y Método: Serie de casos retrospectivos, de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda grave operados en nuestra institución entre el 1/1/2004 y el 31/12/2008.

Resultados: Serie de 61 pacientes con pancreatitis aguda grave, con una edad promedio de 55 años (rango 23-85), 44,3% mujeres, el 34,4% sin comorbilidades conocidas. En el 93% se usaron ATB profilácticos (Ceftriaxona-Metronidazol como esquema principal). Las complicaciones más frecuentes fueron Sepsis 31%, Falla orgánica múltiple (FOM) 30%, shock 18%, y fistulas 11%. En los pacientes que fallecen se presentan Sepsis 70%, FOM 59% y Shock 33% como complicaciones principales. De los casos con germen identificado destaca E. coli en un 30% y S. aureus en el 26%. Las técnicas empleadas fueron drenaje percutáneo (1,6%), endoscópico (4,9%), quirúrgico lumbotomía (27,9%) y quirúrgico anterior (65,6%), con un promedio de 3 reoperaciones (rango 1 a 17) por caso. El promedio de hospitalización fue de 46 días y la letalidad general de la serie 44,3%, con un 37% en mujeres y un 50% en hombres.

Conclusiones: Destaca la importancia del control de sepsis, FOM y shock como complicaciones que aumentan gravemente el riesgo de muerte. También destaca la gran mortalidad en esta serie, lo que refleja la necesidad de realizar estudios prospectivos y protocolos para mejorar estas cifras.

NECROSECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PANCREATITIS AGUDA

Drs. A. Donoso, R. Funke, Int. M. Rondanelli, JC. Patillo, C. Boza, F. Corvari, G. Pérez, F. Pimentel, L. Ibáñez, N. Jarufe, A. Escalona.

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: la pancreatitis aguda grave, asociada a necrosis pancreática infectada, tiene una elevada mortalidad. En la mayoría de los casos el tratamiento es quirúrgico, sin embargo, este se asocia a una alta morbilidad. El desarrollo de la cirugía mínimamente

invasiva ha permitido incorporar la técnica laparoscópica al tratamiento de esta enfermedad. **Objetivo:** presentar nuestra experiencia en necrosectomía y drenaje de abscesos por vía laparoscópica. **Materia y métodos:** análisis retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda grave con necrosis infectada sometidos a necrosectomía y drenaje de abscesos por vía laparoscópica. Se describe la técnica quirúrgica, se analizan las complicaciones, necesidad de reoperaciones y evolución tardía.

Resultados: La serie está compuesta por 11 pacientes, 9 hombres y 2 mujeres, operados entre abril de 2006 y junio de 2009. La edad promedio fue 46 años (13 a 71 años). El tiempo operatorio promedio fue 138 min (110 - 205 min). No hubo complicaciones derivadas de la técnica laparoscópica ni conversión a cirugía abierta en ningún paciente durante la primera cirugía. Cinco pacientes requirieron una reintervención quirúrgica, 4 por colecciones residuales y 1 paciente para resolución quirúrgica de una fístula biliar. En 3 de los 5 pacientes la reoperación se llevó a cabo en forma satisfactoria por vía laparoscópica. Dos pacientes evolucionaron con fístula pancreática y 2 pacientes evolucionaron con insuficiencia endocrina. No hay mortalidad en nuestra serie, encontrándose todos los pacientes en buenas condiciones actualmente.

Conclusiones: la necrosectomía laparoscópica es una alternativa válida y disponible en nuestro centro, con resultados comparables y probablemente superiores a la cirugía abierta, y con resultados satisfactorios en cuanto a morbilidad y mortalidad postoperatoria.

COMPARACIÓN DEL MANEJO ENDOSCÓPICO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POST PANCREATITIS AGUDA CON Y SIN INSTALACIÓN DE PRÓTESIS.

Drs. P. de Mónico, I. Robles, J. Gobelet, C. Castillo, C. Harz, A. Rollan, R. Sáenz, C. Navarrete
Latin American OMGE and OMED Gastrointestinal Endoscopy Training Center. Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile.

Introducción: El abordaje endoscópico se ha convertido en el tratamiento de elección para el drenaje de pseudoquistes de páncreas (PP). En la técnica habitual se instala una prótesis para asegurar permeabilidad en la cistogastrotomía. **Objetivo:** Comparar la eficacia del tratamiento del PP con y sin instalación de prótesis.

Método: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de PP post-pancreatitis aguda derivados a nuestro servicio entre Julio-2001 y Julio-2009. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de PP según criterios de Atlanta, evolución mayor a 4 semanas e imágenes

que demuestren contacto con la pared gástrica o duodenal. La técnica endoscópica inicialmente fue electiva acorde a la densidad del contenido del quiste. Desde el año 2007 se realizó, exclusivamente, la punción con electrocauterio de la pared, dilatación con balón hasta 20 mm, lavado y ocasional necrosectomía. Los pacientes fueron controlados en forma regular hasta la resolución de la patología.

Resultados: Se incluyen 53 pacientes, 27 (51%) hombres. Edad promedio 48 años (8-75). En 22 pacientes (41,5%) se realizó endosonografía para determinar el sitio de punción. El acceso fue transgástrico en 50 pacientes (94,3%), transduodenal en 2 pacientes y transpapilar en 1 paciente. En 18 pacientes (34%) se instaló prótesis o sonda nasoduodenal (Grupo A) y en 35 pacientes (66%) no se dejó drenaje (Grupo B). El promedio fue 2,16 sesiones terapéuticas en el grupo A vs. 2,31 en el grupo B. En todos los pacientes se logró evacuación exitosa del PP con probado por imágenes (ecografía abdominal TAC). El procedimiento se realizó bajo anestesia con intubación orotraqueal en todos los casos. No se describieron complicaciones en esta serie.

Conclusiones: El manejo de PP mediante dilatación de la cistogastrostomía para lavado y drenaje sin la colocación de prótesis es una técnica segura que no altera en forma significativa el número de sesiones requeridas, al compararlo con la colocación de prótesis o sonda nasoduodenal.

PANCREATITIS Y EMBARAZO: MANEJO Y RESULTADOS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Drs. M. Vivanco, M. Bustamante, I. Turu, G. Rencoiret, C. Ospina, A. Rodríguez-Navarro, A. Valle, G. Wiedmaier, F. Carrillo, E. Paiva, Int. A. Valle. Servicio Cirugía y Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: La pancreatitis aguda es una rara condición durante el embarazo ocurriendo aproximadamente en el 0,03 a 0,09% de las embarazadas. La etiología durante el embarazo no difiere de aquella de mujeres no embarazadas, siendo las principales causas la enfermedad litiasica, dislipidemias, drogas, infecciones virales, condiciones hereditarias y en un porcentaje idiopáticas (17%).

El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia del Hospital Padre Hurtado en relación a esta patología.

Materiales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las fichas de las pacientes embarazadas las cuales ingresaron a la unidad de embarazo patológico con el diagnóstico de pancreatitis desde enero del año 2000 a junio 2009, el diagnóstico fue definido por cuadro clínico sugerente asociado a elevación de amilasas. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico, etiología, apéndice ingreso, imágenes de ingreso, evolución precoz y tardía, estadía

hospitalaria, procedimientos realizados y mortalidad materno-fetal.

Resultados: La serie consta de 11 pacientes con edad promedio de 23 años. La edad gestacional promedio al ingreso fue 30 semanas, las amilasas de ingreso fluctúan entre 318 y 3600 mg/dl, la etiología más frecuente fue litiasis biliar (90,9%), el apéndice de ingreso promedio fue de 3, ecografía fue el estudio imagenológico más frecuente (80,9%), el promedio de hospitalización fue de 7 días, el 90% tuvo una evolución leve, solamente 1 paciente tuvo evolución grave que obligó a la interrupción del embarazo. Todas respondieron al manejo médico de su pancreatitis. Las 5 pacientes que estaban en el segundo trimestre fueron colecistectomizadas antes de su alta. Las restantes 6 fueron operadas postparto. Se confirmó coledocolitiasis intraoperatoria en 1 paciente.

Conclusiones: La Pancreatitis durante el embarazo es una patología poco frecuente. A diferencia de los escasos reportes que existen en la literatura, la evolución en la mayoría de los casos es leve y la etiología más frecuente es la litiasica. En relación al momento de realizar la colecistectomía, no hubo diferencias en la mortalidad materno-fetal en las distintas edades gestacionales. No hubo complicaciones al diferir la cirugía vesicular en las pacientes del tercer trimestre.

CÁNCER VESICULAR: COLECISTITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN.

Drs. V. Silva¹, A. Jiménez², F. Navarro³, J. Astudillo³, A. Orlenes³, X. Soto⁴, M. Orlenes¹, J. Carter¹
¹ Servicio de Cirugía Hospital Gustavo Frick, Vía del Mar, ² Cefam Dr. Juan Carlos Baeza, Vía del Mar, ³ Interno de Medicina, Universidad del Mar, ⁴ Clínica Geriátrica Capredena, Linares.

Introducción: El Cáncer Vesicular (CV) representa la primera causa de muerte oncológica en la mujer chilena, manifestándose de múltiples formas, dentro de las cuales se encuentra la Colecistitis Aguda (CA). En la literatura, ambas patologías se asocian en un 20-30%. El objetivo de este estudio es realizar una revisión descriptiva de una serie de casos de CV cuya forma de presentación clínica es la CA.

Materiales y Métodos: Se realiza una revisión descriptiva retrospectiva de un total de 148 pacientes con CV, diagnosticados por clínica, imágenes, protocolo operatorio y/o biopsia, entre los años 2000 y 2008 en el Hospital Dr. Gustavo Frick de Vía del Mar. Resultados: Del total de 148 pacientes estudiados, el 87,8% ingresaron por Urgencia, presentando 62 de ellos (41,89%) diagnóstico de CA, siendo la principal forma de presentación. El segundo lugar lo ocupa la Ictericia Obstructiva con un 30,4%. El grupo etario predominante fue entre los 60 y 69 años (37,09%). El sexo femenino representa el 80,6%. En la clínica destaca: dolor agudo (62,9%), vómitos (41,9%), dolor a la palpación del hipocondrio derecho (69,4%) y Murphy (45,2%). En el laboratorio la alteración más importante fue la elevación de la Fosfatasa Alcalina en un 80,75%. Los hallazgos en

Ecografía fueron: Litiasis (84,61%), siendo un 54,05% cálculos múltiples; signos de patología aguda (42,3%) y pared engrosada (34,61%). En la TAC destaca: Metástasis Hepáticas en un 38,8%. El diagnóstico de CV fue Preoperatorio en un 17,7%, Intraoperatorio en un 33,9% y Postoperatorio en un 48,4%. Fueron operados 88,7% de los pacientes. El Estadio IV fue el más frecuente (48,4%). Conclusión: La Colecistitis Aguda es la principal forma de presentación de Cáncer Vesicular en nuestro centro, representando una cifra superior a lo descrito en la literatura con un 41,89%.

NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE: SONDA NASOGÁSTRICA VERSUS SONDA NASOYUNAL
Drs. J. Hariré^{1,2}, J. Moreno¹, M. Flores¹, R. Espinoza¹, S. Marín¹

¹Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile;

²Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Villa del Mar, Chile.

Introducción: La nutrición enteral precoz en Pancreatitis Aguda Grave (PAG) se asocia a menores complicaciones y costos. La evidencia nuestra a la vía enteral prepilórica, a través de sonda nasogástrica (SNG) equivalente a la vía enteral postpilórica, usando sonda nasoyunal (SNY); sin presentarse agravamiento de PAG. Dentro de los objetivos de la siguiente investigación se encuentra demostrar que la nutrición enteral prepilórica versus nutrición postpilórica son equivalentes desde el punto de vista clínico.

Pacientes y Métodos: Estudio clínico prospectivo multicéntrico randomizado, con participación de centros públicos y privados, entre Febrero 2007 y Julio 2008 (18 meses), contando con 164 pacientes con PAG, definida por APACHE-II = 8, asociado a un scanner con Score Balthazar D o E, con o sin necrosis. Del total, 82 fueron nutridos a través de SNY y 82 con SNG.

Resultados: Destaca un 82,3% de PAG de causa biliar, y 12,21% alcohol; Un 40,2% presentó Score Balthazar de ingreso E. El APACHE-II de ingreso fue 8,77 para SNG, y 8,93 para SNY. La amilasa al diagnóstico fue 2426,82. Su evolución muestra un descenso uniforme en ambos grupos (p=0,217). El dolor medido a través de la escala visual analógica (EVA) disminuye en ambos grupos, siendo significativamente mayor el descenso en los pacientes alimentados con SNY (p<0,0001). Como complicaciones figura necrosis e infecciones. Entre los días 1 y 10 de hospitalización no se evidenciaron diferencias significativas en el porcentaje de necrosis pancreática ni agravamiento de la necrosis medido con scanner.

Discusión: Se puede concluir que no hubo casos de reactivación a nivel bioquímico de la PAG, ni existe diferencia en la evolución imagenológica de la enfermedad en ambos grupos. No se observan diferencias clínicas en el uso de alimentación enteral prepilórica versus postpilórica. La SNG debe ser

considerada como alternativa de nutrición enteral en la PAG.

COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA. INCIDENCIA DE ALGUNAS IMPLEMENTACIONES SOBRE LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

Drs. A. Tapia, J. Llanos, L. Inzunza, S. Sotelo.

Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca.

La Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CRE) es una técnica compleja cuyo éxito en el diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis depende de múltiples factores. **Objetivo:** evaluar la efectividad de la CRE según algunas modificaciones en su técnica en el Hospital Regional de Talca. Se analizan 427 pacientes con sospecha clínica o confirmación por imágenes de coledocolitiasis sometidos a CRE por el primer autor desde 1995 a 2009. Se divide la serie en dos grupos, considerando que a partir de 2001, las CRE se comenzaron a realizar en pabellón, con anestesiista, aplicando técnicas de precorte en algunos casos: Grupo A (GA) 181 pacientes (1995-2000) y Grupo B (GB) 246 pacientes (2001-2009). Se registran prospectivamente características epidemiológicas, indicaciones de CRE, frecuencia de canulación, éxito en extracción de cálculos, causas de los fracasos y complicaciones. Entre ambos grupos no hubo diferencias significativas en edad, sexo ni patologías asociadas. El diagnóstico de certeza de coledocolitiasis previo a la CRE se hizo en 229 pacientes: 29,8% en el GA y 71,1% en el GB. No se logró contrastar la vía biliar en 43 pacientes (23,7%) del GA y 16 (6,5%) del GB. Entre los pacientes que se logró visualizar la vía biliar, se demostró coledocolitiasis en 69 (50%) del GA y 164 (71,3%) del GB. En el GB se usó técnica de precorte en 16 casos para acceder a la vía biliar. Entre los pacientes con coledocolitiasis, en el GA, en 46 (66,6%) se lograron extraer los cálculos; en 21 (30,4%) no se intentó por el tamaño de ellos y en 2 no se lograron extraer. Entre los pacientes del GB, en 135 (82,3%) se lograron extraer los cálculos; en 19 (11,5%) no se intentó por el tamaño de ellos. Desarrollaron pancreatitis aguda (PA) 7 pacientes del GA (3,8%, 1 PA grave) y 5 del GB (2%; 1 PA grave). Se diagnosticaron por TAC dos perforaciones duodenales en el GB. Ambos pacientes mejoraron sin requerir intervenciones. No hubo fallecidos. Si bien la experiencia del operador es un factor que interviene en los resultados de cualquier técnica, en esta serie el uso de anestesia y la introducción del precorte se asoció a aumento en la frecuencia de canulación y visualización de la vía biliar e incremento en la extracción de cálculos y en disminución de la frecuencia de PA. La carencia de insumos para la extracción de cálculos de tamaño grande impidió mejores resultados.

COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETROGRADA EN EL HOSPITAL BASE OSORNO. REPORTE DE 150 CASOS.

Drs. N. Bello^{1,2}, F. Venturelli^{1,2}, J. Alvar^{1,2}, C. Rosas^{1,2}, Villegas²

¹ Servicio de Cirugía. Hospital Base Osorno.

² Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Osorno.

Introducción: el recurso de la Colangiopancreatografía Endoscópica Retrograda (ERCP) y la papiloscopia endoscópica (PE) están cada vez más disponibles en distintos centros de nuestro país.

Objetivo: describir los resultados obtenidos en pacientes a los que se les practicó una colangiopancreatografía endoscópica retrograda en el Hospital Base Osorno entre los años 2006 y 2008.

Materiales y métodos: Serie de casos de todos los ERCP procedimientos endoscópicos por medio de una colangiopancreatografía endoscópica retrograda en el Hospital Base Osorno entre junio del 2006 a febrero del 2008.

Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo endoscopista. Se revisaron fichas clínicas y las variables fueron registradas en un protocolo específico. Se incluyeron las variables: edad, sexo, indicación del procedimiento, técnica endoscópica, porcentaje de éxito, estadía hospitalaria, complicaciones y mortalidad asociada (mortalidad cuya causa esté relacionada directamente con el procedimiento: pancreatitis aguda, hemorragia, perforación intestinal, sepsis biliar postprocedimiento).

Los resultados se expresan como medias, medianas o porcentajes y el programa estadístico utilizado fue el Stata 10.0

Resultados: la serie incluyó 150 procedimientos. La mediana de edad fue 65 (7-95) años. El sexo predominante fue el femenino con 68,79%. El 116,31% de los procedimientos fueron diagnósticos. La indicación más frecuente fue la litiasis biliar con un 85,81% seguida por ictericia obstructiva neoplásica con un 12,76% y fistulas biliares con un 2,12%. El porcentaje de éxito fue un 87,90%. El porcentaje de conversión fue de un 1,33%. A 112,76% se les realizó precorte. La mortalidad asociada fue de un 8,51% (la más frecuente, hemorragia digestiva alta). No hubo mortalidad asociada al procedimiento.

Conclusión: Los resultados de esta serie son compatibles a lo publicado en la literatura.

RENDEVOUS. UNA TÉCNICA SEGURA Y EFECTIVA PARA RESOLUCIÓN DE COLELITIASIS Y COLEDocolitiasis.

Drs. A. Valle, H. Richter, J. Gobelet, C. Aguayo, A. Rodríguez-Navarro, E. Valdivieso, S. Pradenas, G. Wiedmaier.

Servicio Cirugía Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: El diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis con coledocolitiasis, sigue siendo complejo.

Tradicionalmente el diagnóstico de coledocolitiasis implicaba una conversión de la cirugía laparoscópica o ERCP diferida. Desde la década de los noventa se describe la técnica de ERCP intraoperatoria o rendezvous (RV), con la finalidad de resolver en un solo tiempo quirúrgico ambas patologías y con las ventajas de un procedimiento en conjunto mínimo e invasivo.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de este manejo quirúrgico en el Hospital Padre Hurtado.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis y coledocolitiasis operados según técnica de RV entre febrero de 2008 y junio de 2009. Se analizaron las variables demográficas, clínicas y la mortalidad.

Resultados: Se realizaron 15 procedimientos con técnica RV, edad promedio 47 años, 95% mujeres, tasa de éxito en 13 pacientes. En un 50% se planificó la intervención mixta dado que se realizó un diagnóstico de coledocolitiasis previo, el resto fue un hallazgo durante el intraoperatorio. El total de la serie fueron pacientes electivos y por vía laparoscópica, tiempo operatorio promedio 130 minutos, no hubo mortalidad intraoperatoria, ni conversión a cirugía abierta. La alimentación se reinició a las 23 horas, la estadía hospitalaria promedio fue 2 días. Un paciente presentó pancreatitis leve postprocedimiento. No existe mortalidad en esta serie.

Conclusiones: La técnica de RV es efectiva y segura para resolver esta patología en un solo tiempo con buenos resultados quirúrgicos. Este enfoque terapéutico es costo/efectivo tanto para el paciente como para el sistema de salud. Se requiere contar con personal entrenado en la realización de este procedimiento con la finalidad de resolver en un solo tiempo quirúrgico ambas patologías y con las ventajas de un procedimiento en conjunto mínimo e invasivo. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de este manejo quirúrgico en el Hospital Padre Hurtado.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis y coledocolitiasis operados según técnica de RV entre febrero de 2008 y junio de 2009. Se analizaron las variables demográficas, clínicas y la mortalidad.

Resultados: Se realizaron 15 procedimientos con técnica RV, edad promedio 47 años, 95% mujeres, tasa de éxito en 13 pacientes. En un 50% se planificó la intervención mixta dado que se realizó un diagnóstico de coledocolitiasis previo, el resto fue un hallazgo durante el intraoperatorio. El total de la serie fueron pacientes electivos y por vía laparoscópica, tiempo operatorio promedio 130 minutos, no hubo mortalidad intraoperatoria, ni conversión a cirugía abierta. La alimentación se reinició a las 23 horas, la estadía hospitalaria promedio fue 2 días. Un paciente presentó pancreatitis leve postprocedimiento. No existe mortalidad en esta serie.

Conclusiones: La técnica de RV es efectiva y segura para resolver esta patología en un solo tiempo con buenos resultados quirúrgicos. Este enfoque terapéutico es costo/efectivo tanto para el paciente como

para el sistema de salud. Se requiere contar con personal entrenado en la realización de este procedimiento.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA COLANGITIS AGUDA EN PACIENTES DE 80 Y MÁS AÑOS

Drs. S. Moreno, A. Rodríguez, A. Mengemato, M. Anselmi.
Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica. Hospital Gómez Grant B. Concepción.
Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Objetivo: Analizar los resultados del manejo endoscópico de la colangitis aguda en pacientes mayores de 80 años.

Pacientes y Método: Se estudiaron 137 pacientes consecutivos portadores de una colangitis aguda ascendente en 112 casos (81.8%) y tóxica en los 25 restantes (18.2%). La edad promedio fue de 84.4 +/- 3.4 años (62% mujeres y 38% hombres), 133 (97.1%) presentaban algún tipo de comorbilidad. En 96 (70%) la etiología fue una coledocolitiasis, en 31 (22.5%) una obstrucción maligna, en 8 (6.1%) una obstrucción benigna y en 2 (1.4%) secundaria a una CPRE.

Resultados: Se tuvo acceso a la vía biliar en 136/137 pacientes (99.3%) logrando descomprimirla en todos los exitosamente con catéteres (n = 136). El tratamiento definitivo se realizó durante el primer intento en 99 casos (72.7%) y los restantes 37 (27.3%) fueron drenados temporalmente y sometidos a procedimientos adicionales, hasta solucionar la obstrucción. Evolucionaron satisfactoriamente 121/136 pacientes (89%) y se complicaron 15 (11%). En estos últimos, hubo 3 casos (2.2%) asociados al procedimiento mismo (hemorragia postesfinterotomía), 5 (3.6%) secundarios a la sepsis biliar y los 7 restantes (5.1%), debido a una exacerbación de patologías previas. Fallecieron 12 pacientes, lo que da una mortalidad a 30 días de un 8.8%. De estos en 5 (3.6%) la causa fue la sepsis de origen biliar y en los 7 restantes (5.1%) patologías preexistentes. El tratamiento definitivo fue endoscópico en 118/124 pacientes que sobrevivieron (95.1%) y quirúrgico en 6 (4.8%).

Conclusiones: El manejo endoscópico de la colangitis aguda en ancianos es un método seguro y eficaz, con bajas tasas de morbilidad relacionadas directamente con el procedimiento y alta tasa de éxito en la resolución del cuadro clínico. Sin embargo, en este grupo etario, es necesario tener presente las comorbilidades previas de los pacientes y adoptar medidas para prevenir complicaciones de las mismas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLEDOCOLITIASIS POR VIDEO LAPAROSCOPIA

Drs. P. León, L. Gutiérrez, H. Lembach, N. Pereira, J.C. Molina, I. Braghetto, S. Núñez, E. Lanzarini, G. Cardemil.
Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La colecistitis crónica litiasica constituye la principal causa de ingresos quirúrgicos electivos en nuestro país. Presenta complicaciones, entre las cuales se encuentra la coledocolitiasis, siendo el tratamiento de elección actual la colangiografía endoscópica retrógrada con papilotomía y extracción de cálculos. Por múltiples razones, no siempre el procedimiento está disponible, lo cual significa prolongación de la hospitalización, no exenta de complicaciones más severas.

Objetivos: Efectuar un análisis de pacientes portadores de coledocolitiasis operados por video laparoscopia.

Materiales y Métodos: De 1068 pacientes operados de colecistectomía por video laparoscopia entre los años 2006-2008, en 69 casos se realizó colangiografía intraoperatoria. Se obtuvieron 12 casos de coledocolitiasis en los que se realizó extracción de cálculos durante el procedimiento. Se analizó sus fichas para obtener datos demográficos, terapéuticos y evolución posterior. Utilización de Excel como planilla de cálculo.

Resultados: De los 12 casos analizados, se presentaron 7 mujeres y 5 hombres, con un rango de edad de 23 a 63 años. En todos los casos se realizó colecistectomía por video laparoscopia. 4 casos de conversión. De los casos con pletamente resueltos por laparoscopia, la exploración del colédoco se realizó a través del conducto cístico en 4 pacientes con uso de canastillo de domo y en 4 mediante coledocotomía, con instalación de Sonda Kehr en 3 y cierre primario más drenaje en 1. En todos los casos se extrajeron los cálculos desde el colédoco. Todos con colangiografía postoperatoria que confirmó el éxito del procedimiento. El tiempo operatorio promedio fue de 180 minutos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los pacientes.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis es técnicamente posible y segura de realizar por video laparoscopia, sin embargo requiere una curva de aprendizaje y la disponibilidad de material adecuado.

TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PORTAL EN PACIENTES SOMÉTIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. E. Figueroa, M. Gabrielli, N. Janufe, R. Pérez, M. Arrese, C. Muñoz, J. Torres, J.F. Guerra, A. Soza, P. Domínguez, J. Martínez.

Programa de Trasplante Hepático. Departamentos de Cirugía Digestiva y Gastroenterología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago.

Introducción: La trombosis venosa portal (TVP) es una de las complicaciones de los pacientes con enfermedad hepática terminal. Se considera una contraindicación relativa para trasplante hepático (TH). La decisión de realizar el trasplante y su pronóstico depende de la extensión de la trombosis en el eje portomesentérico.

Objetivos: Analizar la experiencia en el tratamiento

de la TVP en aquellos pacientes sometidos a TH en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Materiales y Método: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la base de datos y registros clínicos de los pacientes con TVP sometidos a TH en nuestro centro entre enero de 1994 y mayo de 2009. Las TVP fueron clasificadas según su extensión en 4 tipos (Yerdel et al, 2000): tipo 1: trombosis parcial < 50% con o sin extensión mínima a vena mesentérica superior (VMS); tipo 2: trombosis > 50% con o sin extensión mínima a VMS; tipo 3: TVP y de VMS proximal completa. VMS distal libre; tipo 4: TVP y de VMS proximal y distal completa.

Resultados: De 110 TH, 11 pacientes (10%) tuvieron TVP; sólo en 5 de ellos el diagnóstico fue preoperatorio (45%). El promedio de edad fue de 53 (± 10) [29 - 63] años. La indicación de TH fue cirrosis hepática en el 100%; la etiología fue VHC en 3 pacientes, Etanol en 2 pacientes, NAFLD en 3 pacientes y otras en 3. El 72,3% de los pacientes fue clasificado Child-Pugh B al momento del TH. Tres de los 5 pacientes en los que el diagnóstico de TVP fue preoperatorio recibieron terapia anticoagulante con resolución de la trombosis en 2 de ellos. La técnica de implantación utilizada fue Piggy-Back modificada en el total de los casos, con anastomosis cavo-cava latero-lateral. Del total de pacientes, en el intraoperatorio se encontró TVP en 8 pacientes. Se encontró trombosis tipo 1 en 2 pacientes; tipo 2 en 3 pacientes y tipo 3 en los restantes. Se realizó trombolectomía por eversión en 6 pacientes y simple en 1 caso con anastomosis portal termino-terminal en los 7 pacientes. Se realizó un puente mesentérico-portal en 1 caso. Cinco pacientes presentaron complicaciones posoperatorias inmediatas; requirieron re-operación 3 pacientes por trombosis de arteria hepática; sospecha de peritonitis y hemorragia postoperatoria, respectivamente. En 1 paciente hubo rechazo celular agudo precoz grave (grado 3 de la escala de Banff) tratado, con posterior desarrollo de una Neumonía bacteriana y una hemorragia intracraneana masiva. Otro, desarrolló un infarto hepático subcapsular autolimitado. De los 11 pacientes con TVP, cuatro recibieron tratamiento anticoagulante postoperatorio durante 6 meses; uno de ellos falleció por hemorragia intracerebral en relación al mismo en el posoperatorio inmediato. Las complicaciones a largo plazo fueron estenosis de la vía biliar en 1 paciente que requirió derivación biliodigestiva y trombosis de la arteria hepática con disfunción y pérdida del injerto por daño isquémico de conductos biliares y trasplante a los dos años en otro. No hubo re-trombosis portal en ningún paciente. El promedio de seguimiento fue de 27 meses con una supervivencia al año de 78%. **Discusión:** La TVP en pacientes con cirrosis hepática en espera de TH es considerada un desafío para el equipo de TH. Clásicamente considerada una contraindicación absoluta, con el desarrollo de la técnica quirúrgica y la mayor experiencia adquirida, estos pacientes pueden trasplantarse con buen

pronóstico, siendo la trombolectomía por eversión una de las técnicas sugeridas para tratar las trombosis tipo 2 y 3 de Yerdel durante el trasplante.

¿EXISTE PATOLOGÍA BILIAR RESIDUAL POST-ÍLEO BILIAR? RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE COHORTE.
Drs. César Muñoz¹, Luis Burgos SJ^{1,2}, Carlos Manterola^{1,2}, Héctor Losada^{1,2}, Jorge Silva^{1,2}, Daniela Inostroza¹, Joaquín Bemales¹.

¹Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera, Temuco. ²Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: El íleo biliar constituye el 1-4% de las obstrucciones intestinales. La indicación respecto al tratamiento de la patología vesicular es un tema controversial. Nuestro objetivo es evaluar la patología biliar residual en pacientes intervenidos quirúrgicamente por íleo biliar en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHA) y presentar nuestros resultados preliminares.

Materiales y Método: Diseño de estudio: Estudio de cohorte. Período de estudio: Enero del 2000 a Diciembre del 2008.

Criterios de inclusión: Pacientes intervenidos quirúrgicamente por íleo biliar en el HHA durante el período de estudio.

Monitoreo: Se realiza control y seguimiento de los pacientes en el policlínico de especialidad con perfil hepático, marcadores tumorales, ecotomografía abdominal y colangiografía resonancia.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se aplica estadística analítica para variables dicotómicas y variables continuas. El análisis de la base de datos se realizó en el paquete estadístico STATA® 9.0.

Resultados: La cohorte está constituida por 28 pacientes, con una edad promedio de 67,4 \pm 12,1 años. El 83% (23 pacientes) corresponden a género femenino. El 17% desconocía ser portador de coledocistitis. Todos tuvieron un estudio imagenológico preoperatorio con hallazgos de neumbilia en el 50%. La tríada de Rigle fue positiva en el 30%. En el 92% de los pacientes se realizó enterolitotomía. La mayoría presentó 1 cálculo grande (Promedio 4,15 \pm 0,8 cm) en el íleon distal. En ningún paciente se realizó colecistectomía contemporánea. Un paciente tuvo resolución espontánea del cuadro. La morbilidad operatoria fue de un 25% y la mortalidad operatoria de 7%. Se ha logrado el seguimiento del 83% (23 pacientes) de la cohorte con un promedio de 34 meses. Cuatro pacientes (17%) han presentado eventos agudos asociados a litiasis biliar durante el seguimiento. **Conclusiones:** Los resultados preliminares del estudio, evidencian la existencia de patología biliar residual y sintomática en los pacientes con antecedentes de íleo biliar. La patología biliar residual sintomática podría ser mayor a lo esperado en esta cohorte.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. RESULTADOS CON MÁS DE 1000 PACIENTES.

Drs. G. Wiedmaier, A. Mercado, A. Recart, A. Rodríguez-Navarro, C. Aguayo, C. Cavalla, R. Concha, F. Bustos, C. Villalón, Int. P. Mococain, E. J. P. Fabbri

Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) presenta ventajas en el período postoperatorio, condicionando una recuperación precoz de los pacientes. Con la introducción de esta técnica se ha podido realizar esta cirugía en forma ambulatoria. Nuestro servicio tiene implementada la colecistectomía laparoscópica ambulatoria desde el año 2005 creando protocolos de selección y de seguimiento de pacientes. **Objetivo:** de este estudio es evaluar en forma prospectiva los resultados del protocolo de colecistectomía laparoscópica ambulatoria en nuestra institución. **Materiales y métodos:** Evaluación prospectiva de las CL con intención ambulatoria, desde 2005 a Junio 2009. Los pacientes fueron seleccionados utilizando protocolo estandarizado que incluye: evaluación anestésica, escala de criterios quirúrgico ecográfica (coledocitis no complicada, vesícula de paredes finas o pólipos vesiculares, vía biliar de diámetro normal y pruebas hepáticas normales) y soporte socio-familiar adecuado. Se consignó a los pacientes que requirieron hospitalización, describiendo la causa de ésta y las complicaciones postoperatorias. Se realizó un seguimiento telefónico a los pacientes al alta, consignando evolución y satisfacción de los usuarios. **Resultados:** Se realizaron 1060 CL, 916 mujeres (86,4%) y 144 hombres (13,6%), con una edad promedio de 43 años. 1001 pacientes (94,4%) fueron ambulatorios, siendo dados de alta dentro de las 8 hrs. posteriores a la cirugía. 59 pacientes (5,5%) requirieron hospitalización, siendo las principales causas: dolor, observación por cirugía dificultosa, sangrado intraoperatorio importante y conversión a cirugía abierta. No hubo lesiones de vía biliar ni fistulas biliares, y no hubo mortalidad perioperatoria. La encuesta postoperatoria evidenció que el 92% de los pacientes estaba satisfecho con el manejo. **Conclusión:** El protocolo de evaluación y manejo de colecistectomía laparoscópica ambulatoria es una opción factible para un hospital público. Es fundamental la adecuada selección de los pacientes y así asegurar un alto nivel de éxito quirúrgico y una alta satisfacción de los pacientes.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. M. Díaz, P. Palavecino, S. Núñez
Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Los abscesos hepáticos de tipo piógeno, persisten siendo una patología compleja, de etiología variable y su manejo persiste siendo un desafío mé-

dico. Durante los últimos años el drenaje percutáneo ha sido el tratamiento de elección, indicando la cirugía solo en casos de abscesos de gran tamaño, multiloculados y de fracaso de tratamiento médico. **Objetivo:** Analizar el manejo de esta patología en nuestro centro durante los últimos cinco años. **Materiales y métodos:** Análisis descriptivo, retrospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de absceso hepático, entre enero del año 2003 y enero del año 2009 en Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: Nuestra serie se compone de 60 pacientes. La edad promedio fue de 58,7 años. De ellos 55% corresponden a hombres y 45% a mujeres. El antecedente médico más frecuente fue la diabetes mellitus tipo 2 con un 28,3%. La etiología solo se pudo establecer en 56,6% de los pacientes, siendo las más frecuentes la colangitis y la cirugía biliar reciente con un 15% y 10% respectivamente. De estos abscesos, 35 fueron únicos y 25 de ellos múltiples. El 81,6% fueron abscesos simples y 18,3% multiloculados. La gran mayoría de los abscesos se encontraron en el lóbulo hepático derecho, con un 76,6% de frecuencia. Esta patología fue resuelta de manera percutánea por el equipo de radiología intervencional de nuestro centro en el 68,3% de los pacientes. La patología fue resuelta vía percutánea tanto en los abscesos más grandes (12 cm diámetro) como en 63,6% de los multiloculados. El manejo exclusivo con antibióticos se realizó en el 18,3% y el drenaje quirúrgico en el 13,3%. Se reporta solo un paciente fallecido.

Conclusión: El absceso hepático piógeno, si bien es una patología infrecuente, debe ser abordada, de manera agresiva y oportuna por el equipo médico tratante. El drenaje percutáneo es el manejo de elección, siendo posible hoy en día drenar abscesos de gran tamaño, con plejys y con buenos resultados.

ESTADÍSTICAS DE CÁNCER VESICULAR SEGÚN PROTOCOLOS: ¿SE CUMPLE?

Drs. V. Silva¹, A. Jiménez², A. Orendes³, J. Astudillo³, F. Navarro³, M. Orendes⁴, G. Lyn Llewellyn¹, X. Soto⁴

¹ Servicio de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

² CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza, El Olivar, Viña del Mar.

³ Internos de Medicina, Universidad del Mar.

⁴ Clínica Geriátrica Capredena, Linares.

Introducción: Según el protocolo GES (Garantía explícita en salud), en la sospecha y confirmación diagnóstica de pacientes con cáncer vesicular, la focalización en pacientes sintomáticos entre 35 y 49 años permitirá tratar en su mayoría cánceres incipientes de vesícula, de mejor pronóstico, es decir aquellos intramucosos o dentro de la túnica muscular. El objetivo del presente trabajo es revisar si esto se cumple en los pacientes atendidos con este diagnóstico en el servicio de cirugía del Hospital Dr. Gustavo

Fricke, entre los años 2000 al 2008.

Materiales y Método: Se realiza una revisión descriptiva retrospectiva de un total de 148 pacientes con cáncer de la vesícula biliar, diagnosticados por clínica, imágenes y/o biopsia.

Resultados: De 148 pacientes, 21, (14,12%), correspondió al grupo etario de 35 a 49 años. 20 mujeres y 1 hombre (95,2% y 4,8% respectivamente). De estos 1 fue estadio 0 (4,8%), 3 fueron estadio IA (14,3%), 1 fue estadio IIA (4,8%), 2 fueron estadio III (9,5%) y 14 fueron estadio IV (66,6%). En resumen, el 76,1% correspondió a estadios avanzados. **Conclusión:** La premisa del protocolo GES, de tratar cánceres tempranos, en el grupo etario de 35 a 49.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Drs. Héctor Losada^{1,2}, César Muñoz¹, Luis Burgos SJ^{1,2}, Jorge Silva^{1,2}, Carlos Manterola^{1,2}, Juan Carlos Roa S.^{3,4}

¹ Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco.

² Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco.

³ Departamento de Anatomía Patológica. Universidad de La Frontera. Temuco.

⁴ Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una de las causas más frecuentes de mortalidad en Chile. La región de la Araucanía se presenta con un área de alto riesgo para CVB. Nuestro objetivo es presentar los resultados a largo plazo en el tratamiento del CVB.

Materiales y Método: Diseño de estudio: Estudio de cohorte. Período de estudio: Enero 2000 a Diciembre de 2008. **Muestra:** Se realiza seguimiento clínico e imagenológico de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico con intención curativa (Resección hepática y linfadenectomía) por CVB en el período de estudio. Se registra la morbilidad operatoria y la supervivencia durante el seguimiento. **Análisis estadístico:** Las variables se agruparon en cualitativas y cuantitativas. El análisis de las variables se realiza en el programa estadístico STATA 9.0. Los resultados se presentan en medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión.

Resultados: Durante el período de estudio se han intervenido 24 pacientes por CVB con intención curativa. La edad promedio es de 54,4 ± 8,5 años. El 83% corresponde a género femenino. El 95% de los pacientes se ha intervenido con o re-resección diferida. La mayoría de los tumores corresponde a T₂N₀₋₁M₀. La cirugía se consideró R0 en el 70%. El 75% no recibe terapia coadyuvante. La morbilidad operatoria es de un 30%, presentándose con o complicaciones mayores. No se presenta mortalidad operatoria. La supervivencia globales del 50% a 55 meses, siendo mayor para los pacientes N₀. **Conclusión:** La cirugía para el tratamiento del CVB

presenta una morbilidad operatoria aceptable con una supervivencia global que es comparable a cifras nacionales e internacionales.

PÓLIPOS VESICULARES. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAN BORJA ARAUCAN
Drs. J. Vallejos, C. Benavides M., Ceroni, C. García, H. Cid, P. Rubilar, C. Gallardo
Hospital Clínico San Borja Araucanía.

Introducción: La presencia de un pólipo en la vesícula biliar habitualmente constituye un hallazgo ecográfico. El riesgo de lesión maligna crece porcentualmente de acuerdo al tamaño del pólipo. Existe cierto consenso que las lesiones mayores de 10 mm tienen indicación quirúrgica, como así también aquellas que manifiestan crecimiento. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de pacientes que son operados por pólipo vesicular con el propósito de establecer su etiología anatomopatológica y evolución clínica alejada.

Materiales y Método: Estudio descriptivo en base a serie prospectiva de pacientes con diagnóstico preoperatorio de pólipo vesicular diagnosticados por ecografía abdominal, los cuales fueron operados en nuestro servicio entre enero de 2001 y diciembre de 2008. Se consigno los datos epidemiológicos, información de la ecografía, hallazgos intraoperatorios, biopsia definitiva y seguimiento a largo plazo. **Resultados:** Se realizaron 4.974 colecistectomías, en las cuales en 45 (0,9%) la anatomía patológica demostró un pólipo vesicular exclusivo. La edad promedio fue de 46 años. El diámetro promedio de los pólipos en la anatomía patológica fue de 6 mm. En el 34% de la serie los pólipos fueron múltiples. El diagnóstico histológico evidenció colecistitis crónica y colesterosis en 26%, pólipos colesterológicos en 42%, metaplasia intestinal en 2%, adenoma tubular en 9% y adenoma túbulo vellosos en 2% paciente. En 8,8% se encontró adenocarcinoma, todos con lesiones mayores de 2 cm. Solo un paciente fallece por cáncer vesícula en el seguimiento tratándose de un paciente portador de una lesión T2. **Conclusiones:** En nuestra serie la gran mayoría de los pólipos corresponde a lesiones colesterológicas, seguidos por los adenomas y el cáncer. La incidencia de cáncer es alta comparable con la literatura. El tamaño de la lesión polipoidea es un predictor conocido de riesgo de cáncer no existiendo cáncer en nuestra serie en lesiones menores a 10 mm.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR CON INVASIÓN A LA CAPA SEROSA

C. García, H. Cid, C. Benavides, M. Ceroni, R. Vallejos, F. Ayala, C. Gallardo
Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Araucanía
Departamento de Cirugía Campus Centro, Universidad de Chile

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es una de las causas más relevantes de mortalidad por neoplasia

en nuestro país. Existe controversia en cuanto a la efectividad del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, con grupos que proponen la cirugía resectiva agresiva a otros que han demostrado la falta de efectividad de este tipo de tratamiento. Nuestro objetivo es mostrar los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer vesicular con compromiso de la túnica serosa en cuanto a mortalidad, supervivencia y factores pronósticos.

Métodos: se analizó la base de datos de cáncer de vesícula de nuestro hospital entre los años 1990 y 2007. Se encontraron 65 casos que cumplieron con los criterios de inclusión: estudio anatómico patológico de a lo menos la pieza completa de colecistectomía e invasión a la túnica serosa. En este grupo se analizaron factores demográficos generales, elementos clínicos, tratamiento realizado, seguimiento y supervivencia.

Resultados: el promedio de edad fue de 58,3 (rango de 34 y 87 años). El 180% de la serie (52) fueron de género femenino. El diagnóstico fue hecho en el preoperatorio en el 9%, en el intraoperatorio 18% y de forma incidental en el 72,3%. Fueron resecaos con intención curativa de acuerdo a los criterios empleados en nuestro servicio 24 casos (37%), de los cuales en 20 (30%) se realizó segmentectomía más linfadenectomía, y en 4 se agregó una resección mayor (pancreatoduodenectomía o resección de vía biliar extrahepática). La supervivencia a 5 años de la serie completa fue de un 25%, y para aquellos pacientes resecaos con intención curativa fue de 54% a 5 años, en contraposición a los pacientes sólo sometidos a colecistectomía en que no hubo vivos a 5 años.

Conclusión: el cáncer de vesícula biliar con compromiso seroso y resecao con intención curativa mediante hepatectomía, linfadenectomía con o sin resección mayor es la única alternativa quirúrgica que ofrece resultados de supervivencia adecuados a 5 años. Sin embargo, este procedimiento sólo es posible en un tercio de los casos con invasión a la serosa.

EFFECTOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA RURALIDAD EN LA EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍO EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN CHILE.

Drs. M. Gabrielli¹, E. Figueroa², C. Bambs², N. Janufe¹, S. Hugo³, S. Baez⁴, A. Díaz³, A. Venturelli⁵, M. Puga⁶, C. Ferreccio².

¹ Departamento Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica de Chile. ² Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile. ³ Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río. ⁴ Servicio de Urgencias Hospital Dr. Sótero del Río. ⁵ Instituto de Cirugía Hospital Base de Valdivia. ⁶ Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Base de Valdivia.

Introducción: Es sabido que en las regiones con altos índices de ruralidad y pobreza el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar es más tardío y en esta-

dios más avanzados que en la población general, sin embargo, el efecto independiente de la ruralidad y el nivel socioeconómico sobre el cáncer de vesícula no ha sido clarificado.

Objetivo: Evaluar el efecto de la ruralidad y nivel socioeconómico sobre la edad al momento del diagnóstico y estadio en el cáncer de vesícula biliar. Materiales y Método: Se revisaron todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar entre los años 2002 y 2005, en la Pontificia Universidad Católica, Hospital Sótero del Río y el Hospital Base Valdivia. Se obtuvo la edad al momento del diagnóstico, lugar de residencia, previsión y estadío tumoral de todos los pacientes. Se realizó una descripción epidemiológica contrastando nivel socioeconómico y ruralidad en los casos de cáncer de vesícula de los tres centros. Programa estadístico SPSS.

Resultados: De un total de 603 pacientes, 471 (78,1%) fueron mujeres y 132 hombres.

El grupo de pacientes de nivel socioeconómico bajo (FONASA A o B) resultó tener 2,6 veces más riesgo de diagnóstico de cáncer de vesícula en etapa IV, independiente de la edad, el sexo y la ruralidad. $p < 0,002$. La ruralidad no aumentó el riesgo de diagnóstico en estadio IV. $p < 0,459$. La edad al momento del diagnóstico no se relacionó ni con la ruralidad ni en nivel socioeconómico. ($p < 0,065$ $p < 0,148$ respectivamente)

Conclusión: En esta descripción epidemiológica se observa que el bajo nivel socioeconómico aumenta a más del doble el riesgo de diagnóstico en etapa IV de cáncer de vesícula biliar y que la ruralidad no es un factor de riesgo independiente para diagnóstico tardío de cáncer de vesícula biliar.

VALOR PRONÓSTICO DEL COMPROMISO DE LOS SENOS DE ROKITANSKY ASCHOFF EN EL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR. Drs. G. Caris, C. Pizarro, S. Monsalve, H. Opazo, I. Escobar, Int. C. Guerrero. Servicio Cirugía Hospital Dr. Eduardo Pereira. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El cáncer de vesícula es altamente prevalente en nuestro país, siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. Debido al incipiente conocimiento de los factores pronósticos, aun existe controversia respecto al tratamiento definitivo en algunos estadios tempranos.

Objetivo: Evaluar la relevancia del compromiso de los senos de Rokitansky Aschoff en el pronóstico de los cánceres de vesícula incipientes (mucosa y muscular).

Materiales y Método: Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de vesícula obtenido durante el período comprendido entre Enero de 1994 y Diciembre de 2004 en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, analizando la supervivencia a 5 años en los casos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: tumores T1 según la clasificación TNM de la OMS, seguimiento completo a 5

años y análisis histológico sistemático. Los tumores TI fueron reevaluados por anatomopatólogo para objetivar con promiso de senos de Rokitsky A Schoff.

Resultados: De un total de 136 pacientes 19 cumplieron criterios de inclusión. De estos 11 fueron con compromiso neoplásico hasta la mucosa y 8 hasta la muscular. Se objetivó con promiso de senos de Rokitsky A Schoff en todos los mucosos (100%) y en 7 de los 8 (87,5%) musculares. A todos los casos incipientes se les ofreció una colecistectomía como tratamiento definitivo. La supervivencia global a 5 años fue 79% con una mediana de 72 meses. Al desglosar los mucosos de los musculares obtuvimos un 72% y un 87,5% de supervivencia a 5 años respectivamente.

Conclusión: El cáncer incipiente de vesícula tratado exclusivamente con colecistectomía sin ple presenta un buen pronóstico a largo plazo, llama la atención la cantidad de casos con compromiso de los senos de Rokitsky A Schoff (95%) lo cual le restaría importancia como factor pronóstico en esta serie.

REFLUJO PANCREÁTICO-BILIAR EN PACIENTES CON COLELITIASIS Y SIN COLELITIASIS: ¿ES UN FENÓMENO NORMAL?

Drs. M. A. Beltrán, L. I. Jaramillo, N. López-Vergara, N. López-Pérez, P. E. Méndez, J. Oлива, B. Pujado, M. Avalos, K. S. Cruces, V. Escobar, R. Galleguillos, J. Godoy, R. Jaramillo, D. Lafferte, V. López
Servicio de Cirugía, Hospital de La Serena.

Introducción: El reflujo pancreático-biliar se ha identificado en pacientes con coledlitiasis y cáncer de vesícula biliar. La presencia de reflujo pancreático-biliar no se ha estudiado en pacientes sin coledlitiasis. Postulamos que el reflujo pancreático-biliar puede ser un fenómeno normal en pacientes con y sin coledlitiasis, aunque en pacientes con coledlitiasis constituye una condición patológica seguramente asociada a alteraciones de la motilidad de la vía biliar y posible disfunción del esfínter de Oddi.

Pacientes y método: Estudio observacional prospectivo de casos y controles. Una cohorte de 136 pacientes consecutivos mayores de 15 años de edad, programados para colecistectomía electiva por coledlitiasis y para gastrectomía electiva más colecistectomía en pacientes con cáncer gástrico y sin coledlitiasis, fue estudiada. Durante la cirugía se tomó una muestra de bilis para la medición de amilasa y lipasa. Posteriormente se realizó una colangiografía y colecistectomía. Solo los pacientes con colangiografía normal fueron ingresados en el protocolo. Las variables dicotómicas y categóricas se reportaron como proporciones. Las variables continuas se reportaron como promedio y desviación estándar, y fueron analizadas con el test de análisis de variancia.

Resultados: Se incluyeron en el protocolo 103 pacientes (76%) con coledlitiasis y 33 pacientes (24%) con cáncer gástrico. En pacientes con coledlitiasis el promedio de amilasa vesicular fue 181,21352 y en

pacientes sin coledlitiasis que fue 5,51164 ($p=0,005$). El promedio de lipasa vesicular en pacientes con coledlitiasis fue 434,811224 y en pacientes sin coledlitiasis 9,51166 ($p=0,048$).

Conclusiones: La presencia de amilasa y lipasa en pacientes con coledlitiasis sugiere un rol de estas enzimas en la inflamación crónica de la mucosa biliar la que cumple un papel en la litogénesis y como ha sido previamente demostrado en la carcinogénesis. La ausencia de enzimas pancreáticas en pacientes sin coledlitiasis sugiere que estos pacientes no tienen alteraciones funcionales de la vía biliar.

COMPARACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS Y DE BIOPSIA CON LA INFORMACIÓN APORTADA POR LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (TAC) EN ENFERMOS REEXPLORADOS CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR (CVB)

Drs. I. Turu, X. De Arexabaleta, J. León, N. Solano, I. Roa, J. Hepp

Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Clínica Alemana.

El CVB es un problema de salud importante en nuestro país, siendo la resección quirúrgica es única alternativa terapéutica potencialmente curativa. La mayoría de los CVB se diagnostican postcolecistectomía lo que plantea una nueva cirugía con el fin de completar el tratamiento, realizándose de rutina una TAC para objetivar la posible diseminación antes de la reoperación.

Objetivo: comparar la información obtenida por la TAC preoperatorio con los hallazgos intraoperatorios y de biopsia en enfermos con CVB sometidos a reexploración con intención resectiva. Método: se revisa la base de datos de los pacientes atendidos por CVB en Clínica Alemana, estudiando aquellos que se les realizó una reexploración con intención resectiva entre los años 2006 al 2009. Analizando datos demográficos generales, profundidad del tumor y correlación entre hallazgos intraoperatorios y de biopsias con la información de la TAC.

Resultados: Fueron reexplorados 27 pacientes, 22 mujeres y 5 hombres, promedio de edad de 57,7 años (40-76). La profundidad del tumor: 3 comprometían muscular propia, 18 subserosos, 4 serosa, 1 adiposo, 1 no consignado. Del total de enfermos reexplorados 18 no presentaron signos de diseminación y fueron sometidos a ampliación de colecistectomía, de estos 4 presentaron metástasis a linfonodos y 2 compromiso tumoral de lecho vesicular. Otro paciente presentaron diseminación macroscópica al momento de la reexploración (5 diseminación peritoneal, 2 compromiso extenso de vía biliar y uno infiltración hepática), ninguno de estos pacientes fue resecado. Una paciente solo fue sometida a laparoscopia exploradora por ser portadora de una coagulopatía severa, no encontrando en ella diseminación macroscópica. En el grupo de

resecados 2 pacientes tenían TAC con sospecha de diseminación (uno linfático y otro peritoneal), ambos enfermos resultaron sin compromiso tanto macro como microscópico. Dentro de los enfermos diseminados solo una TAC fue informado claramente con diseminación y 2 solo con sospecha poco específica.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN CIRUGÍA HEPATOBILIAR Y PANCREÁTICA SEGÚN ESTÁNDARES DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS - NATIONAL SURGICAL QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM (ACS-NQ SIP) EN UN CENTRO REGIONAL DE CHILE

Drs. Héctor Losada^{1,2}, César Muñoz¹, Juan Contreras¹, Luis Burgos SJ^{1,2}, Carlos M anterola^{1,2}, Jorge Silva^{1,2}, Marjorie Cuminao³.

¹ Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco.

² Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. ³ Escuela de Medicina. Universidad de La Frontera. Temuco.

Introducción: El American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NQ SIP) se inició en el año 2004 como iniciativa para unificar los estándares de calidad en cirugía y de esta forma reducir la morbilidad, mortalidad y los costos en USA. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de 3 procedimientos quirúrgicos en cirugía hepatobiliar y pancreática, en términos de morbilidad y mortalidad operatoria según los estándares del ACS-NQ SIP. **Materiales y Método:** Diseño de estudio: Corte transversal. Período de estudio: Enero 2000-2008. **Criterios de inclusión:** Pacientes intervenidos quirúrgicamente por el equipo de cirugía hepática y biliar en el período de estudio. Los procedimientos seleccionados para evaluación son: Hepatectomías segmentarias (HS), Hepaticoyuniónanastomosis en Y de Roux (HYA) y Pancreatoduodenectomía sin preservación pilórica (PD). **Maniobra:** Se realizó una evaluación de los registros clínicos de los pacientes. Se consignaron variables generales y la presencia de morbilidad y/o mortalidad asociada a la cirugía. Se comparan los resultados con los reportados por el ACS-NQ SIP.

Análisis estadístico: Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó estadística analítica para variables categóricas y continuas en el programa STATA 9.0.

Resultados: En el período de estudio se realizaron 104 cirugías que se consideraron dentro de las evaluables. Las cirugías se distribuyen en: 49 HS, 28 HYA y 27 PD. La morbilidad general hospitalaria fue de 22,4%, 26,9% y 17,8% respectivamente. La tasa de morbilidad esperada reportada por el ACS-NQ SIP es 26,4%, 44,2% y 38,3%. La morbilidad hospitalaria fue de 0%, 4% y 6% en las tres intervenciones evaluadas, siendo la mortalidad reportada por el ACS-NQ SIP 2,2%, 3,5% y 4,7%.

Conclusión: La morbilidad hospitalaria se presenta con cifras comparables a las reportadas por el ACS-NQ SIP. Respecto a la mortalidad hospitalaria se presenta mortalidad comparable en cuanto a HS y HYA y mayor en PD. El inicio de este programa puede ser útil en el control de calidad de centros de cirugía hepatobiliar y pancreática de Chile.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA NO COMPLICADA. UTILIZACIÓN DE UNA NUEVA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE COMPLICACIONES.

Drs. Carlos M anterola, Manuel Vial, Javier Moraga. Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera.

Introducción: La morbilidad de la cirugía de la hidatidosis hepática (HH) persiste en cifras elevadas y a lo largo del tiempo parece no variar (21,3% a 53,8%). Esto puede explicarse porque los reportes son heterogéneos en términos de poblaciones estudiadas; pues se mezclan pacientes con HH complicada y no complicada. Por otra parte, hablar de morbilidad postoperatoria (MPO) es complejo, por la multiplicidad de variables que influyen y la diversidad en la gravedad e implicancias que la MPO representa para el paciente. En 2004, Clavien y Cois., publicaron una nueva propuesta basada en la gravedad de la MPO, que las clasifica en 5 grados. El objetivo de este estudio es reportar la MPO de una serie de pacientes intervenidos por HH no complicada, aplicando para ello la propuesta de Clavien. **Materiales y Método:** Serie de casos prospectiva con seguimiento. Pacientes intervenidos por HH no complicada, en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, en el período abril de 1993 y abril de 2008, con seguimiento mínimo de 12 meses. La variable resultado fue "desarrollo de MPO", aplicando la clasificación válida y confiable de Clavien y Cois. Otras variables de interés fueron: estancia hospitalaria, mortalidad y recurrencia. Se realizó control clínico, de laboratorio general, detección de anticuerpos de ELISA -IgG y ELISA -IgE, radiografía de tórax y ecotomografía abdominal en los meses 1, 6 y 12; y de ahí en adelante una vez por año. Los procedimientos quirúrgicos en pleados se aplicaron de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios (quistectomía subtotal, peroquistectomía y resección hepática). Se utilizó estadística descriptiva, con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** Se trataron con este esquema a 116 pacientes, con una mediana de edad de 40,5 años (15 a 84); 60,3% de los cuales era de género femenino. 34 pacientes (29,3%) eran portadores de patologías asociadas. De los estudios de laboratorio realizados destacaron medianas dentro de valores normales. La ultrasonografía abdominal permitió verificar que las lesiones tenían una mediana de diámetro de 15,0 cm. Los 116 sujetos en estudio presentaban un total de 171 quistes de diverso tamaño y localización. El procedimiento quirúrgico utilizado con mayor frecuencia fue quistectomía subtotal (77,6%). Con una mediana de seguimiento de 123 meses (12 a 190 meses), se verificó un 8,6% de MPO (10 pacientes);

vidad residual y 1 de eventración [estos dos últimos requirieron reintervención quirúrgica]. Al aplicar la clasificación de Clavien, se verificó que el 90,5% de los pacientes eran Grado 0; 5,2% Grado I; 3,4% Grado II y 0,9% Grado IV. No se registró mortalidad. Conclusión: Se describe la MPO de una serie de pacientes con HH no complicada con especial énfasis en la gravedad de esta. La MPO observada es inferior a la publicada y de bajo nivel de gravedad.

ASOCIACIÓN DE LA COLESTEROLOSIS VESICULAR, EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS
Drs. M.A. Beltrán¹, C. Barría², K.S. Cruces¹, M.A. Contreras³, F.J. González³, D.I.M. Argulis³
¹ Servicio de Cirugía, Hospital de La Serena.
² HISTOMED.³ Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile

Introducción: La colesterosis vesicular es importante debido a los cambios que se producen en la fisiología de la vesícula cuando la concentración de colesterol en la bilis aumenta. Estas alteraciones son importantes en la litogénesis. La obesidad es un factor de riesgo para la litogénesis, pero se ha demostrado que la colesterosis en pacientes obesos no se asocia a hipercolesterolemia. Se postula que no existe una relación directa entre el índice de masa corporal (IMC) y los niveles de colesterol y triglicéridos en pacientes con colesterosis vesicular. Pacientes y método: Estudio de casos y controles. Una cohorte de 406 pacientes consecutivos sometidos a colecistectomía por colelitiasis fue estudiada midiéndose el colesterol y triglicéridos plasmáticos. De acuerdo a la biopsia, la cohorte se dividió en 326 pacientes sin colesterosis vesicular y 80 pacientes con colesterosis. El análisis estadístico de las variables dicotómicas y categóricas se realizó con el T-test para muestras pareadas. Las variables continuas se analizaron con el T-test para muestras independientes.

Resultados: La distribución por género, edad e IMC fue similar para ambos grupos. Los niveles plasmáticos de colesterol total fueron superiores en pacientes sin colesterosis (209,7±53 vs. 181,5±37, p<0,0001), así como los niveles de triglicéridos (244,4±93,7 vs. 206±92, p=0,001). Un mayor número de pacientes con colesterosis tenía un IMC >25 comparado con los pacientes sin colesterosis (59% vs. 48%, p=0,036). El test de Pearson demostró una asociación entre el IMC con hipercolesterolemia en pacientes con y sin colesterosis, pero no encontró asociaciones entre IMC elevado, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes obesos eutróficos con colesterosis tienen valores normales de colesterol total plasmático. Los pacientes eutróficos sin colesterosis presentan hipercolesterolemia con mayor frecuencia que los pacientes obesos sin colesterosis.

PANCREATODUODENECTOMÍA S. EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.
Drs. Figueroa E., Gabrielli M., Int. Sierralta C., Pulgar D., Drs. Bambas C., Valbuena J., Pinel F., Crovari F., Guzmán S., Martínez J., Jarufe N. Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: A pesar de los avances en el cuidado postoperatorio que han disminuido la mortalidad postoperatoria, la pancreatoduodenectomía aún tiene una alta morbilidad dada principalmente por el desarrollo de fístula pancreática.

Objetivos: Analizar las características clínicas, quirúrgicas y patológicas de los pacientes sometidos a pancreatoduodenectomías en nuestro centro en el período enero 2002 a Julio 2009 y comparar la frecuencia de fístulas por tipo de anastomosis pancreática realizada.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes operados de pancreatoduodenectomías en el período enero 2002 a Julio 2009, se analizan las características clínicas, perioperatorias y evolución postoperatoria, se utilizó chi-square para la comparación de variables nominales, se consideró un P<0,05. **Resultados:** En el período estudiado, se realizaron 62 pancreatoduodenectomías, de éstos, se realizó por patología maligna en 57 pacientes. La edad fue de 53,9 ± 15 [16 - 84] años, el sexo femenino fue el 57,8%, la presentación clínica más frecuente fue Dolor abdominal 40%, Ictericia 39% y baja de peso 20%. La mediana en la duración de la sintomatología fue de 2 meses. El hábito tabáquico estuvo presente en el 20% de los pacientes. Se realizó RNM y/o TAC en todos los pacientes. Se realizó pancreatoduodenectomía exclusiva en el 87,5%, cuatro de ellos por vía laparoscópica. Se realizó una colectomía total en un paciente, una resección de vena mesentérica con puente de PTFE en 1 paciente y hernioplastia incisional con malla en un paciente. El tipo de reconstrucción fue pancreatoyeyunoanastomosis en 40,3% y pancreatogastroanastomosis en 58%, un paciente se ostomizó con sonda del Conducto de Wirsung, sin anastomosis. De un 46,8% de pacientes que tuvieron complicación postoperatoria, 17,1% tuvo Colección intraabdominal, 6,25% infección respiratoria, 4,7% hemoperitoneo y gastroparesia un 4,7%. La fístula pancreática se presentó en el 34,4%, siendo el tipo A 17,7% (11), tipo B 13% (8) y tipo C 1,6% (1). No hubo diferencia en el desarrollo de fístulas pancreáticas según el tipo de reconstrucción. Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio (día 34 y 64), ambos por cuadro séptico respiratorio asociado a fístula pancreática (3,2%). Al momento del análisis, habían fallecido el 29% de los pacientes operados por patología maligna.

Discusión: La pancreatoduodenectomía tiene una morbilidad alta dada por la aparición de fístula pancreática, sin embargo en la mayoría de las oportunidades se resuelve en forma espontánea. En nuestra serie, no hubo diferencia estadística significativa en el desarrollo de fístula pancreática según el tipo de reconstrucción.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL MUCINOSA DEL PÁNCREAS (IPMN). TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE.

Drs. Figueroa E., Gabrielli M., Int. Sierralta O., Pulgar D., Drs. Valbuena J, Martínez J., Guzmán S., Jarufe N.

Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los tumores quísticos constituyen menos del 5% de las neoplasias malignas del páncreas. El reconocimiento del IPMN ha ido aumentando gracias a los métodos diagnósticos actuales. **Objetivos:** Analizar las características clínicas, quirúrgicas y patológicas de los pacientes con IPMN operados en nuestro centro en el período enero 2004 a Julio 2009.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes operados en nuestro centro con el diagnóstico histológico de IPMN en el período enero 2004 a Julio 2009, se analizan las características clínicas, perioperatorias y evolución postoperatoria. **Resultados:** En el período estudiado, fueron operados 8 pacientes con diagnóstico histológico de IPMN. La edad promedio fue de $57,4 \pm 8,7$ años, 6 pacientes eran de sexo masculino. El dolor abdominal se presentó en 8 pacientes, con un promedio de evolución de 5 meses, fue hallazgo en 1 paciente y el antecedente de pancreatitis aguda a repetición se presentó en 4 de ellos. La evaluación diagnóstica fue con RNM y TAC en todos los pacientes. Se realizó Pancreatoduodenectomía exclusiva en 7 pacientes y pancreatetectomía corporocaudal en 1. El tiempo operatorio promedio fue de 300 [150 - 630] min. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 4 pacientes, tres con fistulas pancreáticas tipo B y un paciente con hemorragia digestiva de la anastomosis pancreatogástrica. El promedio de estadía hospitalaria fue de 25 ± 16 [8 - 44] días. La ubicación del tumor fue más frecuente en la cabeza del páncreas (6), cuerpo (1) cola (2) y uncinado (1). Se encontró adenocarcinoma invasor en 4 pacientes y displasia moderada en 2 pacientes. Todos sin compromiso ganglionar. No hubo mortalidad en la serie y al momento de la revisión, todos los pacientes estaban vivos. **Conclusión:** El IPMN es una patología poco frecuente, cabe destacar que el mayor porcentaje se presenta con el antecedente de pancreatitis aguda a repetición, y es importante la presencia de focos de adenocarcinoma invasor en nuestra serie.

EXPERIENCIA CON RECONSTRUCCIÓN PANCREATO-GÁSTRICA DUCTO-MUCOSA EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN.

Drs. Héctor Losada^{1,2}, Juan Contreras¹, Luis Burgos^{1,2}, Jorge Silva^{1,2}, Carlos Manterola^{1,2}, Joaquín Bemaes¹, Jean Pierre Droguett¹, Mariela Umutá¹.

¹ Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera,

² Equipo de Cirugía Biliopancreática, Hospital Hernán Henríquez Aravena

Introducción: Pancreatoduodenectomía (PD) es la única técnica quirúrgica que proporciona posibilidad curativa en tumores pancreáticos (TP). Existen múltiples técnicas para reconstrucción y anastomosis pancreática. Publicaciones nacionales han reportado mortalidad global de PD entre 5% y 6%. Nuestro objetivo es describir los resultados de una serie de pacientes en que se efectuó anastomosis pancreatogástrica ducto-mucosa (PGDM) para la reconstrucción de PD.

Objetivo: Describir las características clínicas, indicaciones quirúrgicas, mortalidad y seguimiento ambulatorio de pacientes sometidos a PD con anastomosis PGDM entre los años 1996 al 2008. **Materiales y Métodos:** Serie de casos de pacientes hospitalizados en HHA entre los años 1996 y 2008 con diagnóstico de TP sometidos a PD con reconstrucción con anastomosis PGDM. Se efectuó anastomosis PGDM en 2 planos; se utilizó magnificación de 2.5X en los últimos 5 casos. Se registraron aspectos biomográficos, etología, aspectos terapéuticos, complicaciones y mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: La serie consta de 33 pacientes, con promedio de edad de 50 ± 12 años, con predominio de género masculino (61%). El promedio preoperatorio de bilirrubina fue de $10,56 \pm 10,86$ mg/dl y promedio de albúmina fue de $4,01 \pm 0,56$ g/dl. Todos los pacientes se operaron con sospecha preoperatoria de tumor pancreático. 4 biopsias de pacientes no corresponden a adenocarcinoma: un melanoma, un tumor osteoclastico, un tumor de células gigantes y un tumor indiferenciado. La mortalidad global fue 37%. Las complicaciones más frecuentes fueron fístula pancreática en 3 paciente, 2 hemoperitoneo, 1 hemorragia digestiva, 1 perforación colónica, 1 fístula biliar y 2 neumonías. La mortalidad perioperatoria fue de 6%. Se realizó curva de Kaplan-Meier para supervivencia global. La probabilidad de supervivencia global de la serie a 5 años es 30%.

Conclusiones: En nuestra serie de PD con reconstrucción con anastomosis PGDM la morbilidad fue de 37% y la mortalidad de 6%. Los resultados de nuestro centro con anastomosis PGDM son similares a los reportados en series nacionales.

EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN LA REPARACIÓN DE LESIONES IATROGÉNICAS COMPLEJAS DE LA VÍA BILIAR.

Drs. M. Uribe^{1,2}, F. Catán¹, S. Uribe-Echevarría¹, S. Hoefler¹, C. Hevia¹, J. Matute¹, F. Orellana¹.

¹ Servicio y Dpto. de Cirugía Universidad de Chile, Hospital del Salvador

² Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes.

Introducción: Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar se presentan en un porcentaje que puede alcanzar el 1%, muchas de ellas ocurren durante la colecistectomía laparoscópica. El resultado de la cirugía reparadora se relaciona con el tipo de lesión, tiempo de cirugía después de la lesión y experiencia del equipo

quirúrgico.

Objetivo: Revisar la experiencia de 15 años de los autores en la reparación de lesiones iatrogénicas de vía biliar.

Pacientes y Método: Se incluyen los pacientes con lesiones de vía biliar referidas a los autores para su reparación en el período comprendido entre 1994 y junio 2009, analizando su etiología, técnicas de reparación y evolución.

Resultados: Durante el período de estudio fueron referidos 32 pacientes, 25 mujeres y 7 hombres, portadores de lesiones tipo III o IV: sección con plecta, quemadura, clipaje con plecto o resección de vía biliar. Las lesiones fueron secundarias a colecistectomía laparoscópica en 23 casos, colecistectomía abierta en 6, quiste hidatídico hepático en 2, resección hepática por probable cáncer vesicular. En 8 pacientes se hizo el diagnóstico intraoperatorio. 15 pacientes eran de regiones y 17 del área metropolitana. Tres presentaban lesiones vasculares asociadas, una lesión de arteria hepática, una sección de arteria hepática derecha y una resección portal. Las lesiones diagnosticadas en el intraoperatorio fueron reparadas de inmediato con anastomosis término-terminal o derivación biliodigestiva en Y de Roux. En los otros casos se realizó derivación biliodigestiva. Se dejó catéter biliar para acceso colangiográfico postoperatorio en todos los pacientes con derivación. La lesión de arteria hepática fue reparada en el intraoperatorio. La sección de hepática derecha no fue reparada. En el caso de resección portal se efectuó su reemplazo con vena yugular interna. En todos los casos se utilizaron lupas con 4.5 X de aumento. Todos los pacientes tuvieron al menos una representación imagenológica de la vía biliar postoperatoria. Tres pacientes presentaron fistulas biliares las que fueron tratadas conservadoramente de los 32 pacientes, 3 presentaron estenosis de las derivaciones, 2 tratadas exitosamente en forma percutánea. Todas asociadas a lesiones vasculares. Uno precisó reoperación y dilatación posterior, actualmente con anastomosis permeable. Mediana de seguimiento de 8 años (1-15). No hubo mortalidad en la serie.

Comentario: Las lesiones biliares postcirugía biliar representan un problema poco frecuente pero de gran complejidad. Los mejores resultados se obtienen con la reparación inmediata de la lesión. La hepaticoyeyunoanastomosis es el procedimiento de elección para la reparación diferida. Para el tratamiento exitoso se precisa contar con la infraestructura adecuada y manejar todas las alternativas técnicas, incluyendo reparaciones vasculares complejas.

EXPERIENCIA Y RESULTADOS TEMPRANOS Y ALEJADOS DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LESIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL
Drs. Héctor Losada^{1,2}, César Muñoz¹, Luis Burgos SJ^{1,2}, Jorge Silva^{1,2}, Carlos Manterola^{1,2}, Aleksa Tschaisky³

¹ Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco

² Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Servicio

de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

Temuco

³ Universidad San Sebastián. Puerto Montt.

Introducción: Las lesiones postquirúrgicas de la vía biliar principal (LVBP) constituye una complicación grave y de difícil manejo de la cirugía hepatobiliar. Existen múltiples aproximaciones terapéuticas dependiendo del tipo de LVBP. Nuestro objetivo es presentar la experiencia con los resultados tempranos y tardíos en las técnicas de reparación de LVBP.

Materiales y Método: Diseño de estudio: Estudio de cohorte. Período de estudio: Enero del 2000 a Junio del 2009.

Maneja: Se realiza una revisión de los registros clínicos de los pacientes sometidos a reparación de LVBP. Se practican controles periódicos evaluando aspectos clínicos, laboratorio, imagenológicos y satisfacción usuaria en el policlínico de la especialidad. Se aplicó la encuesta de calidad de vida SF-36 y se comparan los resultados con pacientes de similares características sometidos a colecistectomía laparoscópica sin LVBP.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó estadística analítica para variables dicotómicas y para variables continuas. Se utilizó el programa Excel® para recolectar los datos y el programa STATA® 9.0 para el análisis de los datos.

Resultados: En el período de estudio se han manejado 25 pacientes con LVBP. La edad promedio es 44±13.7 años y el 76% género femenino. La lesión se produjo más frecuentemente en una colecistectomía laparoscópica. La mayoría corresponde a lesiones tipo I, II y III de Bismuth. La reparación se ha realizado con hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux (HPYA) en 20 pacientes, utilizando la técnica de Hepp-Couinaud modificada en el 70% de ellos. Ocho pacientes presentaron algún tipo de morbilidad asociada a la reparación y un paciente falleció en el postoperatorio. El promedio de hospitalización es de 21±12.2 días. Durante el período de seguimiento, 2 pacientes presentaron estenosis de la HPYA con esta técnica, y se han manejado con dilatación percutánea con balón.

Conclusión: La LVBP constituye una complicación de la cirugía biliar de difícil manejo. La experiencia de nuestro centro es comparable con las cifras nacionales en términos de morbimortalidad de la reconstrucción y re-estenosis.

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EXPERIMENTAL EN RATAS.

Drs. S. Uribe-Echevarría¹, P. Románque^{1,2},

C. Hevia¹, J. Matute¹, F. Orellana¹, M. Uribe¹

¹ Unidad de Cirugía e Investigación Experimental Campus Oriente ² Laboratorio de Estrés Oxidativo y Hepatotoxicidad. Facultad de Medicina-Universidad de Chile. Santiago.

Introducción: El THO en rata requiere de entrenamiento previo y de una infraestructura específica y adecuada sin embargo tiene la ventaja de que puede

ser realizado por un solo operador, a diferencia de los modelos en animales mayores.

El primer trasplante hepático ortotópico (THO) experimental en rata fue realizado en 1973 por S. Lee y luego modificada por Kamada y Calne en 1979 quienes incorporaron el uso de cuffs de polietileno en la anastomosis de la vena porta (VP), vena cava inferior (VCI) y vía biliar (VB), idea propuesta ya por Nitze en 1897 a objeto de facilitar el procedimiento evitando las anastomosis vasculares. Objetivo: Con nuestra experiencia en el desarrollo del modelo de trasplante hepático ortotópico (THO) experimental en rata.

Materiales y Método: El procedimiento se realizó con 20 ratas Spague Dawley de 250-300 grs. 10 donantes y 10 receptoras. Se efectuó hepatectomía del donante y posterior mente del receptor. El hígado fue preservado con solución de Ringer-Lactato y mantenido con isquemia fría. El implante se efectuó con anastomosis termino-terminal de la vena cava superior (VCS) con Prolene® 7/0 continuo. Se sustituyó el uso de shunts y anastomosis vasculares por el uso de cuffs de polietileno en vena porta (VP), vena cava inferior (VCI) y vía biliar (VB), prescindiendo de la anastomosis arterial.

El equipamiento del laboratorio requirió de un vaporizador Brickford® para Isoflurano, lámpara halógena con dos brazos articulados de fibra óptica, instrumental de microcirugía FST™, lupas 10 X Leica®, rasuradora Wahl® series 8900, hielo en escamas a libre disposición, soluciones fisiológica y Ringer-Lactato, heparina, seda 6/0 y 4/0, Prolene® 6/0 y 7/0 doble aguja. El espacio físico de trabajo requirió de extractores y purificadores de aire para evitar la concentración de los gases anestésicos en el ambiente, pues el sistema anestésico es abierto. Se definió como trasplante exitoso cuando la supervivencia del receptor fue mayor de 24 horas. **Resultados:** Se realizaron 10 THO. Cinco animales sobrevivieron a la intervención, con un rango de 1-7 días. Las causas de muerte fueron por prolongación de fase anhepática del receptor en 3 casos y por hemorragia intraoperatoria en los otros 2. **Comentario:** El modelo de trasplante hepático experimental en ratas, para que sea exitoso, requiere de un proceso largo y complejo que precisa del operador gran dedicación y capacidad técnica, así como un laboratorio completamente equipado. Una vez implementado, se pueden realizar múltiples estudios en esta interesante área.

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA (HCC). EXPERIENCIA DE DOS CENTROS CHILENOS

Drs. M. Gabrielli, M. Vivanco, J. Hepp, J. Martínez, R. Pérez, J. Guerra, M. Arrese, E. Figueroa, A. Soza, R. Yáñez, R. Humares, H. Ríos, J. Palacios, R. Zapata, E. Sanhueza, J. Contreras, G. Rencoret, R. Rossi, N. Jarufe.

Programas de Trasplante Hepático Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile y Facultad de

Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

El hepatocarcinoma (HCC) es uno de los tumores más frecuentes del mundo. Sólo el 20% de los pacientes son candidatos a tratamientos resectivos. El trasplante hepático (TH) es la mejor alternativa terapéutica con beneficios netos en la supervivencia de pacientes seleccionados.

Objetivo: Comparar los resultados clínicos del tratamiento del HCC con TH en dos centros universitarios chilenos.

Materiales y Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. A partir de las bases de datos de los programas de trasplante hepático de cada centro, se analizaron características demográficas de los receptores, criterios de inclusión para el TH (sin pre-criterios de Milan), recurrencia, tiempo libre de enfermedad y supervivencia.

Resultados: De un total de 250 TH (desde 1993 a mayo de 2009), 20 fueron por HCC diagnosticado en el preoperatorio y en 7 pacientes fue un hallazgo del explante. Ambos grupos representan el 11% de los TH. La mediana de edad de los pacientes fue de 56 años y el 85% fueron hombres. Sólo en 3 de los 20 pacientes con HCC conocido en el preoperatorio, no se realizó terapia puente y el tiempo promedio de espera para el TH fue de 11 meses. Actualmente 22 pacientes están vivos (82%), 4 han presentado recurrencia (14,8%) y de éstos, 3 sobrepasaron los criterios de Milan en el análisis del explante. La mediana del tiempo libre de enfermedad es de 30 meses, (rango: 5 meses - 8 años). El grupo que excede los criterios de Milan en el explante tiene una supervivencia global a 2 años de un 66%, en cambio, el grupo con diagnóstico de HCC incidental en el explante, obtiene una supervivencia global a 2 años de 100%. Los pacientes que cumplen con los criterios de Milan en el explante diagnosticados en el preoperatorio, tienen una supervivencia global a 2 años del 100%.

Conclusión: El TH en el tratamiento del HCC es una opción significativamente superior a la supervivencia a mediano plazo en aquellos pacientes que cumplen con los criterios de Milan. Con un tiempo de espera para el TH superior a 10 meses, la mayoría de los pacientes requiere una terapia puente para llegar al TH.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES POST TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. M. Gabrielli, E. Figueroa, E. Norero, N. Jarufe, P. Cortés, R. Pérez, F. Pintel, J. Torres, P.

Domínguez, M. Arrese, J. Martínez.

Programa de Trasplante Hepático. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago.

Actualmente las complicaciones biliares son el "talón de Aquiles" del trasplante hepático ortotópico (THO). Pese al gran espectro de alternativas terapéuticas existentes, no está claro cuáles la mejor alternativa terapéutica.

Objetivo: Describir el tratamiento de las complicaciones biliares post-THO en nuestro centro. **Materia y método:** Estudio descriptivo y retrospectivo. A partir de la base de datos del programa de trasplante hepático, se analizaron características demográficas de los receptores, incidencia de complicaciones biliares en el tiempo (precozes < 3 meses y tardías > 3 meses) y la tasa de éxito del manejo endoscópico en las complicaciones biliares. Para cálculos estadísticos se utilizó el programa XLstat.

Resultados: En un período de 12 años se realizaron 107 THO en 103 pacientes, con una media de edad de 44 años. En 37 pacientes se constató una o más complicaciones biliares, representando el 34,6%. En 14 pacientes (13,1%) esta complicación fue precoz (2 intrahospitalarias: 1,9%) y en 23 (21,5%) fueron tardías. La complicación más frecuente fue la estenosis de la vía biliar, detectada en 21 pacientes (19,6%); en 18 de ellos a nivel de la anastomosis. El manejo endoscópico fue exitoso en 22 de los 37 (59,5%) pacientes, sin registrar mortalidad ni morbilidad. En los 15 (40,5%) pacientes restantes, se realizó una anastomosis bilio-digestiva con un asa en Y de Roux. No se ha requerido usar tratamiento percutáneo de estas complicaciones, ni re-trasplante. De los pacientes tratados endoscópicamente, en 6 (27,3%) de ellos, fue necesario realizar una derivación bilio-digestiva al año de seguimiento. **Conclusión:** Las complicaciones biliares son frecuentes tras un THO, incluso en forma tardía. En nuestro centro, el tratamiento endoscópico es una alternativa terapéutica segura, que resuelve más de la mitad de las complicaciones biliares. La alternativa quirúrgica también tiene un papel como técnica de elección y principalmente de respaldo en el manejo endoscópico de estas complicaciones.

TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PORTAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.
Drs. E. Figueroa, M. Gabrielli, N. Jarufe, R. Pérez, M. Anese, C. Muñoz, J. Torres, J.F. Guerra, A. Soza, P. Domínguez, J. Martínez.
Programa de Trasplante Hepático. Departamentos de Cirugía Digestiva y Gastroenterología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago.

Introducción: La trombosis venosa portal (TVP) es una de las complicaciones de los pacientes con enfermedad hepática terminal. Se considera una contraindicación relativa para trasplante hepático (TH). La decisión de realizar el trasplante y su pronóstico depende de la extensión de la trombosis en el eje portomesentérico.

Objetivos: Analizar la experiencia en el tratamiento de la TVP en aquellos pacientes sometidos a TH en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Materia y Método: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la base de datos y registros clínicos de

los pacientes con TVP sometidos a TH en nuestro centro entre enero de 1994 y mayo de 2009. Las TVP fueron clasificadas según su extensión en 4 tipos (Yerdel et al., 2000): tipo 1: trombosis parcial < 50% con o sin extensión mínima a vena mesentérica superior (VMS); tipo 2: trombosis > 50% con o sin extensión mínima a VMS; tipo 3: TVP y de VMS proximal con pleta. VMS distal libre; tipo 4: TVP y de VMS proximal y distal con pleta. **Resultados:** De 110 TH, 11 pacientes (10%) tuvieron TVP; sólo en 5 de ellos el diagnóstico fue preoperatorio (45,4%). El promedio de edad fue de 53 (±10) [29-63] años. La indicación de TH fue cirrosis hepática en el 100%; la etiología fue VHC en 3 pacientes, Etanol en 2 pacientes, NA SH en 3 pacientes y otras en 3. El 72,3% de los pacientes fue clasificado Child-Pugh B al momento del TH. Tres de los 5 pacientes en los que el diagnóstico de TVP fue preoperatorio recibieron terapia anticoagulante con resolución de la trombosis en 2 de ellos. La técnica de implantación utilizada fue Piggy-Back modificada en el total de los casos, con anastomosis cavo-cava latero-lateral. Del total de pacientes, en el intraoperatorio se encontró TVP en 8 pacientes. Se encontró trombosis tipo 1 en 2 pacientes; tipo 2 en 3 pacientes y tipo 3 en los restantes. Se realizó tromboctomía por eversión en 6 pacientes y simple en 1 caso con anastomosis portal termino-terminal en los 7 pacientes. Se realizó un puente mesentérico-portal en 1 caso. Cinco pacientes presentaron complicaciones posoperatorias inmediatas; requirieron reoperación 3 pacientes por trombosis de arteria hepática; sospecha de peritonitis y hemorragia postoperatoria, respectivamente. En 1 paciente hubo rechazo celular agudo precoz grave (grado 3 de la escala de Banff) tratado, con posterior desarrollo de una Neumonía bacteriana y una hemorragia intracraneana masiva. Otro, desarrolló un infarto hepático subcapsular autolimitado. De los 11 pacientes con TVP, cuatro recibieron tratamiento anticoagulante postoperatorio durante 6 meses; uno de ellos falleció por hemorragia intracerebral en relación al mismo en el posoperatorio inmediato. Las complicaciones a largo plazo fueron estenosis de la vía biliar en 1 paciente que requirió derivación biliodigestiva y trombosis de la arteria hepática con disfunción y pérdida del injerto por daño isquémico de conductos biliares y re-trasplante a los dos años en otro.

AUMENTO DE LA VIABILIDAD DE UN MODELO DE CÉLULAS BETA EXPUESTOS A FK-506 Y EXENATIDE
Drs. M. Guajardo, I. Atwater, P. Caviedes, D. Parrau, M. Valencia, C. Astorga
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ICBM, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: el trasplante de islotes pancreáticos no ha dado los resultados esperados en términos de independencia de insulina a largo plazo. Ello se puede explicar por el daño sobre el injerto de los inmunosupresores. De éstos los anticalcineurínicos son

capaces de inducir citotoxicidad sobre las células beta, aun cuando representan el estándar de inmunosupresión de inmunomodulación utilizado.

El efecto incretina se define como la diferencia entre los niveles plasmáticos de insulina frente a una carga endovenosa de glucosa en comparación con una oral. GLP-1 es la principal incretina, con una gama de acciones sobre el metabolismo de los carbohidratos y la fisiología de la célula beta. Además, tanto GLP-1 como su análogo de larga acción exenatide, son capaces de disminuir la citotoxicidad en modelos de célula beta. En el presente trabajo desarrollamos un protocolo para evaluar la citoprotección de exenatide frente al daño inducido por tacrolimus en un modelo de célula beta.

Métodos: se utiliza la línea celular MIN-6, para estudios de viabilidad estimada mediante el ensayo MTT. Se cultivaron las células en condiciones estándar expuestas a distintas concentraciones de tac, exenatide y combinaciones de ambos durante 24 hrs. Posteriormente se expuso al reactivo MTT durante 4 hrs, estimando la viabilidad de la muestra mediante la determinación de la absorbancia después del período de incubación. Los resultados se presentan como % de viabilidad con respecto al grupo control.

Resultados: con las concentraciones utilizadas de tac no se observó una disminución en la viabilidad de nuestro modelo celular; con exenatide, y compatible con lo comunicado en la literatura, se evidenció un aumento en la viabilidad comparado con la muestra control (136% y 130% $p < 0,05$). Cuando utilizamos la combinación de ambas drogas, en presencia de tac 10 nM, exendine 1000 nM aumentó la viabilidad relativa (221%), mejor que el grupo control, el grupo tac y el grupo exendine.

Conclusiones: con las concentraciones de tac y exendine utilizados, se reporta un aumento significativo de la viabilidad celular, lo que puede representar una alternativa para mejorar los resultados clínicos.

RESECCIONES HEPÁTICAS SIMULTÁNEAS CON RESECCIONES ONCOLÓGICAS COLORECTALES. ALTERNATIVA SEGURA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS SINCRÓNICAS DEL CÁNCER COLORECTAL.

Drs. E. Norero, E. Figueroa, J. Martínez, J.F. Guerra, R. Funke, G. Pinedo, M. Emolina, A. Zúñiga, C. Balmes, S. Guzmán, N. Jarufe.

Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En pacientes con metástasis hepáticas por cáncer colorectal (MCR) es controvertido practicar la cirugía colónica y hepática en el mismo tiempo quirúrgico.

Objetivo: Analizar los resultados de la cirugía resectiva hepática y colorectal simultánea, por cánceres colorectales con MCR sincrónicas.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo. Se incluyeron las resecciones hepáticas por MCR entre

1990 y 2009, que se operaron en forma simultánea con la cirugía colorectal o en forma diferida, por 2 equipos especializados en el Hospital Clínico UC. Se compararon los resultados según el número de segmentos hepáticos resecados dividiéndolos en: metastasectomías, resecciones anatómicas (RA) de 1 a 2 segmentos y RA de 3 o más segmentos. Se utilizó el programa estadístico Statview. Resultados: Se incluyeron 93 resecciones hepáticas (hombrés 64, edad 61 ± 13 años). Se realizó una cirugía resectiva simultánea en 31 casos y en 2 tiempos quirúrgicos en 62. En los pacientes con cirugía simultánea se realizaron 12 metastasectomías, 10 resecciones de 1 a 2 segmentos y 9 resecciones de 3 o más segmentos. La cirugía simultánea se asoció a una mayor proporción de resecciones de menos de 3 segmentos hepáticos (71% vs 48%; $p = 0,03$). Al comparar la cirugía simultánea con las resecciones diferidas en forma global y según los segmentos resecados no existió diferencia en morbilidad (32 vs 40%), mortalidad (0%), estadía en UCI (27 vs 29%), transfusiones de glóbulos rojos (24 vs 30%), pruebas hepáticas en el postoperatorio ni en la proporción de resecciones R0 (84 vs 84%). En las resecciones de 3 o más segmentos el tiempo operatorio (303 vs 241 min; $p = 0,02$) y la estadía hospitalaria (23 vs 12 días; $p = 0,03$) fue mayor.

Conclusión: La resección simultánea en el mismo tiempo quirúrgico de cánceres colorectales con MCR sincrónicas es una alternativa segura y oncológicamente efectiva, cuando son realizados por 2 equipos especializados.

MANEJO DE FISTULAS COLECISTOENTERICAS. ANALISIS DE 65 CASOS.

Drs. A. Valle, A. Rodríguez-Navarro, R. González, C. Cavalla, G. Wiedmaier, Ints. F. Patiño, F. Mandujano, P. Mocoçain, Servicio Cirugía Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: Las fistulas colecistoentericas (FCE) es una forma de presentación infrecuente de las colelitiasis de larga evolución, se describe una prevalencia que alcanza hasta el 3% en algunas series. Su diagnóstico es por lo general un hallazgo durante el mismo acto quirúrgico. El enfrentamiento en los últimos años a cambiado hacia la resolución por vía laparoscópica con una disminución progresiva de la tasa de conversión a cirugía abierta. Objetivo: Presentar la experiencia en el manejo de las pacientes con FCE en el Hospital Padre Hurtado. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con FCE operadas durante agosto de 2000 y julio 2009. Se analizaron las variables demográficas, clínicas, la morbilidad y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes, edad promedio 58 años, 81,5% fueron mujeres.

La presentación clínica más frecuente fue dolor abdominal y náuseas-vómitos en un 75 y 31% respectivamente. El diagnóstico pre-operatorio fue de un 3% con ecografía con aerobilia. La fistula más fre-

cuenta fue colecisto-duodenal y colecisto-colónica con un 62 y 18 % respectivamente. De la resolución quirúrgica, un 92 % se inició por vía laparoscópica, con una tasa de conversión del 83 % . Tiempo operatorio promedio fue de 118 minutos. La morbilidad fue de un 6,1 % . No existió mortalidad en esta serie. Discusión: Las FCE es una patología infrecuente, principalmente en mujeres con colelitiasis de larga data. El diagnóstico por lo general es durante el mismo acto quirúrgico. La conversión a cirugía abierta está en disminución, dada las ventajas de la cirugía laparoscópica, siendo esta una alternativa segura.

RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MAYORES DE LA VÍA BILIAR .

Drs. E. Coddou, S. Haberle, R. Sagredo, M. Barra. Servicio de Cirugía Hospital San Pablo, Coquimbo, Facultad de Medicina, UCN .

Introducción: Las lesiones mayores de la vía biliar constituyen una de las complicaciones más temidas de la cirugía biliar y pese a la mayor experiencia en cirugía laparoscópica, su frecuencia se mantiene en alrededor de 0,3% de las colecistectomías. Objetivo: Evaluar los resultados de nuestro centro siguiendo una guía de tratamiento aplicada en los últimos doce años.

Materiales y Método: En 1996 se estableció una guía para el enfrentamiento de las lesiones mayores de vía biliar. Desde entonces se han tratado 14

pacientes, los que han sido controlados y sus registros anotados en planilla Excel. Se estudian las variables edad, sexo, ubicación de la lesión, momento de la detección, tratamiento, complicaciones, seguimiento y resultado final.

Resultados: se trataron y siguieron 14 pacientes, el 50% derivados de otros centros. En 6 casos el diagnóstico fue intraoperatorio, en 2 se efectuó sutura primaria con estenosis posterior debiendo ir a hepático yeyunoanastomosis (HYA) con asa de Hutson Russell (HR). Uno presentó reestenosis y requirió terapia endoscópica. Los 4 restantes se repararon con derivaciones biliodigestivas y no presentaron complicaciones. En 8 casos el diagnóstico fue postoperatorio y todos se repararon con HYA y asa HR. 3 presentaron complicaciones, uno terminó con estenosis y requirió terapia endoscópica. En los 14 pacientes, presentaron complicaciones postoperatorias 5 casos (35%), de éstos 2 (14,3%) HYA, fueron estenosis que debió solucionarse con terapia endoscópica. No hubo mortalidad en la serie y todos los pacientes se encuentran en buenas condiciones sin evidencias de colangitis o daño hepático crónico con seguimiento promedio de 58 meses.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la reparación de las lesiones mayores de la vía biliar tienen buenos resultados utilizando HYA, ejecutada por cirujanos con experiencia, lo más precoz posible, dejando asa de HR que permita terapia endoscópica frente a una estenosis y evitando nuevas cirugías.

Seccional: CIRUGÍA TORÁCICA

ANÁLISIS COMPARATIVO DE SOBREVIDAS A 5 AÑOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS.

Drs. Antonio Baquerizo M., Fernando Barrientos C., Verónica Fonseca S., Walterio Muñoz C. Unidad Cirugía Torácica, Servicio y Departamento de Cirugía Hospital HHA, Universidad de La Frontera, Clínica Alemana de Temuco

Introducción: Los reportes estadísticos de la OMS señalan al cáncer de pulmón como la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Aunque en menor grado, hemos asistido al incremento persistente de esta enfermedad en nuestro país. El objetivo del presente trabajo es analizar la magnitud real de esta patología, sus resultados terapéuticos y sobrevividas a 5 años.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de base de datos y fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón entre los años 1998 y 2008. Se descartan aquellos que no registran estudio completo e histología: 291 casos, de ellos 24 (8.2%) son células pequeñas; 267 pacientes no CP, son la base del estudio. Se estudia la histología, la etapa TNM, el tratamiento efectuado, las resecciones pulmonares con linfadenectomía mediastínica; se comparan las sobrevividas actuariales a 2 y 5 años según Kaplan Meyer; la mortalidad y la significancia estadística de algunos resultados.

Resultados: Edad promedio 63 años (16-91), sin diferencia de géneros ni localización derecha-izquierda. El Adenocarcinoma: 152 (56.9%); Escamoso: 79 (29.5%). Células grandes 14 (5.2%) Sarcomas 7 (2.6%) Pleomorfico 5 (1.8%) Carcinoma típico 3 (1.1%) y mucopolipoides 1 (0.3%). Grado I: 33 (12.3%). Grado II: 12 (4.5%). Grado IIIa: 58 (21.7%). Grado IIIb: 55 (20.5%) y Grado IV: 109 (40.8%). Sobrevivida a 5 años: Grado I: 60.6% (20/33); Grado II: 25% (3/12); grado IIIa: 15.5% (9/58); grado IIIb: 1.8% (1/55) y grado IV: 0.0%. Sobrevivida según T: T1 73.6% (14/19); T2: 13.2% (15/113); T3 y T4 0.0%. Según N: NO 51.2% (21/41); N1 55.5% (5/9) N2 y N3 0.0%. Inoperables: 193 (72.2%): con promiso de carina 24; VCS 9; Pancoast 5. Se efectuaron cuidados paliativos en 132 (68.3%), Quicio 54 (27.9%) y quimioradio en 14 (7.2%). La sobrevivida a 5 años: IIIa 5.7% (2/35) IIIb 2.0% (1/49) y IV 0%. Tratamiento quirúrgico: 74 (27.7%) grado I: 33; grado II: 12; grado IIIa 17 y IIIb 2. Toracotomía exploradora en 10 (13.5%) y resecciones en 64 (89.0%) con pletas 61 (95.3%). Lobectomía 57 (89.0%); Neumonectomía 4 (6.4%); Segmentaria 3 (4.6%). Mortalidad operatoria 2 (2.7%). Sobrevividas a 5 años: grado Ia: 71.4% (10/14); grado Ib 52.6% (10/19); grado IIb 50.0% (6/12); grado IIIa 35.2% (5/17) y IIIb 0.0%. Se efectuó adyudancia en 22 (15 N2 y 7 T3) con quimio 17 y quimioradio en 5.

Conclusiones: El adenocarcinoma es el tumor más frecuente. Al momento del diagnóstico, el 72.3% son avanzados o diseminados. Los grados I y II tienen sobrevividas que no superan el 80% a los 5 años con la cirugía. El T y el N tienen valor pronóstico demostrado. Las nuevas modificaciones del TNM se espera que despeje el camino de pacientes muy diferentes que actualmente parten un mismo grupo con pronósticos muy distintos. Las sobrevividas a 5 años de los IIIa reseccionados fue 35.2% y los IIIa no reseccionados 5% con una significancia $P=0.003$.

RESULTADOS DE LA TÍMECTOMÍA COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MIASTENIA GRAVIS EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.

Drs. J. Moreno¹, P. Bettoli¹, S. Marín¹, R. Oyarce^{1,2}
¹Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile;
²Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Valparaíso, Chile.

Introducción: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune de patogenia poco clara, caracterizada por alteraciones de la transmisión nerviosa a nivel del músculo estriado, con manifestaciones de debilidad muscular de grado, extensión e intensidad variables. Se describe en la literatura mejoría clínica del cuadro, incremento en calidad de vida y sobrevivida posterior a la timectomía, convirtiéndose en una alternativa válida para su tratamiento. El objetivo de esta investigación es analizar los resultados de la timectomía en miastenia gravis en nuestro centro. **Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes portadores de miastenia gravis sometidos a tratamiento quirúrgico entre los años 2000 a 2008, en cuanto a clínica, clasificación de Osserman, inmunogenética, complicaciones y seguimiento ambulatorio. **Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes operados entre el 2000 y 2008. El promedio de edad fue de 43 años (rango de 17 a 71), un 72% (n=8) fue de sexo femenino. En cuanto a la clínica, un 45% (n=5) calificó como Osserman III (con algún grado de compromiso respiratorio). Ningún paciente presentó anomalías a la radiografía de tórax, pero en 3 casos fue posible identificar un tumor mediastínico al TAC. Un 45% tuvo abordaje vía esternotomía media, con tiempo operatorio promedio de 2 horas. Dos pacientes presentaron como complicación postquirúrgica, crisis miasténica. La hospitalización duró en promedio 10 días. La biopsia arrojó 4 casos de timoma. El seguimiento en policlínico de neurología duró en promedio 96 meses, destacando que 5 pacientes bajaron las dosis de piridostigmina previas a operarse y 7 refirieron mejoría clínica. Solo un caso presentó aumento de dosis, deterioro clínico y crisis miasténica de manejo intensivo.

Discusión: Un porcentaje importante de los pacientes

son etidos a tim ectom ía refiere disminución de la dosis de piridostigmina y mejoría clínica, constituyendo el tratamiento quirúrgico, una alternativa efectiva en cuanto al manejo de esta patología.

RESULTADOS E IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS OPERADOS POR PECTUS EXCAVATUM CON CORRECCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA (OPERACIÓN DE NUSS)

Drs. Roberto González L., Rafael Prats M., Francisco Venturelli M., David Lazo P., Raimundo Santolaya C., Patricio Rodríguez D.

Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: La Operación de Nuss o técnica mínimamente invasiva para corrección del Pectus Excavatum fue diseñada para pacientes pediátricos, sin embargo su indicación se ha ido ampliando a pacientes adultos. Dadas las características e indicaciones de esta técnica resulta indispensable una evaluación del impacto en la autopercepción y por consiguiente en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Presentar experiencia con Técnica de Nuss en pacientes adultos operados por Pectus Excavatum, evaluar resultados e impacto en calidad de vida.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectivo de operados en Instituto Nacional del Tórax (Enero 2007 - Junio 2009). Variables recopiladas edad, género, características clínicas, síntomas, comorbilidades, tiempo quirúrgico, morbilidad, estadía postoperatoria, seguimiento y calidad de vida. Para evaluar impacto en autopercepción del paciente y por consiguiente en la calidad de vida, se utilizó cuestionario (Nuss Questionnaire modified for Adults) preoperatorio y postoperatorio. Se utilizó estadística descriptiva. Para normalidad de variables cuantitativas test Kolmogorov-Smirnov, para variables cualitativas relacionadas test Wilcoxon. Programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: 20 pacientes, edad promedio 18 años, 16 hombres. Comorbilidades: escoliosis 7 casos, 2 depresión, 2 asmáticos, una com unicación intervertebral congénita, uno con Síndrome de Marfan. Once pacientes tenían disnea. El descontento estético estuvo presente en todos, 3 tenían com presión de cavidades cardíacas y 3 alteraciones en función pulmonar. Índice Haller preoperatorio promedio 3,82. Tiempo operatorio promedio 86 minutos. Complicaciones postoperatorias 3 pacientes, 2 neumotorax, una infección de herida y un hematoma peridural. No hubo mortalidad. Estadía postoperatoria media 6 días. El cuestionario dio una mediana pre y postoperatoria de 30 y 47 respectivamente ($p < 0,05$). Cada pregunta del cuestionario por separado tuvieron medianas con diferencias significativas en el pre y postoperatorio ($p < 0,05$).

Conclusión: La Operación de Nuss en pacientes adultos produce una mejoría significativa en la autopercepción y calidad de vida con baja morbilidad.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA TIMECTOMÍA TRANSESTERNAL EN MIASTENIA GRAVIS

Drs. F. Bravo, M. Fuentealba, E. Seguel, R. González, A. Stockins, E. Alarcón, R. Saldías, Int. D. Alarcón

Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo González Benavente (HGGB), Concepción.

Departamento de Cirugía y Departamento Medicina Interna, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción

Introducción: La Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad neuromuscular autoinmune, crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos. En portante rol en su etiopatogenia se atribuye al timo y como pilares de tratamiento, fármacos anticolinesterásicos y la timectomía por diversas vías. La vía transesternal (TTE) permite reseca todo el tejido tímico y grasa del mediastino anterior, visualizando adecuadamente las estructuras neurovasculares.

Objetivo: Determinar los resultados según etapa clínica y dosis farmacológica a largo plazo luego de TTE.

Materiales y métodos: Estudio Longitudinal Prospectivo en una cohorte de 24 pacientes que fue la totalidad de pacientes sometidos a TTE en el HGGB, durante el período comprendido entre los años 1990 al 2007 determinando el estado clínico y la dosis de Piridostigmina al año y a los 5 años. Además se estudió los resultados de la tomografía axial computada (TAC), morbilidad quirúrgica y el estudio histopatológico.

Resultados: 24 pacientes, edad promedio 29,9 años. 17 mujeres. 15 pacientes en Etapa IIB, 6 en Etapa HA y 3 en etapa I. La dosis promedio diaria de Piridostigmina fueron 270 mg. El control al año y a los 5 años evidencia una disminución estadísticamente significativa en la dosis de medicamentos. Al año hubo remisión total en 6 casos, remisión parcial en 15 y una muerte. En el control a los 5 años, hay 9 pacientes en remisión total y 9 pacientes en remisión parcial, lo que corresponde a una evolución favorable en 18 (85%) de 21 casos que se siguieron en este intervalo. TAC informó 12 timomas y el estudio Histológico 18 hiperplasias tónicas. **Conclusiones:** Los pacientes portadores de MG sometida a TTE en HGGB presentan una evolución favorable durante el seguimiento a largo plazo, determinada por la disminución de requerimientos farmacológicos y disminución de la etapa clínica.

LESIONES TRÁQUEO-BRONQUIALES NO TRAUMÁTICAS. SERIE DE 8 CASOS.

Drs. G. Cardemil, M. Díaz, J. Salguero, S. Núñez, G. Fernández

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Las lesiones de la vía aérea no traumáticas, son lesiones graves que potencialmente comprometen la vida del paciente. La cirugía de estas lesiones es poco frecuente, existiendo escasos reportes en la literatura nacional.

Objetivo: Conocer la etiología, tratamiento quirúrgico y evolución de pacientes con lesiones de la vía aérea de origen no traumático.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo de 8 pacientes operados por lesiones de la vía aérea no traumática, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: La serie está compuesta de 8 pacientes (5 mujeres/3 hombres), con una edad promedio de 54 años. Las lesiones de la vía aérea correspondieron a 5 lesiones de traqueales, el 100% de ellas subglóticas y 3 lesiones bronquiales.

La etiología de las lesiones traqueales fueron: infiltración tumoral (2 casos), estenosis post traqueostomía, estenosis por reflujo gastroesofágico y estenosis por fístula esofágica, todas ellas con 1 caso respectivamente. En relación a las lesiones de bronquio, 2 de ellas fueron iatrogénicas y 1 caso por invasión tumoral por cáncer pulmonar.

Los métodos diagnósticos empleados fueron la nasofibroscopia (50%), la tomografía computada de tórax (12.5%) y la fibrobroncoscopia (12.5%). Las lesiones de bronquio iatrogénicas, se diagnosticaron una en el intraoperatorio y una en el postoperatorio.

Las cirugías más empleadas fueron la resección traqueal, anastomosis laríngea y traqueostomía de protección, y la resección bronquial, anastomosis laríngea más colgajo pleural (37.5 y 25%).

Otras técnicas empleadas fueron: injerto cartilago costal (1 caso), colgajo de músculo pretiroideo (1 caso). No hubo mortalidad en la serie.

Conclusión: Existe poca información respecto a las lesiones de la vía aérea no traumática. Los casos reportados en la literatura corresponden en su mayoría a estenosis laríngeas a intubación oro-traqueal. La resección y anastomosis es una técnica segura, y el empleo de colgajos otorga una alternativa efectiva en este tipo de lesiones.

TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS.

EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Drs. E. Pérez, R. Yáñez, E. Aviles, Palma,

L. Villarroel.

Servicio de Cirugía, Hospital Sótero del Río.

Introducción: La traqueostomía practicada oportuna y temprana disminuye las complicaciones en los pacientes con ventilación mecánica prolongada. El procedimiento quirúrgico realizado a un paciente crítico lo convierte en un paciente de mayor riesgo por lo que la traqueostomía percutánea tiene un rol cada vez más importante en el tratamiento intensivo. El objetivo de este estudio es evaluar la factibilidad, complicaciones y costos de esta técnica en nuestro centro.

Pacientes y Método: Durante el primer semestre del año 2009 se registró prospectivamente todos los pacientes que fueron sometidos a traqueostomía percutánea en la Unidad de Pacientes Críticos. Fueron analizados duración del procedimiento, complicaciones tempranas y tardías y tiempo desde la generación de la solicitud hasta la realización del procedimiento. Este grupo de pacientes fue comparado estadísticamente con el grupo histórico de pacientes sometidos a traqueostomía quirúrgica. El análisis estadístico se realizó con SPSS 17.0®, fue considerado significativo $p < 0,05$. El seguimiento fue del 100%.

Resultado: En el periodo analizado se realizó traqueostomía percutánea a 48 pacientes, con una media de 13 ± 5 minutos por procedimiento, las complicaciones tempranas fueron de 5% y la más frecuente fue sangrado, no hubo mortalidad operatoria y no se registró complicaciones tardías. En ninguno de los pacientes fue necesario realizar cirugía. El tiempo desde la solicitud a la resolución fue de 4 ± 2 días. El tiempo desde la solicitud a la resolución, las complicaciones y el costo del procedimiento percutáneo fue significativamente menor en la técnica percutánea que en la quirúrgica. **Discusión:** Es factible realizar la traqueostomía percutánea en pacientes críticos más oportunamente, con una menor tasa de complicaciones y a un menor costo que la traqueostomía quirúrgica.

Seccional: CIRUGÍA VASCULAR

REPARACION ABIERTA DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL. HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. A. Campos, J. Herskovic, J.P. Moreno, A. Marambio, B. Naranjo, D. Roizblatt, C. Sarmiento, P. León, R. Torres, J.P. Marambio.

Equipo de Cirugía Vascular. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La ubicación infrarenal del AAA es la más común. Su reparación abierta sigue siendo el gold standard, sin embargo la terapia endovascular ha incrementado su uso e indicaciones. El costo asociado a esta última terapia limita su empleo en la mayoría de nuestros pacientes por lo que debemos conocer la morbimortalidad y resultados de nuestra cirugía abierta.

Objetivo: Describir el manejo de los pacientes sometidos a reparación abierta de AAA infrarenal en nuestro hospital, con énfasis en morbimortalidad perioperatoria y sus resultados.

Material y Método: Se revisaron en forma retrospectiva las fichas de los pacientes operados entre los años 2005 y 2009. Se analizaron las características clínicas, factores anatómicos, detalles técnicos, morbimortalidad perioperatoria y estadía hospitalaria.

Resultados: Se operaron 22 pacientes (15 hombres y 7 mujeres) con un promedio de edad de $62,1 \pm 7,6$ años (50 - 78). Habitualmente el diagnóstico fue un hallazgo mientras que 3 pacientes presentaron dolor abdominal, secundario a ruptura del aneurisma. Todos los pacientes presentaron un AAA fusiforme, cuyo diámetro máximo promedio fue de 5,5 cm (3,9 - 9,4) y en 9 pacientes se asociaba a compromiso ilíaco. En todos los pacientes se utilizó una prótesis de dacrón, la cual fue aorto-bilíaca en 7, aorto-bi femoral en 7, aorto-aórtica en 6 y aorto-femoral/ilíaca en 2. La cirugía duró 206,6 minutos en promedio (150 - 300). Cuatro pacientes presentaron complicaciones intraoperatorias (una lesión de vena ilíaca, una embolía a vasos tibiales izquierdos y en 2 pacientes lesiones intestinales) y hubo diez pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias (crisis hipertensivas y complicaciones sépticas principalmente). El promedio de hospitalización fue de 9 días (4 - 33). No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusión: En nuestro hospital la reparación abierta del AAA infrarenal es una cirugía segura, con un bajo riesgo de mortalidad y complicaciones postoperatorias mayores.

DESCOMPRESIÓN HEPÁTICA EN EL SÍNDROME DE BUDD-CHIARI: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Drs. Albrecht Krämer¹, Francisco Valdés¹, Renato

Mertens¹, Leopoldo Marine¹, Michel Bergoeing¹, Manuel José Irarrázaval² y Alvaro Huele³
Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular¹, Enfermedades Cardiovasculares² y de Radiología³ Universidad Católica de Chile.

El síndrome de Budd-Chiari está constituido por una variedad heterogénea de alteraciones caracterizadas por obstrucción del drenaje venoso a nivel de vénulas hepáticas, venas suprahepáticas (VSH), vena cava inferior (VCI) o aurícula derecha, que conducen al aumento de la presión sinusoidal hepática e hipertensión portal. El presente comunicado incluye 5 pacientes, 4 mujeres (promedio edad 37), tratados en 23 años para descompresión, del hígado por oclusión de VSH, en 4 asociadas a trombositis VCI y trombofilia en dos. Dos pacientes presentan invasión tumoral de VCI (linfoma, angiomiolipoma).

Técnica quirúrgica: shunt meso-atrial con PTFE (14-16 mm) con refuerzo anillado (3 pacientes) y resección bajo circulación extracorpórea de tumor de VCI con extensión intracardiaca (2 pacientes).
Seguimiento: 2 pacientes ocluyen su puente meso-atrial a los 40 y 50 meses: la primera, asintomática (16.6 años), la otra fallece en insuficiencia hepática sin respuesta a fibrinólisis. La tercera paciente con shunt continúa asintomática; control angioCTa 5 años detecta estenosis mayor a 90% del puente en zona desprotegida del refuerzo anillado a pocos mm de anastomosis en vena mesentérica. Mediante acceso percutáneo yugular interno, se procede con angioplastia e implante de stent, con buen resultado angiográfico inmediato. El paciente del linfoma fallece a los 115 meses y la paciente del angiomiolipoma se perdió al seguimiento, habiendo estado asintomática a los 21 meses de su intervención. La derivación meso-atrial es una alternativa infrecuente que requiere controles periódicos para optimizar resultados a largo plazo. En la actualidad, su fracaso puede ser una indicación de trasplante hepático.

ANGIOPLASTIA INFRAINGUINAL SIN STENT: RESULTADOS INMEDIATOS Y A MEDIANO PLAZO

Drs. Cristian Salas, Fernando Ibañez, Waldo Bastías, Juan Parra Felipe Corvalán, Rodrigo Julio, Ismael Pizarro, Alfredo Cam, Carmen Gloria Lagos, Malao Raffo.

Departamento y Servicio de Cirugía. Hospital Salvador.

El manejo de la EAO de extremidades inferiores, manifestada como claudicación invalidante o isquemia crítica requiere de procedimientos de revascularización. Actualmente se recomienda el manejo endovascular en lesiones TASC A y B y

tratamiento quirúrgico tradicional para las lesiones TASC C y D.

El uso de stents en el segmento fémoro poplíteo ha aumentado progresivamente, con resultados alentadores, no así a nivel de los vasos tibiales. Presentamos los resultados inmediatos y a mediano plazo de la angioplastia infrainguinal, de segmentos femoro poplíteo y tibial, sin el uso de stents, en nuestro hospital, realizados en el periodo septiembre 2008 - mayo 2009. Se maneja por vía endovascular 34 extremidades en 33 pacientes. La tasa de éxito inicial alcanzó 32 casos (94%). En 2 pacientes no se logró cruzar la lesión. La mortalidad de la serie fue de un caso (3%).

De los 32 casos exitosos: 16 eran hombres, con una media de edad 72 años. 83% de los pacientes eran hipertensos, 83% diabéticos, 38% fumadores y 24% cardiopatas coronario. La forma de presentación fue claudicación invalidante en 13 pacientes e isquemia crítica en 19 pacientes. La lesión encontrada según TASC fue A y B en el 77% de los claudicadores y C y D en el 90% de los pacientes con isquemia crítica. El seguimiento promedio fue de 6 meses. De los 13 pacientes claudicadores, 10 están asintomático (90% libres de enfermedad), sin existir amputaciones. De los 19 pacientes con isquemia crítica, 1 paciente falleció (3%). 5 se amputaron. 3 permanecen críticos y 10 están libres de enfermedad (salvataje de la extremidad de 73%).

Conclusión: La angioplastia infrainguinal sin stent es una buena alternativa de revascularización en pacientes con EAO sintomática. Los pacientes claudicadores tienen compromiso arterial más benigno, con mejores resultados a mediano plazo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL TRAUMA DE VASOS SUPRA AÓRTICOS. REPORTE DE 7 CASOS.

Drs. Micnel Bergoeing R, Renato Mertens M, Leopoldo Mariné M, Albrecht Krámer Sch. y Francisco Valdés E.

Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular. Pontificia Universidad Católica de Chile

Las lesiones traumáticas de los vasos supra aórticos presentan elevada morbimortalidad, y son técnicamente demandantes de tratar por la presencia de lesiones asociadas, la dificultad del acceso y el riesgo neurológico asociado.

La siguiente comunicación incluye 7 pacientes, seis hombres, edad promedio 30 años. El traumatismo fue secundario a herida de bala en dos pacientes, accidente de tránsito en dos, herida por arma blanca, iatrogenia y accidente laboral en uno cada uno. Los vasos afectados fueron arteria subclavia izquierda en cuatro, tronco braquiocefálico en dos y catótidia común izquierda en uno. Tres pacientes fueron derivados a nuestro centro para el tratamiento específico de la lesión, siendo trasladados posteriormente a su centro de origen para continuar el manejo de sus otros problemas. El tiempo promedio entre el traumatismo y el tratamiento de la lesión fue de 16 días.

Seis pacientes presentaban un pseudoaneurisma, el que se reparó mediante la inserción de un stent cubierto; en uno el stent se colapsó debido a un flap de disección asociado que requirió un stent de Palmaz para corregirlo. El séptimo paciente presentó una laceración con oclusión de la arteria subclavia izquierda post vertebral. Debido a la gravedad del paciente se embolizó la arteria afectada sin requerir revascularización posteriormente. El acceso fue femoral en tres, carotídeo en tres y braquial en uno. El seguimiento promedio fue de 24 meses. El tratamiento endovascular de lesiones traumáticas de vasos supra aórticos es factible y con buenos resultados a corto y mediano plazo.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR SOBRE LA AORTA TORÁCICA.

Drs. I. Arriagada, R. Mertens, F. Valdés, A. Krämer, L. Mariné, M. Bergoeing, A. Huete, E.U. J. Vergara, A. Arias.

Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La reparación endovascular de enfermedades de la aorta torácica es una opción poco invasiva y con baja morbimortalidad. Se ha planteado la necesidad de seguimiento periódico con imágenes para detectar fallas locales y tratarlas oportunamente. Presentamos resultados a largo plazo en pacientes tratados por vía endovascular de patología de la aorta torácica, definiendo un seguimiento mínimo de 4 años.

Pacientes y método: Entre 2001 y 2005 tratamos a 50 pacientes con endoprótesis torácica, edad promedio 61,3 años (24-86), 72% hombres. Las indicaciones fueron 19 aneurismas ateroscleróticos de aorta torácica, 19 disecciones aórticas complicadas, 7 lesiones traumáticas, 2 úlceras, 2 pseudoaneurismas por cirugías previas y 1 aneurisma infeccioso. El diagnóstico se confirmó con tomografía computada. Se procedió en quirófano y bajo anestesia general, a la inserción de endoprótesis vía femoral para cubrir el sitio del defecto, utilizando un angiografo portátil para la generación de imágenes. Se utilizaron dispositivos TAG-Gore® (36%), Talent-Medtronic® (46%) y TX2-Cook® (18%). No hubo mortalidad operatoria ni paraplegia. Se realiza seguimiento clínico e imagenológico. Resultados: Sobrevida promedio 64 meses (5,4-98). 11 pacientes fallecidos, sólo una paciente portadora de endofuga (EF) tipo I fallece súbitamente de causa desconocida, no se puede descartar ruptura de aneurisma. Un paciente fallece por disección aórtica tipo A y otro por aneurisma de aorta abdominal detectado en el seguimiento pero que rechazó tratamiento. Los restantes fallecieron de causas no aórticas. Doce pacientes (24%) fueron reintervenidos durante el seguimiento. Cinco pacientes requirieron reintervención del segmento aórtico tratado, 2 por

EF tipo III por fractura de la endoprótesis y 3 por desarrollo de EF tipo I. Siete pacientes fueron intervenidos durante el seguimiento por enfermedad de un segmento aórtico distinto al tratado. Conclusión: El tratamiento endovascular de diversas patologías de la aorta descendente presenta excelentes resultados a largo plazo al prevenir la mortalidad derivada del segmento tratado en forma eficaz. Sin embargo, requiere de control periódico de imágenes y de frecuentes reintervenciones para lograr su objetivo.

TRATAMIENTO "HÍBRIDO" DEL ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL.

Drs. Renato Mertens M, Francisco Valdés E, Albrecht Krámer Sch, Michel Bergoeing R, Leopoldo Mariné M.
Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular.
Pontificia Universidad Católica de Chile

La cirugía del aneurisma tóraco-abdominal es un desafío técnico, requiere extensa exposición e isquemia de órganos vitales durante su reparación, con una alta morbimortalidad. Durante la última década la terapia endovascular de la patología aórtica se ha establecido como efectiva y menos invasiva. Entre 2004 y 2008 tratamos a 15 pacientes con aneurismas torácicos y compromiso visceral, diez hombres y 57 años de edad promedio (28-76). Seis eran portadores de enfermedad de Marfan. La indicación fue la dilatación en todos los pacientes, en uno con ruptura. En 7 la causa era disección aórtica crónica. Procedimiento en dos fases, primero: revascularización retrógrada visceral y renal desde la aorta infrarenal, asociado en 10 casos a reparación de aneurisma aórtico infrarenal mediante prótesis bifurcada. Segunda fase de inserción de endoprótesis, diferida en 11 casos y concomitante en 4. Cubriendo desde la aorta proximal al aneurisma hasta la aorta infrarenal, excluyendo la lesión. En 13 casos se ocluyó el tronco celiaco sin revascularización. Dos pacientes fallecen antes de 30 días por infarto y tromboembolismo pulmonar (13.3%), un paciente presenta paraplejía con recuperación. Durante el seguimiento 4 pacientes fallecen, ninguno por complicaciones aórticas del segmento tratado. De las 55 reconstrucciones viscerales o renales, dos puentes renales se ocluyen precozmente, uno es rescatado sin secuelas. A 12 meses un paciente requiere angioplastia por estenosis del puente. Este tratamiento alternativo del aneurisma tóraco-abdominal presenta resultados aceptables en esta grave patología, el seguimiento a largo plazo y desarrollo de nuevas tecnologías definirán su uso en el futuro.

MICROBIOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO NEURÓPÁTICO EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

Drs. Valenzuela Sergio, Mege Marcelo, Carreño Pablo Gallardo Cristian, Uribe Juan Pablo, Piña Rolando, Ints: Rojas Walter, Tordecilla Rocío.
Servicio de Cirugía Hospital San Borja Arriarán. Unidad de Cirugía Vascular

Introducción: La terapia antibiótica actual para el tratamiento intrahospitalario del pie diabético complicado consiste en la cobertura de amplio espectro, siendo preferentemente empleados en la primera línea el ciprofloxacino, cefalosporinas, clindamicina y metrodinazol. Estos esquemas se han adoptado ampliamente en el país, carentes de sustento microbiológico, es por esto que resulta fundamental conocer la realidad local, para así tratar efectivamente a los pacientes.

Objetivo: Conocer los patógenos y sensibilidad antibiótica del pie diabético neuropático complicado sometido a cirugía,

Materiales y Métodos: Serie de pacientes sometidos a cirugía de aseo o amputación desde noviembre de 2005 hasta abril de 2009, por pie diabético complicado, se excluyeron los pacientes isquémicos y aquellos con tiempo de hospitalización preoperatoria mayor a 6 días. Se registraron los cultivos de tejido, óseos y biopsias obtenidas durante la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 48 cirugías en 42 pacientes, con una edad promedio de 72.4 años. Las lesiones fueron Wagner III en 68.7%. Los microorganismos cultivados en tejido óseo fueron: gram positivos 60.4%; gram negativos 12.5%, anaerobios 2% y flora mixta 8%. El gram positivo más frecuentemente aislado fue el estafilococo aureus (27.08%), seguido de enterococo sp. (14.58%) y estafilococo coagulasa negativa (14.58%). Los microorganismos aislados en tejidos blandos fueron gram positivos en 47.9% gram negativos en 14.5%, anaerobios en 4% y flora mixta en 4%. La coincidencia entre cultivos de tejido óseo y partes blandas fue del 33.3%. La biopsia ósea mostró signos de osteítis en 53.65% de las muestras. La sensibilidad de los gram positivos en tejido óseo fue de 49% a oxacilina y de 100% a vancomicina. En gram negativos, la sensibilidad a cefalosporinas de primera generación, ciprofloxacino o clindamicina fue de 33%.

Conclusiones: El microorganismo más frecuente fue el estafilococo Aureus Meticilino-Resistente. Un 33% de los Gram (-) fueron sensibles a antibióticos de primera línea. La gran resistencia a antibióticos observada en pacientes sometidos a cirugía por pie diabético en nuestro hospital nos muestra la necesidad de modificar los antibióticos de primera línea, debiendo reevaluar su sustitución según antibiograma.

EXPERIENCIA EN EL USO DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR PERMANENTES VENATECH® EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ

Drs. A.Reyes¹, C.Derosas², S.Siegel¹, J.Torres¹, F.Acuña¹, G.Pumarino¹, F.Castillo¹, M.Molina³.

¹ Equipo De Cirugía Vascular Complejo Hospitalario San José. ² Residente de Cirugía Complejo Hospitalario San José, ³ Residente de Cirugía FUSAT, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La enfermedad tromboembólica venosa es causa significativa de morbimortalidad y en la mayoría de situaciones clínicas está indicado el tratamiento anticoagulante. Sin embargo la anticoagulación está contraindicada para un grupo seleccionado de pacientes. En estos casos se debe considerar el uso del filtro de vena cava inferior (FVCI) como prevención del tromboembolismo pulmonar.

Objetivo: Describir la experiencia del equipo de cirugía vascular en la colocación de un tipo de FVCI. **Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo, se revisaron las fichas clínicas de 30 pacientes a los que se les instaló un FVCI permanente Venatech[®] (Braun[®]) que es el más usado en nuestro centro, desde octubre del 2005 a la fecha, se revisaron distintas variables. El análisis estadístico se realizó en SPSS 13.0.

Resultados: El 60% de los pacientes eran mujeres, la edad promedio fue 57,4±16,6 años. Las indicaciones para FVCI fue en un 40% por fracaso de tratamiento anticoagulante (TAC) 40% por contraindicaciones de uso de TAC (26,7% Cirugía ortopédica, 6,7% gastrectomía y una histerectomía) y 20% por complicaciones hemorrágicas secundarias a TAC (6,7% metrorragia, 10% hemorragia digestiva alta y un hematoma retroperitoneal espontáneo). El 83,3% de los filtros se instaló por vía yugular anterior derecha y el 16,7% por vía femoral común derecha. En relación a las complicaciones se presentaron 2 hematomas cervicales y 3 femorales, todos resueltos por compresión local y una complicación mayor debido a la migración del filtro a la aurícula derecha, solucionado mediante una auriculotomía y extracción. No se reportaron otras complicaciones precoces y tardías en esta serie.

Conclusiones: La instalación de FVCI permanentes es un procedimiento de bajo riesgo con pocas complicaciones asociadas a corto y largo plazo. Demostrando ser una excelente alternativa como profilaxis de embolia pulmonar.

Palabras Claves: Filtro de Vena Cava, Indicaciones, Tromboembolismo Pulmonar.

LESIONES ARTERIALES DE EXTREMIDAD SUPERIOR.

Drs. J. Vergara, H. Pizarro, C. Díaz, C. Rodríguez, R. Azolas, Int. C. Urbina, G. Meza.
Servicio de Urgencia, Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: La prevalencia de las lesiones vasculares en extremidad superior es significativa, constituyendo hasta un tercio de todas las lesiones vasculares en algunas series. Destaca en importancia las lesiones arteriales por la potencial incapacidad que pudieran generar, constituyendo así un tópico importante para el cirujano de urgencia.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia en pacientes con trauma de extremidad superior con lesión arterial asociada, conocer sus causas, manejo y pronóstico. **Material y método:** Entre enero de 1996 y agosto del 2008 se estudiaron todos los pacientes ingresados al Servicio de urgencia del HBLT con diagnóstico de traumatismo de extremidad superior con lesión arterial asociada.

Resultados: Se encontró un total de 42 casos con lesión arterial, cuyas características fueron: La distribución por sexo fue de 37 casos (88%) para hombres y 5 casos (12%) para mujeres, afectando mayoritariamente al grupo etáreo entre 15 y 35 años (24 casos = 57%).

De acuerdo al mecanismo de lesión, predomina la agresión con arma blanca en 35 casos (85,7%), 6 (14,2%) por arma de fuego y 5 (11,9%) por politraumatismo.

En relación al vaso comprometido, la más afectada es la arteria humeral en 23 casos (54,8%), seguida por la arteria cubital, radial, subclavia y axilar, con 8 (19%), 8 (19%), 2 (4,8%) y 1 (2,4 %) casos respectivamente.

Los tipos de reparación efectuada fueron sutura primaria en 21 casos (50%), interposición protésica en 8 (19%), interposición venosa en 7 (16,6%) y resección y anastomosis TT en 6 casos (14,2%), con resultados quirúrgicos satisfactorios.

Del total de pacientes 4 (9,5%) presentaron lesión de nervio periférico, 5 (1,9%) requirieron reoperación, uno necesitó fasciotomía y hubo sólo un fallecido (2,4%) debido a politraumatismo. **Conclusión:** La lesión arterial de extremidad superior es producto principalmente del trauma asociado a violencia, afectando mayoritariamente a la población joven de sexo masculino, siendo el brazo, y por ende la arteria humeral, la región anatómica más frecuentemente afectada, lo que coincide con la experiencia encontrada en la literatura. La sutura primaria es la técnica de reparación de elección

TRAUMATISMO DE VENA CAVA INFERIOR. SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Drs. J. Vergara, H. Pizarro, C. Lagos, C. Díaz, Int. A. Jadue, C. Urbina, G. Meza.
Servicio de Urgencia, Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: Las lesiones vasculares toracoabdominales representan el 30% del total de los traumas vasculares y su incidencia ha ido en aumento durante los últimos años. De las lesiones de los grandes vasos abdominales destacan las de vena cava por su alta letalidad, que alcanza hasta el 57%, y la complejidad del abordaje para su reparación, siendo hasta el día de hoy un desafío para el cirujano de urgencias.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia en pacientes con trauma abdominal asociados a lesión de vena cava, conocer su incidencia, causas, manejo y pronóstico.

Material y método: Entre enero de 1996 y agosto

del 2008 se estudiaron 71 pacientes ingresados al Servicio de urgencia del HBLT con diagnóstico de trauma abdominal con lesión vascular asociada. Resultados: Se encontró lesión de vena cava en 26 pacientes (36%), de las cuales 19 (73%) estuvieron asociadas a lesiones de otros órganos. La distribución por sexo fue de 23 casos (88,4%) para hombres y 3 caso (11,5%) para mujeres, afectando mayoritariamente al grupo etario entre 21 y 30 años (P50: 28años). De acuerdo al mecanismo de lesión, predomina la agresión con arma blanca con 15 casos (57,7%), 8 (30,7%) por arma de fuego y 3 (11,5%) por politraumatismo. Los tipos de reparación efectuada fueron sutura primaria en 19 casos (73%), ligadura en 5 (19,2%) e interposición protésica en 2 (7,8%). Se requirió reintervención por lesión asociada en 1 paciente y hubo 3 fallecidos (letalidad 11%) en la serie. El tipo de mecanismo del trauma y el método de reparación se asociaron significativamente al pronóstico ($p < 0,05$). Conclusión: La lesión de vena cava abdominal es producto principalmente del trauma abdominal asociado a violencia, afectando mayoritariamente a la población joven de sexo masculino. La sutura primaria fue la técnica de elección.

MANEJO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. EXPERIENCIA EN CLÍNICA DÁVILA

Drs. J.P. Fuenzalida; S. Osorio; J. Vergara; M. Gutiérrez; R. González; E. Larrain; E. Turner ; S. Terrazas.

Departamento Cardiovascular. Clínica Dávila.

Introducción: El Síndrome Aórtico Agudo incluye la úlcera aórtica, el hematoma mural y la disección. En los casos complicados el tratamiento de elección es el manejo endovascular. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia inicial en un grupo de pacientes sometidos a esta terapia

Material y Método : Revisión de los casos manejados endovascularmente de pacientes con síndrome aórtico agudo complicado en el período comprendido de Enero del 2008 a Junio del 2009. El diagnóstico se efectuó con AngioTAC de tórax.

Resultados: Se intervinieron seis pacientes, 3 mujeres y 3 hombres, edad promedio de 66 años (rango 57 - 78 años), los seis pacientes con antecedente de HTA, dos con tabaquismo crónico y uno con antecedente de disección aórtica Tipo A . Las indicaciones del procedimiento fueron : 2 disecciones Tipo B (una paciente que presentaba déficit neurológico y el otro con dilatación aórtica progresiva) , 4 úlceras penetrantes aórticas con hematoma asociada a dilatación aórtica. El síntoma principal fue el dolor torácico , cinco pacientes ingresaron con hipertensión arterial y una paciente con inestabilidad hemodinámica . Los procedimientos se realizaron sin incidentes . No hubo mortalidad perioperatoria. Un paciente requirió ser reintervenido por presentar endoleak tardío. La paciente con déficit neurológico presentó recuperación completa.

La estadía hospitalaria fue 26 días en promedio (rango 14 - 75 días). Durante el seguimiento se constató el fallecimiento de un paciente. **Discusión:** La terapia endovascular es eficaz a corto y a mediano plazo , en el tratamiento del Síndrome Aórtico Agudo, presentando una baja morbimortalidad en pacientes que presentan complicaciones de esta patología. Los resultados obtenidos son alentadores para mantener el desarrollo de la técnica.

CIRUGIA DE VARICES AMBULATORIAS EN CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD ¿ ES FACTIBLE ?

Drs. M. Haddad, S. Osorio, G. Valenzuela, P. Rodríguez, J. Vergara, J.P. Fuenzalida, A. Recart, E. Peña.

Sociedad de Medicina y Cirugía Ambulatoria. CRS San Rafael SSMSO.

Introducción: La técnica quirúrgica actual de várices, mínimamente invasiva, permite la realización de esta cirugía en forma ambulatoria . Nuestro objetivo es mostrar la factibilidad de realizar dicha cirugía en un Centro de Referencia de Salud.

Material y método: Se evaluaron las listas de espera del Servicio de Salud Sur-Oriente. Se incluyeron 489 pacientes operados de várices en el periodo comprendido entre el 1 de mayo del 2008 al 30 de abril del 2009. A todos los pacientes se les realizó ecodoppler , profilaxis para TVP y control postoperatorio.

Resultados : De los 489 pacientes 393 eran mujeres y 96 hombres .Se efectuaron 688 cirugías, 350 cirugías de EII y 338 EID . La patología varicosa se presentó en forma bilateral en 188 pacientes , la edad promedio fue de 50 años (78 - 20 años), ASA I 56 % , IMC promedio 27. Según Ecodoppler se realizó una safenectomía interna 460 casos, safenectomía externa en 84 casos, safenectomías interna y externa en 35 casos, y sólo resección de colaterales y perforantes en 84 casos. El tiempo promedio en pabellón fue de 45 min (20 - 110 min), el tiempo promedio en postanestesia fue de 150 min (90 - 505 min), una paciente requirió hospitalización por una noche . **Complicaciones:** Hematomas 1.1% , infección herida operatoria 3%, dolor 3.9%, TVP 0.4% , TEP 0.1%, Mortalidad 0.1%. Todos los pacientes fueron controlados postoperatoriamente.

Discusión: La cirugía de várices es factible de realizarse en forma ambulatoria en un CRS con resultados comparables a los de cirugía no ambulatoria, siempre que se lleve a cabo bajo un programa estricto estructurado con criterios para cirugía ambulatoria que minimice así el riesgo para cada paciente en particular.

AFRONTAMIENTO PRIMARIO CON ELÁSTICOS VASCULARES EN EL MANEJO DEL CIERRE PROGRESIVO DE FASCIOTOMÍAS

Drs. A.Reyes¹, S.Siegel¹, J.Torres¹, C.Derosas⁴, F.Acuña¹, L. Marine², R.Julio³, C. Saavedra⁴, R.Obando⁴, C.Lemus⁴, C.Schultz⁴.

¹Equipo de Cirugía Vascular. Hospital San José. Universidad de Santiago de Chile, ²Equipo de Cirugía Vascular.

Pontificia Universidad Católica, ³ Equipo de Cirugía Vascul. Hospital Salvador, ⁴ Residentes de Cirugía Complejo Hospitalario San José, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Frente al cada vez más frecuente manejo del trauma vascular en extremidades, es que nos vemos enfrentados a múltiples tipos de lesiones que comprometen arterias y venas, asociados extenso compromiso de partes blandas o a reintervenciones post trauma. Es por esto que se presenta el manejo asociado de la fasciotomía con elásticos como método de prevención o tratamiento del síndrome compartimental.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo, se siguieron 24 casos de pacientes que requirieron fasciotomías desde Octubre de 2007 hasta Junio de 2009 a los que se les instaló elásticos vasculares, y se realizó ajuste progresivo y diario de éstos desde el día posterior a la intervención si las condiciones de tensión de la extremidad afectada así lo permitían.

Resultados: Se describen un total de 24 casos, 21 eran hombres (87%) con una edad promedio de $25,83 \pm 8,84$ años. El 54,17% de las lesiones fueron exclusivamente arteriales, el 4,17% venosas y el 41,67% de ambos vasos simultáneamente. El mecanismo del trauma más frecuente es por arma de fuego correspondiendo al 50% de los casos siendo la extremidad inferior la más lesionada (83,3%). En 7 casos, se realizó fasciotomía de 4 compartimientos, en 11 pacientes fasciotomías de 2 compartimientos y el resto solo de 1, manejándose 56 fasciotomías en total. 2 pacientes requirieron injerto dermoepidérmico. La hospitalización promedio de $12,38 \pm 4,33$ días y con un tiempo de cierre promedio de $9,5 \pm 3,31$ días. No se observó mortalidad ni complicaciones infecciosas asociadas al procedimiento.

Conclusión: El manejo de fasciotomías con elásticos se presenta como un método seguro de manejo de las fasciotomías disminuyendo el tiempo de cierre y las comorbilidades asociadas al trauma vascular. Palabras Claves: Fasciotomías, trauma vascular, cierre de fasciotomías.

ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL ROTO. EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs: M.C.Sarmiento¹, A.Campos¹, J.P.Moreno¹, J.Herskovic¹, A.Marambio², B.Naranjo², P.León², C.Mora³, J.Altamirano³.

Unidad de Cirugía Vascul y Endovascular. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile¹. Cirujanos Hospital Clínico Universidad de Chile, ²

²Becados de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile, ³Internos de Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La rotura del aneurisma de la aorta abdominal (AAA) es parte de la historia natural del aneurisma no tratado, con una rápida inestabilidad hemodinámica que progresa hasta la muerte a menos

que se trate en forma rápida y oportuna. Sólo un porcentaje de los AAA rotos logran llegar al hospital y la cirugía de urgencia clásica tiene una alta morbimortalidad. Nuestro objetivo es analizar los casos de AAA rotos tratados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 6 años. **Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes con AAA roto entre Mayo del 2003 a Mayo del 2009; se obtuvieron datos como sexo, edad, comorbilidad cardiovascular, tipo de cirugía, complicaciones postoperatorias y mortalidad. Se analizan los datos con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se diagnostican 12 pacientes con AAA roto operados. El 67% son hombres, con un promedio de 74 años de edad (46 - 91 años). Todos eran AAA infrarrenales. El diámetro promedio fue de 6 cm (4,7 - 8 cm). Todos eran hipertensos. En un 75% de los casos se realiza bypass aortobifemoral, el tiempo quirúrgico promedio fue de 232 minutos (170 - 315), el clampeo aórtico promedio fue de 120 minutos (110 - 130). Cuatro pacientes presentan complicaciones postoperatorias, que no requieren reintervención quirúrgica, tres fallecen finalmente por falla orgánica múltiple, correspondiendo a una mortalidad postoperatoria de un 25%.

Conclusiones: Las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a cirugía de urgencia por AAA roto son altas y estas incluyen con mayor frecuencia la insuficiencia renal, patología respiratoria y la falla multi-orgánica, en nuestra serie obtuvimos una mortalidad de un 25%.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL EN RIÑÓN TRANSPLANTADO

Drs. F. Ibañez, C. G. Lagos, C. Salas, J.A. Parra, W.Bastías, A. Cam, F. Corvalán. R. Julio, I. Pizarro, J.C. Herrera.

Departamento y Servicio de Cirugía. Hospital Salvador.

La estenosis de la arteria del injerto renal (EART) es causa de hipertensión arterial postrasplante y de alteración de la función del injerto en alrededor de 5% de los transplantados. El diagnóstico clínico se plantea por aparición de hipertensión arterial significativa y refractaria o por agravación de su evolución y/o deterioro de la función renal. El objetivo del trabajo es presentar la evolución de los pacientes trasplantados sometidos a angiografía y stent renal.

Se presenta una serie consecutiva de 16 pacientes desde Enero 2000 hasta Diciembre de 2008. De ellos, 11 correspondieron a donante cadáver y 5 a donante vivo. La anastomosis arterial fue término-lateral a la iliaca externa y a la hipogástrica en 1 caso, el primero de la serie. Tras una evolución postrasplante satisfactoria, en el seguimiento desarrollaron hipertensión arterial severa (10), soplo en el sitio del injerto (3) o elevación de la creatinina (6).

En todos los pacientes se realizó ecografía doppler que resultó sugerente de estenosis de arteria renal.

Se practicó angiografía diagnóstica que demostró una estenosis mayor al 70% en todos ellos. Todos los casos fueron tratados con angioplastia balón y se adicionó el uso de stent en 6 de ellos. No hubo mortalidad en esta serie. Un paciente presentó un pseudoaneurisma infeccioso del stent que condicionó la pérdida del injerto y otro presentó trombosis del acceso humeral que requirió reparación quirúrgica.

Se siguieron en el mediano plazo 15 pacientes con estabilización o mejoría de su función renal. Un transplantado en diálisis no mejoró su condición a pesar del tratamiento endovascular exitoso. 1 paciente debió ser sometido a nuevo procedimiento endovascular por reestenosis. Conclusión: el tratamiento endovascular oportuno de la estenosis de la arteria renal en riñon transplantado es una buena alternativa terapéutica de baja morbimortalidad.

EXPERIENCIA EN TRANSPOSICIÓN DE VENA BASÍLICA

Drs. I. Galleguillos, C. Vallejos, H. Pizarro, F. Uribe, J. Richards, F. Barros, J. Ortega (al)
Centro de accesos vasculares (ASODI). Dpto. Cirugía Sur. Universidad de Chile.

Introducción: El empleo de vena basílica como acceso vascular para hemodiálisis (AVH) es cada vez más frecuente en nuestro medio. La utilizamos como AVH terciario cuando se han agotado las otras venas superficiales, dado que existe consenso en que sus resultados son mejores que el acceso protésico en el brazo.

Objetivo: Dar a conocer nuestra experiencia en el empleo de vena basílica, en cuanto a la técnica quirúrgica, resultados y manejo de las complicaciones.
Material y método: Entre enero de 2007 y diciembre de 2008 se han efectuado 1146 procedimientos de acceso vascular para hemodiálisis en 750 pacientes en el Centro de Accesos Vasculares de Asodi. Se estudia en forma prospectiva un grupo de 50 pacientes a los cuales se les efectuó 53 transposiciones basílicas, con un promedio de seguimiento de 10 meses (rango 1 - 24).

En todos se realiza mapeo venoso preoperatorio con eco doppler, complementando con flebografía sólo en caso de dudas anatómicas o para descartar presencia de lesión venosa central por catéter.

El grupo estudiado comprende 23 (46%) hombres, 27 (54%) mujeres, con edad promedio 56 años (rango 4-83), de los cuales 20 (40%) eran diabéticos. Resultados: Al término del seguimiento, 49 (92,5%) se encontraban permeables y 4 (7,5%) se habían ocluido. Hubo 5 (2,6%) complicaciones precoces, correspondientes a 4 (2,1%) hematomas post operatorios de manejo médico, 1 (0,5%) trombosis tratada con éxito en el post operatorio inmediato.

Se presentaron 12 (6,3%) complicaciones tardías, incluyendo 5 (2,7%) estenosis, tratadas quirúrgicamente, 4 (2,1%) trombosis que implicaron la pérdida del acceso y 3 (1,6%) casos de isquemia sintomática manejadas quirúrgicamente. La

permeabilidad actuarial primaria a los 12 y 24 meses fue de 95 y 62%.

Conclusiones: Los excelentes resultados observados avalan el empleo de vena basílica como acceso vascular definitivo en pacientes seleccionados. La complicación tardía más frecuente es la estenosis. Estudios futuros deben orientarse a prevenirla.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL ACCESO VASCULAR TROMBOSADO

Drs. I. Galleguillos, C. Vallejos, H. Pizarro, F. Uribe, J. Richards, F. Barros
Centro de Accesos Vasculares (ASODI). Dpto. Cirugía Sur. Universidad de Chile.

Introducción: La trombosis es una de las complicaciones más frecuentes del acceso vascular de hemodiálisis (AVH), asociándose a pérdida del acceso, uso de catéter y hospitalizaciones prolongadas. Nuestra conducta es el rescate dentro de las primeras 24 horas.
Objetivo: evaluar los resultados en el manejo precoz de ésta complicación.

Material y método: entre enero del 2007 y diciembre del 2008 se evalúa en forma prospectiva un grupo de 86 AVH trombados (37 nativos y 49 protésicos) con período de seguimiento promedio de 10 meses (rango 1 a 24).

En el grupo de AVH nativos se efectuaron 31 (83,8%) reanastomosis proximales, 2 (5,4%) interposiciones de PTFE, 2 (5,4%) angioplastias con parche y 2 (5,4%) trombectomías. El grupo estuvo constituido por 7 (20,6%) hombres y 27 (79,4%) mujeres, con edad promedio de 45 años (10 -72 años), de los cuales 13 (38,2%) eran diabéticos.

En el grupo de AVH protésicos se efectuó trombectomía sola o asociada a alguna técnica de reparación. El grupo estuvo constituido por 19 (44,2%) hombres y 24 (55,8%) mujeres, con edad promedio de 69 años (40-88), de los cuales 19 (44,2%) eran diabéticos. Resultados: al término del seguimiento, del grupo de AVH nativos manejados con reanastomosis proximal, 22 (64,6%) se encontraban permeables, 6 (17,6%) ocluidos, 2 (5,9%) trasplantados, 1 (2,9%) perdido de seguimiento y en 3 (8,8%) el rescate fue frustrado. La tasa de éxito inmediato fue de 91,2%. La permeabilidad actuarial a 12 meses fue de 80%.

Del grupo de AVH protésicos, 30 (61,2%) se encontraban permeables, 14 (28,6%) se habían ocluido, 1 (2%) paciente perdido y 4 (8,2%) con falla de rescate. La tasa de éxito inmediato fue de 91,8%. La permeabilidad actuarial a 12 meses fue de 61%.
Conclusiones: la reparación quirúrgica precoz de los AVH trombados nativos y protésicos proporciona excelentes resultados, evitando el uso de catéter y prolongando la permeabilidad.

Seccional: COLOPROCTOLOGÍA

MODELO DE PESQUISA DE CÁNCER COLORRECTAL. RESULTADOS DEL PROYECTO PREVICOLON 2007-2009.

Drs. ¹F. López, ¹C. Heine, ¹A.M. Wielandt, ¹E. Pinto, ¹P. Orellana, ²R. Avendaño, ³G. Bresky, ⁴M. Castillo, ⁵F. Fluxa, ⁶S. Karelavic, ⁶M. Ross, ⁷M. Ocares, ⁸F. Riquelme, ⁹B. Vargas, ⁹M. Cortés.

¹Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes, Santiago, Chile. ²Clínica Alemana de Valdivia. ³Universidad Católica del Norte. ⁴Hospital Regional de Antofagasta. ⁵Departamento de Gastroenterología Clínica Las Condes. ⁶Hospital Regional de Punta Arenas. ⁷Hospital Regional Concepción. ⁸Hospital del Trabajador Concepción. ⁹Hospital del Cobre, Calama.

La mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en Chile ha aumentado en más de un 50% en los últimos años. A nivel internacional se ha demostrado que la realización de programas de pesquisa de CCR en población mayor de 50 años reduce la mortalidad por esta patología. En Chile no contamos con un programa de pesquisa en CCR a nivel nacional. El objetivo de este trabajo es analizar la efectividad de un modelo de pesquisa de CCR en distintas ciudades de Chile.

Método: Se realizó un trabajo prospectivo, multicéntrico (Antofagasta, Calama, La Serena, Santiago, Concepción, Valdivia y Punta Arenas) durante los años 2007-2009. Los criterios de inclusión fueron pacientes con algún factor de riesgo (FR) de CCR. En los asintomáticos con solo un FR (>50 años), se indicó un test inmunológico de sangre oculta en deposiciones (TISOD). En los pacientes con FR, sintomáticos y/o con TISOD positivo, se indicó una colonoscopia.

Resultados: Fueron evaluados un total de 6348 pacientes realizándose el TISOD en 4938 de ellos con un 9,6% de positividad y una adherencia del 77,7%. Se indicó un total de 2359 colonoscopías con una adherencia de un 50,1%. Dentro de los hallazgos colonoscópicos destaca un 7,4% de pesquisa de pólipos y un 1,2% de pesquisa de adenomas de alto riesgo (>1 cm., más de 3 pólipos, componente vellosa y/o displasia severa). Trece (0,2%) pacientes presentaron adenocarcinomas en etapa I y II siendo su resolución endoscópica en 3 de ellos y quirúrgica en 10. La tasa de pesquisa de pólipos, adenomas de alto riesgo y cáncer por cada 1000 personas evaluadas fue de 75, 12 y 2 respectivamente.

Conclusiones: Se observa una alta adherencia a TISOD. Este programa de pesquisa permitió detectar en forma precoz un alto porcentaje de lesiones neoplásicas de alto riesgo y la mayoría de los pacientes con cáncer fueron diagnosticados en etapas precoces.

VARIABLES PRONOSTICAS DE SOBREVIDA DEL CANCER DE RECTO. ANALISIS DE 12 AÑOS.

Drs. J. Hermosilla, H. Guzmán, R. Romero, M. Sepúlveda, A. Marchant¹, A. Sepúlveda².

Equipo Cirugía Digestivo Bajo, Hospital DIPRECA. ¹Residente de Cirugía. ²Alumna Medicina.

Introducción: El cáncer de recto (CR) ha sido estudiado desde los inicios de la cirugía y en su tratamiento se ha alcanzado un importante desarrollo, sin embargo, existe una menor sobrevida al ser comparado con el cáncer de colon, identificándose posibles variables pronósticas involucradas en este hecho. Este estudio tiene por objetivo analizar la sobrevida y las variables pronósticas asociadas a esta, obtenidas en 12 años de tratamiento de CR. **Material y Método:** Se revisó en forma retrospectiva la base de datos de 166 pacientes con diagnóstico de CR, tratados en el Equipo de Cirugía Digestivo Bajo del Hospital Dipreca entre los años 1996 y 2008. Para determinar la asociación entre las diferentes variables se empleó la prueba de χ^2 de independencia y prueba exacta de Fisher. Para el estudio de la sobrevida se empleó la prueba log-rank de Kaplan-Meier.

Resultados: La sobrevida global a 5 años, fue de 72% y según etapas I, II, III y IV de 93,3%, 79%, 53% y 10,5%, respectivamente. El análisis de las variables pronósticas, mostró significancia estadística cuando existen niveles de CEA > 5 ng/ml ($p=0,001$), administración de neoadyuvancia ($p=0,01$), grado de diferenciación tumoral

($p=0,03$), linfonodos positivos ($p=0,01$) y margen libre de tumor mayor a 1,5 cms ($p=0,02$). No hay diferencia estadística entre los paciente N1 y N2 ($p=1,0$), en la ubicación tumoral de recto superior, medio e inferior ($p=0,7$) y el margen distal libre de tumor mayor o menor de 2 cms ($p=0,06$).

Conclusión: Los resultados de sobrevida concuerdan con las cifras publicadas en distintos estudios siendo cercanas al 70%. Demostraron ser variables pronósticas de sobrevida el nivel de CEA elevado, la administración de neoadyuvancia, el grado de diferenciación tumoral, la presencia de linfonodos y un margen libre de tumor mayor a 1,5 cms.

MORBIMORTALIDAD QUIRURGICA EN EL TRATAMIENTO DE CANCER DE RECTO

Drs. J. Hermosilla, H. Guzmán, M. Sepúlveda, R. Romero, A. Marchant¹, A. Sepúlveda².

Equipo Cirugía Digestivo Bajo, Hospital DIPRECA. ¹Residente de Cirugía. ²Alumna Medicina.

Introducción: El tratamiento quirúrgico del cáncer de recto (CR) se ha caracterizado por presentar una morbimortalidad acentuada asociada

fundamentalmente al riesgo de dehiscencia de anastomosis. Este estudio tiene como objetivo analizar la morbimortalidad operatoria e identificar factores independientes asociados a esta, obteniéndolos de una revisión de 133 pacientes tratados por CR en el Hospital Dipreca. Material y Método: Se revisó en forma retrospectiva la base de datos de 133 pacientes con diagnóstico de CR tratados quirúrgicamente en el Equipo de Cirugía Digestivo Bajo del Hospital Dipreca, entre los años 1996 y 2008. Para determinar la asociación entre las diferentes variables se empleó la prueba de χ^2 de independencia y prueba exacta de Fisher, considerando un intervalo de confianza del 95% (p value menor o igual a 0,05).

Resultados: La cirugía más frecuente fue la resección abdominoperineal (28%), seguida de la resección anterior baja (19%). 32 pacientes (24%) presentaron complicaciones postoperatorias, siendo las más importantes, la infección de herida operatoria (7%), la dehiscencia anastomótica (3%) y el íleo prolongado (3%). El análisis de variables asociadas a morbilidad no mostró significancia según edad > 65 años (p= 0,8), presencia de neoyuvancia (p= 0,07), ubicación tumoral en superior, medio e inferior (p= 0,7), el tipo de cirugía (p=0,1) y la comorbilidad preoperatoria de los pacientes (p= 0,5). La mortalidad operatoria fue de 6 pacientes (4,5%) y el análisis de variables de mortalidad solo demostró significancia en los pacientes > 65 años (p=0,02).

Conclusión: En esta serie no se logró obtener relación estadística para los factores asociados a una mayor morbilidad operatoria. La única variable identificada de peor pronóstico fue la edad > 65 años en relación a la mortalidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DEL COLON. ANÁLISIS DE 439 PACIENTES.

Drs. G. Bannura, MA Cumsille, A. Barrera, J. Contreras, C. Melo, D. Soto.

Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Antecedentes: La mortalidad por cáncer de colon (CC) se ha duplicado en Chile en los últimos 15 años. El objetivo es analizar los resultados inmediatos y alejados del tratamiento quirúrgico del CC en un hospital público docente. Pacientes y Método: Se incluyen todos los pacientes intervenidos en forma electiva por un CC entre 1991 y 2007. Los pacientes fueron etapificados según el TNM 2002. Los pacientes estadios I a III y una R0 se considera como cirugía con intención curativa. Las curvas de sobrevida fueron estimadas según el método de Kaplan-Meier las que se comparan con el test log-rank. Para determinar los factores pronósticos más relevantes en el análisis multivariado se utilizó el modelo de regresión de Cox. Resultados: Se trata de 439 pacientes, 55% mujeres, con una edad promedio de 67 años (extremos 22-92). La

reseccabilidad fue 86%, el 25% de los casos estaba en estadio IV, la morbilidad fue 21%, la tasa de reoperaciones fue 4% y la mortalidad 1%. La sobrevida global de los estadios I a III fue 82% a 10 años, con una clara inflexión negativa de las curvas a partir del estadio IIIB. El CEA preoperatorio, la permeación vascular, el número de ganglios positivos y la quimioterapia aparecen como factores pronósticos relevantes. Al introducir el TNM en el modelo la permeación vascular y el índice ganglionar conservan la significancia estadística. Conclusión: La cirugía resectiva del CC puede efectuarse con bajos índices de mortalidad. El índice ganglionar junto al TNM puede ser un factor pronóstico relevante en la toma de decisiones terapéuticas sobre adyuvancia en los pacientes en estadio III.

CÁNCER DE COLON. ¿HA VARIADO SU LOCALIZACIÓN EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS?

Drs. R. Azolas, M. Abedrapo, G. Bocic, J. Hola, J. Pilasi, J.P. Bächler, V. Avillo, D. Aranguiz, E.U. Solange Cortés.

Equipo de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: El cáncer de colon se ubica según distintas series históricas, nacionales y extranjeras, en el colon izquierdo con mayor frecuencia. Sin embargo existen publicaciones de la última década que han demostrado que ha aumentado el diagnóstico de cáncer de colon derecho en desmedro de la localización a izquierda.

Objetivo: Comparar la localización del cáncer de colon operados en la última década en comparación con series históricas en nuestro servicio. Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo analizando la localización del cáncer de colon entre los años 2000 y Julio del 2009. Se obtuvieron los datos de la base histórica de pacientes oncológicos del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y se comparo con la serie histórica del mismo. Se definió colon derecho hasta transversal derecho, colon izquierdo desde transversal izquierdo hasta promontorio. Se analizó con test Ji Cuadrado aceptando error alfa de 0,05 y Ji Cuadrado Crítico de 5,99

Resultados: Se operaron 665 cánceres colorrectales, de los cuales 482 corresponde a cáncer de colon. Se realizaron 477 colectomías parciales. Según localización en colon derecho fueron 212 (44,4%), colon izquierdo 255 casos (53,5%) y 10 transectomías parciales (2,1%). En la serie histórica de 162 casos analizados 53 (32,6%) corresponden a la localización definida como derecha, 103 (63,7%) casos correspondían a localización izquierda y 6 (3,7%) casos en transversal. Al efectuar el análisis estadístico se obtiene Ji Cuadrado de 7,98

Conclusiones: Al comparar la serie actual con la histórica se encontró una diferencia significativa en las localizaciones del cáncer de colon, a favor de una mayor localización en el colon derecho.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTOMIZADOS

Drs. C. Benavides, C. Santander, M. Ocares, C. Zúñiga
Ints: C. Ramírez, A. Giacaman. TENS: L. Flores
Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción. Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción.

Introducción: Ser sometido a un estoma implica una alteración significativa en la calidad de vida del paciente. Para evaluar objetivamente esta alteración se han diseñado diversos instrumentos de medición. Para conocer la calidad de vida de los pacientes ostomizados en nuestra institución y poder compararla con otros estudios, aplicamos uno de estos instrumentos.

Material y método: Se aplicó el cuestionario "Stoma Quality of Life Index" (SQLI) validado en el Estudio de Montreaux. Se analizaron los resultados del cuestionario y las fichas clínicas de 103 pacientes integrantes de la agrupación de ostomizados en nuestra institución. Se realiza el análisis retrospectivo con el programa SPSS 13.0.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 58 años (16 a 92 años) con 53 mujeres (51,5%) y 50 hombres (48,5%). La intervención más frecuente correspondió a la Operación de Hartmann en 27 pacientes (26,2%) y resección abdominoperineal en 20 de ellos (19,4%). Los tipos de estoma por frecuencia fueron colostomía terminal (50,5%) e ileostomía en asa (27,2%). El 70,9% fueron temporales y el resto definitivos. El promedio de índice de calidad de vida fue de 62,03 (DE \pm 17,4), considerado como satisfactorio, el de autosuficiencia 70,3 (DE \pm 32,2) y el bienestar psicológico 62,18 (DE \pm 22,57), ambos dentro del rango evaluado como satisfactorio. El mejor resultado se obtuvo en el ítem de acceso a ayuda y consejo por el equipo tratante, con un 85,83 (DE \pm 22,16). El resultado más bajo correspondió a la actividad sexual de los pacientes con un 15,9 (DE \pm 31,6). **Conclusiones:** De acuerdo al SQLI la calidad de vida en los pacientes de la agrupación de ostomizados de nuestro hospital es satisfactorio y el acceso a la educación y asistencia es muy bueno. Estos resultados son comparables con los que se presentan en las publicaciones internacionales.

BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL COMO ANALGESIA POSTOPERATORIA EN HEMICOLECTOMIA LAPAROSCOPICA. ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIO.

Drs. R. Rivas¹, F. Pizarro¹, R. Coloma¹, F. Lopez², C. Wainstein², R. Cápona², C. Heine²

¹Unidad de Anestesiología de Clínica Las Condes.

²Unidad de Coloproctología de Clínica Las Condes.

Introducción: El bloqueo del plano abdominal transverso (TAP) es una técnica de bloqueo de nervio periférico que ha demostrado una disminución del consumo de opioides en el postoperatorio de cirugías

abdominales como cesáreas y colectomías abiertas. **Hipótesis:** Los pacientes con TAP presentan menos dolor y por lo tanto, menor requerimiento de opioides en el postoperatorio que los pacientes manejados con analgesia convencional.

Objetivos: El objetivo principal es analizar el consumo de opioides y percepción del dolor en pacientes sometidos a hemicolectomía laparoscópica que se les aplicó TAP.

Métodos: Previa aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado escrito se enrobaron en forma prospectiva 40 pacientes, ASA I-III, aleatorizados en 2 grupos. Ambos bajo anestesia general pero sólo el grupo I recibió el TAP con 20 ml de anestésico local en forma bilateral. El manejo intraoperatorio y manejo del dolor postoperatorio fue similar para todos los pacientes, incluyendo bomba de PCA con morfina. Se evaluó dolor con escala visual análoga (EVA) y consumo de morfina a diferentes tiempos por personal ciego a la intervención.

Resultados: Se analizaron 20 pacientes por grupo sin diferencias demográficas. En el grupo I el EVA promedio de reposo (R) y dinámico (D) a la primera hora en recuperación fue de 3.2 y 3.8 y para el grupo II 4.6 y 4.9 respectivamente. Siempre hubo mayor EVA tanto D como R en el grupo sin bloqueo TAP pero fue estadísticamente significativo sólo en algunos tiempos.

El consumo de morfina promedio fue de 21 mg para grupo TAP y 25mg para los controles. (p= n.s.)

Conclusiones: Se sugiere una disminución de la percepción del dolor y consumo de opioides en el grupo de pacientes TAP.

CIRUGÍA DE COLON ABIERTA O LAPAROSCOPICA CON PROTOCOLOS DE FAST-TRACK: ESTUDIO PROSPECTIVO NO RANDOMIZADO

Drs. Espíndola L, Vergara JI, Marín C, Larach JA
Hospital Militar Santiago, Chile

Objetivo: Comparar resultados a corto plazo en cirugía de colon laparoscópica o abierta, aplicando el mismo protocolo de recuperación acelerada. **Métodos:** Se incluyeron los pacientes operados de colectomías segmentarias por vía abierta o laparoscópica, entre Noviembre del 2006 a Noviembre del 2008, que consintieron el uso de un protocolo de recuperación acelerada que consideraba analgesia peridural torácica por 48 horas, realimentación y deambulación precoz. La elección de vía laparoscópica o abierta fue por preferencia del cirujano. Se excluyeron colectomías totales, cirugías de urgencia o pacientes que requirieron ostomías.

Resultados: De 146 pacientes operados en el periodo de tiempo indicado, 78 (46 abiertos) cumplieron criterios de inclusión. Hubo una tendencia a operar pacientes más jóvenes en el grupo laparoscópico (mediana de edad 59 vs 74). No hubo diferencia en la recuperación de los pacientes, medida en tiempo de tránsito de gases y sólidos, y alta del hospital, ni

en el dolor postoperatorio, medido con Escala Visual Análoga ni en el grado de satisfacción con el procedimiento. Las complicaciones fueron similares en ambos grupos, excepto las hernias incisionales, significativamente mayores en el grupo abierto (11% vs 0%, $p < 0.05$).

Conclusión: Usando protocolos Fast-Track la recuperación no se incrementa dramáticamente con el uso de laparoscopia. Sin embargo, el riesgo de hernias incisionales puede ser un factor importante al momento de considerar la vía de abordaje.

MUCOSECTOMÍA ENDOANAL CON PPH-03 PARA LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL. MORBILIDAD Y RESULTADOS A MEDIANO PLAZO.

Drs. R. Romero, C. Astorga, A. Marchant, J. Hermosilla, M. Sepúlveda, H. Guzmán, M. Alamo.

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca.

Introducción: La mucosectomía endoanal con PPH constituye una alternativa quirúrgica consolidada para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. Objetivo: Determinar la morbilidad en la aplicación de esta técnica quirúrgica y presentar los resultados del seguimiento a mediano plazo.

Pacientes y método: Se analiza nuestra serie consecutiva de pacientes intervenidos con PPH-03 entre Marzo de 2005 y Junio de 2009.

Resultados: Son 28 pacientes, 15 hombres (53,6%) y 13 mujeres (46,4%), con una edad media de 56 años (17-78). Según comorbilidades hubo 17 pacientes ASA II (60,7%), 7 ASA I (25%), 4 ASA III (14,3%). El 53% de los pacientes padecían constipación de acuerdo a los criterios de Roma III. Se estudiaron con colonoscopia a 26 pacientes (92,9%). La serie incluyó 25 pacientes (89,3%) con hemorroides grado III y solo 3 (10,7%) grado IV. La rectorragia estuvo presente en 23 (82,1%). El tiempo operatorio fue de 40 minutos (20-70). La estadía post operatoria fue de un día en 13 pacientes (46,4%), dos días en 12 (42,9%), tres días en 2 pacientes (7,1%) y ocho días en un caso (3,6%). El tiempo operatorio tuvo una mediana de 40 minutos (20-70). La estadía post operatoria fue de un día en trece pacientes (46,4%), dos días en 12 pacientes (42,9%), tres días en dos pacientes y 8 días en un paciente (3,6%).

Complicaciones hubo en tres pacientes (10,7%) y fue siempre la rectorragia, en dos pacientes de manejo médico y uno requirió transfusiones y reintervención. Nuestra serie tiene una mediana de seguimiento de 25 meses (1-52 meses).

El seguimiento demostró prolapso grado I en 22 pacientes (78,6%), grado II en cinco (17,9%) y grado III en un caso (3,5%).

La rectorragia evolucionó: nunca más en 23 pacientes (82,1%), ocasional en cuatro (14,3%), y a veces en un caso (3,6%).

EVALUACIÓN FUNCIONAL A MEDIANO PLAZO EN PACIENTES INTERVENIDOS CON LA TÉCNICA DE MUCOSECTOMÍA Y ANOPEXIA CON PPH.

Drs. C. Wainstein, C. Heine, R. Cápona, F. López, C. Suazo, N. Márquez, J. Larach, A. Larach.

¹Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Clínica las Condes. Santiago, Chile. ²Residente de Cirugía, Hospital Barros Luco T., Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Sur. ³Residente de Coloproctología, Hospital San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

La patología hemorroidal es una condición frecuente que requiere de resolución quirúrgica en casos indicados. Existen distintas técnicas para su abordaje siendo la operación de Longo o PPH (Procedimiento para el prolapso y las hemorroides) una alternativa que ha cobrado relevancia. Se ha planteado que sus resultados podrían no ser tan satisfactorios a mediano y largo plazo. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la evaluación de los pacientes operados por esta técnica a mediano plazo.

Métodos: Se identifican a todos los pacientes sometidos a cirugía hemorroidal mediante la técnica de PPH realizadas en nuestra Unidad de Coloproctología entre enero de 2007 a enero de 2009. A ellos se les aplicó una encuesta diseñada especialmente (telefónica y por e-mail) para la obtención de datos correspondientes a la resolución y presencia de síntomas y su comparación antes y después de la cirugía.

Resultados: Completaron la encuesta 57 pacientes (64% de la serie). El seguimiento promedio fue de 17,6 meses (i: 8-31). En la evaluación de los síntomas, un 84% de los pacientes refieren una resolución del sangrado y el 70% la resolución del prolapso anal defecatorio. En el pre operatorio, el 39% del total de pacientes presentaba ensuciamiento (soiling) y de ellos un 70% refirió mejoría tras la cirugía. En el postoperatorio, un 44% de pacientes refirió sensación de pujo rectal con una mediana de duración de 1 mes (i: 0.1-26 meses). Tres pacientes (5,2%) requirieron reoperación. En una escala de evaluación de 1 a 7, el 87% de los pacientes califica el procedimiento con nota > 5 . El 89% del total de la serie recomendaría el uso de esta técnica a otros pacientes afectados por su patología.

Conclusión: Los resultados muestran una evaluación favorable de los pacientes en relación a resolución de sus síntomas y estado funcional tras el uso de esta técnica quirúrgica.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE FISURA ANAL CON INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA A (BOTOX).

Drs. G. Caselli, S. Niklitschek, A.J. Zárate, G. Pinedo, F. Bellolio, A. Zúñiga, M.E. Molina

Unidad de Cirugía Colorrectal. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La esfinterotomía lateral interna es el método más efectivo para el tratamiento de la fisura anal crónica (FAC), sin embargo presenta un elevado

riesgo de incontinencia fecal (IF), principalmente a gases. Se ha utilizado la toxina botulínica A (Botox) con el propósito de relajar el esfínter anal interno (EAI), aliviar los síntomas y obtener la cicatrización de la fisura sin presentar efectos adversos permanentes.

Objetivos: Evaluar resultados del tratamiento con Botox en pacientes con FAC refractaria a terapia tópica.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de pacientes con FAC refractaria al tratamiento médico sometidos a inyección de Botox entre 2007 y 2009. Se consignaron características demográficas y tratamientos recibidos. En el postoperatorio se evaluó la mejoría de los síntomas y la cicatrización de la fisura. La IF se evaluó en el postoperatorio con Score de Wexner.

Resultados: Once pacientes, 9 de sexo femenino (81%). Edad promedio: 35 años (19-54). Duración media de tratamiento con nifedipino tópico previo a la inyección de Botox : 5 1,8 semanas. La dosis media de Botox fue de 50 UI, divididas en 2 dosis que se inyectaron en el espesor del EAI a las 3 y 9 horas. A las 2 semanas post-procedimiento, todos los pacientes presentaron resolución clínica de la hipertonía esfínteriana y de los síntomas. El 45% de los pacientes presentó IF a gases en el postoperatorio. La mediana del tiempo de evolución de la IF fue de 1 semana (1-4) y se resolvió espontáneamente en todos los pacientes. La mediana de seguimiento fue de 13 meses (6-27). No hubo recurrencia. Conclusiones: El uso de toxina botulínica fue efectiva y segura en pacientes portadores de fisura anal crónica, pudiendo su uso ser una alternativa en pacientes refractarios a terapia tópica. Futuros estudios comparativos se hacen necesarios para determinar que terapias presentan menores tasas de recurrencia.

PÓLIPOS ADENOMATOSOS COLÓNICOS DE ALTO RIESGO, CARACTERIZACIÓN DEL MANEJO EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE ENTRE 2005-2008

Drs. C. Schlack, Int. N. Carriel, R. Conledo, P. Poggi, A. Rodríguez

Servicio de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Int. de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Los pólipos adenomatosos colónicos (PAC) tienen una prevalencia mundial de 12-25%. La importancia de su estudio radica en su riesgo de progresión a cáncer colorrectal (CCR). Existen características consideradas factores de riesgo de malignización, lo que permite definir aquellos con mayor riesgo de transformación a cáncer. El objetivo del estudio fue describir su manejo.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo; se consideraron todos los pacientes intervenidos vía endoscópica entre los años 2005 - 2008. Se revisaron los informes de biopsia y se seleccionaron aquellos con diagnóstico de PAC de alto riesgo. La muestra final fue de 42 pacientes.

Resultados: 26 pacientes eran mujeres (61,9%) y 16 hombres (38,1%), con edad media de 69 años (DS 11,489; rango 45-89 años). En el informe de endoscopia, no se describió la morfología en 16 casos (38,1%). Además, se utilizó la clasificación de Yamada de pólipos gástricos, para describir los PCA en 12 casos (28,6%). En los informes de biopsia, el grado de displasia fue informado en 3 casos (7,1%). En 7 casos no hubo control post-biopsia (16,7%). De acuerdo a lo recomendado en el consenso de la American Cancer Society, 19 pacientes (45,2%) debieron seguirse con una colonoscopia a los tres años; lo que se hizo solo en 11 (26,19%). Conclusiones: Los informes de endoscopia y biopsia son insuficientes para identificar todos los PAC de alto riesgo, y el manejo realizado post-polipectomía es inadecuado para cumplir el objetivo de evitar la progresión a CCR. Se requiere de un protocolo para el adecuado manejo de esta patología.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y GENÉTICA DE FAMILIAS CHILENAS PORTADORAS DEL SÍNDROME DE PEUTZ - JEGHERS.

Drs. F. López, C. Heine, P. Orellana, E. Pinto, A.M. Wielandt, C. Hurtado, K. Alvarez

Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Unidad de Coloproctología. Clínica las Condes. Santiago, Chile.

El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) se caracteriza clínicamente por la presencia de pólipos hamartomatosos en el tubo digestivo, pigmentación mucocutánea (perioral, manos, pies) y asociación con neoplasias digestivas y extradigestivas hasta en un 85% de los afectados. Esta enfermedad es autosómica dominante, con alta penetrancia y causada por mutaciones en el gen STK11. El objetivo de este estudio es caracterizar clínica y genéticamente a un grupo de familias chilenas con diagnóstico de SPJ.

Métodos: Se seleccionaron 14 pacientes de 10 familias de distintas regiones del país con antecedentes clínicos y quirúrgicos compatibles con SPJ. Para el estudio genético se extrajo DNA de sangre periférica y se analizó mediante la técnica de conformómeros de hebra simple y secuenciación de DNA.

Resultados: La edad promedio de diagnóstico fue de 12 años (i:1-37) y de ingreso al registro de 26 (i:8-52). El 64% de los pacientes son mujeres. La característica fenotípica más común es la presencia de pigmentación mucocutánea (100%). El 29% de estos pacientes requirió cirugía por obstrucción intestinal debido a pólipos hamartomatosos y el 14% debió ser operado en más de una ocasión (edad promedio de cirugía: 18 años (i:9-38)). Solo un paciente presentó un tumor maligno que fue la causa de su deceso 6 meses después. En cuanto al seguimiento, 11 pacientes (78%) tienen estudios de endoscopia digestiva alta y/o colonoscopias. El estudio genético se ha realizado hasta el momento en 6 familias y se han detectado 2 mutaciones no descritas previamente (IVS4+2 T>A e IVS6-2 A>G) en el gen STK11 en 2 de ellas.

Conclusiones: La manifestación más frecuente de SPJ son los pólipos gastrointestinales. No se observaron neoplasias extradigestivas y la presencia sólo de un caso con cáncer en estos pacientes es posiblemente debido a la edad temprana de diagnóstico. El identificar estas mutaciones permite establecer estrategias de pesquisa en la familia.

UTILIDAD DEL ESTUDIO DE INESTABILIDAD MICROSATELITAL EN FAMILIAS SOSPECHOSAS DE SÍNDROME DE LYNCH

Drs. F.López, A.M.Wielandt¹, C.Hurtado¹, E.Pinto¹, C.Heine¹, K.Alvarez¹, A.Garmendia², L.Contreras².

¹Unidad de Coloproctología, Laboratorio de Oncología y Genética Molecular. ²Unidad de Anatomía Patológica, Clínica las Condes, Santiago, Chile.

El estudio de pacientes sospechosos de síndrome de Lynch (SL) se inicia con el análisis de inestabilidad microsatelital (MSI) en el tumor. Los tumores con MSI alto (MSI-H) se deben someter a un análisis inmunohistoquímico (IHQ) orientado a la búsqueda de expresión de las 3 proteínas involucradas: MLH1, MSH2 y MSH6. En los pacientes con IHQ (-) para alguna de estas proteínas, se sugiere la realización del estudio genético para determinar su mutación. En pacientes con fenotipo MSI bajo o estable (MSI-S) no se sugiere el estudio genético dada la baja probabilidad de hallar una mutación. El objetivo de este trabajo es analizar la utilidad del fenotipo MSI en pacientes sospechosos de SL.

Método: Desde el registro de tumores hereditarios intestinales, se seleccionaron 38 familias sospechosas de SL. A partir de DNA extraído del tumor se realizaron estudios de MSI e IHQ para MLH1, MSH2 y MSH6. En aquellos pacientes con resultado de MSI-H se realizó el estudio genético. Además, se realizaron estudios genéticos en 7 familias con MSI-S.

Resultados: El 60% (23/38) de las familias presenta el fenotipo MSI-H. En el 65% (15/23) de las familias inestables existe correlación con la ausencia de una proteína por IHQ y de ellas 48% (11/23) presentaban una mutación en MLH1, 13 % (3/23) en MSH2 y 4 % (1/23) en MSH6. Ninguna de las familias con fenotipo MSI-S presentó mutación. La IHQ revela que un 63% (24/38) de las familias no expresan una de las proteínas de reparación. El 50 % (11/22) tiene una mutación identificada en el gen correspondiente según la IHQ. El 25% (4/16) de las familias con mutación identificada no presenta la pérdida de la proteína.

Conclusión: El análisis de MSI en familias con sospecha de Síndrome de Lynch permite optimizar recursos para realizar el análisis de las mutaciones.

UNA RELACIÓN NEUTRÓFILOS LINFOCITOS AUMENTADA PREDICE PEOR PRONÓSTICO EN CÁNCER DE COLON OPERADO EN ESTADIO II

Drs. G.Urrejola, C.Bambs, M.Espinoza, J.Campbell, S.Niklitschek, D.Pulgar, ME Molina, F.Bellolio, A

Zuñiga y G. Pinedo.

Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Una relación neutrófilos/linfocitos (NLR) aumentada se asocia a peor pronóstico en determinadas neoplasias, pero no existe información concreta en cáncer colorrectal.

Objetivo: Evaluar el efecto de NLR sobre las complicaciones perioperatorias, la sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad en pacientes operados por cáncer de colon en estadio II. Material y método: Estudio de cohorte no concurrente. Se accedió a los registros de pacientes consecutivos operados electivamente con intención curativa desde el año 2000 al 2007. NLR se obtuvo del hemograma preoperatorio, y el seguimiento se llevó a cabo mediante la revisión de la base de datos de cáncer colorrectal, análisis de registros clínicos y seguimiento individual. Los datos se analizaron mediante regresión logística uni y multivariada para identificación de asociaciones con una confianza de 95% (SPSS v17), y con regresión de Cox y análisis de Kaplan-Meier para sobrevida (StataSE v9). Resultados: Se obtuvo información de 122 pacientes, la edad promedio fue 69 años y la mediana de seguimiento 73 meses. En el análisis univariado, NLR mayor o igual a 5 se asoció significativamente al desarrollo de complicaciones perioperatorias y a recidiva tumoral. En la regresión logística multivariada esta asociación con complicaciones ($p=0.042$ OR=2.8) y recidiva ($p=0.032$ OR=3.1) se mantuvo al ajustar por edad, sexo, profundidad de la invasión tumoral, adyuvancia y clasificación ASA. Los pacientes con NLR mayor o igual a 5 tuvieron peor sobrevida global y libre de enfermedad. Conclusión: NLR mayor o igual a 5 se asocia a mayor morbilidad perioperatoria, peor sobrevida y peor pronóstico oncológico en pacientes con cáncer de colon en estadio II. Nuevos estudios deberán identificar el valor de esta relación como una indicación independiente de adyuvancia en este subgrupo de pacientes.

EXACTITUD DE LA ENDOSONOGRFÍA RECTAL EN LA ETAPIFICACIÓN DEL T EN PACIENTES SIN QUIMIO-RADIOTERAPIA PREOPERATORIA

Drs. G. Urrejola, D. Pulgar, M. Molina, F. Bellolio, A. Zuñiga, G. Pinedo

Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La etapificación TNM preoperatoria es esencial para una adecuada planificación del tratamiento en cáncer de recto medio e inferior. La endosonografía rectal es una de las modalidades disponibles. La exactitud de esta técnica para la etapificación del T es variable en la literatura, con porcentajes que fluctúan entre 69% y 97%. Debido a la neoadyuvancia la mayoría de los trabajos en la literatura muestran datos equívocos.

Objetivo: Analizar la exactitud de la endosonografía rectal para la etapificación del T en tumores rectales

del tercio medio e inferior en pacientes que no han recibido neoadyuvancia.

Material y método: Se accedió a los registros de todos los pacientes consecutivos sometidos a endosonografía rectal entre los años 2001-2009 en el hospital clínico de la Universidad Católica. De un total de 2120 pacientes, 294 fueron evaluados por cáncer de recto en tercio medio o inferior. Se analizaron aquellos que no recibieron quimio-radioterapia preoperatoria y se encontraba disponible la anatomía patológica para su comparación con resultados endosonográficos.

Resultados: Se obtuvo información de 69 pacientes. La histopatología mostró 11 pacientes en etapa T1, 29 en T2, 28 en T3 y 1 en T4. La exactitud global del examen para la determinación del T fue 85%. Para la determinación de T1 los valores de sensibilidad, especificidad y exactitud fueron 82%, 96% y 94% respectivamente. Para T2 los valores de sensibilidad, especificidad y exactitud fueron 72%, 83% y 78% respectivamente. Para T3 los valores de sensibilidad, especificidad y exactitud fueron 82%, 83% y 83% respectivamente.

Conclusión: La endosonografía rectal sigue siendo un valioso examen para la determinación de la profundidad de invasión tumoral en cáncer de recto con una exactitud global de 85%.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON NEOADYUVANCIA DEL CANCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

Drs. G. Bannura, A. Barrera, C. Melo, J. Contreras, D. Soto.

Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Antecedentes: El tratamiento del cáncer de recto bajo localmente avanzado ha cambiado en la última década hacia la neoadyuvancia con radioquimioterapia (RQT) preoperatoria. **Objetivo:** dar a conocer los resultados inmediatos y alejados de una serie prospectiva de casos tratados con RQT preoperatoria más cirugía radical con resección total del mesorrecto. **Pacientes y método:** se incluye los pacientes con un cáncer de recto medio e inferior localmente avanzado (T3-T4 y/o N+) tratados con intención curativa con radioterapia en 5 semanas más 5-FU con leucovorina en la 1° y 5° semana. Se detalla el impacto de la RQT en la pieza operatoria comparado con una serie similar sin radioterapia previa. **Resultados:** se trata de 76 pacientes (51,3% mujeres) con un promedio etario de 61,9 años (extremos 28-84). El intervalo entre la RQT y la cirugía radical fue en promedio de 11,5 semanas (extremos 6-25) y la tasa de conservación esfinteriana fue 71%. El tiempo de hospitalización promedio fue 12,55 días (DE: 7,19; extremos 4-35), la morbilidad global de la serie fue 37%, la dehiscencia anastomótica fue 5,5% (3/54) y no hubo mortalidad operatoria. El efecto del downstaging fue más marcado en el factor T que en el compromiso

linfonodal y en el 21% de los casos se logró una RPC o RP casi completa sin recidiva en este subgrupo. La RL exclusiva ocurrió en 3 pacientes y RL + RD en otros 4, con una RL global de 7 casos (9%). La recidiva global (RL + RD) fue del 23,7%. La sobrevida actuarial a 5 años fue 100% para los pacientes con RPC, 90% para los estadios I, 66% para los estadios II y 20% para los estadios III (p=0,005). **Conclusión:** En esta serie la RQT preoperatoria no aumenta la morbilidad perioperatoria, tiene un impacto marcado en el downstaging patológico y la RPC o RP casi completa se asocia positivamente con la sobrevida a largo plazo.

CANCER DE COLON RESECABLE EN EL HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE CONCEPCION

Drs. M. Ocares, C. Santander, C. Benavides, C. Zúñiga.

Ints: A. Giacaman, C. Ramírez, A. Sánchez.
Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción. Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción.

Introducción: El cáncer de colon es una neoplasia frecuente en Chile, correspondiendo a la cuarta causa de muerte por cáncer en nuestro país. **Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas, histopatológicas y de tratamiento en pacientes con cáncer de colon resecable en nuestra institución. **Material y método:** Se realiza un estudio descriptivo, corte transversal del total de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon sometidos a resección quirúrgica entre 1998-2008 en el Hospital Clínico Regional Concepción. Se revisan retrospectivamente fichas clínicas y analizan sexo, edad, localización tumoral, tipo histológico, grado de diferenciación, estadio según TNM, tipo de intervención, resección libre de tumor, morbilidad y mortalidad operatorias y sobrevida según curvas de Kaplan-Meier. **Resultados:** Se estudiaron 258 pacientes, 119 hombres (46,1%) y 139 (53,9%) mujeres. El rango etáreo fluctúa entre 23 y 92 años, edad promedio de 63,6 ± 13,6 años. La localización tumoral se distribuyó en sigmoideas 37,2%, ascendente 24%, ciego 21,3%, descendente 9,3% y transversa 4,7%. El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma (99%), predominando el tipo tubular 66,3%. Grado de diferenciación de las muestras obtenidas, 9,3% correspondió a grado I, 67,4% grado II y 22,9% grado III. Según clasificación TNM estadio I, II, III, IV fueron 6,2%, 38%, 42,2% y 13,6% respectivamente. Se realizó hemicolectomía derecha en 125 pacientes (48,4%), sigmoidectomía en 53 (20,5%), hemicolectomía izquierda en 30 (11,6%) pacientes y operación de Hartmann en 30 (11,6%) pacientes. Fueron catalogadas como R0 99,2% de las piezas operatorias. Referente a la morbilidad operatoria, se presentó en 51 (19,7%) pacientes, siendo la infección de herida operatoria la más frecuente (39,2%), mientras que la mortalidad operatoria fue de 6,2%. La sobrevida global a 5 años fue de 57,5% y según estadio fue I 93,8%, II 71,4%, III 50,1% y IV

18,4%. Conclusiones: los resultados obtenidos en nuestra casuística son comparables con los reportados en otras series.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DEL CÁNCER COLORRECTAL.

Drs. JC. Molina, M. Abedrapo, H. Lembach, G. Bocic, R. Azolas, J. Hola, C. Muñoz, F. Pinto, P. Castillo.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La cirugía laparoscópica de Colon y Recto ha sido ampliamente validada en el manejo de patología benigna, sin embargo en el último tiempo ha surgido evidencia que sustenta su uso en patología oncológica.

Objetivo: Evaluar los resultados quirúrgicos y oncológicos del manejo laparoscópico del cáncer de colon y recto.

Material y Método: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer colorrectal operados con técnica laparoscópica entre 2004 y 2009. Se consignaron datos demográficos generales, características clínicas y de la técnica quirúrgica, clasificación, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Serie de 86 pacientes: 63 con cáncer de colon (CC) (37 hombres; 26 mujeres) y 23 rectal (CR) (10 hombres; 13 mujeres), con edad promedio 62,3 y 56,1 años respectivamente. La ubicación más frecuente fue el colon izquierdo (41,8%), seguido de colon derecho (30,2%) y recto (26,7%). El tiempo operatorio promedio fue de 168,5 min para CC y 199,5 para CR, con una tasa de complicaciones de 17,4% y 39%, y de reoperación de 11,1 y 17,4, respectivamente. En CC 11,1 eran Etapa I, 28,5% II, 41,2 III y 9,5% IV. En CR 44,4% eran etapa I, 33,3% II y 22,3% III. El promedio de ganglios resecaos fue de 29,3 en CC y 21,6 en CR y el porcentaje de resecciones R0 de 96,4% y 100%, respectivamente. En CC el seguimiento promedio fue de 15,6 meses, con un máximo de 53. La supervida al año fue de 87,5% y a los 2 años de 77,7%. De los 4 pacientes fallecidos 3 eran etapa IV y 1 etapa IIIc. En CR el seguimiento promedio fue de 13,5 meses, con un máximo de 31. Diez pacientes de este grupo tienen seguimiento mayor a 1 año, sin presentar mortalidad.

Conclusiones: La técnica laparoscópica presenta buenos resultados quirúrgicos y oncológicos en el manejo del cáncer colorrectal, con bajas tasas de morbimortalidad.

ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA RECTAL OPERADOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Drs. F. López, R. Cápona, C. Heine, C. Wainstein, J. Larach, A. Larach.

Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago, Chile.

La cirugía laparoscópica para el cáncer colon ha sido validada en numerosas publicaciones como un procedimiento factible y oncológicamente seguro. Sin embargo su uso en el cáncer de recto presenta controversias por sus resultados a mediano y largo plazo. El objetivo es analizar la supervida de los pacientes con cáncer de recto operados por vía laparoscópica.

Métodos: Se seleccionaron de una base de datos prospectiva los pacientes operados por cáncer de recto entre los años 1998 y 2009. Se analizaron los datos clínicos, resultados quirúrgicos y supervida de los pacientes operados por vía laparoscópica (L) versus un grupo operado por vía abierta (A). El análisis de supervida se realizó con método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se operaron un total de 139 pacientes con una edad promedio de 60,1 años (i: 33-96). El 49% correspondió a tumores del tercio inferior. En los grupos L y A no se observaron diferencias respecto a edad, sexo, etapa, ubicación del tumor y uso de neoadyuvancia. Las etapas correspondieron a: I en 15%, II en 17%, III en 55% y IV en 12%. Se realizó neoadyuvancia al 51% de los pacientes de los cuales un 68% presentaba tumores del tercio inferior del recto. La morbilidad fue de 25% (L: 14% y A: 11%; p=0,35) y sólo un paciente falleció (0,7%). El número promedio de ganglios resecaos fue de 16 (L: 13 y A: 20) y en todos los pacientes se consiguió resección R0. Se logró un seguimiento en el 98% con un promedio de 39,4 meses (L: 26,4 y A: 52,4). La supervida libre de enfermedad a 5 años fue 63% (L: 59% y A: 61%; p: n.s) y la tasa de recidiva local a 5 años fue de 7,2% (L: 7% y A: 13%; p: n.s).

Conclusión: Los pacientes con cáncer de recto operados por vía laparoscópica presentan una supervida similar a aquellos operados por vía abierta.

RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES CON POLIPOSIS ATENUADA DEL COLON Y AVANCES EN SU ESTUDIO

Drs. F. López, E. Pinto, C. Hurtado, C. Heine, A.M. Wielandt, M. De la Fuente, K. Alvarez.

Unidad de Coloproctología. Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

En la actualidad se dispone de evidencias claras respecto al riesgo de cáncer, estudio y tratamiento de los pacientes con poliposis adenomatosa clásica de colon (PAF; >100 pólipos). Sin embargo, aún surgen muchas dudas respecto a estos parámetros en los pacientes con poliposis atenuada (PAFA; de 10 - 100 pólipos). El objetivo de este trabajo es caracterizar el fenotipo de las familias con PAFA y correlacionarlo con el hallazgo de mutaciones en los genes APC y/o MYH.

Método: Desde el registro de tumores hereditarios intestinales, se seleccionaron 71 pacientes con síndromes polipósicos de los cuales 12 pacientes presentaban una PAFA (17%). De estas familias se analizaron los datos clínicos como edad, sexo, aparición de cáncer colorrectal y manifestaciones

extra-colónicas (presencia de pólipos gastroduodenales, osteomas, lipomas y tumores desmoides). Junto con el estudio clínico se hizo el análisis de las mutaciones más frecuentes en los pacientes con síndromes polipósicos (mutaciones en gen APC y MYH). Con esta información se hizo un estudio com-parativo entre las familias con poliposis clásica y atenuada.

Resultados:

	PAF	PAFA
Número de Pacientes	59	12
Edad de diagnóstico de poliposis	34 (i: 6 a 69)	56 (i: 45 a 63)
Edad de diagnóstico Cáncer de Colon	42 (i: 17 a 69)	59 (i: 53 a 74)
Cáncer Colorrectal	39%	42%
Cáncer Extracolónico	11%	9%
Manifestaciones Extracolónicas	66%	18%
Mutación identificada en APC	85%	0%
Mutación identificada en MYH	3%	25%

Conclusión: Los pacientes con PAFA presentan un diagnóstico más tardío de la enfermedad polipósica, un menor porcentaje de manifestaciones extracolónicas y un porcentaje similar de diagnóstico de cáncer. Las mutaciones más frecuentes afectan al gen MYH.

Financiado parcialmente por The Cleveland Clinic Foundation.

EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE ESFÍNTER ARTIFICIAL EN INCONTINENCIA FECAL SEVERA

Drs. M. Ocares¹, C. Hermasseñ², G. Caselli¹, C. Benavides¹, C. Zúñiga¹, C. Santander¹

¹Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción.

Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción

²Clínica Providencia, Santiago.

Introducción: La incontinencia fecal severa es una condición que puede producir importante incapacidad y cuyas opciones de tratamiento incluyen electromodulación o dispositivos mecánicos para mejorar o suplir la función del esfínter anal. Presentamos la experiencia de los primeros 7 pacientes con incontinencia fecal severa a los que se les implantó un esfínter anal artificial. Material y método: Se analizaron fichas clínicas de 7 pacientes sometidos a implante de esfínter artificial M.S.I Soft Anal Band®.

Resultados: entre los años 2003 y 2009 se realizó el implante de esfínter artificial a 5 pacientes de sexo masculino y 2 pacientes de sexo femenino con un promedio de edad de 41.1 años (13 a 55 años) con incontinencia fecal severa según Score de Wexner (SW). Las causas correspondieron a lesión traumática del esfínter anal en 4 casos, malformación anorrectal congénita (agenesia rectal) en 2 casos y resección abdominoperineal por cáncer de recto en 1 caso. Todos siguieron un protocolo de estudio preoperatorio preestablecido. No se presentaron complicaciones en el postoperatorio inmediato. En todos los casos se activó el esfínter en forma exitosa con buena adaptación de los pacientes al dispositivo, manteniendo una incontinencia leve con una media

de 3 puntos según SW los que mantuvieron el dispositivo. Se presentó complicación postoperatoria alejada en 2 de ellos: exposición del reservorio que requirió reposición de éste e infección de la herida perineal que requirió explantación del dispositivo a los 4 meses en un caso. El tiempo de seguimiento máximo y mínimo es de 72 y 4 meses respectivamente.

Conclusiones: La instalación del esfínter artificial es una alternativa segura y realizable para la reconstrucción anorrectal en pacientes seleccionados. El porcentaje de morbilidad y explantación de la serie es similar a otros reportes internacionales.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE COLON Y RECTO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. J.C. Molina, M. Abedrapo, H. Lembach, G. Bocic, R. Azolas, J. Hola, F. Pinto, P. Castillo.
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: Desde 1991 en que se realizó la primera cirugía laparoscópica de colon, su uso se ha ido ampliando progresivamente, estableciéndose como técnica de elección en patologías benignas y existiendo cada vez mas evidencia que sustenta su uso en cáncer colorrectal.

Material y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de todos los pacientes con patología colorrectal benigna y maligna operados con técnica laparoscópica entre el año 1999 y el 2009. Se registró datos demográficos generales del paciente, comorbilidades, diagnóstico, localización, cirugía, complicaciones intra y post operatorias, tiempo operatorio y de estadía hospitalaria.

Resultados: Serie compuesta por 213 pacientes, 112 hombres (52,6%) y 101 mujeres (47,4%), con un promedio de edad de 53,1 ± 15,3 años. El 55,4% tuvo indicación quirúrgica por patología benigna y 44,6% por cáncer. Los diagnósticos benignos más frecuentes fueron enfermedad diverticular (54,2%), y megacolon (11,9%). La localización más frecuente de cáncer fue el colon sigmoides (32,6%), seguida de recto (29,5%) y colon ascendente (28,4%). Las cirugías más realizadas fueron la sigmoidectomía (49,3% del total), la hemicolectomía derecha (17,4%), la resección anterior baja (10,3%) y la colectomía total (7%). La tasa de complicaciones fue de 19,25%, siendo las más frecuentes la hemorragia y el ileo post operatorio prolongado, con 8 pacientes cada una. Los procedimientos que tuvieron mayor tasa de complicaciones fueron la colectomía total (60%), la panproctocolectomía (33,3%) y la resección anterior ultra baja con disección interesfintérica (RAUBIE, 25%). La tasa de conversión fue de 7%. No hubo mortalidad asociada y la estadía hospitalaria promedio fue de 5,8 ± 4,8 días.

Conclusión: La técnica laparoscópica en cirugía colorrectal ha demostrado ser segura, pudiendo utilizarse tanto en patología benigna como maligna,

con baja morbilidad y sin presentar mortalidad en esta serie, a pesar de utilizarse incluso en procedimientos complejos.

COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA V/S ABIERTA POR CÁNCER DE COLON. COMPARACIÓN DE LA PIEZA OPERATORIA.

Drs. M. Abedrapo, R. Azolas, G. Bocic, J. Hola, J. Pilasi, J.P. Bächler, V. Avillo, D. Aranguiz, E.U. Solange Cortés.

Equipo de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: La cirugía laparoscópica colorrectal es la indicación de elección en la actualidad tanto para patología benigna como neoplásica, se han demostrado beneficios en cuanto al tiempo de hospitalización, dolor post operatorio, retorno a la actividad diaria sin demostrar mayor morbilidad. Además es una vía de abordaje segura desde el punto de vista oncológico.

Objetivo: Comparar los especímenes obtenidos en las colectomías laparoscópicas y abiertas, en cuanto al tamaño de la pieza y el número de ganglios. **Pacientes y Métodos:** Se analizaron las fichas clínicas e informes de anatomía patológica de los pacientes sometidos a colectomías laparoscópicas y abiertas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, desde Diciembre del 2004 a Mayo del 2009. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, analizando los resultados con el programa STATA. **Resultados:** Se obtuvo un total de 59 pacientes en los cuales se realizó una colectomía laparoscópica que se comparó con un grupo de colectomía abierta. Se realizaron 26 sigmoidectomías, 25 hemicolectomías derechas, 7 hemicolectomías izquierdas y 1 hemicolectomía derecha ampliada. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en el número de ganglios ni en el límite distal de sección, $p=0,16$. Si existió una diferencia significativa en el límite proximal, $p=0,001$.

Conclusiones: La pieza obtenida al realizar una colectomía laparoscópica o abierta son comparables, sin embargo en nuestra serie el límite proximal fue significativamente mayor por vía abierta, sin tener impacto en los resultados oncológicos a largo plazo.

CARACTERIZACIÓN DE MECANISMOS POSIBLES DE PROCESAMIENTO DE TLR2 EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Drs. ¹Heine C., ³Farfán N., ³Langijhar P., ³Candía E., ³Díaz-Jiménez D., ³Núñez L.E., ^{2,3}López F., ^{2,3}Quera R., ³Hermoso M.A.

¹Unidad de Coloproctología, ²Unidad de Gastroenterología, Clínica Las Condes. ³Programa de Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Las Enfermedades Inflammatorias Intestinales (EII) comprenden procesos inflamatorios a antígenos comensales y dietarios, e incluyen Enfermedad de

Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU). Los receptores de tipo Toll (TLR) reconocen moléculas de patógenos y alarminas, activando una respuesta inflamatoria. La expresión alterada de uno de estos receptores, TLR2, podría estar asociada al desarrollo de las EII, conduciendo a un estado inflamatorio exacerbado. Varios mecanismos endógenos han evolucionado para inhibir los TLR, tal como la generación de isoformas solubles idénticas al dominio extracelular que conducen a un estado de tolerancia, carente en las EII. El objetivo fue determinar, mediante un estudio prospectivo, las formas solubles de TLR2 en plasma y mucosa intestinal de pacientes con EII y controles y evaluar la participación de metaloproteinasas (MMP) en el procesamiento del TLR2. **Métodos:** Se analizó el contenido TLR2 a nivel de mRNA mediante PCR y de proteína mediante inmunoblot, en biopsias de mucosa intestinal y plasma de 20 pacientes: CU (n=8), EC (n=5) y controles (n=7). La secuencia aminoacídica de TLR2 se analizó con ClustalW.

Resultados: Al evaluar el mRNA de TLR2 en muestras de mucosa, este fue mayor en CU activa. A nivel de proteína, predominan dos bandas de TLR2 de 66 y 25 kDa en plasma y mucosa de pacientes con EC en relación a los otros grupos. El análisis bioinformático resalta la presencia de sitios putativos de corte de MMPs en la secuencia de TLR2. El tratamiento de las biopsias con inhibidores de MMPs intensifica la inmunoreactividad de las isoformas. Los estudios demuestran que las isoformas de TLR2 parecieran ser generadas por un mecanismo post-traduccional que involucra la participación de MMPs. Estudios funcionales posteriores permitirán profundizar el papel de las isoformas de TLR2 en el desarrollo y evolución de las EII.

Financiamiento: FONDECYT 1080290

ST2S COMO UN NUEVO BIOMARCADOR DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Drs. ¹Heine C., ²Díaz-Jiménez D., ²Núñez L.E., ²Beltrán C.J., ²Candía E., ²Waissbluth D., ³Figueroa C., ¹López F., ²Hermoso M.A., ^{2,3}Quera R.

¹Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes.

²Programa de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina,

³Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) son desórdenes de etiología multifactorial, caracterizados por una respuesta inflamatoria descontrolada y una producción excesiva de citoquinas pro-inflamatorias. En patologías inflamatorias crónicas (sepsis, asma y enfermedades autoinmunes) se han descrito niveles plasmáticos elevados de ST2S. El gen *st2* codifica dos isoformas: una variante transmembrana, ST2L, y otra soluble, ST2S. A la fecha, nuestro grupo de investigación ha demostrado la presencia de ST2 en mucosa intestinal y en plasma de pacientes con EII. El objetivo es determinar prospectivamente si los niveles plasmáticos de ST2S se correlacionan con índices

de actividad endoscópicas e histopatológicas en pacientes con EII.

Métodos: Los niveles de ST2, IL-33, IL-6 y TNF- α fueron analizados en muestras de plasmas de 70 pacientes sometidos a procedimientos colonoscópicos, mediante la técnica de ELISA. Además, las isoformas de ST2 fueron determinadas mediante inmunoblot. De los pacientes analizados, 45 presentaban CU y 10 EC. Para la evaluación de la actividad inflamatoria a nivel endoscópico e histopatológico se utilizaron los índices de la Clínica Mayo (ICM) y de Hanauer (IH), respectivamente. En el grupo control se incluyeron 15 pacientes con antecedentes familiares de cáncer de colon. Las correlaciones fueron analizadas mediante el coeficiente de Spearman (r).

Resultados: En todos los pacientes con EII se detectó la proteína ST2S, siendo mayor su expresión en CU que en EC, y a su vez, en estado activo que en inactividad. Además, en CU, los niveles de ST2S se correlacionaron positivamente con ICM e IH ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Los resultados sugieren que altos niveles de ST2S en CU en etapa activa representan un marcador de severidad de la enfermedad, de inflamación y de pronóstico, proponiéndose como un nuevo biomarcador. Financiamiento FONDECYT N° 1070954 (RQ).

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA ST2/IL33 EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Drs. ¹Beltrán C.J., ²Heine C., ¹Núñez L.E., ¹Díaz-Jiménez D., ¹Farfán N., ²López F., ²Larach A., ³Quera R., ¹Hermoso M.A.

¹Programa de Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; ²Unidad de Coloproctología, ³Unidad de Gastroenterología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) están caracterizadas por una respuesta inflamatoria crónica y descontrolada de la mucosa intestinal. ST2 ha sido propuesto como un regulador de la inflamación, expresándose como dos variantes: ST2L, el receptor de IL-33 y ST2S que es idéntico a la región extracelular de ST2L compitiendo por la unión de IL-33 e inhibiendo a ST2L. ST2S ha sido asociada a procesos inflamatorios como sepsis, trauma, asma y enfermedades autoinmunes, y hasta ahora no existían evidencias acerca del papel del sistema ST2/IL-33 en EII. El objetivo es determinar mediante un estudio prospectivo la expresión de ST2 e IL-33 en plasma y biopsias colonoscópicas de pacientes con EII.

Métodos: Se tomaron muestras de biopsias colonoscópicas y sangre periférica de 51 pacientes con EII (40 CU y 11 EC y 11 pacientes controles) con una edad promedio 46 años (i:18-68). La determinación del mRNA y proteína de ST2 se realizó por RT-PCR y ELISA, e IL-33 también mediante ELISA. Los datos se analizaron determinando la mediana y la comparación entre grupos se realizó con la prueba T-student no pareado ($p < 0,05$).

Resultados: Al evaluar el mRNA de ST2S en muestras de mucosa, 74% de los pacientes con EII

y 33% de los controles lo expresaron ($p < 0,05$). El transcrito de ST2S solo fue identificado en pacientes con CU. A nivel de proteína, ST2 fue principalmente identificada en muestras de mucosa y plasma de pacientes con CU activa. En relación a IL-33, los niveles fueron más bajos que los ST2 especialmente en plasma. Este estudio muestra que ST2S se induce diferencialmente en mucosa colónica de pacientes con CU y postulamos que esta isoforma regula la respuesta inmune en EII, especialmente en pacientes con CU.

Proyecto financiado por DirInvClín 167/06/268 (CJB), FONDECYT 1070954 (RQ).

METAANÁLISIS: ¿CUAL ES EL VERDADERO ROL DEL PLACEBO EN EL TRATAMIENTO TÓPICO DE LA INCONTINENCIA FECAL?

Drs. A.J. Zarate¹, O. Padilla², M. Espinoza¹, E. Falloux¹, X. Meneses¹, E. García, F. Bellolio¹, M. Molina¹, A. Zúñiga¹, G. Pinedo¹.

¹Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva. ²Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Existen múltiples terapias disponibles en la literatura para el tratamiento de la Incontinencia Fecal (IF). Los resultados son diversos y la mayoría de los trabajos obtienen conclusiones sin comparar con un grupo control (placebo).

Objetivo: Analizar el efecto del placebo tópico, en la disminución de síntomas en pacientes con IF. **Material y métodos:** Metaanálisis de trabajos prospectivos controlados aleatorizados que comparan el efecto de una crema con principio activo versus placebo ambas de aplicación tópica para pacientes con IF. Se consideró como éxito del tratamiento una mejoría del 50% del puntaje de Wexner. **Estadística:** se usaron los test de Der Simonian-Laird y McNemar; se consideró significativo un valor $p < 0,05$. **Resultados:** Se encontraron 2 trabajos que corresponden a estas características. De estos dos trabajos se analizaron 35 y 44 pacientes en total en cada estudio. En el grupo con principio activo, 8 de 18 y 14 de 24 tuvieron una mejoría, respectivamente. En el grupo con placebo 3 de 17 y 2 de 20 pacientes tuvieron una mejoría, respectivamente. El efecto en el grupo placebo (5/37) no alcanzó significancia estadística ($p = 0,0625$).

Conclusión: La aplicación de placebo tópico en pacientes con IF no proporciona una mejoría estadísticamente significativa. Sin embargo, existe un efecto que debe ser valorado en el momento de realizar una terapia para pacientes con IF.

BIOFEEDBACK: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y FACTORES PREDICTORES DE ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL.

Drs. G. Casell¹, O. Molina², C. Bams¹, A.J. Zarate¹, S. Niklitschek¹, G. Pinedo¹, F. Bellolio¹, A. Zúñiga¹, M.E. Molina¹.

¹Unidad de Cirugía Colorrectal. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Servicio de Kinesioterapia. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El biofeedback o rehabilitación pelviperineal (RPP) es parte del tratamiento en pacientes con incontinencia fecal (IF). Sin embargo no se han identificado claramente los factores que se asocian con el éxito de la terapia.

Objetivos: Analizar resultados de la terapia con RPP en pacientes con IF y determinar factores predictores de éxito.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de pacientes tratados con RPP entre los años 2007 y 2009. Se evaluó parámetros demográficos, antecedentes ginecológicos y de cirugía perianal, tiempo de evolución de la IF, adherencia al tratamiento, hallazgos endosonográficos. Se evaluó Score de Wexner (SW) y calidad de vida previo y posterior al tratamiento. El promedio de sesiones programadas fue de 10. Para el análisis estadístico se utilizó t de student y análisis de regresión logística uni y multivariado para determinar factores predictores de éxito, utilizando el programa SPSS v.17.

Resultados: Cuarenta y siete pacientes (91% de sexo femenino). La edad promedio: 63 años (25-91), tiempo de evolución de la IF: 24 meses (3-300). El estudio endosonográfico mostró interrupción del esfínter externo, interno y ambos en 83%, 15% y 19% respectivamente. Las sesiones programadas se completaron en un 91% de los pacientes. La SW basal y final fue de 154 y 64 respectivamente, mejorando de forma significativa (p0.001). La calidad de vida mejoró de forma. Todos los ítems de la encuesta de calidad de vida mejoraron significativamente (p0.001) al término de la RPP. En el análisis univariado y multivariado, sólo es SW se asoció significativamente con el éxito del tratamiento (p0.05). **Conclusiones:** La RPP es efectiva en pacientes con incontinencia fecal, mejorando significativamente los síntomas y la calida de vida.

Consideramos que debe ser incluida dentro del manejo habitual del paciente con IF. Se requieren futuros estudios con un mayor número de pacientes para identificar otros factores predictores de éxito.

NEUROMODULACION DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL: RESULTADOS INICIALES

Drs. M. Abedrapo, V. Manríquez, A. Marambio, J. Hola, A. Aguilera, J.P. Marambio, P. León, N. Pereira
Equipo de Coloproctología y Unidad de Piso Pélvico Femenino.
Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es un trastorno que afecta severamente la calidad de vida del paciente y que suele constituir un verdadero desafío para el cirujano. La estimulación del nervio tibial posterior (ENTP) constituye una terapia novedosa que presenta una serie de ventajas respecto a las ya existentes.

Objetivo: Describir la experiencia inicial de nuestro hospital en el tratamiento de la IF con la ENTP y sus resultados a corto plazo.

Material y Método: Se analizaron los pacientes que al momento de este reporte habían completado las 12 semanas de tratamiento, consistente en la ENTP a nivel de la pierna con un dispositivo TENS portátil, en sesiones de 30 minutos, cinco veces por semana. A cada paciente se le realizó una encuesta de calidad de vida específica para IF y un cuestionario de síntomas depresivos (PHQ-9) antes y después del tratamiento.

Resultados: Se reclutaron 3 pacientes mujeres, de 56, 64 y 60 años. Las dos primeras con una IF moderada secundaria a una lesión del EAE y la tercera una IF severa, ya sometida a una reparación quirúrgica previa del esfínter. Todas las pacientes contaban con estudio completo. La encuesta de calidad de vida consta de 4 dominios (estilo de vida, conducta, depresión y vergüenza). Las tres pacientes refirieron mejoría parcial de sus molestias, presentando solamente una mejoría en los dominios depresión y vergüenza, sin lograr significación estadística. En el PHQ-9 también hubo mejoría en las tres, cambiando de rango de severidad de síntomas en dos de ellas.

Conclusiones: En esta serie de pacientes la ENTP demostró ser una terapia útil en mejorar la calidad de vida de las pacientes con IF, principalmente a través de una mejoría de los síntomas depresivos. Al término de esta experiencia, dos de nuestras pacientes ya habían adquirido el dispositivo de estimulación.

Seccional: DIGESTIVO.

INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES CÁNCERES DIGESTIVOS EN LA POBLACION NAVAL DE LA REGION DE VALPARAISO
Dr. C. Jara, Dr. J. Suarez., Alumnos D. Rivera, M. Marchant, G. Duarte.

Cátedra de Cirugía, Hospital Naval Almirante Nef. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Los tumores malignos son la segunda causa de muerte en Chile y fueron responsables del 23,5% del total de las muertes en el año 2003. Dentro de los tumores malignos, el cáncer de estómago y cáncer broncopulmonar, son los más prevalentes. En las últimas publicaciones nacionales les siguen el cáncer de vesícula biliar y vías biliares, el de colon y finalmente el de esófago.

En Chile solo existen datos sobre incidencia de estas patologías en algunas regiones. La magnitud del problema se estima a partir de las causas de muerte referidas en los certificados de defunción, con la consiguiente sub o sobrevaloración de algunos cánceres.

El objetivo de este trabajo es medir la incidencia real de los principales cánceres digestivos en la población naval de la región de Valparaíso y comparar su distribución con la distribución de tasas de incidencia de otras regiones del país comunicadas y con las tasas de mortalidad nacional. **Material y método:** estudio descriptivo retrospectivo, basado en el diagnóstico histopatológico de cánceres digestivos (colon, estómago, vesícula biliar y esofágico), hecho en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Naval Almirante Nef, en la década comprendida entre los años 1997 y 2006. **Resultados:** se encontró que en la población naval de la región de Valparaíso la secuencia de incidencia de los cánceres digestivos presenta una distribución diferente a las comunicadas en otras regiones del país. En esta secuencia aparece el cáncer gástrico con una incidencia de 37,1 x 100.000 habitantes, seguido del de colon (32 casos por cada 100.000 habitantes), luego el de vesícula biliar (7,1 x 100.000 habitantes) y finalmente el esofágico (5,6 x 100.000 habitantes).

Conclusión: la población naval de la región de Valparaíso presenta una distribución diferente a los publicados en otras series nacionales, destacando la alta incidencia del cáncer de colon y la baja incidencia del cáncer de vesícula biliar y esofágico. Los resultados expuestos indican que la incidencia de cáncer varía en las diferentes regiones del país y que la secuencia de éstas es diferente a la secuencia de mortalidad de cánceres digestivos.

REGISTRO DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN CHILE (REGATE): CARACTERÍSTICAS BASALES DE 523 PACIENTES.

Drs. B. Müller¹, O. Barajas², B. Cardemil³, A. Vild⁴, C. Yáñez⁵; por grupo REGATE-Chile.

¹Instituto Nacional del Cáncer, Santiago. ²Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago. ³Hospital Base de Valdivia. ⁴Hospital Regional de Concepción. ⁵Sanofi-Aventis de Chile.

Introducción: Cáncer gástrico (CG) es la primera causa de muerte por cáncer en Chile. Estudio REGATE (Registro de Evaluación de Tratamiento del Cáncer Gástrico) se realizó en 27 países, reclutando +10.000 pacientes con CG. Se presenta análisis preliminar de características clínicas basales de pacientes chilenos.

Objetivo: Describir patrón de cuidado de pacientes recién diagnosticados con CG en Chile, desde 2004 a 2008.

Materiales y Métodos: Se incluye pacientes >18 años, diagnosticados recientemente con adenocarcinoma gástrico primario. Tamaño de muestra calculado acorde a prevalencia CG en Chile. Información recolectada en dos visitas dentro de período de 10 meses: basal (características del paciente y del tumor, plan de tratamiento) y fin de estudio (término del tratamiento inicial). **Resultados:** En Chile, 523 pacientes enrolados desde diciembre 2005 a septiembre 2008 por 17 investigadores en principales ciudades, en sector público y privado. Promedio edad 61.3 años (SD ±12.1). Hombre/mujer 2:1. Diagnóstico se realizó con muestra histopatológica obtenida por endoscopia en 98.2% pacientes. Localización: corporal 35.8%, proximal 35.4%, antral 23.9%. Etapificación clínica AJCC/UICC (disponible en 197 pacientes) se distribuyó en: 0 y I – 23.3%, II – 18.3%, III – 20.8%, IV – 37.6%. Plan de tratamiento incluyó cirugía en 440 pacientes (84.1%). En la mayoría de los casos, la decisión terapéutica fue tomada por cirujano (54.9%) o por equipo multidisciplinario (42.3%). **Conclusiones:** REGATE es el estudio de registro más grande desarrollado en Chile. REGATE permitirá conocer las características clínicas y el tratamiento recibido por los pacientes con CG en Chile.

SEGUIMIENTO A MUY LARGO PLAZO DEL CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

Drs. M. Ceroni, C. García, C. Benavides, P. Rubilar, R. Vallejos, H. Cid, C. Gallardo.

Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriaran, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Se considera que los resultados del

tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico incipiente (CGI) son satisfactorios, presentando recurrencia un bajo porcentaje de pacientes en el seguimiento a largo plazo. Se describe en la literatura como posibles factores de riesgo de recurrencia y supervivencia el compromiso submucoso y el ganglionar.

Objetivo: Describir los resultados de los pacientes tratados por cáncer gástrico incipiente con seguimiento mayor a 10 años.

Material y Método: Se realizó un registro de todos los pacientes operados por CGI desde Junio de 1978 hasta Enero de 1999 (seguimiento mayor a 10 años). Se incluyeron datos demográficos, características clínicas del cáncer, cirugía realizada e información de la biopsia definitiva. Se realizó seguimiento a través de información de los controles clínicos, contactos telefónicos y del registro civil. Para la etapificación se utilizó el TNM de 2002. El análisis de supervivencia se realizó a través de curvas Kaplan-Meier. Se utilizó para el análisis univariado el test de Fisher. Se consideró significancia estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Un total de 161 pacientes fueron operados. 55% son hombres. La edad promedio fue 57,1 años (DE 14). 94,3% tienen una lesión, 5% dos y 0,6% tres. Las lesiones más frecuentes fueron: IIc (28,8%), IIc+III (26,2%) y IIa (9,3%). La distribución por localización: Antrales (40%), Corporales (34%), Proximales (19%) y localizaciones mixtas (7%). Tipo de cirugía: Gastrectomías subtotales (63%), gastrectomías totales (35%), Gastrectomías proximales e interposición de asa de Merendino (2%). Desde 1986 se realizan reconstrucciones en Y de Roux, previamente se realizaba Billroth I o II según preferencia del cirujano. Las disecciones ganglionares fueron D2, con un promedio de 17,3 ganglios resecaados. Se observó 48% de lesiones mucosas y 52% submucosas. Se identificó compromiso linfático en 8,8% de las lesiones submucosas y 2,8% en las mucosas. La supervivencia a 10 años de las lesiones mucosas es de 100% y de las submucosas de 95%. El análisis según profundidad y compromiso ganglionar no mostró diferencias significativas en la supervivencia. La muerte por cáncer gástrico se presentó en 7 pacientes a los 2, 3, 5, 6, 11, 15 y 18 años de seguimiento, los últimos 6 pacientes con gastrectomías subtotales, uno de los cuales es mucoso.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico del CGI con compromiso mucoso es curativo. El seguimiento a largo plazo de los pacientes con cáncer gástrico incipiente demuestra que aún persiste la posibilidad de presentar muerte por cáncer.

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE GANGLIOS COMPROMETIDOS EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO N1

Drs. C. García, M. Ceroni, C. Benavides, H. Cid, R. Vallejos, H. Cid, F. Ayala.
Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El factor pronóstico más importante en pacientes con cáncer gástrico (CG) resecaados con intención curativa es el compromiso ganglionar. En la clasificación TNM 2002 éste compromiso se basa en el número de linfonodos comprometidos, agrupándolos en tres de 1-6 N1, 7-15 N2, >15 N3. Por otra parte, la adyuvancia en CG se basa en los hallazgos de la anatomía patológica, siendo los factores más importantes, el compromiso ganglionar y la invasión a la túnica serosa. El índice linfonodal es otro factor importante en CG y que da cuenta de la relación entre número de ganglios comprometidos y los resecaados. A menor índice mejor pronóstico, es decir a menor número de ganglios comprometidos, mejor pronóstico. Por lo tanto creemos que el componente N1 abarca grupos de distinto pronóstico de acuerdo al número de ganglios comprometidos. El objetivo de este trabajo es analizar el grupo N1 en cuanto a su pronóstico general y las diferencias a la cantidad de ganglios comprometidos, con el propósito de aportar evidencia para modificar la clasificación TNM 2002 en este punto.

Material y Método: Se analizó la serie de pacientes operados por CG en nuestro hospital entre 1996 y 2007. La base de datos consta de 584 pacientes, de los cuales se 118 corresponde a resecaados con intención curativa (gastrectomía D2) y con compromiso ganglionar N1 según TNM 2002. Se analizó la supervivencia general de este grupo, la específica de acuerdo a la cantidad de ganglios comprometidos y se compararon las curvas según número de ganglios.

Resultados: La supervivencia a 5 años de pacientes sometidos a cirugía radical (D2) y con compromiso ganglionar N1 fue de 66,5%. Este grupo tuvo una supervivencia significativamente menor al compararlo con el grupo N0 (89,9% $p=0,0001$). La supervivencia de acuerdo a la cantidad de ganglios comprometidos fue: N1 (1 ganglio) 81,3%, N1 (2 ganglios) 62,6%, N1 (3 ganglios) 75,9%, N1 (4 ganglios) 51%, N1 (5 ganglios) 20%, N1 (6 ganglios) 60%. Para buscar significancia se compararon las curvas de supervivencia al reagrupar el número de ganglios entre 1-3 y más, el cual mostró alta significancia estadística, no así, los grupos 1-2 y más o 1 o más.

Conclusiones: La supervivencia a 5 años en CG N1 es significativamente inferior al grupo N0, con lo cual se demuestra el factor pronóstico del compromiso ganglionar. La distribución de supervivencia en el grupo N1 reagrupados de acuerdo al número de ganglios comprometidos muestra una tendencia a mejor resultado con menos ganglios comprometidos. Y además una heterogeneidad en la supervivencia. Por último, los pacientes con 1-3 ganglios tienen una significativa mejor supervivencia que el grupo con 4 o más ganglios comprometidos. Por lo tanto, recomendamos una reevaluación de la clasificación de N1.

EXPECTATIVAS DE CURACIÓN EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO.

O. Lynch, J. Madariaga, A. Giacaman, M. Zilic, F. Kawaguchi.

Servicio de Pensionado, Unidad de Anatomía Patológica Hospital Clínico Regional de Concepción.

Introducción: El único tratamiento curativo del cáncer gástrico es la cirugía, esto se logra claramente en cáncer incipiente. Las expectativas curativas de este tratamiento en cáncer gástrico avanzado son inciertas.

Objetivo: Conocer las características de los pacientes con cáncer gástrico avanzado con sobrevida mayor a 5 años. **Material y método:** Se realiza el estudio en nuestra serie prospectiva de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado, con tratamiento quirúrgico exclusivo tratados entre 1979-2003 y con sobrevida mayor a 5 años, en el Servicio de Pensionado del Hospital Clínico Regional Concepción.

Resultados: De un total de 170 pacientes con cáncer gástrico avanzado, 54 de ellos (31,7%) presentaron una sobrevida mayor a 5 años. Este grupo lo conformaron 17 mujeres (31,5%) y 37 hombres (68,5%) con una edad promedio de 58,9 años (32 a 80 años). El estadio de estos pacientes fue IB 13 (24,1%), II 17 (31,5%), IIIA 14 (25,9%), IIIB 7 (13%) y IV 3 (5,6%). El 61,1% de los pacientes presentaron compromiso ganglionar positivo. El tipo de cirugía realizada fue gastrectomía parcial en 23 pacientes (42,6%) y total en 31 (57,4%), de ellas 25 (46,3%) con intención curativa y 29 (53,7) paliativas. El tiempo promedio de sobrevida de este grupo fue de 18 años [IC: 15,0 – 21,0]. El promedio según estadios fue IB 21,1 años, II 15,9 años, IIIA 13,7 años, IIIB 14,8 años y IV 12,1 años.

Conclusión: La cirugía exclusiva permite curación del cáncer gástrico avanzado en un porcentaje importante de pacientes.

GASTRECTOMÍA TOTAL D2 EN CANCER DEL CARDIAS

Drs. Rinsky Alvarez Uslar, Felipe Solís Huerta, Héctor Molina Zapata, Víctor Ortiz Riquero, Rodrigo Baier Chandía, Francisco Pacheco Bastidas

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Objetivos: Evaluar los resultados quirúrgicos y anatomopatológicos en pacientes con carcinoma de cardias tratados con una gastrectomía total D2. **Introducción:** El cáncer de cardias es la localización tumoral que tiene peor pronóstico que los tumores gástricos más distales. Su incidencia ha aumentado en la última década y hay varias alternativas quirúrgicas para tratarlo, dependiendo de la extensión del tumor, magnitud de la infiltración tumoral del esófago y las preferencias del cirujano. La gastrectomía total con linfadenectomía de distintos niveles es la técnica más utilizada en los tumores que no infiltran extensamente el esófago.

Material y Método: En un estudio prospectivo se analizan 61 pacientes con cáncer gástrico de localización cardial intervenidos de forma consecutiva mediante una gastrectomía total y linfadenectomía D2 en el período 2000-2009. Se excluyeron otros 63 pacientes en los que se practicó una linfadenectomía inferior o igual a D1+β o cuando se resecaron menos de 20 ganglios. En 60 pacientes se hizo una reconstrucción en Y de Roux y un paciente se reconstruyó con asa interpuesta de Longmire. En 22 pacientes no se instalaron drenes abdominales (36,1%). Se analizan la morbilidad operatoria y los hallazgos anatomopatológicos de las piezas operatorias.

Resultados: 43 pacientes eran del sexo masculino (70,5%). El promedio de edad fue de 65 años (rango: 43 a 87 años). En 21 pacientes se realizaron intervenciones agregadas (34,4%), siendo más frecuente la colecistectomía. Morbilidad: 18 pacientes presentaron una o más complicaciones postoperatorias (29,5%) de las cuales las más frecuentes fueron la dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal, que se presentó en 9 pacientes (14,8%) y los abscesos subfrénicos en 2 pacientes (3,3%). Siete pacientes requirieron una o más reintervenciones (11,5%) a pesar que en 5 de ellos se habían instalado drenes abdominales. El período de hospitalización postoperatoria fue de un promedio de 18 días (rango de 7 a 82); 38 pacientes egresaron antes de los 12 días (62,3%). No hubo mortalidad operatoria en esta serie. Tres de los pacientes tenían lesiones incipientes (4,9%): mucosa 1,6%, submucosa 3,3%, muscular 8,2%, subserosa 39,3%, serosa 39,3%, extraserosa 8,2%. Los tipos macroscópicos más frecuentes fueron las lesiones ulceradas, Borrmann II y III, que se observaron en 34 pacientes con tumores avanzados (58,6%). Clasificación de Lauren; Difusos: 33 pacientes (54,1%), Intestinales: 28 pacientes (45,9%). Invasión vascular había en 50 pacientes (82%). Se resecaron un total de 1831 ganglios: media de 30 ganglios, rango de 20 a 61, de los cuales 37,7% tenían metástasis. En 5 pacientes existió compromiso microscópico del borde de sección esofágico (8,2%). **Conclusión:** La gastrectomía total con disección D2 es un tratamiento adecuado para los tumores cardiales con infiltración esofágica limitada.

HISTOPATOLOGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO RESECADO MEDIANTE GASTRECTOMÍA TOTAL

Drs. Rinsky Alvarez Uslar, Felipe Solís Huerta, Víctor Ortiz Riquero, Rodrigo Baier Chandía, Héctor Molina Zapata, Francisco Pacheco Bastidas

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Objetivos: Evaluar la incidencia de distintos parámetros anatomopatológicos en piezas operatoria de pacientes intervenidos por cáncer gástrico. **Material y Método:** Se analiza el estudio histopatológico de las piezas operatorias de 226

pacientes consecutivos intervenidos por cáncer gástrico mediante una gastrectomía total en el periodo 2000-2009. En la mayoría de los pacientes se practicó gastrectomía total con intención curativa y linfadenectomía D2. Se excluyeron los pacientes intervenidos por linfoma o GIST. Promedio de edad: 61.8 años (rango de 27 a 87 años). El 67.3% de estos pacientes eran hombres (152 pacientes). Se analizan la localización tumoral, la profundidad de infiltración tumoral, aspecto macroscópico, grado de diferenciación celular, clasificación de Ming, clasificación de Lauren, invasión vascular, compromiso ganglionar y borde de sección proximal. Resultados: Tres de estos pacientes, inicialmente irresecables por compromiso tumoral extraseroso, fueron sometidos a neoadyuvancia con quimiorradioterapia y no se encontró tumor residual en la pieza operatoria. Localización Tumoral: Zona C 55.6%, Zona M 35.0%, Zona A 9.4%. De los 223 pacientes restantes, solo 13.4% tenían lesiones precoces (30 pacientes).

Profundidad tumoral: Mucosa 4.0%, Submucosa 9.4%, Muscular 7.2%, Subserosa 36.8%, Serosa 35.4%, Extraserosa 7.2%. Aspecto macroscópico. En los tumores avanzados hubo predominio de las lesiones ulceradas: Borrmann I 7.8%, Borrmann II 30.0%, Borrmann III 32.7%, Borrmann IV 11.9%, Borrmann V (no clasificable) 17.6%. Clasificación de Broders; Bien diferenciados 14.8%, Moderadamente diferenciados 32.4%, Poco diferenciados 42.6%, Indiferenciados 10.2%. Clasificación de Ming: Expansivos 14.4%, Infiltrativos 81.3% Mixtos 5.3%. Clasificación de Lauren: Intestinales 46.7%, Difusos 43.9%, Mixtos 9.4%. Invasión vascular: Si 73.9%, No 26.1%. Metástasis ganglionares: Se extirparon un promedio de 25 ganglios por paciente (rango de 0 a 92). El 39.7% de los pacientes tenían metástasis en uno o más ganglios (rango de 1 a 90). Borde de sección proximal: En 13 de los 124 pacientes con tumores localizados en la Zona C existió compromiso del borde de sección esofágico (10.5%). En la mayoría de este grupo se trataba de resecciones con carácter paliativo.

Conclusión: En nuestra experiencia el cáncer gástrico incipiente tiene una baja incidencia. Los carcinomas de tipo difuso han aumentado su incidencia.

DRENES ABDOMINALES EN GASTRECTOMÍA TOTAL

Drs. Rinsky Alvarez Uslar, Héctor Molina Zapata, Víctor Ortiz Riquero, Felipe Solís Huerta, Ricardo Funke Aguilera, Francisco Pacheco Bastidas, Osvaldo Torres Rodríguez.

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: La dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal y los abscesos subfrénicos son las complicaciones más graves y más frecuentes en los pacientes sometidos a una gastrectomía total. Estas complicaciones frecuentemente son causa de

reintervenciones y de períodos de hospitalización postoperatoria prolongados. Clásicamente se han utilizado drenes abdominales con el objeto de diagnosticar y tratar precoz y oportunamente estas complicaciones pero existen escasos estudios prospectivos que apoyen o no esta conducta. Objetivo: Analizar nuestra experiencia en gastrectomía total por cáncer gástrico en pacientes con y sin drenes abdominales y evaluar los resultados en la morbilidad operatoria, período de hospitalización postoperatoria, tiempo de realimentación oral, número de reintervenciones y mortalidad operatoria.

Material y Método: Se realiza un estudio prospectivo y randomizado en 223 pacientes consecutivos (151 hombres y 72 mujeres) sometidos a una gastrectomía total por cáncer gástrico en el Hospital Clínico Regional de Concepción en el periodo 2000-2009. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: Grupo I (sin drenes) y Grupo II (2 drenes).

Resultados: El Grupo I (sin drenes) fue de 126 pacientes y el Grupo II (2 drenes) de 97 pacientes. La morbilidad fue de 17.5% en el Grupo I y de 32% en el Grupo II ($p = 0.018$, s.). La dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal fue de 4.8% en el Grupo I y de 14.6% en el Grupo II ($p = 0.013$, s.). El período de hospitalización postoperatoria fue de un promedio de 13.3 días en el Grupo I y de 16.8 días en el Grupo II ($p = 0.031$, s.). La realimentación oral se inició a los 9.6 días promedio en el Grupo I y a los 13.1 días en el Grupo II ($p = 0.009$, s.). Las reintervenciones fueron más frecuentes en el Grupo II (12.4%) que en el Grupo I (7.1%) ($p = 0.274$, n.s.). La mortalidad operatoria fue similar en ambos grupos: 3.2% en el Grupo I y de 3.1% en el Grupo II ($p = 0.626$, n.s.).

Conclusión: En nuestra experiencia la morbilidad operatoria, la dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal y el tiempo de hospitalización postoperatoria son significativamente mayores en el grupo de pacientes con drenes abdominales. Las reintervenciones también fueron más frecuentes en el grupo con drenes abdominales, aunque sin significación estadística. Por esta razón no recomendamos el uso de drenes abdominales en la gastrectomía total.

DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL EN GASTRECTOMÍA TOTAL POR CARCINOMA GÁSTRICO

Drs. Rinsky Alvarez Uslar, Héctor Molina Zapata, Víctor Ortiz Riquero, Felipe Solís Huerta, Ricardo Funke Aguilera, Francisco Pacheco Bastidas, Osvaldo Torres Rodríguez.

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: La dehiscencia de la anastomosis esofago-yeyunal es la complicación más frecuente y grave de una gastrectomía total. Es causa de morbimortalidad importante y a menudo requiere de reintervenciones y hospitalización prolongada. Material y Método: En el periodo 2000-2009 se

realiza un estudio prospectivo de 223 pacientes intervenidos de forma consecutiva mediante una gastrectomía total y anastomosis esofagoyeyunal T-L con stapler circular N° 25. El 23.7% de los pacientes presentaron algún tipo de complicaciones (n= 53) y de éstas las más frecuentes fueron la dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal y los abscesos subfrénicos sin dehiscencia demostrada. Se analizan los pacientes que presentaron dehiscencia de la anastomosis EY, el tratamiento de esta complicación y sus consecuencias: tiempo de inicio de realimentación oral, estadía hospitalaria postoperatoria, reintervenciones y mortalidad. Resultados: 21 pacientes (9.3%) presentaron dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal. De éstos, 16 pacientes eran del sexo masculino (76.2%). El promedio de edad fue de 65 años (rango: 47 a 80 años). Cuatro tumores estaban localizados en el antro. 19% (Zona A), 3 eran corporales, 14.3% (Zona M) y 14 comprometían la región cardial, 66.7% (Zona C). Cinco tumores eran lesiones precoces (2 mucosa, 3 submucosa (23.8%), 2 comprometían la capa muscular (9.5%), 6 la subserosa (28.6%), 6 la serosa (28.6%), y en 2 había compromiso extraseroso (9.5%). En 7 pacientes se practicaron intervenciones agregadas (33.3%) de las cuales la más frecuente fue la colecistectomía (19%). En 15 pacientes esta complicación se presentó en los pacientes que quedaron con drenes abdominales (71.4%). En 11 pacientes se practicaron una o más reintervenciones (52.4%) y en el resto el manejo fue conservador (47.6%). De los pacientes que sobrevivieron a esta complicación el tiempo de inicio de la realimentación oral fue de 10-83 días (promedio 30 días) y el período de hospitalización postoperatoria fue de 17-82 días (promedio 39 días). Uno de los pacientes egresó del hospital con alimentación enteral a través de una sonda nasoyeyunal. La mortalidad operatoria de este grupo fue de 14.3% (3 pacientes).

Conclusiones: La dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal es una complicación grave pero que en algunos casos puede ser manejada en forma conservadora. Es más frecuente en los pacientes a los cuales se les deja drenes abdominales.

CANCER GASTRICO: ANÁLISIS DE RESULTADOS EN TÉRMINOS DE MORTALIDAD Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

Drs. José Salinas¹, Gustavo Czwiklitz¹, Sebastián León², Stephan Elgueta², Valentina Goldsmith², Francisco Izquierdo³, Víctor Sepúlveda⁴, Robinson Nuñez⁴ y Juan Stambuk^{3,4}

¹Becario Cirugía General, Sede Occidente, Universidad de Chile. ²Interno Medicina, Sede Occidente, Universidad de Chile. ³Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile. ⁴Equipo Cirugía Oncológica Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Presentar retrospectivamente análisis de resultados quirúrgicos en términos de mortalidad y complicaciones quirúrgicas por etapas en pacientes operados por cáncer gástrico en un periodo de 10 años en el Hospital San Juan de Dios y Hospital

Clínico de la Fuerza Aérea de Chile.

Material y Método: Revisión retrospectiva de las fichas clínicas de los pacientes operados con intención curativa por cáncer gástrico durante los años 1996 a 2007.

Resultados: Se operaron 180 (62,2%) pacientes durante el período descrito. Con una mediana de edad de 65 (31-84) años. El tamaño tumoral fue de una mediana de 3 (1-114) cm. Hubieron 37 (20.6%) lesiones precoces, la distribución de las lesiones avanzadas fue: Bormann I 3.8%, Bormann II 22.1%, Bormann III 48.1% y Bormann IV 26%. La mediana de linfonodos resecaos fue de 24 (5-82). La distribución de las etapas fue Etapa I 28.8%, Etapa II 18.1%, Etapa III 42.5% y Etapa IV 10.6%. Hubieron 18 (10%) pacientes con complicaciones quirúrgicas, las más frecuentes fueron fistulas (44,4%) y abscesos (38,9%). Hubo un (0,6%) paciente fallecido durante los primeros 30 días postoperatorios. La distribución de las complicaciones fue Etapa I 10,9%, Etapa II 10,3%, Etapa III 13,2% y Etapa IV 5,9% (p=ns). La frecuencia de fistulas fue de 5,3% en suturas manuales y 3,8% en suturas mecánicas (p=ns).

Conclusión: En un equipo especializado en cirugía oncológica se puede obtener una baja tasa de morbilidad en el tratamiento del cáncer gástrico. La tasa de complicaciones no varía según la etapa de la enfermedad.

EVOLUCION PONDERAL EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA TOTAL POR CANCER. ¿QUE PASA CON EL PESO A LARGO PLAZO?

Drs. Papapietro K, Cuevas M, Riffo A, Adjemian D, Díaz E.

Unidad de Nutrición Intensiva. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: La neoplasia y la gastrectomía total producen cambios anatómicos y fisiológicos que favorecen la rápida pérdida de peso.

Objetivo: Evaluar el cambio ponderal después de una gastrectomía total.

Método: Se evaluó prospectivamente la curva ponderal de pacientes con Gastrectomía Total por Cáncer (GTC) a largo plazo. La pérdida de peso calculada en kilos y como porcentaje del peso preoperatorio, se correlacionó con el IMC pre cirugía.

Resultados: 132 pacientes fueron sometidos a GTC entre 2000 y 2003. Se logró seguimiento entre 12 y 60 meses en 60 de ellos. La muestra se conformó de 41 hombres y 19 mujeres con edad promedio 62 años (31 -78).

Perdida de peso según IMC preop	IMC <25	IMC 25 -30	IMC >30
	8,3K (13%)*	12,87K (17,3%)	23K(26,5%)*

*p<0,001

	preoperatorio X (rango)	12 meses X (rango)	24 meses X (rango)	36 meses X (rango)	60 meses X (rango)
IMC (K/m2)	26,4 (18,3-38,1)	21,6(14,8-28)*	21,8 (15,9-26,2)	22,7(18,5-26,3)	21,9 (18,7-26,1)
Peso (K)	71,1 (45-96)	58,3 (38-84,9)	58,2 (40,3-76)	60,9 (47-75)	58,6 (45-71)

*r=0,53 p<0,01

Conclusiones. Los sometidos a GTC sufren un rápido descenso de peso durante en los primeros meses, en correlación directa con el IMC preoperatorio. Después del primer año se alcanza estabilidad en el peso y tendencia a la recuperación ponderal.

EXPERIENCIA EN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CARCINOIDES GASTRICOS

Drs. Carlos Benavides, Carlos García, Patricio Rubilar, Marco Ceroni, Héctor Cid y Rodrigo Vallejos, Al. Pablo Flores B.

Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriaran. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Los carcinoides gástricos son diagnosticados cada vez más frecuentemente dado el amplio uso de la endoscopia. Constituyen una gama de lesiones neuroendocrinas que tienen etiopatogenia y comportamiento biológico distinto que es necesario conocer para adoptar una adecuada decisión terapéutica. Con el objeto de discutir la clasificación, patogenia, comportamiento y terapéutica de los distintos tipos de carcinoides gástricos, presentamos la experiencia acumulada prospectivamente durante 18 años en este tipo de tumores.

Los pacientes fueron estudiados con endoscopia, endosonografía y TAC abdominal. El estudio histopatológico incluyó las tinciones de Grimelius, Fontana -Masson e inmunohistoquímica. Se utilizó la clasificación de carcinoides propuesta por Rindi. La serie está construida por 18 pacientes con rango de edades entre 43 y 74 años. 8 casos correspondieron a lesiones tipo I, asociadas a hipergastrinemia, con promedio de 4 lesiones y localizadas en el tercio superior. 10 casos tipo III, tumores únicos, también llamados "esporádicos", sin hipergastrinemia y localizados en cuerpo gástrico bajo y antro. La serie no tiene carcinoides de tipo II. Los carcinoides tipo I fueron sometidos a resecciones endoscópicas recurriendo en 3 casos, dos de los cuales fueron sometidos a antrectomía con el objeto de eliminar la hipergastrinemia, logrando hacer desaparecer las lesiones en ambos casos. Ninguno de los carcinoides tipo I han presentado metástasis. Los carcinoides tipo III fueron únicos, tamaños entre 2 y 3,5 cm. Dos pacientes presentaron metástasis linfáticas de gran volumen y uno a nivel del hígado al momento de la resección. 9 pacientes fueron sometidos a gastrectomía tipo D2, 2 de los cuales fallecen por metástasis hepáticas a los 36 y 42 meses.

Los carcinoides tipo I y II tienen como factor común la hipergastrinemia, se localizan en el tercio superior, son usualmente numerosos y tienen un comportamiento biológico relativamente poco agresivo. La resección endoscópica controla la mayoría reservando la antrectomía para lesiones múltiples o recurrentes. Los carcinoides antrales, únicos o esporádicos tienen un comportamiento agresivo y deben ser enfrentados

con resecciones oncológicas idénticas que los carcinomas.

TUMORES DE INTESTINO DELGADO: REVISION ANATOMOCLINICA DE 18 CASOS EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

Drs. F. Ayala, H. Cid, C. García, C. Benavides, R. Vallejos, M. Ceroni, C. Gallardo

Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriaran. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Los tumores del intestino delgado son lesiones poco frecuentes que corresponden a 2% de los tumores del tracto gastrointestinal. La patología engloba a un grupo amplio de entidades con distintos pronósticos a largo plazo pero que se presentan de una manera similar. A pesar de los avances en los métodos imagenológicos abdominales, su diagnóstico suele ser en una intervención de urgencia por una complicación del tumor, es decir, por obstrucción o sangrado. El objetivo es analizar una serie de pacientes con diagnóstico de tumor de intestino delgado en cuanto a su presentación clínica, método diagnóstico, cirugía realizada, anatomía patológica y supervivencia a largo plazo.

Método: Análisis descriptivo de los pacientes con diagnóstico de tumores de intestino delgado operados en nuestro servicio entre los años 1998 y 2009. Se estudiaron la demografía, presentación clínica, métodos de apoyo diagnóstico, cirugía realizada, patología y supervivencia. Resultados. Durante el periodo estudiado se encontraron 18 casos, con una edad promedio de 61 años (26-87). La proporción de género M:F fue de 1:1,6. En cuanto a la presentación clínica, la mitad de los casos (53%) debutaron con una obstrucción intestinal que requirieron cirugía de urgencia. El estudio imagenológico de mayor rendimiento fue el TAC de abdomen y pelvis. La ubicación más frecuente fue el ileon distal en el 68% de los casos. La mayoría de los casos correspondieron histológicamente a GIST (41%), seguidos por carcinoides, adenocarcinoma y linfoma. La sobrevida global de esta serie a 5 años plazo fue de 60%.

Discusión: Los tumores de intestino delgado, son una rara entidad histopatológica, se presentan frecuentemente como cirugía de urgencia en pacientes añosos, debe existir un alto índice de sospecha, ya que su diagnóstico es tardío y en la mayoría de los casos su comportamiento es maligno.

CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL EN EL TRATAMIENTO DEL PSEUDOXOMA PERITONEAL.

Drs. M. Uribe^{1,4}, C. Heine², C. García¹, S. Cavallieri, F. Pizarro³, L. De Lafuente³, E. Schultz⁴, C. Hevia⁴

¹Dpto. Cirugía Clínica Las Condes. ²Becado de Investigación, Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. ³Dpto. Anestesiología Clínica Las Condes. ⁴Dpto. Cirugía, Campus Oriente, U. de Chile, Hospital del Salvador.

Introducción: La cirugía citorréductiva asociada a quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (QHIP) ha establecido un nuevo estándar para el manejo de pacientes con diseminación peritoneal neoplásica tanto benigna como maligna. Actualmente es la alternativa terapéutica de elección para el tratamiento del Pseudomixoma Peritoneal (PP) con metástasis peritoneales y de la carcinomatosis peritoneal de origen colónico.

Objetivo: Dar a conocer los resultados quirúrgicos a corto y mediano plazo de 2 pacientes portadores de PP con metástasis peritoneales sometidos a cirugía resectiva y QHIP.

Pacientes y Método: Paciente 1: Femenino, 44 años. Intervenido por lesión quística anexial derecha de 7 cm. En la laparotomía exploradora se encontró lesión apendicular (adenoma tubulovelloso) asociado a múltiples implantes peritoneales en fondo de saco que corresponden a PP, que se resecan. Cinco años después se diagnostica recurrencia del PP, con múltiples implantes peritoneales, por lo que es operada realizándose: histerectomía, salpingooforectomía bilateral, omentectomía, peritonectomía subdiafrágica, resección de implantes vesicales y de sigmoides. QHIP: Oxaliplatino a 44°C y endovenosa con 5-Fluoracilo + Leucovorina.

Paciente 2: Masculino, 58 años. Paciente con antecedente de colecistitis aguda y coledocolitiasis por lo que fue intervenido encontrándose un plastrón vesicular asociado a un apéndice cecal con mucocele roto y abundante tejido gelatinoso libre en la cavidad abdominal que corresponde a adenocarcinoma in situ y PP. Estudios imagenológicos posteriores demostraron recidiva de PP con diseminación peritoneal. Es sometido a cirugía donde se realiza resección omental, esplenectomía, peritonectomía diafrágica bilateral además de abdominal y pélvica. QHIP: Mytomicina a 41°.

QHIP: Las drogas antineoplásicas fueron calentadas a la temperatura requerida en un intercambiador de calor Medtronic® y se infundió impulsada por un roller de circulación extracorpórea en un circuito estéril.

Resultados: Paciente 1: Duración del procedimiento: 5 hrs. 10 min. Evoluciona con perforación y dehiscencia de sutura en el 5° y 7° día postoperatorio, con fistulas intestinales que precisan múltiples cirugías. A los dos años post tratamiento se encuentra en buenas condiciones y libre de enfermedad. Paciente 2: Duración del procedimiento: 4 hrs. 30 min. Evoluciona con una neumonía intrahospitalaria con buena respuesta a tratamiento antibiótico y alta al día 14. Control a los seis meses sin evidencias de recidiva.

Comentario: La citorréducción asociada a QHIP constituye el tratamiento de elección para el tratamiento del PP con metástasis peritoneales. Aunque se asocia a una morbilidad de hasta un 30% y una mortalidad de 5% -10% es la única alternativa

potencialmente curativa, con sobrevividas reportadas de hasta 80% a 5 años. En esta serie inicial ambos pacientes se encuentran en buenas condiciones y libres de enfermedad.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN POBLACIÓN ADULTA.

Drs. M. Vial^{1,2}, D. Pares², C. Manterola¹, V. Pineda¹, B. Bohle², L. Grande².

¹Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

²Servicio de Cirugía, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), constituye una causa frecuente de consulta médica, pese a lo cual los estudios de prevalencia son escasos y en la mayoría de casos realizados sin escalas previamente validadas. **Objetivo.** Estimar la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y su asociación con la calidad de vida (CV) y la prevalencia de trastornos de salud mental (TSM), en la población adulta adscrita al Hospital Universitario del Mar. **Pacientes y métodos.** Corte transversal. Muestreo aleatorio por conglomerados de pacientes mayores de 18 años atendidos en los centros de atención primaria de los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí de Barcelona. El cálculo del tamaño de la muestra obtenido fue de 504 sujetos a entre-vestir, teniendo en cuenta una prevalencia estimada de 30%, una confianza de 95% y una precisión de 4%. Los pacientes respondieron los cuestionarios ERGE para el diagnóstico de ERGE, SF-36 para valorar CV y GHQ-28 para determinar TSM. Se utilizó estadística descriptiva y analítica bivariada y multivariada para establecer la asociación entre ERGE, CV y TSM. **Resultados:** Se entrevistaron 514 pacientes (64,2% género femenino; edad promedio de 60,4±17,7 años). La prevalencia de ERGE fue de 32,9%. Los pacientes con ERGE presentaron peores puntuaciones en el SF-36 (p<0,001) y tuvieron una mayor prevalencia de TSM (23,8% vs 50,9%; p<0,001). En el análisis multivariado la ERGE se asoció al uso de protector gástrico (PG), distrito, CV y TSM.

Conclusiones. La ERGE afecta a un tercio de la muestra estudiada, y se asocia de manera independiente a la localización geográfica, la utilización de PG, CV y TSM.

REPRODUCTIBILIDAD DE LA FIBRO LARINGOSCOPIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LARINGITIS POSTERIOR SECUNDARIA A SOSPECHA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

Drs. I. Braghetto, D. Roizblatt, P. León
Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE) presenta manifestaciones esofágicas y extra esofágicas, dentro de las cuales

las manifestaciones faringo-laríngeas es una de las más frecuentes. En pacientes con patología laríngea la enfermedad por reflujo se plantea como posible causa, lo cual no siempre es confirmada con los estudios de confirmación diagnóstica. Por otra parte podría existir diferentes grados de compromiso laríngeo que a veces son difíciles de interpretar. Objetivo: El objetivo del presente trabajo es evaluar la variabilidad diagnóstica entre los evaluadores de las imágenes endoscópicas de laringe en pacientes con sospecha de daño laríngeo secundario a enfermedad por reflujo.

Método: Se encuestó a otorrinolaringólogos de Hospital Clínico de la Universidad de Chile, mostrándoles 40 imágenes de laringoscopías. Se les solicitó que evaluaran la imagen y que mencionaran si según ellos correspondería o no a alteraciones por RGE y grado de lesión laríngea. Resultados: Al encuestar a 5 especialistas otorrinolaringólogos y se obtuvieron diversas respuestas frente a las distintas imágenes. Se excluyó una imagen, ya que todos concordaron en que no era interpretable, quedando por lo tanto 39 imágenes interpretables.

De estas imágenes, hubo concordancia en 20 casos en los que todos dijeron que correspondería a RGE. En los restantes 19 casos, hubo unanimidad en 6 casos que fueron informados como sin hallazgos patológicos. En los otros 14 casos hubo discrepancia en cuanto al diagnóstico.

Conclusiones: La variabilidad inter observador del método, en este caso fibro laringoscopia, para el diagnóstico de RGE no permite utilizar sólo este método para la sospecha y/o diagnóstico de esta enfermedad, y sigue siendo necesario la utilización de otros métodos, como la Ph-metría para su confirmación diagnóstica.

RESULTADOS DEL USO DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TIPO CHOOSTENT® EN LA PALIACIÓN DE PACIENTES CON ESTENOSIS, FÍSTULAS O FUGAS ESOFÁGICAS SECUNDARIAS A PATOLOGÍA MALIGNA DEL ESÓFAGO Y/O DEL CARDIAS

Drs. A. Rodríguez, S. Moreno, AM. Gemmato, M. Anselmi

Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica. Hospital Gmo. Grant B. Concepción. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción

Objetivo: Analizar en forma prospectiva los resultados de la inserción de prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas tipo Choostent® como método de paliación de la disfagia, fistulas o fugas esofágicas secundarias patología maligna del esófago y/o cardias.

Pacientes y Método: Se estudiaron 30 pacientes consecutivos, con cáncer del esófago o de cardias. La edad promedio fue de $75 \pm 8,8$ años, 19 (63,3 %) eran hombres. Se incluyeron pacientes con expectativa de vida > 4 meses, longitud de la neoplasia <12cm y con fistulas o perforación

esofágica independiente de la sobrevida esperada. En 24/30 casos (80%), la indicación de la prótesis fue la disfagia, en 3 (10%) una fistula esófago traqueal y en 3 (10%), la sospecha de una perforación. Los enfermos fueron controlados mensualmente hasta su fallecimiento. Resultados: La prótesis se insertó sin incidentes en 29/30 pacientes (96,6%). Un caso (3,4%) presentó neumomediastino, que evolucionó favorablemente. La disfagia y los síntomas derivados de la fistula traqueo-esofágica desaparecieron y no hubo complicaciones en los 3 pacientes con perforación. La evolución precoz fue satisfactoria en 12/30 casos (66,7%), la complicación más frecuente fue el dolor torácico transitorio (10%). Cuatro (13,3%) fallecieron precozmente de causa no relacionada a la prótesis. En 14/26 casos (58,3%) hubo complicaciones tardías: recidiva de la disfagia en 11 (42,3%), hemorragia digestiva alta en 3 (11,5%) y migración de la prótesis en 1 (3,8%). El intervalo promedio entre la inserción del stent y el deceso fue de $157,4 \text{ días} \pm 139,8$. En 3 de los 30 pacientes tratados (10%), la mortalidad tardía estuvo probablemente asociada a la prótesis (sangrado masivo).

Conclusiones: Las prótesis esofágicas Choostent® mejoran la disfagia en forma inmediata, segura y prolongada. Son efectivas en el manejo de las fistulas traqueo esofágicas y las perforaciones producidas en el curso de una dilatación endoscópica. Sin embargo, su uso se asocia a una alta tasa de morbilidad tardía directamente relacionada a la disfunción.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. INDICACIONES Y RESULTADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

Dr. A. Tapia

Servicio de Cirugía. Hospital Regional de Talca

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP) permite una vía de alimentación reduciendo riesgos propios de una laparotomía.

Objetivo: caracterizar a los pacientes seleccionados para GEP y conocer sus resultados inmediatos en el Hospital Regional de Talca. Se estudian los pacientes sometidos a GEP por el autor desde 1997 a 2009. Se registran prospectivamente edad, sexo, patologías asociadas, tiempo de uso de sonda nasogástrica o enteral (SND) para alimentación, indicación quirúrgica, parámetros nutricionales preoperatorios, tiempo de inicio de uso de la gastrostomía, complicaciones y tiempo de hospitalización dependiente de GEP.

Se realizaron 105 GEP; 59 hombres y 46 mujeres; edad promedio 70,2 (15 a 93 años). 53 pacientes presentaban patología asociada, siendo hipertensión arterial la más frecuente (32). Usaron SND para alimentación 20 pacientes en domicilio y 38 en el hospital previo a la instalación de GEP. De ellos, 33 presentaron neumopatía (56,8%). En quienes no se uso SND, sólo 17 (36,1%) tuvieron neumopatía. Principal motivo de GEP fue trastorno de deglución (90 pacientes). Las causas más frecuentes fueron

accidente cerebrovascular (43), Alzheimer (9) y TEC (8). La albuminemia promedio fue 3,2 (margen 2,2 a 5,3); 30 tenían cirugías abdominales previas. Se utilizó anestesia general en 56, neuroleptoanalgesia en 31 y local en 18 pacientes. El tiempo promedio de GEP fue 12 minutos. Hubo Infección de Herida Operatoria (IHO) en 17 pacientes y filtración alrededor de gastrostomía en 2. La IHO se presentó en 1 de 27 (3,7%) pacientes hospitalizados sólo para realizar GEP y en 16 de 78 (20,5%) que estaban hospitalizados por la patología que determinó la necesidad de GEP. Su uso se inició al día siguiente y fueron dados de alta al tercer día. Sólo en un caso no hubo percepción de mejoría en su familia. Otro paciente que se autoretiró la GEP al segundo día, debió ser laparotomizado y falleció por neumopatía nosocomial (mortalidad 0,9%). GEP es una técnica de baja morbimortalidad en pacientes de alto riesgo. Su indicación precoz podría disminuir riesgo de neumopatías nosocomiales asociadas a SND y de IHO asociada a estadía hospitalaria prolongada.

MANEJO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTICULO DE ZENKER

Drs. Robles I, Loehnert R., De Monaco P., Rollan A., Gobelet J., Harz C., Castillo C., Saenz R., Navarrete C.

The Latin-American WGO Endoscopy Training Center. Olympus. Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile.

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una patología infrecuente, que causa morbilidad y deterioro de la calidad de vida en pacientes mayoritariamente añosos. Se ubica en la cara posterior de la faringe (triángulo de Killian). El síntoma cardinal es la disfagia. La terapia es quirúrgica e incluye resección del divertículo y miotomía del esfínter cricofaríngeo. La septotomía endoscópica permite esto último en forma menos invasiva. **Objetivo:** Describir factibilidad, complicaciones y resultados de septotomía endoscópica en el manejo del DZ. **Método:** Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a septotomía entre 2000 y Mayo-2009 por DZ sintomático. Se revisan los protocolos operatorios, ficha electrónica y se realiza seguimiento telefónico en algunos pacientes. La septotomía se realizó por un operador bajo sedación profunda, mediante bisturí de punta, utilizando un "cap" transparente para estabilización, colocando previamente una SNG y seccionando progresivamente el septo hasta lograr acceso expedito al esófago. **Resultados:** Se incluyen 40 pacientes, 25 hombres, con edad promedio de 77 años (rango 56-95). Todos con disfagia significativa, en 72% de los casos intensa (diaria). Otros síntomas asociados fueron pseudoregurgitación (64%), episodios de asfixia (64%), aspiración (12%) y baja de peso (28%). Un caso presentó hemorragia significativa que se controló mediante clip endoscópico. No hubo perforación en esta serie. La mayor parte refirió dolor significativo (EVA>5) post procedimiento.

Infiltración local con Bupivacaina en los últimos 4 pacientes, mostró buen resultado. Seguimiento promedio de 37 meses (rango 4-52) en 25 pacientes. El 92% de los pacientes relatan mejoría de los síntomas, en 52% alivio completo. Cinco pacientes (12,5%) requirieron una ampliación endoscópica de la septotomía (dos de ellos en 2 oportunidades), por respuesta insuficiente. Un paciente (2,5%) fue operado por persistencia de síntomas. Dos pacientes (5%) posteriormente se realizaron una gastrostomía percutánea, uno por agravamiento de su disfagia y el otro por presentar una neumonía aspirativa a pesar de mejorar de su disfagia. **Conclusiones:** La septotomía endoscópica es un método poco invasivo, seguro y efectivo para el manejo del DZ sintomático.

ACALASIA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. P. León, A. Csendes, I. Braghetto, N. Pereira, J. Lasen, J.M. Robles. Ints. V. Avillo, J. Salas, H. Hermosilla.

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La Acalasia Esofágica es un trastorno de la motilidad esofágica, de baja incidencia, caracterizado por relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI). Como alternativa terapéutica, la Cardiomiectomía anterior laparoscópica, con procedimiento antirreflujo asociado, es el más utilizado actualmente reportándose excelentes resultados a corto y largo plazo. **Objetivo:** Describir clínica, tratamiento y evolución de pacientes con Acalasia Esofágica tratados con Cardiomiectomía anterior laparoscópica en nuestro centro. **Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo descriptivo de fichas clínicas de pacientes con Acalasia Esofágica operados por laparoscopia en nuestro centro entre 1995-2009. Se analizó datos demográficos, clínicos, tratamiento prequirúrgico, cirugía, complicaciones y sintomatología postoperatoria. **Exclusión de fichas con datos incompletos.** Se utilizó Excel como plantilla de cálculo. **Resultados:** 158 pacientes con Acalasia Esofágica, excluyéndose 5 casos. Edad promedio: 44 años. DS: 15,3 años. 52,3% hombres. Disfagia 97%. Baja de peso promedio: 9,5 kilos. Duración sintomatología promedio: 46 meses. Presión EEI promedio: 33,55 mmHg, con aperistalsis esofágica. 2 casos tratados con Toxina Botulínica, 6 con alfa bloqueadores y 3 con dilatación endoscópica, siendo refractarios. En todos los casos se realizó Cardiomiectomía anterior laparoscópica asociado a funduplicatura parcial de Dor, como procedimiento antirreflujo. **Tiempo quirúrgico promedio:** 128 minutos. **Miotomía promedio:** 7,3 cm. **Complicaciones intraoperatorias:** 17 (11%) perforación mucosa, reparadas con sutura. 4 casos de conversión, 1 adherencias y 3 perforación esofágica amplia. 3 complicaciones postoperatorias inmediatas reoperadas. **Realimentación promedio**

al 2° día postoperatorio. Control radiológico posterior normal. 12 (7,8 %) disfagia funcional al año. Todos con disminución de la presión del EEI y sintomatología. Sin mortalidad reportada en esta serie. Conclusión: Los resultados obtenidos en nuestra serie coinciden con lo reportado en la literatura, señalando que la Cardiomiectomía anterior, asociada a procedimiento antirreflujo, por laparoscopia es una excelente alternativa terapéutica en pacientes con Acalasia Esofágica.

ACALASIA VIGOROSA. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs. P. León, A. Csendes, I. Braghetto, N. Pereira, M.C. Sarmiento, J.M. Robles, J. Lasen. Ints. V. Avillo, H. Hermosilla.
Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La Acalasia corresponde a un trastorno de la motilidad esofágica, de baja incidencia, caracterizado principalmente por relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI). Según la amplitud de las contracciones esofágicas distales se dividen en clásica (< 37 mmHg) y vigorosa (> 37 mmHg). Se ha reportado que estas últimas presentan mayor incidencia de dolor torácico. Como tratamiento, la Cardiomiectomía anterior asociada a procedimiento antirreflujo, es de elección en estos casos.

Objetivo: Describir clínica, tratamiento y evolución de los pacientes con Acalasia Vigorosa. **Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo descriptivo de fichas clínicas con diagnóstico manométrico de Acalasia Vigorosa entre los años 1998-2009. Se analizó datos demográficos, clínica, tratamiento prequirúrgico, cirugía, complicaciones y sintomatología postoperatoria. Se utilizó Excel como plantilla de cálculo.

Resultados: 25 casos de Acalasia Vigorosa. Edad promedio: 45 años. DS: 14,3 años. 52% mujeres. Disfagia 100%. Dolor 32%. Baja de peso promedio: 9 kg (0-30 kg). Duración sintomatología promedio: 31 meses (6-96 meses). Presión EEI promedio: 37,9 mmHg, con aperistalsis esofágica. 1 caso tratado con Toxina Botulínica, 2 con alfa bloqueadores y 1 con dilatación endoscópica, todos refractarios. Cardiomiectomía anterior con funduplicatura parcial de Dor (3 abiertas, 21 laparoscópicas). Tiempo quirúrgico promedio: 124 minutos. Miotomía promedio: 7,6 cm. Complicaciones intraoperatorias: 2 perforación mucosa, reparadas con sutura. Realimentación al 3° día postoperatorio en promedio. Control radiológico posterior normal. Sin reporte de complicaciones a largo plazo. 3 (12%) pacientes presentaron disfagia funcional al año postoperatorio. Todos con disminución de la presión del EEI y sintomatología. No se reporta mortalidad en esta serie.

Conclusión: Las características de la Acalasia Vigorosa evidenciadas en este estudio descriptivo concuerdan con lo publicado en la bibliografía,

poniendo en evidencia que la Cardiomiectomía anterior con funduplicatura parcial de Dor es una alternativa adecuada de tratamiento, con buena evolución a corto y largo plazo.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE HERNIOPLASTÍA HIATAL CON MALLA POR LAPAROSCOPIA.

Drs. A. Donoso, Inta. J. Espinoza, G. Pérez, A. Escalona, F. Crovari, F. Pimentel, R. Funke, A. Sharp, C. Boza, JF. Guerra, N. Jarufe, L. Ibañez.
Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hernioplastia por vía laparoscópica es actualmente el tratamiento de elección para la reparación de las hernias hiatales sintomáticas. Sin embargo, se ha asociado a altos niveles de recurrencia, lo que ha llevado al uso de prótesis para reparar el defecto hiatal.

Objetivo: presentar los resultados quirúrgicos de los pacientes sometidos a hernioplastia hiatal con malla por vía laparoscópica en nuestro centro. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo, basado en la revisión de los registros clínicos de pacientes sometidos a hernioplastia hiatal con malla por vía laparoscópica. Se analizó en conjunto con los datos demográficos e indicación quirúrgica, los aspectos técnicos del procedimiento (técnica quirúrgica, tipo de malla utilizado, método de fijación) junto a los resultados y evolución post-operatorios. **Resultados:** La serie está compuesta por 19 pacientes, 15 mujeres y 4 hombres, operados entre noviembre de 2001 y abril de 2009. La edad promedio fue 63 años (46 a 91 años). Las principales indicaciones quirúrgicas fueron dolor abdominal/disfagia (32%), anemia/úlceras de Cameron (29%) y RGE (12%). 3 pacientes debutaron con un vólvulo gástrico y fueron operados de urgencia. El tiempo operatorio promedio fue 126 min (70 - 300 min). Se utilizó una malla Proceed® en 10 pacientes, de Prolene en 3 pacientes, Ultrapro® en 3 pacientes, de Prolene/PTFE en 1 paciente y una malla Sepramesh® en 1 paciente. El método de fijación fue con Protack® en 14 pacientes y mediante sutura manual en 5 pacientes. No hubo conversión a cirugía abierta. 3 pacientes presentaron complicaciones respiratorias (derrame pleural; 2, atelectasia; 1). El tiempo promedio de hospitalización fue 3 días (2-6 días). No hubo mortalidad en nuestra serie. Todos los pacientes se encuentran asintomáticos y sin recidiva actualmente. **Conclusiones:** la hernioplastia hiatal con malla laparoscópica es una cirugía factible, con baja morbilidad y resultados postoperatorios satisfactorios.

CIRUGÍA CURATIVA (R0) DEL CARCINOMA GÁSTRICO Y CALIDAD DE VIDA: ESTUDIO PROSPECTIVO.

Drs. M. Vía^{1,2}, D. Dorcarato², R. Prieto², S. Puig

² JM Ramón ², L. Grande ², M. Pera ².
¹Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. ²Servicio de Cirugía, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España.

Introducción: El adenocarcinoma gástrico (ACG) afecta significativamente la calidad de vida (CV) de los pacientes. En ellos la cirugía tiene como objetivo curar la enfermedad, evitando empeorar la CV.

Objetivo. Valorar asociación entre variables biodemográficas, tipo de cirugía y complicaciones postoperatorias (CPO) con la evolución de la CV de pacientes operados por ACG.

Pacientes y métodos. El módulo base (QLQ-C30) y específico (QLQ-ST022) para cáncer gástrico de la EORTC, fueron administrados en el preoperatorio, a los 6 y 12 meses, a una cohorte prospectiva de pacientes intervenidos de gastrectomía total (GT) o subtotal (GST) con intención curativa (RO) por ACG. La CV se analizó por género, edad, tipo de cirugía y CPO (clasificación de Clavien). **Resultados.** Se incluyeron 33 pacientes (33,3% mujeres; edad $72 \pm 11,8$ años). 20 (60,6%)

intervenidos de GT y 13 de GST (39,4%). 19 (57,6%) presentaron alguna CPO: 11 (33,3%) leves (Clavien I y II) y 8 (24,2%) graves (Clavien III y IV). Globalmente algunas escalas de CV (función emocional, constipación, diarrea, dolor e imagen corporal), variaron en el tiempo (a 6 y 12 meses). La CV basal fue peor en las mujeres (escalas de función física y disfagia); y en los pacientes que presentaron CPO graves (escala de dolor). Las mujeres mejoraron su puntuación en términos de pérdida del apetito y constipación y los pacientes intervenidos de GT empeoraron en términos de limitación a la alimentación; los pacientes con CPO empeoraron en reflujo y aquellos con solo CPO leves empeoraron además en ansiedad. **Conclusión.** A los 6 y 12 meses postoperatorios, la mayoría de los aspectos de la CV permanecen sin cambios, o varían levemente, en los pacientes con ACG sometidos a GT o GST RO. El género, el tipo de cirugía y las CPO afectan significativamente algunos componentes de la CV de estos pacientes.

Seccional: HERNIAS.

RESULTADOS COMPARATIVOS EN PACIENTES OPERADOS DE HERNIA DE PARED ABDOMINAL CON MALLAS DE BAJA Y ALTA DENSIDAD

Drs. J.Morales^{1,4}, C.Morales², R.Rebolledo³, J.Novoá², E.Otero³.

¹ Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán. ² Médico General de Zona, Hospital de Puerto Aysén
³ Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción. ⁴ Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: Las mallas estándar de alta densidad utilizadas comúnmente en la reparación de defectos herniarios inducen una potente reacción fibrótica que potencialmente puede causar efectos no deseados a largo plazo que afectan la calidad de vida de las personas. El uso de mallas de baja densidad puede ser beneficioso en este resultado.

Material y Método: Se entrevistó a 62 pacientes operados de hernias de pared abdominal de los cuales 31 fueron reparados con malla de alta densidad (Prolene) y 31 con malla de baja densidad (Ultrapro™). Se utilizó la encuesta validada de calidad de vida SF-36 aplicada en controles post-operatorios a los 2 y 6 meses. La información fue tabulada en planilla especialmente diseñada. Los resultados fueron analizados con el software estadístico SPSS 1.1.

Resultados: De los pacientes operados con malla de baja densidad sólo 1 paciente presentaba molestias en la zona reparada al realizar esfuerzos físicos durante su jornada laboral mientras que de los pacientes operados con malla de alta densidad 10 presentaban molestias en la zona reparada, específicamente dolor. Un paciente de los operados con malla de alta densidad falleció durante el seguimiento por causa natural (edad avanzada).
Conclusión: El uso de mallas tanto de baja como alta densidad son seguras, bien toleradas y con una buena rehabilitación post-operatoria. Sin embargo, el uso de mallas de alta densidad está asociado a una mayor incidencia, a largo plazo, de dolor y malestar en los pacientes lo que altera su calidad de vida, lo cual no se observa en aquellos operados con mallas de baja densidad, debido a que producen menos fibrosis, se integran mejor al tejido conectivo y producen mínimo tejido cicatricial, mejorando el comfort del paciente.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OPERADOS DE HERNIA DE PARED ABDOMINAL CON MALLA DE BAJA DENSIDAD (ULTRAPRO™)

Drs. J.Morales^{1,4}, C.Morales², R.Rebolledo³, J.Novoá², E.Otero³.

¹ Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martín,

Chillán

² Médico General de Zona, Hospital de Puerto Aysén

³ Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción

⁴ Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Santísima Concepción

Introducción: El uso de mallas libres de tensión en cirugía de reparación de hernias de pared abdominal es un hecho común y, hoy en día, se sabe que el uso de mallas de baja densidad son seguras, bien toleradas y presentan una rehabilitación post-operatoria aceptable en el corto plazo. Nuestro estudio tiene como objetivo determinar la calidad de vida a largo plazo de pacientes operados de hernias de pared abdominal en los que se utilizó malla de baja densidad en su reparación (Ultrapro™).

Material y Método: Se entrevistó a 31 pacientes, operados de hernias de pared abdominal entre Enero 2007 y Mayo 2009 en los cuales se usó una malla de baja densidad (Ultrapro™) para la reparación del defecto herniario, durante controles post-operatorios a los 2 y 6 meses. Se utilizó para ello la encuesta validada de calidad de vida SF-36. La información fue tabulada en planilla especialmente diseñada. Los resultados fueron analizados con el software estadístico SPSS 1.1.

Resultados: De los 31 pacientes encuestados, el 100% no presentó ninguna molestia y su calidad de vida había mejorado a los 2 meses post-operatorios. A los 6 meses, de 28 pacientes encuestados, sólo 1 paciente presentaba molestias en la zona reparada al realizar esfuerzos físicos durante su jornada laboral.

Conclusión: El uso de mallas de baja densidad en la reparación de hernias de pared abdominal parece ser seguro, ser bien toleradas y presentar una buena rehabilitación post-operatoria en el corto y largo plazo por parte de los pacientes, con una baja incidencia de efectos no deseados que disminuyan la calidad de vida de los pacientes.

INDICACIONES DE RETIRO DE MALLA EN PATOLOGÍA HERNIARIA

Drs. J. Robles, J. Rappoport, M. Albán, J. Silva, A. Debandí, D. Rappoport, J. Lasen, P. León

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El concepto moderno acerca de la etiología de las hernias hace recomendable el empleo de material protésico en la cirugía herniaria. Se estima que un millón de mallas se implantan anualmente en el mundo. El uso mallas ha contribuido significativamente a reducir la recidiva herniaria. La malla de polipropileno, monofilamento, macroporosa tiene una excelente tolerancia tisular. Existe escasa información en la literatura acerca de

potenciales efectos adversos de estos materiales protésicos.

Objetivo: Analizar las indicaciones de retiro de material protésico en nuestro hospital. **Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes portadores de malla, desde Enero de 2005 a Junio de 2009. **Análisis de:** malla protésica y material de sutura utilizado, indicación de retiro de malla, cirugía realizada, histopatología, y evolución postoperatoria.

Resultados: En el período se efectuaron 2.833 implantes de malla. En 12 pacientes (0,4%), fue necesario retirar mallas. 8 mujeres y 4 hombres, edad promedio de $60,7 \pm 7,9$ años. Las indicaciones de retiro del biomaterial fueron: supuración crónica (6 casos), infección aguda (2 casos), recidiva herniaria (2 casos), dolor crónico (1 caso) y seroma crónico (1 caso). La biopsia muestra un proceso inflamatorio crónico granulomatoso tipo cuerpo extraño. La evolución postoperatoria fue favorable, sin encontrar complicaciones postquirúrgicas o recidiva, con un seguimiento promedio de 12 meses. Hubo un caso de mortalidad no relacionado con la operación. **Discusión:** La frecuencia de retiro de malla es baja, en nuestro hospital representa el 0,4% de la cirugía herniaria. El explante de una malla es factible, con una cuidadosa selección del paciente, y se obtuvieron buenos resultados a corto y mediano plazo. La literatura recomienda que estos casos sean manejados por cirujanos de experiencia. La aparición de infección crónica, fue la principal indicación de retiro de prótesis; puede prevenirse evitando el uso de poliéster como material de sutura en la fijación de la malla.

HERNIA INCISIONAL COMPLICADA: USO DE MALLA Y COMPLICACIONES

Drs. H. Bosch, C Vargas, R Díaz.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Introducción: La recidiva herniaria en hernia incisional sin uso de malla, alcanza un alto porcentaje (20-60%), de allí la importancia del uso de malla para disminuir hasta un 6% la recidiva que conlleva un riesgo de morbimortalidad de un 10%, es importante conocer los factores que se asocian a la infección de ella, para decidir mejor su uso. **Objetivo:** Evaluar el impacto de los factores de riesgo en el uso de malla en operación de hernia incisional complicada.

Método: Estudio retrospectivo observacional de hernias incisionales complicadas operadas entre los años 2001 y 2008 que incluyó 219 cirugías. Se confeccionó una base de datos que incluyó sexo, edad, enfermedades concomitantes, tiempo de evolución, dimensión del anillo herniario, operaciones previas, asa, tipo de cirugía, uso o no de malla, tipo de malla, uso de drenajes, complicaciones, etc. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores que incidieron en la decisión de usar malla y una segunda regresión para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria. Los

análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados: En pacientes de entre 27 y 91 años (media de 65 años), un 84% fueron mujeres. Se usó malla en 77 cirugías (35%) en proporción similar en ambos sexos. Se infectaron 21 pacientes (9,6%) y fallecieron 7 (3,2%). Factores predictores independientes del uso de malla fueron el diámetro del anillo herniario ($p=0,0045$) y la ausencia de obstrucción consignada al ingreso ($p=0,039$). En general, se evitó su uso en pacientes diabéticos sin significancia estadística (OR 0,47 $p=0,078$). La infección de herida operatoria sólo se asoció a colostomía (OR 10,1; $p=0,043$) en el análisis multivariante. Sin embargo, la ocurrencia de infección no se asoció al uso de malla, ni al puntaje ASA, ni a las patologías concurrentes que presentaban los pacientes.

Conclusiones: Evaluadas las variables, se puede aumentar el uso de malla de un 35% a 69%.

HERNIAS DE PARED ABDOMINAL COMPLICADAS OPERADAS DE URGENCIA. SERIE DE CASOS

Drs. F. Venturelli^{1,2}, L. Paredes², G. Paillahuque², P. Borquez^{1,2}

¹Servicio de Urgencia. Hospital Base Osorno

²Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Campo Clínico Osorno

Introducción: La patología herniaria es frecuente de ver en la práctica del cirujano general, y sus complicaciones sigue siendo causa de morbimortalidad. **Objetivo:** Describir los aspectos clínicos y biodemográficos de los pacientes operados de urgencia con diagnóstico de hernia complicada en el HBO entre los años 2002 y 2004. **Material y métodos:** Serie de casos con seguimiento a partir de la fecha operatoria. Se incluyeron todos los pacientes operados por hernia según su localización y que estuvieran atascada o estrangulada. El seguimiento concluyó en mayo de 2009. En una base de datos ad hoc se registraron las variables de interés entre las cuales destacan: edad, sexo, comorbilidad, localización, tipo de reparación, complicaciones y recidiva. Los resultados se expresan en medias, medianas o porcentajes. Se utilizó el programa estadístico Stata 10.0

Resultados: La serie incluyó 84 casos. Mediana de edad 64 (24-84) años. Sexo predominante fue el femenino con 62 (73,80%) casos. 72 hernias (85,71%) estaban atascadas y 12 (14,28%) estranguladas. La localización más frecuente fue la umbilical con 29 (34,52%) casos, seguido por la inguinal con 20 (23,80%), incisional con 19 (22,61%), crural con 14 (16,66%) y epigástricas con 2 (2,38%) casos. Hubo 12 (14,28%) reparaciones con malla (todas atascadas). Mediana de días hospitalización posoperatorios 4 (1-37). 3 casos de mortalidad operatoria (1 inguinal, 1 umbilical y 1 incisional). En 11 (13,10%) pacientes se mantuvo tratamiento antibiótico durante el posoperatorio, de estas 5 fueron hernias estranguladas. 19 (22,61%) pacientes presentaron alguna complicación: (4

(33,33%) de las estranguladas y 15 (20,83%) de las atascadas). Estas fueron 11 (13,10%) infecciones de herida operatoria y 4 (47,61%) seromas. En ningún caso de la serie fue necesario retirar la malla. En 16 (19,04%) casos recidivó la hernia. Mediana de seguimiento 74 meses.

Conclusión: En esta serie el índice de recidiva es alto. El porcentaje de instalación de malla bajo. La probabilidad de retiro de malla es bajo.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA HERNIORRAFIA INGUINAL CON MALLA ¿NECESIDAD O DOGMA?

Drs. León J., Acevedo A.

MINSAL, Centro de Cirugía de las Hernias del CRS Cordillera Oriente, Santiago

Introducción: La herniorrafia inguinal electiva es una cirugía limpia y por ello el uso de profilaxis antibiótica no está indicado. El uso de la profilaxis antibiótica en la cirugía herniada con malla es controversial.

Nuestro objetivo es establecer la efectividad de la profilaxis antibiótica en herniorrafia inguinal con malla efectuada con anestesia local y en forma ambulatoria y con la técnica de Lichtenstein, asociada ocasionalmente a la colocación de un tapón de Gilbert.

Material y método: En el presente estudio observacional tipo caso control se analizaron 955 pacientes operados con malla durante un periodo de 10 años (1998- 2008) en el Programa de Cirugía Ambulatoria del CRS Cordillera. Los controles fueron 245 pacientes intervenidos con profilaxis antibiótica (Igr de Cefazolina® intravenosa, inmediatamente antes del procedimiento quirúrgico) y los casos 710 pacientes operados sin ella. La información clínica, del acto quirúrgico y los controles postoperatorios se introdujeron en el archivo del Proyecto de Cirugía de las hernias construido en el "software" de cálculo epidemiológico EpiInfo 2000 que posibilita el análisis estadístico de los datos.

Las variables demográficas, los antecedentes mórbidos y la duración del acto quirúrgico fueron comparables en ambos grupos. Se definió la infección de herida operatoria como la presencia de exudado purulento, con cultivo bacteriano positivo. Resultados: Se registraron 2 casos de infección de herida en cada grupo correspondiendo a un 0,35% de los casos y a un 1,05% de los controles. Esta diferencia no fue significativa ($P < 0,08$), sin embargo llama la atención la mayor proporción de infecciones en los pacientes con profilaxis. El tratamiento de la infección fue ambulatorio con drenaje de la herida y terapia antibiótica oral. El germen aislado fue en todos los casos el Estafilococo dorado. Conclusiones: La tasa de infección en la herniorrafia inguinal electiva ambulatoria con malla es baja. La profilaxis antibiótica no fue un factor determinante en el control de las infecciones en estos pacientes. Medidas estrictas preventivas de infección parecen ser lo fundamental en la profilaxis de la infección

en la cirugía electiva de las hernias inguinales.

HERNIOPLASTIA LAPAROSCOPICA: EXPERIENCIA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Drs. Figueroa E., Gabrielli M., Funke R., C. Gamboa, N. Jarufe, F. Pimentel, A. Escalona, L. Ibáñez, C. Boza.

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hemioplastia con malla es la técnica de elección para el tratamiento de las hernias de la pared abdominal. La reparación laparoscópica de éstas ha surgido como alternativa a la cirugía abierta con menor dolor postoperatorio y estadía hospitalaria. Objetivos: Analizar los pacientes sometidos a hemioplastia laparoscópica en nuestro centro evaluando la evolución postoperatoria y la presencia de complicaciones precoces.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a hemioplastia laparoscópica de la pared abdominal anterior en el servicio de cirugía de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el período Enero 2006 a junio del 2009. Resultados: En el período estudiado 31 pacientes fueron candidatos para hemioplastia laparoscópica, de éstos, en 29 fue exitoso. La edad promedio fue de $55,4 \pm 15$ [28 - 85], el 75,9% de sexo femenino, el IMC promedio fue de $31 \pm 6,6$ kg/m². La ubicación más frecuente fue LMSU 24,1%, Umbilical 20,7%, LMIU 17,2%, LMSU e IU en 10,3%, LPMIU 6,9% y otras en un 9,38%. Eran recidivadas en el 34,4% con un promedio de recidiva de 2,1 veces y de evolución en el tiempo de 21,2 meses. El diámetro hemiario promedio fue de 9 cms, se utilizó malla con recubierta con metil-celulosa. El tiempo operatorio promedio fue de 118 ± 67 min y la mediana de 70 minutos (45 - 300). En 2 casos esta se realizó en conjunto con una gastrectomía en manga. La estadía hospitalaria fue de $2,9 \pm 1,6$ [1 - 8] días. Se presentaron complicaciones precoces menores en 3 pacientes, siendo éstas Seroma (1), atelectasia (1), y hematoma local en un paciente. El seguimiento promedio fue de 13,8 meses y una mediana de 11,6 meses. No se presentó recidiva durante este periodo y dos pacientes presentaron dolor prolongado.

Discusión: La Técnica laparoscópica es una alternativa válida y segura en el tratamiento de las hernias de la pared abdominal, con resultados postoperatorios satisfactorios.

REPORTE DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE LA SERENA CON LA HERNIOPLASTIA INTRAPERITONEAL APLICANDO UNA PUNTUACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A ESTA CIRUGÍA

Drs. M.A. Beltrán¹, M.A. Godoy², F.J. González², D.I. Margulis², K.S. Cruces²

¹Servicio de Cirugía, Hospital de La Serena. ²Escuela de

Introducción. El reporte de los resultados quirúrgicos en la actualidad exige no solo la excelencia quirúrgica sino también la mejoría de la calidad de vida del paciente. Este hecho ha sido ampliamente estudiado en la cirugía herniaria. Reportamos la experiencia inicial de la hernioplastia intraperitoneal con mallas compuestas en el Servicio de Cirugía del Hospital de La Serena y describimos la utilización de un instrumento para el reporte de nuestros resultados investigando en la calidad de vida de nuestros pacientes. **Pacientes y método.** Entre Agosto 2008 y Julio 2009, 19 pacientes con hernias incisionales fueron sometidos a hernioplastia intraperitoneal, de ellos 4 fueron cirugías laparoscópicas y 15 cirugías abiertas. Las variables dicotómicas y categóricas se reportan como proporciones y las variables continuas como promedios y desviación estándar. Se investigaron entre otras variables el índice de masa corporal (IMC), superficie de la hernia, tamaño de malla utilizado, complicaciones, tiempo del seguimiento, recurrencia a corto plazo, y las variables de la puntuación de calidad de vida. **Resultados.** El promedio del IMC fue $29,6 \pm 6,2$ kg/m² (22-41), el promedio de la superficie de las hernias fue $106,5 \pm 159$ cm² (14-575), el promedio de estadía hospitalaria fue $6,1 \pm 5$ días (2-21), la mayoría de los pacientes (68,4%) no presentaron complicaciones siendo las más frecuentes las infecciones del sitio quirúrgico, el promedio de seguimiento fue $7,6 \pm 2,4$ meses (3-12), no se presentaron recurrencias y el puntaje promedio de la calidad de vida fue $14,8 \pm 2$ puntos (11-18), siendo considerados como resultados excelentes las puntuaciones sobre 16 puntos (8 pacientes, 42%). **Conclusiones.** La hernioplastia intraperitoneal parece ser una opción segura para la reparación de hernias incisionales. Los resultados a largo plazo de esta técnica en nuestros pacientes y su influencia en la calidad de vida de los mismos se reportarán los próximos años.

HERNIAS (H) BAJAS Y MUY BAJAS DE LA LÍNEA DE SPIEGEL (Sp)

Drs. León J. Acevedo A,
MINSAL, Centro de Cirugía de las Hernias del CRS
Cordillera Oriente, Santiago

Introducción: Numerosos autores dan cuenta de H que constituyen habitualmente un hallazgo durante las herniorrafias inguinales y que se desarrollan a través del plano constituido por los músculos transverso y oblicuo interno, por encima del anillo inguinal profundo. Se las ha llamado hernias intersticiales o hernias de Sp. bajas. En el presente estudio observacional, descriptivo, damos cuenta de estas hernias así como de otras, aún más bajas, que se aprecian en la línea de Spiegel, en el canal inguinal (H dir. pediculadas).

Material y método: Desde la fundación del Centro de H del CRS hemos utilizado un abordaje disectivo que expone y evalúa el anillo inguinal profundo, la pared posterior del canal inguinal y el músculo

oblicuo interno. Los hallazgos han sido introducidos en una base de datos construida con el Programa EpiInfo 2000 que permite el manejo estadístico de la muestra. La observación abarca 9 años, entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2008. Las H de Sp. bajas están bajo la línea interespinosa y sobre los vasos epigástricos, las muy bajas están bajo estos vasos.

Resultado: Durante este período se intervinieron 1442 hernias inguinales y 23 hernias de Spiegel. Las H de Sp bajas y muy bajas constituyeron un hallazgo en herniorrafias inguinales y se desarrollaron en un defecto (fisura) de la aponeurosis del transverso.

TABLA.- CARACTERÍSTICAS DE LAS HERNIAS (**)=P < 0,05; (*)=P < 0,06

TIPO	n	H Indir/dir	Varón/mujer	Edad (X)	IMC
Hernia inguinal	1474	1,03/1	5,8/1	51,8	25,7
Hernia de Spiegel	23	(-)	0,4/1 (**)	59,6 (**)	27,6 (**)
Spiegel baja	106	1,7/1	1,3/1 (**)	56,0 (*)	26,6 (*)
Spiegel muy baja	87	1,5/1	3,3/1 (**)	56,1 (*)	25,6

Las características estudiadas sugieren diferencias significativas entre las hernias inguinales directas e indirectas y las que aparecen como una deficiencia circunscrita de la línea de Spiegel (Ver Figura). **Conclusiones:** Las H Sp. bajas y muy bajas se encuentran en el 13% de las herniorrafias inguinales y se localizan en la línea de Spiegel. Ellas presentan algunas características que las diferencias de las hernias inguinales directas e indirectas que sugieren una etiología común con las H de Spiegel clásicas (localizadas por encima de la línea interespinosa).

REPARACIÓN DE LA HERNIA UMBILICAL CON LA TÉCNICA DE GILBERT (PHS). REPORTE DE UN CASO.

Drs. C. dos Santos Júnior, R. Mendonça, W. Chaves
Departamento de Cirugía, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Brasil

Introducción: La hernia umbilical representa el 10% de todas las hernias de la pared abdominal, lo que afecta a un número considerable de pacientes en nuestro servicio de cirugía para corregirlas. La reparación anatómica tiene descrita una recurrencia de más de 40%. La técnica de Gilbert emplea una malla tridimensional, con una lámina que cubre el espacio pré-peritoneal, un conector que se ubica en el defecto y una lámina que reposa bajo la aponeurosis. Esta técnica es de fácil reproductividad y presenta un índice de recurrencia bajísimo, cerca de zero, pero ha sido empleada lo muchas veces para la hernioplastia inguinal.

Objetivo: El trabajo es presentado con el propósito de mostrar una alternativa para la reparación de la hernia umbilical, con una técnica libre de tensión y con bajas tasas de reincidencia.

Procedimiento quirúrgico: Se realizó una incisión infraumbilical semicircular, seguida de la disección del saco hasta su base en el anillo herniario. La hernia fue reducida y la malla de PHS ubicada tal como se hace en las reparaciones inguinales, lo diferente fue que la lámina externa es recortada para

que quede circular y con más o menos el mismo tamaño de la lámina interna. Se fija la lámina externa por cuatro puntos cardinales de prolene 3.0. Seguimiento: El paciente fue examinado con intervalos de una semana, 15 días y 6 meses. Resultado: El empleo de la malla tridimensional de PHS y la técnica de Gilbert tuvo un buen resultado para la reparación de la hernia umbilical.

CIRUGÍA DE HERNIA EN PACIENTES USUARIOS DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL.

Drs. D. Roizblatt, J. Rappoport S., M. Albán, J. Silva S., A. Debandi, D. Rappoport W.

Unidad de Hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Introducción: Las recomendaciones y protocolos de manejo perioperatorio de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TACO), son variables en diferentes centros.

Objetivos: El propósito del presente estudio, es presentar nuestro protocolo de manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a reparación herniaria en TACO.

Material y método: Protocolo: suspensión de TACO 4 días preop., e inicio de Heparina de bajo peso molecular (HBPM) Fragmin®, 5.000 udds c/12 horas sc. hasta 12 horas antes de la cirugía. Control INR 24 horas antes de la cirugía. (Se consideró límite de 1.5). Reinicio de HBPM 12 horas postoperatorio, hasta alcanzar niveles terapéuticos de TACO, que se reinicia 24 horas postoperatorio. Se evaluó morbilidad postoperatoria, especialmente en relación a complicaciones hemorrágicas. **Resultados:** Se presentan 4 pacientes operados entre enero y julio 2009. Edad promedio: 63.75 años. Rango (58-67). Género masculino 2 y femenino 2. Dg. Preops: hernia umbilical 2 y hernia inguinal 2. Indicación de TACO: Fibrilación auricular = 2 (reemplazo valvular 1), antecedente trombosis mesentérica = 1, trombofilia por déficit proteína C = 1.

INR deseado en TACO 2 a 3,5, INR ingreso 1.17 a 2.5, INR preop 1.1 a 1.5.

Suspensión de TACO según protocolo y reinicio a las 24 horas.

Cirugía efectuada: técnica Lichtenstein 2, herniorrafia umbilical con prótesis 2 y drenaje, retirados segundo y tercer día. Días estada: promedio 6.25 días, rango (3 a 12)

No se registró mortalidad, ni complicaciones de sangrado intraoperatorio o hematomas postoperatorios. Un paciente presentó equimosis zona operatoria y sitios de punción de heparina. No se presentó otro tipo de morbilidad postoperatoria general o relacionada con la patología de la indicación de TACO. Ningún paciente requirió transfusiones. **Conclusiones:** El protocolo empleado de manejo perioperatorio de pacientes en TACO permitió efectuar la cirugía herniaria con seguridad en

pacientes seleccionados asociado a un aumento de costos y estadía hospitalaria.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA HERNIORRAFIA UMBILICAL

Drs. J. León¹, R. Rebolledo², A. Maira³, C. Jadue², A. Acevedo¹

¹ Programa de Cirugía Ambulatoria de las Hernias, CRS Cordillera Oriente, Santiago. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Oriente-Peñalolén. ² Residente Cirugía General, Universidad de Chile, Campus Oriente, ³ Interna de Medicina. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Oriente.

La hernioplastia umbilical es una cirugía frecuente y propensa a la aparición de complicaciones infecciosas de la herida quirúrgica. El uso de profilaxis antibiótica en las mismas no está bien documentado.

El objetivo de este trabajo es informar sobre la efectividad de la profilaxis antibiótica en la herniorrafia umbilical efectuada con anestesia local y en forma ambulatoria.

En el presente estudio observacional retrospectivo se analizaron 432 pacientes operados por herniorrafia umbilical durante un periodo de seguimiento de 10 años (1998- 2008). Los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, se dividieron en 3 grupos: Grupo 1(140): Constituido por pacientes sometidos a reparación herniaria con profilaxis antibiótica preoperatorio de Ig de Cefazolina IV. Grupo 11(179): Constituido por pacientes sometidos a reparación herniaria sin usar ningún tipo de profilaxis. Grupo 111(113): Constituido por pacientes sometidos a reparación herniaria con profilaxis local de gentamicina. Los controles clínicos se efectuaron por un miembro del equipo en los 30 días siguientes a la intervención, en a lo menos dos oportunidades. Las variables demográficas, antecedentes mórbidos y la duración del acto quirúrgico fueron comparables en los tres grupos. La infección se diagnosticó por la presencia de exudado purulento, con cultivo bacteriano positivo.

Como resultados se registraron 8 casos de infección de herida, 3 en el grupo I, 3 en el Grupo II y 2 en el Grupo III. El tratamiento fue ambulatorio. El germen aislado fue en todos los casos el *Estafilococo dorado*. La tasa de infección en nuestros pacientes fue baja y la profilaxis antibiótica no fue un factor determinante en la prevención de las infecciones.

Seccional: MAM A .

CÁNCER HEREDITARIO DE MAMA O DE OVARIO : EXPERIENCIA PILOTO DE UN PROGRAMA DE ASESORAMIENTO GENÉTICO A FAMILIAS DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL PADRE HURTADO , SANTIAGO , CHILE .

Drs. S.M Argarit¹, H .Rojas², S.Bühler², L.Jara³, P.González³, L.Seccia³, M.L.Guzmán¹, G.Repetto¹.
¹Centro de Genética Humana. Facultad de Medicina, Clínica Alemana -Universidad del Desarrollo. ²Unidad de Patología Mamaria y Equipo de Oncología Hospital Padre Hurtado. ³Programa de Genética Humana del Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. El 5-10% del cáncer de mama y/u ovario se debe a causas hereditarias que aumentan significativamente el riesgo de estas patologías. El asesoramiento genético en cáncer hereditario es realizado con poca frecuencia en Chile y sólo un número pequeño de individuos que cumplen con criterios de alto riesgo tienen opciones de obtener información sobre sus riesgos de desarrollar cáncer y de realizarse el examen genético de los genes BRCA 1 y 2.

Describimos el primer programa de asesoramiento genético en cáncer en un hospital público de Santiago.

Los objetivos del programa fueron: 1. Identificar personas con cáncer hereditario en base a su historia personal y familiar. 2. Proveer asesoramiento genético no directivo a pacientes de bajos recursos y a sus familiares. 3. Identificar portadores de mutaciones en los genes BRCA . 4. Establecer un programa de seguimiento y manejo médico adecuado a familias de alto riesgo hereditario.

Método: Se revisó el registro de pacientes con cáncer de mama diagnosticadas desde el año 2004 al 2008 en el Hospital Padre Hurtado para identificar pacientes que cumplieran los criterios de diagnóstico precoz (<50 años) y familiares de 1ero 2do grado afectados. Una asesora genética realizó 2 o más entrevistas a cada paciente y estimación de riesgo de cáncer hereditario. Se ofreció diagnóstico molecular a las pacientes de alto riesgo y a los parientes de pacientes con mutaciones. **Resultados:** Se identificaron 43 pacientes de alto riesgo de cáncer hereditario y se realizó el asesoramiento genético a 14 (32,5%) pacientes. Ocho consintieron realizarse el examen genético y dos resultaron positivos para mutaciones en BRCA -1 y uno, positivo para una variante de significado desconocida en BRCA -2. Se ofreció diagnóstico molecular a los familiares sanos (n=3), de los cuales 1 tuvo la mutación. Se indicó screening a esta portadora "sana", detectándose un caso de cáncer de ovario presintomático. **Conclusión:** El

número de pacientes que participaron en el estudio es pequeño y aún quedan pacientes por contactar. Sin embargo, los resultados reflejan la importancia de incorporar el asesoramiento genético como un componente integral en el cuidado de pacientes de alto riesgo y sus familiares.

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 75 AÑOS .

Drs. F.Bustos, A.Donoso, S.Bühler, C.Cortes, H.Rojas, G.Wiedmaier, Ints.M.Figueroa, D.Zamorano Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile. La incidencia de esta patología aumenta con la edad. Con el aumento de la expectativa de vida de la población se espera un aumento de casos en pacientes mayores de 75 años. El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia de nuestra institución en el manejo del cáncer de mama en mayores de 75 años. **Materiales y método:** Estudio retrospectivo, se incluyeron todas las pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en nuestro hospital. Se analizaron comorbilidades, estadio al diagnóstico, histología, presencia de receptores, cirugía realizada, tratamiento adyuvante, seguimiento y supervivencia.

Resultados: Se obtuvieron 55 pacientes entre Enero de 2001 y Junio de 2009. La edad promedio fue $79,8 \pm 4,09$ años. El 81% presentaba comorbilidades, siendo las más frecuentes HTA (61%), Cardiopatía coronaria e hipertensiva (13%) y Diabetes (11%). El 23,6% de las pacientes presentó tumor T1, 45,4% T2, 14,5% T3, 14,5% T4 y un caso de Carcinoma ductal in situ. El 27% presentó adenopatías axilares con metástasis y 72% metástasis a distancia. El tipo histológico más frecuente fue carcinoma ductal infiltrante. La cirugía más frecuente fue mastectomía parcial o total con linfonodo centinela. El 76% recibió hormonoterapia, 47% radioterapia y 14% quimioterapia coadyuvante. El seguimiento promedio fue de 32 meses (2 a 105 meses) con una mortalidad general de 18%. **Conclusión:** El cáncer de mama es frecuente en pacientes mayores de 75 años. En nuestra institución observamos un alto porcentaje de pacientes con etapas precoces. Se observó que no todas las pacientes con indicación de quimioterapia la recibieron, explicado principalmente por las comorbilidades y bajo performance status. En nuestra serie la mortalidad general fue menor que lo reportado en series nacionales.

USO DEL ZOMETA® PROFILACTICO EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Drs. P. Escobar, A. Mañra, C. Lobos, K. Junemann, M. Estolaza

Unidad de Mastología, Hospital Santiago Oriente. Depto. Cirugía Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: El uso de inhibidores de aromatasa como terapia adyuvante en el cáncer de mama produce una desmineralización ósea secundaria que requiere prevención y manejo. El ácido zoledrónico (Zomet®) es uno de los fármacos endovenosos utilizados con este fin que por su alto costo y vía de administración nos hizo plantear su reemplazo por ácido ibandronico oral mensual. Sin embargo, al comenzar el estudio prospectivo, reportes preliminares revelaron un aumento de sobrevida libre de enfermedad en las pacientes usuarias de Zomet® que quisimos investigar en nuestras pacientes.

Materia y Método: Revisión de fichas de 40 pacientes con cáncer de mama a no metastásico usuarias de letrozole tratadas en el Hospital Santiago Oriente, 21 usuarias además de Zomet® bianual y 19 con letrozole exclusivo. Se analizaron por estadios, edad y aparición de eventos adversos a los 6-12-24 meses de seguimiento.

Resultados: La edad promedio del grupo con letrozole-Zomet® fue 70,42 años versus 70,5 años en el de letrozole exclusivo. En el grupo Zomet® 20 pacientes corresponden a estadios I y II y una paciente a estadio III, versus 16 pacientes en estadios I y II, y 3 en estadio III en grupo sin Zomet®. La indicación de letrozole fue: reacción adversa a tamoxifeno, trombosis venosa o infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebro-vascular y progresión de enfermedad con tamoxifeno. En el grupo con zomet® hubo 2 fallecimientos (4-36 meses), una probable recidiva local y ausencia de metastasis a distancia durante el período estudiado. En el grupo letrozole exclusivo, hubo 4 fallecimientos (9-17-23-36 meses), ausencia de recidivas locales y metastasis a distancia.

Conclusión: Nuestra muestra poblacional es pequeña y con un seguimiento acotado lo que limita un análisis con significancia estadística. Los resultados de este estudio descriptivo muestran grupos semejantes con aparición de eventos adversos esperables a la enfermedad en proporciones similares según estadio.

BIOPSIA ESTEROTÁXICA: PRIMERA AÑO DE EXPERIENCIA HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE

Drs. P. Escobar, A. Mañra, C. Lobos, N. Galvez
Unidad de Mastología, Hospital Santiago Oriente. Depto. Cirugía Oriente, Universidad de Chile. Centro Metropolitano de Imágenes Mamarias.

Introducción: En el estudio de las lesiones mamarias no palpables, las biopsias percutáneas han demostrado progresivamente mayor utilidad, permitiendo diagnosticar neoplasias malignas, planificar cirurgías, certificar histología benigna y evitar cirurgías

diagnósticas. La Biopsia Esterotaxica (BED), recientemente implementada en el Sistema de Salud Público, se realiza en el Centro Metropolitano de Imágenes Mamarias, a las pacientes derivadas de otros centros, incluido el nuestro. Presentamos el resultado del primer año.

Materia y Método: Pacientes del Hospital Santiago Oriente, que se realizaron BED en 2008. Se estudió las variables: edad, BIRADS e histología. Los datos se analizaron en Microsoft Office Excel 2007 y STATA 9.0.

Resultados: Se encontró 144 pacientes, con promedio de 55,8 años. En la mamografía, 95% presentaba BIRADS 4 y sólo 5% BIRADS 5 y el diagnóstico radiológico más frecuente fue microcalcificaciones (97%). La histología reveló cáncer en 22% (5,4% infiltrante, 16,7% in situ), 3,5% hiperplasia ductal atípica y 74,4% lesiones benignas. En 4 casos, a pesar de resultado benigno en la BED y por discordancia imagenológica, se realizó biopsia radioquirúrgica, encontrándose en 2 de ellas cáncer ductal in situ y en 2 HDA. En 3 pacientes (2,08%) la BED subdiagnosticó lesiones malignas y en 4 pacientes no se encontró neoplasia residual al momento de la cirugía definitiva.

Conclusión: En nuestras pacientes con mamografías alteradas, el porcentaje de malignidad encontrado por BED es de 22%. La mayoría de las lesiones malignas encontradas fueron cánceres in situ, y se logró evitar cirurgías diagnósticas en un 70% de las pacientes. Consideramos exitosa la experiencia de trabajo integrado entre ambos centros, apoyados en el alto índice de correlación histológica de la BED y cirugía definitiva.

RESULTADOS DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE 257 PACIENTES CON CALCIFICACIONES SOSPECHOSAS MAMOGRAFICAS (BIRADS 4) BIOPSIADAS EN LA FUNDACION ARTURO LÓPEZ PÉREZ ENTRE LOS AÑOS 1999 Y 2009.

Drs. C. Torres, M. Fritis, H. Waitrub, C. Barriga, C. Apey
Fundación Arturo López Pérez, Escuela Medicina U. de Chile

Introducción: Las calcificaciones sospechosas mamográficas (BIRADS 4) corresponden a la expresión más frecuente de lesiones neoplásicas in palpables en mamografía. De ahí el interés de conocer la real presencia de cáncer como también de lesiones relacionadas no cancerosas en pacientes portadoras de calcificaciones sospechosas. Es importante conocer la evolución de las pacientes con cáncer in palpable, expresado por calcificaciones, ya que sin ser sinónimo, en general se trata de pacientes con cáncer incipiente y por ende de buen pronóstico.

Materia y Método: Se revisa la anatomía patológica de 257 pacientes de sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre 29 y 86 años, con una media de 52 años.

Resultados: Se encontró 106 cánceres en 105

pacientes, con un cáncer bilateral, lo que corresponde al 40,8% de las pacientes biopsiadas. De los 106 cánceres, 65 fueron "in situ" exclusivo (61,3% de los cánceres) y 39 fueron cánceres infiltrantes asociados a cánceres "in situ". Hubo 2 casos de cáncer infiltrante exclusivo. Los diagnósticos benignos específicos más frecuentes asociados o no a cáncer fueron, en primer lugar, Hiperplasia Ductal Atípica, con 58 casos, correspondientes al 22,6% de biopsias; Adenosis Esclerosante con 51 casos, correspondientes al 19,8% de biopsias; Cicatriz Radiada, con 13 casos, correspondientes al 5% de biopsias y finalmente una amplia variedad de condiciones en mastopatía Fibroquística. Es importante mencionar que se excluyeron las pacientes con BI-RADS 5 por ser esta clasificación prácticamente patognomónica de cáncer y la conducta en estos casos está determinada por consideraciones terapéuticas asociadas al diagnóstico. Los tratamientos del cáncer fueron de acuerdo a protocolos estándares. De las 105 pacientes con cáncer hay 103 vivas, libres de enfermedad; 1 paciente fallecida y 1 paciente que se perdió de control. Hubo recidiva en 5 pacientes, siendo una de ellas la paciente fallecida.

Conclusión: en nuestra casuística el diagnóstico de lesiones in situ y precancerosas es mayor a lo reportado en la literatura respecto a los B irads 4.

RESULTADOS DE BIOPSIAS RADIO QUIRÚRGICAS EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE PREVIO A BIOPSIA ESTEROTÁXICA

Drs. P. Escobar, A. Maira, C. Lobos, G. Sandoval. Unidad de Mastología, Hospital Santiago Oriente. Depto. Medicina Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: La biopsia radioquirúrgica (BRQ) fue por mucho tiempo el procedimiento de elección para el diagnóstico de las lesiones no palpables de mama. La biopsia esterotáxica (BED), a pesar de ser el método de elección actual, se ha implementado recientemente en el sistema público. Nuestro objetivo es mostrar los resultados de la BRQ previo disponibilidad de la BED.

Materia y Método: Se recopilaron datos de pacientes del Hospital Santiago Oriente, que se realizaron BRQ entre los años 2002 y 2007, antes que se hubiera implementado la BED. Se analizaron edad de las pacientes, diagnóstico radiológico y resultados histológicos.

Resultados: Durante el periodo en estudio, a 723 pacientes se les realizó BRQ. El promedio de edad fue 55,42 años.

La histología reveló 41 CDI (6%), 61 CDIS (8%), 43HDA (6%), 13 papilomas intraductales (2%), 5 lesiones esclerosantes con plejas (1%) y 560 lesiones benignas (77,5%).

Entre las complicaciones quirúrgicas destacan: infección de herida operatoria, mal resultado estético, infarto agudo al miocardio, pérdida de piezas dentales y otros.

Conclusión: La BRQ utilizada como método

diagnóstico es un método invasivo, costoso y menos eficiente que la BED y no está exento de complicaciones. En nuestra población fue terapéutica en 22,5% de los casos y se podría haber evitado en 560 pacientes. En la actualidad, la BRQ es utilizada en nuestro servicio sólo en pacientes con diagnóstico conocido o ante discordancia imagen-histológica.

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRÉS: SITUACIÓN ACTUAL A NIVEL MUNDIAL Y NACIONAL

Drs. M. E. Calderón, G. Ibáñez, D. Márquez. UPM Complejo Hospitalario San José. Universidad de Chile

Introducción: El Cáncer de Mama en Hombrés (CMH) es poco frecuente, representa el 1% de todos los cánceres de mama en general y significa el 1% de las neoplasias en el hombre. Con escasa evidencia científica sobre su epidemiología, basándose solo en antecedentes familiares y algunos factores de riesgo conocidos, se ha tratado de delimitar aquellos grupos de riesgo en base al estudio genético; pero las conductas quirúrgicas a seguir continúan siendo extrapoladas de protocolos establecidos para cánceres de mama en mujeres postmenopáusicas. Este trabajo tiene como finalidad describir las normas actualmente utilizadas a nivel mundial sobre el manejo del CMH, ilustrar la casuística y evolución de los pacientes atendidos con este diagnóstico en la UPM del Hospital San José.

Materia y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre métodos diagnósticos, manejo y tratamiento de CMH, publicados a nivel nacional e internacional entre los años 2005 y 2009. La escasa evidencia científica local nos permite mostrar y describir el manejo efectuado a los 4 pacientes atendidos en nuestra unidad, en base a las siguientes variables: edad, motivo de consulta, antecedentes, TNM, tratamientos efectuados, histología, PTNM y sobrevida.

Resultados: Las publicaciones lo describen como de aparición tardía, alrededor de los 71 años y en estadio avanzado en el 40% de los casos, se presenta al igual que en la mujer como una masa palpable no dolorosa cuya histología corresponde en el 90% a un Carcinoma ductal infiltrante; con altos niveles de receptores estrógeno-progesterona que favorecen la hormonoterapia, pero debido a las múltiples comorbilidades de los pacientes, se dificulta el tratamiento con quimio/radioterapia. Nuestros pacientes presentaron similares resultados, con sobrevividas de hasta 7 años sin recidiva tumoral.

Conclusión: El CMH es una patología infrecuente pero muy agresiva, que además de tener que ser sospechada por el clínico, debe ser estudiada y manejada según protocolos específicos para hombres. Una base de datos a nivel nacional nos ayudaría a definir las conductas terapéuticas idóneas a nuestra realidad.

VALOR CLÍNICO DE LA CONSERVACIÓN O SECCIÓN DEL NERVO INTERCOSTO-BRAQUIAL EN LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA MAMARIA.

Dr. W. Vásquez, Ints. D. Morales, Y. Palta, I. Rojas, J. Salgado.

Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Universidad Valparaíso

Introducción: El tratamiento de elección del cáncer mamaria (CM) corresponde a mastectomía parcial con o sin vaciamiento axilar (VA) más radioterapia. Durante el VA podría preservarse o seccionar el Nervio intercostobraquial (NI), siendo esto aún controversial.

Objetivo: Evaluar prevalencia de principales manifestaciones clínicas en relación con la preservación o sección del NI.

Materiales y método: Estudio descriptivo-observacional de mujeres operadas con diagnóstico histológico de CM en Hospital Gustavo Fricke, sometidas a mastectomía más VA, entre Enero 2007-Agosto 2008, mediante fichas clínicas, entrevista personal y/o telefónica utilizando base de datos de Unidad Patología Mamaria. Recopilando de fichas clínicas: preservación o sección NI, edad y radioterapia; de entrevista: datos sus características, parestesias, infecciones cutáneas, seromas, hematomas, fístulas, kinesioterapia, tabaco y alcohol; y mediante examen físico evaluación de: sensibilidad, movilidad, peso y talla. Análisis estadístico mediante Microsoft Office Excel 2007 y SPSS 17.0, prueba Chi-cuadrado y p significativo < 0.05.

Resultados: De un total de 172 pacientes que

correspondieron a mastectomía + VA, se excluyeron 30 por imposibilidad de acceso a ficha clínica, 11 fallecidas y 43 contacto telefónico fallido. Se realizó entrevista personal a 64 y telefónica a 24, obteniendo un total de 88 pacientes. La edad promedio fue de 60,5 años. El tiempo postoperatorio fue de entre 8 meses y 2 años. De 142 protocolos operatorios, destaca un 42,3% sin especificar sección/preservación del NI. De 88 pacientes evaluadas 77,3% presentaron alteraciones clínicas asociadas a sección del NI, de éstas 71,4% presentó parestesias en extremidad superior, y 62,5% alteraciones de sensibilidad. Seroma se presentó en 37,5%, hematoma en 4,5% e infección herida operatoria en 1,1% de las pacientes entrevistadas.

Discusión: Solo la presencia de parestesias se relaciona significativamente con sección NI. No obstante, se observa tendencia que relaciona mayor número de repercusiones clínicas con sección del nervio, en comparación con su preservación. correspondieron a mastectomía + VA, se excluyeron 30 por imposibilidad de acceso a ficha clínica, 11 fallecidas y 43 contacto telefónico fallido. Se realizó entrevista personal a 64 y telefónica a 24, obteniendo un total de 88 pacientes. La edad promedio fue de 60,5 años. El tiempo postoperatorio fue de entre 8 meses y 2 años. De 142 protocolos operatorios, destaca un 42,3% sin especificar sección/preservación del NI. De 88 pacientes evaluadas 77,3% presentaron alteraciones clínicas asociadas a sección del NI, de éstas 71,4% presentó parestesias en extremidad superior, y 62,5% alteraciones de sensibilidad. Seroma se presentó en 37,5%, hematoma en 4,5% e infección herida operatoria en 1,1% de las pacientes entrevistadas.

Seccional: ONCOLOGÍA.

CARCINOMA SUPRARRENAL. PRESENTACIÓN, MANEJO Y RESULTADOS. Drs. J. Jans¹, M. Díaz¹, P. Gac¹, P. Cabane¹, F. Rodríguez¹, V. Araya², Avillo³, E. Benedetto³.

¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

²Departamento de Endocrinología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

³Internos de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: El carcinoma suprarrenal representa el 1% de los tumores suprarrenales, con una incidencia de uno por millón de habitantes. El 80% son tumores funcionales y habitualmente se presentan como grandes masas de 6 - 12 cm de diámetro. **Objetivo:** Describir la presentación, manejo y resultados de los carcinomas suprarrenales operados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo. Período 2000 - 2009. Se obtuvo información de fichas clínicas y registro de biopsias. Se describe sexo, edad, características clínicas, indicaciones quirúrgicas, tratamiento quirúrgico, evolución y hallazgos anatomopatológicos. **Resultados:** Cinco pacientes fueron tratados durante el período analizado, el 60% de sexo masculino. El rango de edad fue de 28 a 71 años. Todos fueron incidentales, el 60% diagnosticados en el contexto de dolor abdominal inespecífico. El 60% fueron derechos. El 40% fueron funcionales, todos productores de cortisol. Las indicaciones quirúrgicas fueron el tamaño = 3 cm, el aumento de tamaño entre los controles, tumor funcional y/o signos atípicos en el TAC abdominal-pelvíano. El 80% se intervinieron por vía laparoscópica. El 60% fueron Etapa III y 40% Etapa II. Ninguno recibió adyuvancia. No existen casos de recidiva ni mortalidad hasta la fecha. **Conclusiones:** el carcinoma suprarrenal es una patología de muy baja frecuencia, que debe tenerse en cuenta en el enfrentamiento del incidentaloma suprarrenal, modo de presentación más frecuente en nuestra serie. La cirugía es el pilar del tratamiento, siendo la vía laparoscópica una opción factible. Se necesita más seguimiento para evaluar los resultados a largo plazo.

CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO PARA QUIMIOTERAPIA. NUESTRA EXPERIENCIA ACTUAL

Drs. M. Fernández, M. Petric, C. Onetto, A. S. F. Montoya y P. Macaya, Drs. R. Schwatz, R. Iglesias, M. Amar, K. Lee.

Equipo Cirugía Oncológica, Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultades de Medicina, Universidad de Valparaíso y Universidad de los Andes.

Introducción: el acceso venoso es un problema importante en el paciente oncológico. La instalación de catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo es una técnica frecuente que permite la administración reiterada de quimioterápicos, asociada a una baja morbilidad evitando el menor costo de la calidad de vida por venopunciones repetidas. **Objetivo:** hacer un reporte de nuestra experiencia actual en la instalación de catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo en pacientes oncológicos, y analizar los aspectos clínicos, técnicos y complicaciones asociadas.

Materiales y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con instalación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo por patología neoplásica, procedimiento realizado por el equipo de Cirugía Oncológica del Hospital Militar de Santiago, entre los años 2004 y 2008. **Resultados:** se analizaron las fichas clínicas con pletas de 163 pacientes, excluyendo 72 casos por datos incompletos. La edad promedio fue de 55.6 años y el 72.4% eran mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de mama (41.7%), leucemias y linfomas (21.4%) y cáncer colorrectal (9.2%). En el 89.5% de los casos la vía de acceso fue la vena cefálica, prefiriendo el lado derecho en el 73%. La mayoría de los procedimientos (63.2%) se realizaron con anestesia mixta, mediante sedación más anestesia local. El tiempo quirúrgico promedio fue de 44.4 minutos. El 6.7% de los pacientes (11 casos) presentó complicación asociada al catéter, razón que motivó su retiro en 4 casos. La complicación más frecuente fue el hematoma siendo de 3% (5 casos). No hubo mortalidad quirúrgica en el grupo estudiado. El 17.1% de los pacientes se consideró tratado, razón por la cual se retiró el catéter, siendo portadores del implante un tiempo promedio de 24.1 meses.

Conclusión: la instalación de catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo es una técnica segura y eficaz para la administración de drogas antineoplásicas, con una baja morbilidad asociada.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL INCIDENTALOMA SUPRARRENAL.

Drs. J. Jans¹, A. Marambio¹, M. Díaz¹, P. Gac¹, P. Cabane¹, V. Araya², V. Avillo³, D. Aranguiz³.

¹ Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

² Departamento Endocrinología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

³ Internos de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: El incidentaloma suprarrenal es una lesión encontrada como hallazgo en estudios imagenológicos para el diagnóstico de desórdenes no adrenales. Es la lesión suprarrenal más

com únm ente diagnosticada, debido principalm ente al aumento del uso de la Tom ografía Axial Computada (TAC). Objetivo: Describir las características de los incidentalomas suprarrenales operados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Material y Método: Estudio descriptivo-retrospectivo. Período 2000 - 2009. Se obtuvo información de fichas clínicas y registro de biopsias. Se describe sexo, edad, características clínicas, indicaciones quirúrgicas, tratamiento quirúrgico, evolución y hallazgos anatomopatológicos. Resultados: Se evaluaron 24 pacientes, el 66,7% sexo femenino, el 58,3% entre los 41 y los 70 años. El 58,3% se pesquizaron durante el estudio de dolor abdominal. En todos se estudió funcionalidad. Las indicaciones quirúrgicas fueron: tamaño = 3 cm, aumento de tamaño entre controles, características atípicas en el TAC abdomeno-pelvikano y/o la funcionalidad. El 62,5% fueron = de 3 cm, 16,7% aumento de tamaño entre controles, 45,8% tenía características atípicas en el TAC abdomeno-pelvikano y 33,3% fueron funcionantes, siendo lo más frecuente el hipercortisolismo. El 87,5% de los pacientes se abordaron por vía laparoscópica. El promedio de recuperación postoperatoria fue de 4,7 días. La morbilidad fue de 12,5% (neumonía, infección de herida operatoria y AVE) y la mortalidad perioperatoria fue de 0%. La histología más frecuente fue el adenoma con un 41,7%, encontrándose carcinoma en un 20,8%. Conclusiones: el incidentaloma suprarrenal es una patología de baja frecuencia. La mayoría se diagnostican durante el estudio de dolor abdominal. Lo más habitual es que sean lesiones no funcionales. La cirugía se plantea en el contexto de una lesión sospechosa de malignidad o como tratamiento de un tumor productor hormonal. El abordaje laparoscópico es el de elección, factible en la gran mayoría de los casos, con baja morbi-mortalidad.

SARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS.
 Drs. L. Tapia, J. Palet, C. Davanzo, M. Uribe, S. Uribe.

Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile. Hospital del Salvador.

Introducción: Los sarcomas son neoplasias infrecuentes, y en un 15% de los casos con prometen el retroperitoneo, pudiendo alcanzar grandes tamaños. La edad promedio de presentación es 54-65 años. **Objetivo:** Presentación de dos casos de Sarcoma Retroperitoneal en adultos; su forma de presentación, cuadro clínico, tratamiento.

Casos Clínicos:

Caso 1: sexo masculino, 45 años, sin antecedentes morbosos. Consulta por dolor y distensión abdominal de 4 meses y baja de peso de 10 kgs. TAC de abdomeno evidenciamasa que ocupa casi la totalidad de la cavidad peritoneal. Se realiza laparotomía que confirma origen a nivel del mesocolon transversal. Se realiza tumorrectomía, reseccandomasa de 24x24x14 cm s y 4,1 kg. Biopsia definitiva informaa

sarcoma fusocelular y epiteloidal del retroperitoneo, con extensas zonas de necrosis. Imunohistoquímica confirma sarcoma sinovial. TAC de control a los 4 meses confirma recidiva tumoral.

Caso 2: sexo femenino, 62 años, antecedentes de hipertensión arterial. Consulta por 5 meses de distensión abdominal, meteorismo y varices de extremidades inferiores. Al examen físico destaca abdomeno distendido y masa palpable en hipocondrio derecho. TAC abdomeno y pelvis informamasa sólida ovoidea de 18 cm de diámetro en flanco y fosa iliaca derecha.

Se realiza laparotomía reseccandomasa retroperitoneal ovoidea encapsulada, útero y anexos. La biopsia diferida informamasa de 4,2 kg, de 30x22x11 cm de diámetro, correspondiente a liposarcoma bien diferenciado, G1 en áreas con patrón esclerosante y otras con patrón de células fusadas, promitóticos. Útero y anexos no comprometidos.

Conclusiones: Los sarcomas del retroperitoneo son infrecuentes. La cirugía resectiva con bordes R0, es el único tratamiento potencialmente curativo y que se asocia directamente con la supervivencia a 5 años.

PREVALENCIA DE LINFONODOS AXILARES PALPABLES EN PACIENTES NO ONCOLÓGICAS.

Drs. F. Bustos, A. Donoso, S. Bühler, C. Cortez, F. Contreras, H. Rojas, G. Wiedmaier, Int. D. Zamorano Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Introducción: La biopsia del LNC ha significado evitar una gran cantidad de disecciones axilares innecesarias. Clásicamente, la presencia de linfonodos axilares palpables en un paciente con diagnóstico de cáncer de mama, contraindica la realización de la técnica del LNC e implica disección axilar. El objetivo de este trabajo es demostrar que la población sin cáncer de mama que acude a un policlínico de patología mamaria tiene alta prevalencia de linfonodos axilares palpables.

Material y método: Se incluyeron 100 pacientes que consultaron en el policlínico de patología mamaria del Hospital Padre Hurtado en forma prospectiva. Se excluyeron las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama actual o en seguimiento, pacientes con sospecha de cáncer (BIRADS IV o más) y pacientes con mastitis. Se realizó examen físico consignando la presencia o ausencia de linfonodos axilares y sus características, edad, peso y talla. **Resultados:** Se examinó 100 pacientes con una edad promedio de 40,1 años y una mediana de 41 años. 41 pacientes presentaron linfonodos axilares palpables. 27 pacientes presentaron linfonodos palpables en axila izquierda y 12 en axila derecha. 2 pacientes presentaron linfonodos palpables bilaterales. 15 pacientes presentaron linfonodos sensibles a la palpación. 11 pacientes presentaron linfonodos mayores de 2 cm en su diámetro mayor. El IMC promedio fue 27,4 ± 4,3 kg/m². Analizando por grupos, 13 pacientes con IMC menor a 25 presentaron linfonodos palpables y 28 pacientes con IMC mayor a 25

presentaron linfonodos palpables.

Conclusión: La presencia de linfonodos axilares palpables es un hallazgo frecuente entre las pacientes no oncológicas que consultan en policlínico de patología mamaria.

NEOPLASIAS MALIGNAS SOBRE QUISTES BRANQUIALES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS. Drs. M. Díaz¹, J. Jans¹, P. Gac¹, P. Cabané¹, C. Ferrada¹, C. Villanueva², C. Franco³.

¹ Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

² Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

³ Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Santa María.

Introducción: Los quistes branquiales corresponden a lesiones cervicales congénitas, secundarias a la persistencia de las hendiduras branquiales, la cual se presenta con o una estructura cubierta de mucosa o epitelio sin conexión externa o visceral. Múltiples neoplasias de la cavidad oral, orofaringe, nasofaringe, laringe y glándula tiroidea pueden presentarse sobre estos quistes. La existencia del carcinoma primario de quiste branquial es aun controversial, con menos de 100 casos reportados en la literatura. Objetivo: reportar 2 casos clínicos de neoplasias malignas sobre quiste branquial, y revisión de la literatura. Material y método: se obtuvieron datos de fichas clínicas y resultados de biopsias. Se describe estudio

preoperatorio, intervención quirúrgica y evolución. Caso clínico 1: Hombre de 40 años, tonsilectomizado. Diagnóstico clínico e imagenológico de quiste branquial. Es operado reseccándose por completo la lesión. La biopsia rápida informa quiste branquial y la biopsia diferida, carcinoma epidermoide sobre quiste branquial. Se realiza estudio en busca de primario oculto, con biopsias nasofaríngeas randomizadas y biopsia de base de lengua negativas para neoplasia maligna. PET-CT con zona hipercaptante en sitio quirúrgico. Discutido en comité oncológico, se procede con vaciamiento cervical ganglionar radical modificado izquierdo, el cual resulta negativo para neoplasia maligna. Caso clínico 2: Mujer de 47 años, hipertensa y tabáquica. Diagnóstico clínico e imagenológico de quiste branquial. Es operada reseccándose por completo la lesión. Biopsia rápida informa quiste branquial y la biopsia diferida, carcinoma papilar tiroideo clásico de 8x3 mm sobre quiste branquial. Estudio inmunohistoquímico positivo para carcinoma tiroideo. Al mes es reintervenida realizándose tiroidectomía total. Biopsia definitiva sin malignidad. Cintigrafía tiroidea sin captación. Recibe radioyodo. Discusión: el cáncer sobre quiste branquial es una entidad rara. Para su diagnóstico es fundamental evidenciar la presencia de epitelio normal de quiste branquial más el epitelio neoplásico maligno, y siempre se debe descartar la presencia de un cáncer primario oculto, lo que resulta muchas veces un gran desafío.

Seccional: TRAUM A .

TRAUMATISMO HEPÁTICO TRANSFIXIANTE USO DE SONDA SENG TAKEN - BLAKEMORE EN CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS

Drs. F. Acuña, F. Poblete, E. Magariños, M. Rodríguez del Rey, A. Pardo, M. Roper, A. López Paz Salinas.
Unidad de Emergencia, Complejo Hospitalario San José.
Universidad de Santiago, Chile.

Introducción: El Traumatismo hepático es una de las lesiones potencialmente más complejas de reparar para cualquier cirujano. Dentro de éstas, las lesiones por arma de fuego, y sobre todo, las transfixiantes se convierten en una situación de muy difícil enfoque, tanto por su complejidad técnica, como por su baja frecuencia.

Objetivo: Describir los traumatismos hepáticos transfixiantes por arma de fuego que se presentaron en la unidad de emergencias de Hospital San José y San Rafael de A la Juela, en los que se utilizó la sonda Sengtaken-Blakemore para realizar hemostasia y control de daños. Describir la técnica y su eficacia, basado en los resultados obtenidos. Compararla con otras técnicas con balón descritas en la literatura. **Materiales y Métodos:** El presente es un estudio retrospectivo-descriptivo, de los 3 pacientes operados en el Hospital San José y San Rafael de A la Juela, en los cuales se utilizó el método descrito para el control de la hemorragia. Revisión de la literatura, con solo 2 publicaciones, con 1 caso cada una, de la misma técnica.

Resultados: Se describen los casos clínicos y sus respectivas lesiones, forma de reparación. **Descripción de la técnica quirúrgica y protocolo de manejo operatorio.**

Conclusión: Los traumatismos hepáticos tiene variadas técnicas de reparación, desde tratamientos temporales hasta los definitivos, y se deben tener en cuenta todas las alternativas. Según el tipo de lesión, elemento casual, estado general del paciente, segmentos comprometidos, materiales disponibles y la experiencia del cirujano; se debe decidir que recurso utilizar. El método descrito para realizar el control de daños en los traumatismos hepáticos transfixiantes, podría ser utilizado en cualquier caso, independiente de la etiología, en la literatura internacional y nuestra experiencia, dado los mismos resultados satisfactorios.

MORTALIDAD DEL GRAN QUEMADO GES. HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Drs: F. Bravo¹, L. Gutiérrez¹, R. Baier¹, D. Azócar²
1 Residentes Cirugía General Universidad de Concepción.
2 Servicio Quemados, Hospital Guillermo Grant Benavente

(HGGB), Concepción
Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción.

Introducción: Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos por diversos agentes, pudiendo producir la muerte. Existen diferentes métodos para intentar predecir la mortalidad de estos pacientes, en Chile el más usado es el Índice de Garcés, en el año 2007 el Ministerio de Salud incorporó dentro de sus patologías GES al Gran quemado. Actualmente existen escasas publicaciones sobre este grupo de pacientes en cuanto a resultados del manejo en los diversos centros y principalmente regionales. **Objetivo,** informar la mortalidad obtenida en nuestro centro asistencial en el grupo de pacientes ingresados entre los años 2007 y 2008.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye los grandes quemados ingresados al HGGB que cumplieron criterios GES entre los años 2007 y 2008, universo compuesto por 242 pacientes. **Resultados:** en el grupo estudiado hubo 169 hombres (69.83%) y 73 mujeres (30.16%). Según categoría de ingreso 102 (42.14%) pacientes fueron clasificados como Graves, 43 (17.76%) Críticos, 13 (5.37%) Sobrevivida excepcional y 84 (34.71%) pacientes que cumplieron criterios de inclusión por otras causas. Según distribución por género, el sexo masculino fue el más frecuente y según edad el grupo etario mayor de 60 años fue el más afectado. El agente etiológico más frecuente fue agua caliente seguido por fuego, el cual fue el agente con un más frecuente en los fallecidos. La mortalidad en los pacientes graves fue de 1.96%, críticos 16.27%, SV excepcional 61.53%, otras causa 0%. **Conclusión:** De acuerdo a las publicaciones nacionales y los índices de mortalidad pronóstico, nuestro centro asistencial mantiene cifras de mortalidad debajo de las publicadas y esperadas a nivel nacional.

HEMORRAGIA INCOERCIBLE POR
TRAUMAXILOFACIAL: EXPERIENCIA
DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR
Drs. J. L. Román, R. Bartel, C. Borel, R. Hernández,
R. Villalobos, R. Rojas, J. Lankin, P. Andrades.
Equipo de Cirugía Maxilofacial, Hospital del Trabajador
de Santiago

Introducción: La hemorragia facial activa y significativa, definida como: aquella originada por un trauma craneofacial, con sangramiento evidente por cavidades naso-orales, que no cede con el taponamiento nasal inicial en el box de urgencia, es una entidad potencialmente mortal, que amerita una exploración de urgencia. Dada la baja frecuencia de ocurrencia, existe escasa experiencia en su manejo y no hay protocolos universales de tratamiento. El

objetivo de este trabajo es analizar nuestra experiencia en el manejo de esta entidad y proponer un protocolo y técnica de tratamiento

Material y Métodos: Se revisó la base de datos del Equipo de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Trabajador de Santiago entre los años 1999-2009. Se analizaron los protocolos de 22 taponamientos nasales en pabellón. Un total de 12 pacientes requirieron taponamiento nasal posterior. Se describe en detalle la técnica de taponamiento nasal posterior con gasa en pabellón. Se analizan los resultados demográficos, causas de hemorragia, evolución y momento del tratamiento definitivo

Resultados: De 22 pacientes estudiados 20 fueron hombres (91%) y 2 mujeres (9%) con una edad promedio de 44,7 años (rango 24-78). Tipo de taponamiento (12 posteriores y 10 anteriores). Del grupo de taponamiento posterior: Comorbilidad (2 diabéticos e hipertensos, 1 hipertenso, 1 tabaquismo), diagnósticos (8 fracturas del maxilo facial, 3 fracturas nasales puras. Lesiones asociadas: 5 TEC, fracturas: 1 cervical, 1 de clavícula, 2 de extremidades inferiores), mecanismo de trauma (4 accidentes de tránsito, 1 asalto, 1 iatrogénico, 6 por accidentes laborales por golpe con objeto contundente) momento del tratamiento maxilo-facial definitivo (todos, desde el 2º día del traumatismo en adelante), días de retiro del taponamiento (entre 2 y 5 días). No hubo mortalidad.

Discusión: El manejo de una hemorragia facial incoercible, siguiendo los principios ABCDE del trauma, puede requerir la estabilización precoz de las fracturas y taponamiento nasal bajo anestesia general en el pabellón de cirugías. Esta alternativa ha demostrado ser efectiva y segura en el manejo de este difícil problema.

MANEJO SELECTIVO DEL TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE POR ARMA BLANCA: RESULTADOS Y FACTORES PREDICTORES DE COMPLICACIÓN.

Drs. M. Millán¹, C. Cárcamo², J. Gómez³, J. Hernández⁴

¹ Subdepartamento de Emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. ² Profesor Auxiliar de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. ³ Residente Cirugía General, Universidad Austral de Chile. ⁴ Alumno de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: El manejo de las lesiones penetrantes abdominales por arma blanca se ha desplazado hacia un manejo selectivo con el objetivo de disminuir las laparotomías no terapéuticas y facilitar el rápido reconocimiento de los pacientes que requerirán de una exploración quirúrgica. El desafío persiste en identificar otros elementos clínicos o de exámenes complementarios que apoyen esta conducta. El objetivo de este artículo es evaluar el resultado del manejo selectivo del trauma abdominal penetrante por arma blanca e identificar factores de riesgo o predictores de complicación. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de los pacientes que ingresaron al Hospital Clínico Regional

de Valdivia entre 2003 a 2008 con diagnóstico de trauma abdominal penetrante por arma blanca en los que se planteó un manejo conservador. Se determinaron 2 grupos de pacientes: (1) complicados y (2) sin complicación intrabdominal y se estudiaron distintos factores hemodinámicos, hematólogicos y características propias del trauma como predictores de complicación.

Resultados: Se realizó manejo conservador en 138 pacientes con lesiones penetrantes abdominales por arma blanca. El número de laparotomías en blanco corresponde al 18,7%. La estadía hospitalaria para los pacientes operados fue de 5 días y los no operados fue de 1 día. La única variable predictora significativa de complicación fue el hematócrito al ingreso ($p=0,009$). A mayor valor de éste, mayor es la probabilidad de sufrir una complicación. **Conclusiones:** Los resultados del manejo conservador del trauma abdominal penetrante en nuestra unidad de emergencia son satisfactorios, en relación al bajo porcentaje de laparotomías en blanco o innecesarias, número de complicaciones y estadía hospitalaria. Se identificó como factor predictor de complicación el Hematócrito del paciente al ingreso.

POLITRAUMATISMO EN EL ADULTO MAYOR

Drs. R. Díaz, D. Moretti, A. Correa, A. Pacheco, B. Retamal, J. Brañas
Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Introducción: Los eventos traumáticos en los pacientes geriátricos son cada día más comunes. Una de las razones es el aumento de la sobrevivencia de la población en general en las últimas décadas. Los efectos del envejecimiento en diferentes órganos o sistemas usualmente no son notorios en un paciente estable, pero luego de un evento traumático el organismo no es capaz de responder al incremento metabólico. Es nuestro objetivo mostrar nuestra experiencia en el manejo de estos pacientes. **Material y Método:** Serie de casos retrospectivos de pacientes adultos mayores (65 y más años) con diagnóstico de politraumatismo ingresados en nuestra institución entre el 1/1/1998 y el 31/12/2008. Se analizan datos demográficos, mecanismo lesional, comorbilidades y mortalidad.

Resultados: Se trata de 128 pacientes de 65 años y más (12,9% del total de politraumatizados ingresados a nuestra institución en el mismo período), de los cuales 42,2% son mujeres y 57,8% hombres. El 92,2% corresponden a accidentes de tránsito, siendo el 79% peatones. Ingresan en shock 18,8% de estos pacientes. Promedio de hospitalización fue de 17 días. Comorbilidades se encontraron en 22,7% pacientes. Con una mortalidad global del 53,1%. **Conclusión:** De nuestra serie destaca el aumento del número de mujeres víctimas de politraumatismo para este segmento etario. Además el mecanismo más frecuente fue el atropello y no las caídas, en

comparación a otras series publicadas.

EVACUACION AEROMEDICA .EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Drs. SMir^{1,2}, I.Roessler^{1,3}, A.Opazo¹,
EUS.C.Serrano^{1,3}, P.Serrano^{1,4}, ME.Tlabaca^{1,2},
M.Ugarte^{1,2}, P.Pino^{1,4}

¹Aerocardal Ltda. ²Hospital Dipreca. ³Hospital Militar
⁴Hospital FACh.

El trauma es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo el diagnóstico y manejo precoz uno de los pilares fundamentales para un resultado exitoso. Es por esto que estabilizado el paciente, un traslado oportuno a un centro especializado para el manejo específico hace la diferencia en la evolución. Aerocardal es la empresa de aviación privada más grande de Chile, creada en 1991, desde el año 1997 inicia sus funciones de evacuación aeromédica. Con una flota de 13 aeronaves con avanzado equipamiento técnico para el traslado de pacientes en estado crítico dentro y fuera de Chile.

Con el objetivo de realizar un estudio descriptivo de la evacuación aeromédica en Aerocardal y mostrar la experiencia en manejo del paciente traumatizado se realizó una serie de casos de adultos trasladados entre 1997 y 2008. Se excluyeron los pacientes infantiles y neonatales. Se realizó análisis con estadística descriptiva.

De un total de 1276 pacientes trasladados, se revisan en forma retrospectiva los pacientes adultos evacuados. Se diseñó base de datos con variables biomográficas, diagnóstico, motivo de traslado y complicaciones. Se analizaron un total de 890 pacientes, 72% varones, edad promedio 45 años (15-89 años). El motivo más frecuente de traslado es la patología cardiovascular (45%), luego politraumatismo y grandes quemados (36%). El 49% de los pacientes estaban en ventilación mecánica, y 32,5% con vasoactivos. Los vuelos nacionales se distribuyeron equitativamente y el internacional más frecuente, Islas Falkland (56%). No hubo complicaciones en vuelo ni mortalidad en la serie. Conclusiones: La distribución biomográfica de las evacuaciones aeromédicas sigue las tendencias epidemiológicas del trauma. La base diseñada, es útil para realizar seguimiento a largo plazo y estudios comparativos con la evolución de algunas patologías.

HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMATICA . EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAN JOSE

Drs. C.Schulz¹, J.Hurtado¹, J.Robles¹, G.Ortega¹,
P.Leon¹, L.Muñoz², P.Stegmaier²

¹Servicio de Urgencia, Complejo Hospitalario San José

²Internas de Cirugía, Universidad de Santiago de Chile

Introducción: Las lesiones diafragmáticas son poco frecuentes, con una incidencia reportada en la literatura entre 0,8 a 8% de todas las lesiones abdominales traumáticas. El reconocimiento y manejo de las lesiones diafragmáticas es un desafío para el cirujano, y a pesar del avance en imagenología diagnóstica, algunas de estas lesiones permanecen ocultas. Se han desarrollado algoritmos complejos para su estudio y manejo.

Objetivo: Analizar la experiencia del Hospital San José en el manejo de la hernia diafragmática traumática.

Materiales y Método: Revisión retrospectiva descriptiva de pacientes con hernia diafragmática traumática desde Enero de 2005 a Mayo de 2009 tratados en este centro. Análisis de: paciente, tipo trauma, característica de hernia diafragmática, tratamiento, y evolución postoperatoria.

Resultados: Se revisan 7 pacientes, 5 hombres y 2 mujeres, edad promedio de 42,1 años. El origen de la hernia diafragmática fue por trauma cerrado en 5 casos y penetrante en 2 casos. El diagnóstico se realiza en fase aguda en 3 casos y en fase crónica en 4 casos. 6 casos (85%) fueron operados: en fase aguda se repara la lesión diafragmática por vía abdominal abierta, y en fase crónica por vía torácica abierta. Evolución postoperatoria satisfactoria en 5 casos. Hubo un caso de mortalidad (15%) asociado a la cirugía.

Discusión: La lesión diafragmática es una entidad poco frecuente que un cirujano no debe descartar en traumas toracoabdominales. El manejo es quirúrgico en la mayoría de los casos, y el abordaje depende de la fase en que se diagnostica la hernia diafragmática. La mortalidad está dada por el trauma a otros órganos o la cirugía, y presenta mortalidad que en la literatura se reporta entre un 14 y 25%. El seguimiento a corto y mediano plazo es favorable. Es necesario mejorar la casuística de estas lesiones para comprender mejor la sospecha y el manejo de estas lesiones.

Seccional: JORNADA RESIDENTES.

BAJA INCIDENCIA DE CÁNCER ESOFÁGICO CON ALTA PROPORCIÓN DE ADENOCARCINOMA EN LA POBLACIÓN NAVAL DE LA V REGIÓN.

Internos P. Carrasco, C. Cerda, C. Espinosa, Drs. C. Jara, J. Suarez.

Cátedra de Cirugía, Hospital Naval Almirante Nef. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El cáncer esofágico es la séptima causa de muerte por cáncer en el mundo y la decima en Chile. La incidencia de cánceresofágico presenta una gran variabilidad de acuerdo a sitios geográficos y entre grupos étnicos, alcanzando las mayores tasas al norte de Irán, sur de Rusia y norte de China. En Chile, no se cuenta con estudios de incidencia de cáncer esofágico a nivel nacional, lo que dificulta establecer prioridades en prevención, pesquisa precoz y tratamiento.

El objetivo de este trabajo es determinar las cifras de la incidencia de cáncer esofágico en la población naval de la V Región y del el tipo histológico predominante comparándolas con incidencias nacionales e internacionales reportadas. **Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo, basado en el diagnóstico histopatológico de cáncer esofágico, hecho en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Naval Almirante Nef, en la década comprendida entre los años 1997 y 2006. Hubo 44 informes de biopsia que cumplieron criterios de inclusión. Cabe destacar que no se incluyeron los cánceres de la unión gastroesofágica. **Resultados:** Se encontró una incidencia general de 5,6 x 100.000 habitantes, con una significativa mayor incidencia en el sexo masculino (6,8 x 100.000 versus 3,9 x 100.000 habitantes mujeres) $P=0,01$, además hay significativa mayor incidencia en personas mayores de 65 años ($P<0,0001$). En relación al tipo histológico, un 45,5% (20 casos) correspondió a adenocarcinoma y un 55,5% (24 casos) a carcinoma epidermoide.

Conclusión: Existe una baja incidencia de cáncer esofágico en la población naval de la V Región, en contraste con algunos estudios regionales chilenos, aproximándonos a las cifras norteamericanas. Además se comprueba un alto porcentaje de adenocarcinoma esofágico lo que también se observa en la literatura norteamericana. Las tasas de mortalidad por cáncer esofágico registradas en Chile parecen sobreestimar la incidencia de esta neoplasia.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE PACIENTE SOMETIDOS A RECONSTRUCCIÓN PANCREATOGÁSTRICA DUCTO-MUCOSA EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN ENTRE LOS AÑOS 1996 AL 2008.

Drs. J. Contreras¹, J. J. Bernaldes¹, J. P. Droguett¹, M. Urrutia¹, H. Losada^{1,2}, L. Burgos^{1,2}, J. Silva^{1,2}, C. Manterola^{1,2}

¹Departamento de Cirugía, Universidad De la Frontera.

²Equipo de Cirugía Biliopancreática, Hospital Dr. Hernán Hernán Henríquez Aravena (HHHA), Temuco.

Introducción: Los tumores periampulares son altamente agresivos, la única opción de tratamiento curativo es la pancreatoduodenectomía (PD). En nuestro centro la técnica empleada es la pancreatoduodenectomía con anastomosis pancreatogástrica ducto-mucosa (PGDM).

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico, presentación clínica y métodos diagnósticos de pacientes sometidos a PD con anastomosis PGDM entre los años 1996 al 2008.

Pacientes y métodos: Serie de casos de pacientes sometidos a PD en los cuales se realizó reconstrucción con anastomosis PGDM en HHHA de Temuco entre los años 1996 y 2008. Se registraron aspectos biodemográficos, etiología, métodos diagnósticos, estadía hospitalaria, complicaciones y mortalidad, utilizándose estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** La serie consta de 33 pacientes, con promedio de edad de 50 ± 12 años, 61% fueron de género masculino. Los síntomas clínicos más frecuentes encontrados fueron ictericia en 87,9%, dolor 69,7%, baja de peso 45,6%, náuseas y vómitos 24,2%, diabetes de inicio reciente 15,2% y masa palpable en 3%. En relación al estudio de estos tumores en 90% de los pacientes se evidenció por TAC, 30% por ultrasonografía, 18% por CPRE, 3% por EDA y RNM. Con respecto a los exámenes de laboratorio el promedio preoperatorio de bilirrubina total fue de 10.56 ± 10.86 mg/dl, GOT $109,1\pm 101,2$ mU/ml, GPT $135,2\pm 130,2$ U/ml y FA $933,7\pm 561,5$ mU/ml. La ubicación anatómica fue en el 39,4% en cabeza de páncreas, 36,6% en ampolla, 21,2% colédoco y 3% en duodeno. El tipo histológico fue 87,9% adenocarcinoma. La morbilidad de la serie fue 37% y mortalidad peri operatoria de 6%. La sobrevida promedio fue de $27,24\pm 19,26$ meses. Siendo la máxima de 124 meses.

Conclusiones: La morbimortalidad de nuestra serie es similar a la publicada en la literatura nacional. A diferencias de otros estudios, nuestra serie presenta un alto porcentaje de paciente con cáncer de ampolla de Vater.

FRACTURAS MANDIBULARES. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DR. HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA DE TEMUCO 2006-2008.

Drs. J.P. Droguett^{1,2}, J. Contreras^{1,2}, J.J. Bernaldes¹, C. Ruiz², A. Oñat², B. Oliva², C. Gottschalk³, R. Guerra^{2,3}, A. Cabello^{2,3}, P.P. Ulloa³.

¹Residente de Cirugía General.

²Departamento de Cirugía y Traumatología. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera.

³Equipo de Cirugía de Cabeza, Cuello y Plástica. Hospital Dr. Hernán Henríquez A. Temuco.

Introducción: La fractura mandibular (FM), asociada al trauma maxilofacial, es una patología frecuente con un aumento importante en las últimas décadas. **Objetivo:** Describir el perfil de pacientes ingresados y tratados por FM en el Hospital Dr. Hernán Henríquez A. de Temuco entre enero 2006 y diciembre 2008.

Pacientes y Método: Estudio descriptivo de 48 pacientes con diagnóstico de resueltas en el mismo centro. La selección se obtuvo del registro de cirugías maxilofaciales de pabellón y la revisión de fichas clínicas.

Resultados: Del total de pacientes, el promedio de edad fue de 33,86 años (DE±14,62), con una relación 6:1 entre hombres y mujeres. Entre los mecanismos de lesión se identificaron la agresión por terceros con un 50%, seguida del accidente de tránsito con un 35,42% y una asociación del 29,16% con etilismo agudo en el total de pacientes descritos. Se identificó FM cuerpo en 20 pacientes (41,67%), asociándose a otra FM en 9 casos. Otras localizaciones frecuentes fueron parasinfisiaria en 14 y ángulo en 15 pacientes. Se asoció a otra fractura maxilofacial en un 31,25%. El tiempo transcurrido entre la fractura y la resolución quirúrgica es en promedio de 10,47 días (DE±7,46), utilizando bloqueo intermaxilar en un 58,33%. **Conclusión:** El FM es una lesión craneofacial frecuente en varones jóvenes, especialmente relacionada a agresión por terceros e ingesta excesiva de alcohol.

FRACTURAS MAXILOFACIALES: PERFIL DEL PACIENTE OPERADO EN HOSPITAL DR. HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA DE TEMUCO 2006-2008.

Drs. J.P. Droguett^{1,2}, J.J. Bernales^{1,2}, J. Contreras^{1,2}, C. Ruiz², A. Oñat², B. Oliva², C. Gottschalk³, R. Guerra^{2,3}, A. Cabello^{2,3}, P.P. Ulloa³.

¹Residente de Cirugía General.

²Departamento de Cirugía y Traumatología. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera.

³Equipo de Cirugía de Cabeza, Cuello y Plástica. Hospital Dr. Hernán Henríquez A. Temuco.

Introducción: Las fracturas maxilofaciales secundarias a trauma (TMF), corresponden a una patología frecuente dentro de las consultas de urgencia del país.

Objetivo: describir el perfil de pacientes ingresados y tratados por trauma maxilofacial en el Hospital Dr. Hernán Henríquez A. de Temuco entre enero 2006 y diciembre 2008.

Pacientes y Método: Estudio descriptivo de 154 pacientes con diagnóstico de TMF resueltas en el mismo centro. La selección se obtuvo del registro de cirugías maxilofaciales de pabellón y la revisión de fichas clínicas.

Resultados: Del total de pacientes, el promedio de

edad fue de 33,97 años (DE±14,58), con una relación 7:1 entre hombres y mujeres. Entre los mecanismos de lesión se identificaron la agresión por terceros con un 46,1%, seguida del accidente de tránsito con un 38,31% y una asociación del 25,32% con etilismo agudo en el total de pacientes descritos. Se identificó fractura del hueso malar en 75 pacientes (48,7%), la cual se asoció en un 85% a lesión de otra estructura maxilofacial. El tiempo transcurrido entre la fractura y la resolución quirúrgica es en promedio de 10,47 días (DE±7,46), utilizando osteosíntesis múltiple en 86 pacientes.

Conclusión: El trauma maxilofacial es una patología frecuente, principalmente en pacientes varones adultos con lesión en el tercio medio de la cara, existiendo también una alta asociación a compromiso de otras estructuras craneofaciales que requieren resolución quirúrgica.

TRAUMATISMO TORÁCICO EN FALLECIDOS POR MUERTE VIOLENTA EN LA PROVINCIA DE CHILOÉ. AÑO 2005 AL 2009

Drs. C. Cifuentes¹, W. Guzmán¹, C. Fonfach¹, W. Vasquez².

¹Residentes Cirugía General, Universidad Austral de Chile.

²Residente Cirugía General, Universidad de Chile, Sede Sur HBLT.

Introducción: el traumatismo torácico es una entidad frecuente y además responsable de un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad asociada al trauma, ya sea al presentarse como entidad sola o asociada a lesiones de otros territorios.

Objetivo: identificar y caracterizar la presencia de traumatismo torácico en población fallecida por causa violenta en la provincia de Chiloé entre los años 2005 y 2009.

Material y métodos: revisión retrospectiva de protocolos de autopsia por muerte violenta realizadas en el Servicio Médico Legal de Chiloé entre enero 2005 y junio 2009 excluyendo a fallecidos menores de 15 años y aquellos cuya causa de muerte fue debida a enfermedad.

Resultados: 456 fallecidos. Edad promedio 41,3 años (15-89 años). Población masculina 89,3%. La principal causa de muerte fue: traumatismo de alta energía (44,1%), seguida de asfixia por ahorcamiento y asfixia por inmersión (23,2% y 19,7% respectivamente). Entre los traumatismos; 60,7% fue causado por accidente de tránsito, 11,9% por arma blanca y 10,9% asociado a caída de altura. Los segmentos más frecuentemente comprometidos fueron: tórax (71,6%), cráneo (57,7%) y columna vertebral (40,3%). En tórax se encontró lesiones principalmente en costilla (79%), pulmón (62%), esternón (24%) y corazón (23,6%). Lesiones asociadas: cráneo 55,6%, columna vertebral 46,5%, extremidades 38,8% y abdomen 37,5%. Finalmente el 15,8% del total de fallecidos por causa violenta en la provincia de Chiloé entre 2005-2009 se debió a traumatismo torácico.

Conclusiones: el trauma de tórax fue altamente frecuentes en fallecidos por causa violenta, afectando

población laboralmente activa y comprometiendo principalmente pared torácica, pulmón y corazón. Se asocio principalmente a lesiones del sistema nervioso central y periférico. El 15,8% de los fallecidos por causa violenta se debió a traumatismo torácico; cifras similares a las publicadas.

IMPORTANCIA CLÍNICA DE LA DIFERENCIA AXILO RECTAL, SIGNO DE BLUMBERG Y LEUCOCITOSIS EN PACIENTES INTERVENIDOS CON EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA (HHHA).

Drs. J. Contreras¹, J.P. Droguett¹, J.J. Bernales¹, C. Heider¹, D. Fuentes¹, V. Molina^{1,2}.

¹Equipo de Cirugía general. Hospital Dr. Hernán Henríquez A. Temuco.

²Departamento de Cirugía y Traumatología. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera.

Introducción: Apendicetomía es la intervención más frecuente en los servicios de urgencias. A pesar diversos estudios imagenológicos el diagnóstico es clínico, confirmándose con los hallazgos histopatológicos de la muestra.

Objetivo: Describir la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de las variables diferencia axilorectal (DAR), signo de Blumberg (SB) y leucocitosis en pacientes sometidos a apendicetomía en el 2008. **Material y métodos:** Corte transversal. Se analizaron datos de pacientes mayores de 15 años intervenidos en el HHHHA con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda entre enero a diciembre del 2008. Se analizaron variables clínicas y presencia de leucocitosis en parámetros de laboratorio. El diagnóstico definitivo de apendicitis aguda fue determinado según hallazgos de anatomía patológica. Se obtuvo un total de 700 pacientes, se extrajo un tamaño muestral de 99 pacientes con una prevalencia de 84,3% en relación al SB y precisión de 8,43%. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Nuestra serie estuvo compuesta por 99 pacientes con un promedio de edad de 29,29±13,58 años. El 70% fue de género masculino. La temperatura axilar promedio fue de 37,19±0,7° y la rectal de 37,97 ±0,6°. Solo el 30% de los pacientes presentó DAR, el 77% SB y el 89% de los pacientes presentó más de 10000 glóbulos blancos/mm³, con un promedio de 14,900±4,910/mm³. El diagnóstico de apendicitis aguda fue confirmado por anatomía patológica en 84,5%. La DAR tuvo una S de 30,9%, E de 73,3%, VPP 86,6% y VPN 18,3%, para el signo SB los valores fueron los siguientes 78,6%, 26,7%, 86,4% y 17,4% y para leucocitosis 94,1%, 40%, 89,8% y 54,5% respectivamente.

Conclusión: La apendicitis aguda sigue siendo una entidad patológica de gente joven, predominando el género masculino. La DAR no aporta datos significativos respecto al diagnóstico. El signo de mayor sensibilidad fue la leucocitosis.

PCR Y RECuento DE LEUCOCITOS EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN ADULTOS

Drs. Sergio Pacheco S.¹, Gonzalo Gómez C.²

¹Interno de Cirugía, Universidad de Valparaíso

²Cirujano, Unidad de Emergencia de Hospital Carlos Van Burén

Introducción: Los exámenes de laboratorio que con mayor frecuencia se solicitan en sospecha de apendicitis son el recuento de leucocitos (RL) y proteína C reactiva (PCR). El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la PCR y el RL en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada. **Material y método:** Se realizó un estudio prospectivo, entre Enero y Junio de 2009, en los pacientes operados de apendicitis aguda en la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Carlos Van Burén (HCVB). Ingresaron al estudio todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda. Se definieron dos grupos, según el diagnóstico quirúrgico, apendicitis aguda no complicada (apéndice edematoso o flegmonoso) y apendicitis aguda complicada (gangrenado y/o perforado y/o peritonitis). Análisis estadístico con programa SPSS 15.0, con curvas ROC. Se considero significativo p<0.05.

Resultados: Se analizaron 124 pacientes, un 50.8% (63) fueron mujeres. La edad promedio fue de 31.6±15.1 años. El 79.8% (99) fueron apendicitis aguda no complicadas y el 20.2% (25) fueron complicadas. La curva ROC para la PCR produjo un punto de corte de 67 mg/L, con un área bajo la curva de 0.96 (IC95%= 0.92-0.99). La curva ROC del RL mostró un punto de corte de 16800/mm³ con un área bajo la curva de 0.79 (IC95%= 0.67-0.90). La PCR muestra mayor sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo que el RL.

Discusión: La PCR es más útil que el RL en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada en adultos. Se crea la necesidad de contar con un punto de corte de los exámenes de laboratorio para que cumplan con el objetivo de servir en el apoyo diagnóstico. **Palabras Claves:** Apendicitis Aguda, Proteína C Reactiva, Recuento de Leucocitos.

APÉNDICE EN BLANCO: EXPERIENCIA CLÍNICA DEL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA (HHHA).

Drs. J. Contreras¹, J.P. Droguett¹, J.J. Bernales¹, C. Heider¹, D. Fuentes¹, V. Molina^{1,2}.

¹Equipo de Cirugía General, Hospital Dr. Hernán Henríquez A. Temuco.

²Departamento de Cirugía y Traumatología, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Introducción: Apendicetomía es la responsable del 25% de las consultas por dolor abdominal en los servicios de urgencia. La frecuencia de apéndice en blanco según la literatura fluctúa entre 5 y 20%. **Objetivo:** Describir la presentación clínica, hallazgos de laboratorio e histopatológicos de los pacientes sometidos a apendicetomía y cuyo informe fue negativo para apendicitis aguda.

Material y métodos: Corte transversal. Se analizaron datos de pacientes mayores de 15 años intervenidos con diagnóstico clínico de apendicitis en el HHA y su informe fue negativo para apendicitis aguda entre enero a diciembre del 2008. Se analizaron variables clínicas y presencia de leucocitosis parámetros de laboratorio.

Se obtuvo un total de 700 pacientes a la cual se extrajo un tamaño muestral de 99 pacientes con una prevalencia de 84,3% en relación al signo de blumberg(SB) y una precisión de 8,43%. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Resultados: Nuestra serie estuvo compuesta por 99 pacientes, de los cuales el informe histopatológico fue negativo para apendicitis en 15 pacientes (15,15%). La edad promedio de los pacientes fue 27,53±14,2 años, el 66,7% fueron de género masculino. En relación a la sintomatología todos presentaron dolor, 1 paciente presentó SB, 4 diferencia axilo rectal y 6 leucocitosis. De los pacientes con apendicitis en blanco 9 fueron descritos como apéndices normales, 2 cistoadenomas mucinosos, 1 tumor carcinoide, 1 oxiuriasis apendicular, 1 divertículo apendicular y 1 linfangioma quístico según los hallazgos de anatomía patológica. Con respecto al diagnóstico post operatorio 9 pacientes fueron diagnosticados como apendicitis aguda, 3 normales, 1 tumor carcinoide, 1 divertículo cecal y 1 quiste epiploico. Nuestra serie no presentó morbimortalidad y la estadía promedio fue 3,13 días.

Conclusión: El porcentaje de apéndices en blanco es similar a lo descrito a la literatura, pero superior a los estudios nacionales que fluctúa entre 6 y 4%.

ALTERACIÓN DE LOS MECANISMOS DE DEGRADACIÓN DEL COLÁGENO EN LA GÉNESIS DE LA HERNIA INGUINAL PRIMARIA

Drs. V. Molina^{1,2}, C. Manterola¹, A. Sanhueza¹, J. Contreras¹, J. Bernaldes¹.

¹Departamento de Cirugía, Universidad De la Frontera.

²Equipo de Cirugía General, Hospital Dr. Hernán Hernán Henríquez Aravena

Introducción: La patología herniaria de la pared abdominal es una de las principales causas de consulta quirúrgica, siendo la hernia inguinal responsable del 80%.

Objetivo: Determinar la existencia de alteraciones en la expresión de metaloproteinasas (MMP2) y su inhibidor tisular (TIMP2) en piel de pacientes con hernia inguinal primaria intervenidos en los hospitales públicos de la IX Región en el año 2007

Material y métodos: Diseño: Casos y controles. Casos: Pacientes con hernia inguinal primaria. Controles: Pacientes sin hernias intervenidos por apendicitis aguda.

Se calculó un tamaño de muestra en base a la diferencia encontrada en la literatura en la determinación de MMP2 y TIMP2 para pacientes con y sin hernia inguinal con una significancia de 5% y poder de 80%.

Se obtuvieron muestras de piel desde el sitio de incisión que fueron sometidas a inmunohistoquímica para determinar niveles de MMP2 y TIMP2, asignado de 1 a 3 cruces según la intensidad de tinción. El análisis estadístico se realizó utilizando medidas de tendencia central, T-test, Chi2 de Pearson y modelos de regresión logística.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 21 casos y 20 controles. El 73% fueron hombres. Tabaquismo estuvo presente en 38% de los casos y 20% de los controles. El antecedente familiar de hernia fue encontrado en solo un 12%. La tinción IHQ para MMP2 fue intensa en 11 casos y 8 controles, diferencia que no resultó estadísticamente significativa. Al considerar las tinciones menos intensas como positivas para MMP2, tampoco se encuentran diferencias significativas entre casos y controles. Hubo 7 casos de tinción intensa para TIMP2 entre controles y 5 en los casos, diferencia sin significación estadística. No se encontró presencia de TIMP2 en 11 casos y en 9 controles. Conclusión: No es posible plantear relación entre las alteraciones en los mecanismos de degradación del colágeno, según expresión de MMP2 y TIMP2 y el desarrollo de hernias inguinales primarias.

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA MONOTROCAR EN EL TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACIÓN POR OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA.

Drs. R. Cápona¹, C. Wainstein², F. Lopez², C. Heine, J². Larach², A. Larach²,

¹Becado Coloproctología Clínica Las Condes.

²Unidad de Coloproctología de Clínica Las Condes

La constipación por obstrucción del tracto de salida constituye un problema complejo y de difícil manejo. Son múltiples las patologías que contribuyen en la etiología de este síndrome, entre estas se encuentran el prolapso rectal (PR) y la contracción paradójica del puborrectal (CPP). Es inhabitual que estas 2 patologías coexistan en un mismo paciente. Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente que consulta por obstrucción defecatoria en la que se pesquiza un PR completo en concomitancia de una CPP que se resuelve con tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo y rehabilitación perineal. Se trata de una mujer de 29 años con antecedentes de constipación crónica que presenta desde hace 7 años dificultad para evacuar, aumento de volumen perianal con la defecación, pujo y tenesmo rectal. El examen físico revela un PR completo durante la maniobra de Valsalva. El estudio demuestra un sigmoide redundante, tiempo de tránsito colónico normal y defecorresonancia magnética que revela una acentuada CPP. Se evalúa en reunión multidisciplinaria de piso pelviano. Se indica rehabilitación perineal y cirugía. Se realiza una sigmoidectomía más pexia rectal (técnica de Frykman-Goldberg) por vía laparoscópica a través de un puerto único suprapúbico para tres trócares (SILS™ Port, Covidien, Autosuture). La disección

se realiza completamente por vía laparoscópica, luego se extrae la pieza operatoria, se realiza la anastomosis colorrectal y se pexia el recto al sacro por la misma incisión suprapúbica en forma abierta. La paciente presenta buena evolución, tránsito intestinal al segundo día postoperatorio y en condiciones de alta al tercer día. Actualmente evacúa diariamente y sin dificultad. Permanece en tratamiento de rehabilitación perineal. Se presenta un caso clínico poco frecuente y su resolución con una nueva vía de abordaje quirúrgico mínimamente invasivo.

ROL DE LA CIRUGÍA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁTICO

Drs. Débora Brellenthin¹, Marcelo Zarzar³, Enrique Contreras^{3,2}, Claudio Vasquez³, César Muñoz¹, Int. Javiera Contreras.

¹Residente de Cirugía General.

²Departamento de Cirugía y Traumatología. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera.

³Equipo de Cirugía de Cabeza, Cuello y Plástica. Hospital Dr. Hernán Henríquez A. Temuco.

Introducción: El cáncer de mama metastático representa el 7% de los casos nuevos. Las alternativas terapéuticas en este grupo de pacientes están orientadas a mejorar sobrevida y calidad de vida. La cirugía tradicionalmente no tiene un rol en estas pacientes. Estudios recientes sugieren mayor sobrevida en las pacientes sometidas a mastectomía. Nuestro objetivo es evaluar sobrevida en el grupo de pacientes con cáncer de mama metastático que han sido sometidas a cirugía radical.

Material y Métodos: Diseño de estudio: Estudio de casos y control.

Periodo de estudio: Enero 1996 a Diciembre 2008.

Caso: Paciente portador de cáncer de mama sometido a cirugía radical.

Control: Paciente portador de cáncer de mama sin cirugía radical.

Maniobra: Se seleccionan por muestreo no probabilístico de casos consecutivos 84 pacientes diagnosticadas en etapa IV entre los años 1996 y 2008 (42 casos - 42 Controles) de la base de datos del equipo de Cirugía de Mama del hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Las pacientes sometidas a mastectomía se parearon por esquema de tratamiento.

Análisis estadístico: Se aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicaron pruebas analíticas y se evaluó la supervivencia por grupo. El análisis estadístico se realizó en programa STATA 9.0.

Resultados: Se analizaron 82 pacientes, 78 de sexo femenino. El grupo quirúrgico estuvo constituido por 41 pacientes, 37 tuvieron cirugía radical. La sobrevida promedio del grupo quirúrgico fue 32 meses, del grupo no quirúrgico 30 meses. Al evaluar con curva de Kaplan-Meier, transcurrido el 50% del tiempo de seguimiento no se evidencia diferencia entre ambos grupos. Al transcurrir más del 75% del tiempo de seguimiento, el grupo quirúrgico presenta mayor sobrevida.

Conclusiones: La cirugía radical puede presentar beneficios en un grupo de pacientes en etapa IV en términos de sobrevida. Este beneficio no es observable de inmediato.

Poster: CIRUGÍA GENERAL.

FASCITIS NECROTIZANTE Y SHOCK TOXICO ESTREPTOCÓCICO. IMPORTANCIA DEL DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO PRECOZ. CASO CLÍNICO.

Drs. J. Reyes, C. Loyola, F. Rojas, W. Vásquez.
Hospital Barros Luco-Trudeau. Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile.

Introducción: Fascitis necrotizante y shock toxico streptocócico son presentaciones invasivas de infección por Streptococo Betahemolitico del grupo A, de alta mortalidad al no diagnosticarse e iniciar tratamiento oportuno. El objetivo de esta revisión es evidenciar la importancia del desbridamiento quirúrgico precoz, pilar fundamental del manejo medicoquirúrgico de estas patologías.

Material y método: Revisión de ficha clínica y literatura.

Resultado: Paciente masculino, 58 años, sin antecedentes, consulta por dolor súbito en flanco y dorso, no traumático, agregándose fiebre y CEG. Consulta a atención primaria diagnosticándose dorsalgia y faringitis. Posteriormente presenta lesión violácea de 3 x 5 cm, se traslada a centro de mayor complejidad diagnosticándose loxocelismo. Ingresa febril, taquicardico e hipotenso, respondiendo a volumen. La lesión aumenta de tamaño, se decide ingreso a UCI por sospecha de fascitis necrotizante y shock toxico, no descartándose loxocelismo cutaneovisceral. Se inicia antibioterapia con clindamicina, penicilina y ceftriaxona, protocolo de flebogama, se toma gram y cultivos. A 12 hrs de su ingreso presenta shock, conectándose a ventilación mecánica, y requiriendo drogas vasoactivas. Por sospecha mantenida de loxocelismo, no se decide cirugía hasta cumplidas 30 hrs del ingreso. Se realiza amplio desbridamiento fasciocutáneo, deteniéndose al obtener tejido macroscópicamente sano. Gram y cultivos confirman infección por streptococo beta hemolítico. Se realiza segundo aseo quirúrgico y debridamiento a las 96 hrs. Paciente evoluciona hacia falla multiorgánica y fallece a las 110 hrs del ingreso. **Conclusión:** La literatura evidencia que el tratamiento medico fue adecuado, con ingreso precoz del paciente a unidad critica, dosis adecuada de flebogama y cobertura antibiótica optima, fallando en la precocidad de la cirugía, que realizándose antes de 24 hrs presenta mortalidad de 30 % versus 70 % pasado este plazo. La sobrevivida de los pacientes depende en gran medida, del manejo quirúrgico agresivo y precoz ante la sospecha clínica de esta entidad.

APENDANGITIS EPIPLOICA PRIMARIA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS SIMULANDO APENDICITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO

Drs. J.C. Molina, G. Guastavino, J. Nuñez, M. Nicola, H. Cid, L. Soto.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río.

Introducción: El Situs Inversus Totalis es una condición de baja frecuencia (1/20000 nacimientos). Consiste en la inversión total de las vísceras torácicas y abdominales, manteniendo su disposición en el plano anteroposterior. Por otra parte, la apendangitis es una enfermedad poco común que consiste en la inflamación de un apéndice epiploico causado por su torsión o trombosis espontánea y su curso es benigno y autolimitado.

Presentación del caso: Paciente de 47 años, sin antecedentes mórbidos presenta cuadro de 48 horas caracterizado por dolor abdominal en FID, constante, intenso y sensación febril no cuantificada. No refiere diarrea ni vómitos. Al ingreso afebril, con un abdomen con resistencia muscular, doloroso y signos de irritación peritoneal en FID. Hemograma con 11.200 leucocitos con el resto de los exámenes normales. Se sospecha apendicitis aguda y se solicita Ecotomografía abdominal que evidencia Situs Inversus Totalis, sin poder localizarse el apéndice cecal. Se realiza TAC de pelvis sin contraste que evidencia apendangitis primaria en Colon descendente a nivel de FID en paciente con Situs Inversus totalis. Se observa Apendice normal en FII. Se maneja con Ceftriaxona y Metronidazol, evolucionando de manera satisfactoria. Es dado de alta al cuarto día en buenas condiciones. **Conclusión:** El Situs inversus frecuentemente se asocia a otras malformaciones, pero lo más habitual es que el diagnóstico se establezca como hallazgo en el estudio de otra patología. Por otra parte la apendangitis provoca un cuadro de irritación peritoneal que se asemeja a otras causas de abdomen agudo, como enfermedad diverticular o apendicitis aguda. Como es autolimitado la importancia de su diagnóstico radica en descartar diagnósticos diferenciales para definir el mejor tratamiento. Hay que destacar también la importancia de los estudios imagenológicos en el diagnóstico diferencial de patologías quirúrgicas abdominales.

SINDROME DE BOUVERET. REPORTE DE UN CASO.

Drs. P. Ibañez¹, Y. Palta², S. Retamal², S. Olivares², G. Gómez³

¹Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke.

² Interno de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

³ Cirujano General

Introducción: Síndrome de Bouveret, entidad clínica infrecuente, consiste en obstrucción duodenal secundaria a migración de cálculo vesicular por fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal y generalmente la litiasis se encuentra en el intestino delgado o intestino grueso. La clínica es de inicio inespecífico, dolor abdominal, distensión gástrica y vómitos de retención producto de impactación del cálculo en el intestino. La Ecografía, Tomografía axial computada (TAC) y endoscopia digestiva alta son exámenes de utilidad diagnóstica. Se presenta el reporte de un caso clínico de Síndrome de Bouveret en la urgencia del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Caso Clínico: Mujer, 88 años, con hipertensión arterial compensada e insuficiencia renal crónica. Consulta en reiteradas ocasiones por cuadro de 30 días de evolución, caracterizado por deposiciones líquidas oscuras intermitentes, náuseas y emesis con diagnóstico de gastroenteritis infecciosa. Se indica hidratación, exámenes de laboratorio, deposiciones, EDA refiere estructura postpilórica, que impresiona cálculo biliar, ecografía abdominal informa colelitiasis y TAC contrastado abdomen fistulizado a duodeno y antrogástrico. Se indica tratamiento médico inicial y luego conducta quirúrgica. Se realiza gastrostomía y extracción del cálculo 8-10cm que comprime la región piloroduodenal. Presenta esofagitis erosiva severa con caída del hematocrito pero es dada de alta sin problemas.

Conclusión: El Síndrome de Bouveret es una patología que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal, sobre todo en pacientes mayores, dado que habitualmente son cuadros de lenta evolución y bien tolerados.

UTILIDAD DE LA PCR Y RECuento DE LEUCOCITOS EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

Drs. S. Pacheco¹, G. Gómez².

¹ Interno de Cirugía, Universidad de Valparaíso.

² Unidad de Emergencia Adultos, Hospital Carlos Van Buren. Universidad de Valparaíso.

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es la patología quirúrgica más frecuente en las unidades de emergencia. Si bien su diagnóstico es eminentemente clínico, los exámenes de laboratorio constituyen un apoyo diagnóstico. El objetivo es evaluar la utilidad de la PCR y el recuento de leucocitos (RL) en el diagnóstico de AA.

Material y Método: Estudio prospectivo, basado en el análisis de pacientes mayores de 15 años operados con diagnóstico preoperatorio de AA entre Enero y Junio de 2009, en la Unidad de Emergencia del Hospital Carlos Van Buren. Se consignaron las variables demográficas, clínicas, PCR y recuento de leucocitos previo a cirugía, dividiéndose para el análisis en 2 grupos, AA confirmada (diagnóstico quirúrgico) y AA descartada. Análisis estadístico mediante programa SPSS 15.0 con estadística para-

métrica y no paramétrica. Se realizaron curvas ROC para RL y PCR. Se consideró significativo un $p < 0.05$. **Resultados:** De un total de 144 pacientes, 55.6% fueron mujeres, con un promedio de edad de 31.5 ± 4.5 años. Se confirmó el diagnóstico de AA en 86.1% (124) de los pacientes y se descartó en 13.9% (20). El RL en AA confirmada fue de $15156.8 \pm 4652.1/\text{mm}^3$ y la PCR fue 77.0 ± 96.9 mg/L, en cambio en las AA descartada el RL fue $10881.2 \pm 3599.4/\text{mm}^3$ ($p = 0.001$) y la PCR fue 25.7 ± 35.1 mg/L ($p = 0.0003$). La curva ROC de PCR muestra el punto de corte de 45.5 mg/L, con un área bajo la curva de 0.66 (IC95% = 0.53-0.79) y la curva ROC del RL muestra un punto de corte de 13950/mm³ con un área bajo la curva de 0.77 (IC95% = 0.66-0.88). El recuento de leucocitos muestra mayor sensibilidad y valor predictivo negativo que la PCR en el diagnóstico de AA. **Conclusión:** El recuento de leucocitos es un examen de mayor utilidad que la PCR en el diagnóstico de AA en la unidad de emergencia. **Palabras clave:** apendicitis aguda, recuento de leucocitos, proteína C reactiva.

¿CUÁL ES LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ARTÍCULOS SOBRE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS PUBLICADOS EN LA REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA EN EL PERÍODO 2004-2008? ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO.

Drs. Carlos Manterola, M. Eugenia Burgos, Grupo MINCIR

Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera. Financiado parcialmente por proyecto DI09-0060 (Dirección Investigación Universidad de La Frontera).

Introducción: En 2005, se publicaron los resultados de un estudio bibliométrico respecto de la calidad metodológica (CM) de los artículos referentes a procedimientos terapéuticos (PT), publicados en la Revista Chilena de Cirugía (RChC) en el período 2000-2003; verificándose que el promedio de CM fue de $9,0 \pm 2,5$ puntos; y que el 100% de los artículos tenían un score inferior a 18 puntos. El objetivo de este estudio es determinar CM de los artículos referentes a PT publicados en la RChC en el período 2004-2008; describiendo además: utilización de herramientas estadísticas, eventuales diferencias entre disciplinas quirúrgicas y año de publicación de los artículos.

Material y método: Estudio bibliométrico con muestreo consecutivo de los volúmenes 56 al 60 de la RChC, correspondientes a los años 2004 al 2008, incluyéndose todos los artículos referentes a PT. Se excluyeron editoriales, imágenes del mes, cartas al Editor, artículos de revisión sistemática y narrativa. Como instrumento de medición, se utilizó un score de calidad metodológica válido y confiable, compuesto por 3 ítems (diseño del estudio, tamaño de la muestra estudiada y metodología empleada), con puntuaciones posibles entre 6 y 36 puntos, y punto de corte para "calidad metodológica

adecuada” de 18 puntos. La revisión se realizó en forma cruzada por 2 investigadores resolviéndose las situaciones de discrepancia por consenso. Se utilizó estadística descriptiva, con cálculo de medianas, promedios y desviación estándar (DE); y analítica, aplicando ANOVA para la comparación de grupos. Resultados: Se estudiaron 435 artículos, 237 de los cuales (54,5%), eran de PT y cumplían con los criterios de elegibilidad. Los diseños más frecuentemente encontrados fueron reportes y series de casos retrospectivos y prospectivos (221 artículos, 93,2%). El promedio de CM fue de 9,2±2,8 puntos, y sólo el 0,8% de los artículos tenían un score superior a 18 puntos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas según el año de su publicación ($p = 0,3961$). Las disciplinas que más aportaron artículos fueron coloproctología (43 artículos; 16,0%) y cirugía de pared abdominal (42 artículos; 15,7%); sin verificarse diferencias estadísticamente significativas en la CM ($p = 0,7717$). En el 59,3% de los artículos se utilizaron herramientas estadísticas; pero en el 22,9% de los casos fueron mal aplicadas.

Año	N° de artículos	Score (media ± DE)
2004	60	8,9±2,7
2005	44	9,3±2,7
2006	41	9,4±2,6
2007	37	9,9±3,1
2008	55	8,8±2,9
Total	237	9,2±2,8

Conclusión: La CM de los estudios publicados sobre PT en la RChC en el período estudiado es baja, destacando una escasa y en oportunidades inapropiada utilización de estadísticas. No obstante ello, se observó una discreta mejoría respecto de los resultados descritos en el estudio publicado en 2005.

¿ES NECESARIO SOMETER A UNA AGRESIÓN ANESTÉSICO-QUIRÚRGICA A PACIENTES SOBRE 80 AÑOS CON COLECISTITIS AGUDA?

Drs. A. Correa, D. Moretti, R. Diaz, A. Pacheco, Int. F. Häberle.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: La elección del manejo más seguro de la colecistitis aguda en el adulto mayor presenta una interrogante añadida considerando las morbilidades y deterioro fisiológico asociados al grupo de 80 años y más. Considerando una población en envejecimiento, la frecuencia de la colecistitis y la reducida evidencia específica al respecto, decidimos evaluar nuestros resultados. Material y Método: Serie retrospectiva de todos los casos ingresados al HUAP entre el 1°/1/2006 y el 31/12/2008 con diagnóstico de colecistitis aguda, en el grupo etario de 80 años y más. Se analiza demografía, tratamiento efectuado y mortalidad. Resultados: Se trata de 37 pacientes, 12 hombres y 25 mujeres, con un promedio de edad de 84,5 años. El 89,2% tenía 1 o más comorbilidades. El manejo

fue médico en 7 pacientes y quirúrgico en 30, de los últimos el 63,3% fue colecistectomía abierta y el 36,7% colecistectomía laparoscópica. La mortalidad global de la serie fue de 8,1%, la mortalidad con manejo médico fue de 28,6%, con colecistectomía abierta 5,3% y con colecistectomía laparoscópica 0%. La estadía hospitalaria promedio con manejo médico fue de 7 días, colecistectomía abierta 8 días y colecistectomía laparoscópica 5 días. Conclusión: Pese a lo pequeño de nuestra serie concluimos que el manejo de la colecistitis aguda en el paciente octogenario debe ser principalmente colecistectomía laparoscópica. Ésta ofrece ventajas a considerar en cuanto a mortalidad y estadía hospitalaria.

HERNIA LUMBAR DE GRYNFELTT. REPARACIÓN CON MALLA, RÉGIMEN AMBULATORIO Y ANESTESIA LOCAL. REPORTE DE UN CASO

Drs. A. Jadue ¹, J. León ², A. Acevedo ³
¹ Becado de Cirugía General, Universidad de Chile.
² Cirujano Pared Abdominal. ³ Centro de Hernias. CRS Cordillera

Introducción: Las hernias del triángulo lumbar superior (de Grynfeltt) son hernias infrecuentes de la pared abdominal, y los reportes de la literatura mundial alcanzan alrededor de 300 casos. El 80% de estas hernias son adquiridas primariamente o secundariamente (lumbotomías, absceso lumbar). El tratamiento está indicado para evitar la incarceration. La reparación clásica es la reparación abierta mediante cierre del defecto o malla de polipropileno, aunque la vía laparoscópica es una alternativa.

Reporte: Se presenta el caso de una mujer obesa de 84 años derivada por una lesión protruyente de crecimiento lento ubicada en la región lumbar izquierda. Al examen físico, la lesión de 6 cm de diámetro era reductible por lo que se sospechó una hernia de Grynfeltt y se solicitó una ecotomografía que confirmó la sospecha (Fig 1). Se realizó la reparación con técnica abierta, anestesia local y régimen ambulatorio (Fig 2). No hubo incidentes durante la cirugía ni en el postoperatorio. A los 11 meses no hay evidencia de recidiva.

Discusión: Las hernias de Grynfeltt son infrecuentes hernias de la pared abdominal y junto con las hernias de Petit abarcan el 95% de las hernias lumbares. El diagnóstico depende de un gran índice de sospecha y se confirma mediante pruebas imagenológicas. El tratamiento quirúrgico está siempre indicado. La técnica quirúrgica de reparación puede ser sólo cierre de los límites musculares del triángulo mediante sutura con material irreabsorbible o el refuerzo con malla de polipropileno. La morbilidad consta principalmente de la infección operatoria y la recidiva. En el caso presentado se decidió el refuerzo con malla dada la condición de obesa de la paciente para evitar la recidiva. La reparación fue realizada sin complicaciones con régimen ambulatorio y anestesia local.

ISQUEMIA MESENTÉRICA: CIRUGÍA EN DOS TIEMPOS. REPORTE DE UN CASO.

Drs. A. Maldonado, L. González, M. Díaz, P. Cortés, C. Derosas, S. Alegría, S. Mayanz.
Servicio de Urgencia, Complejo Hospitalario San José.

Introducción: La isquemia mesentérica aguda es de baja incidencia, presentándose en 1 de cada 1000 ingresos, y presenta una mortalidad de 59 a 90%, dependiendo de su etiología.

Objetivo: Presentar un caso de isquemia mesentérica manejado quirúrgicamente en dos tiempos.
Material y Método: Análisis retrospectivo de ficha clínica e imágenes de paciente con isquemia mesentérica.

Resultado: Paciente masculino, 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial, daño hepático crónico por alcohol y tabaquismo activo, presenta cuadro de 7 días de evolución de dolor abdominal difuso, vómitos y diarrea, y dos días previos al ingreso, rectorragia y compromiso marcado del estado general. Ingresa a sala de recuperación en shock séptico, con sangrado rectal activo, dolor abdominal y livideces marcadas, sugiriendo sepsis de foco abdominal compatible con isquemia mesentérica. Se omite tomografía axial por insuficiencia renal aguda asociada. Ecotomografía abdominal describe engrosamiento de asas intestinales y líquido libre de moderada cuantía. Se decide realizar laparotomía exploradora, evidenciando necrosis intestinal extensa comprometiendo intestino delgado desde 40cm de ángulo de Treitz hasta 100cm de válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal comprometida y ligadura de ambos cabos vitales, dejando cierre con bolsa de Bogotá para revisión en segundo tiempo. Se reexplora en 36 horas, encontrando cavidad limpia, con asas de intestino delgado vitales; decidiendo restablecer tránsito intestinal mediante anastomosis termino-terminal, quedando una longitud de 130cm. Se cierra la pared abdominal y se dejan dos drenajes para objetivar complicaciones postoperatorias. Evoluciona satisfactoriamente, sin evidencias de fístula intestinal u otra complicación quirúrgica ni signos sugerentes de síndrome de intestino corto, por lo que se decide el alta al décimo día post operatorio.

Conclusión: La isquemia mesentérica es una patología de presentación escasa y de alta mortalidad, que se puede resolver con buen resultado en dos tiempos quirúrgicos, restableciendo el tránsito intestinal en forma diferida.

RESULTADOS PERINATALES EN PACIENTES APENDICECTOMIZADAS DURANTE EL EMBARAZO.

Drs. A. Valle, M. Vivanco, C. Aguayo, C. Cavalla, G. Wiedmaier, Int. P. Mocoçain, F. Mandujano.
Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: El diagnóstico de apendicitis aún

representa un desafío para el cirujano.

En embarazadas este desafío es aún mayor dado una serie de cambios anatomofisiológicos propios del embarazo. No existen reportes en la literatura de la consecuencia de una cirugía por apendicitis aguda y el resultado perinatal. **Objetivo:** Presentar la experiencia en el manejo de las pacientes con apendicitis aguda embarazadas y su resultado perinatal.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes embarazadas con diagnóstico de apendicitis aguda, entre julio 2000 y abril de 2009. Se analizaron variables demográficas y clínicas. Se evaluaron resultados asimismo los resultados perinatales.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, edad promedio 24 años. El diagnóstico e intervención se realizó en un 95 % de urgencia. El 19 % se presentó como peritonitis apendicular. Un 76 % se resolvió por vía abierta y un 24 % fue por vía laparoscópica, no hubo conversión en la serie. Tiempo operatorio promedio: 56 min. Del resultado perinatal, un 81 % presentó un apgar 9/9 o mayor, mientras un 4,7 % fue menor a 6/8. La morbilidad post operatoria fue de un 9,5 %. Un 9,5 % tuvo alguna complicación perinatal. La estancia hospitalaria promedio fue de 2,7 días. No hubo mortalidad perinatal ni materna. **Discusión:** La apendicitis aguda en pacientes embarazadas requiere de una alta sospecha clínica y su resolución quirúrgica de urgencia. Las peritonitis apendiculares se asocian a mayor movilidad perinatal. La vía laparoscópica ha demostrado ser una alternativa segura y reproducible en el manejo de esta patología.

ULCERA PÉPTICA PERFORADA: EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN HOSPITAL EL PINO, SAN BERNARDO

Drs. C. Mora ¹, I. Plass ², C. Herrera ²
¹ Cirujano Hospital El Pino. ² Internos de Medicina, Universidad Andrés Bello.

La Úlcera Péptica Perforada (UPP) es una complicación infrecuente y siempre grave de la enfermedad ulcerosa. **Métodos:** Trabajo descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de fichas de pacientes operados en el Hospital El Pino con diagnóstico preoperatorio de úlcera péptica perforada entre Enero 2004 y Julio 2008.

Resultados: Se obtuvieron 31 pacientes con un promedio de edad de 39.4 años, de los cuáles 87% de sexo masculino. 32.6% con el diagnóstico previo de gastritis o síndrome ulceroso, 48% con antecedentes de consumo de alcohol y 13% con antecedentes de consumo de estupefacientes. El abordaje quirúrgico fue en 6 pacientes (19%) mediante Videolaparoscopia (VDL) y 81% mediante Cirugía Abierta (CA). El tiempo operatorio promedio fue de 73 minutos en el caso de los pacientes operados por CA y 75 minutos en el caso de la LPC. Los diagnósticos operatorios corresponden en un 83.7% con una úlcera péptica perforada, de los cuales 67.6% fueron gástricas y 16% duodenales. Los días de hospitalización son 4 días en promedio, con 4.6 días en la CA y 3.5 en LPC. Las complicaciones

registradas fueron íleo postquirúrgico en 6% (casos de CA), obstrucción intestinal en 6% y un fallecido (3%).

Discusión y Conclusiones: La UPP en nuestro medio es más frecuente en pacientes jóvenes y de género masculino, probablemente este hecho se deba al bajo nivel socioeconómico, el bajo nivel de acceso a inhibidores de la bomba de protones y al alto consumo de Alcohol y estupefacientes de la población estudiada. El tratamiento de elección es quirúrgico y corresponde a un cuadro grave con una morbimortalidad importante.

CANCER APENDICULAR EN 10 AÑOS DE APENDICECTOMIAS DE URGENCIA EN EL HOSPITAL BASE OSORNO (HBO)

Drs. F. Venturelli^{1,2}, M. Cáceres^{1,2}, R. Meza¹, B. Gárces², A Baeza^{1,2}, J. Bühler

Servicio de Cirugía, Hospital Base Osorno. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Sede Osorno.

Introducción: Al enfrentarnos a un paciente con apendicitis aguda, generalmente no pensamos que puede ser la primera manifestación de un cáncer apendicular. Objetivo: Determinar la probabilidad de hallar un cáncer apendicular en la biopsia diferida de una apendicectomía de urgencia. Objetivos secundarios: Descripción de los casos y su sobrevida. Determinar la probabilidad de reintervención por causa tumoral. Material y métodos: Serie de casos con seguimiento a partir de la fecha operatoria de la última terapia quirúrgica realizada. Se incluyeron pacientes operados por sospecha de apendicitis aguda en el servicio de urgencia del HBO, entre los años 1998 y 2008. Se excluyeron del grupo tumoral a los pacientes en que el apéndice estaba comprometido por contigüidad. Algunas variables incluidas: edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, resección completa tumoral, reintervención, características histoanatomopatológicas, terapia adyuvante. Descripción de variables en porcentajes, medias o medianas. Descripción de la sobrevida, curvas de Kaplan Meier. Programa estadístico Stata 10.0.

Resultados: Probabilidad de hallar un cáncer fue de 0,28% (17 pacientes). 11 (64%) fueron carcinoides, 4(23%) adenocarcinomas, 1 (6%) cistoadenocarcinoma y 1 (6%) linfoma no Hodgkin. Edad promedio 23.45 (DS: 14.45) años en los carcinoides y 65.75 (DS:18.46) en los adenocarcinomas. En los carcinoides predominó el sexo femenino, contrario a lo sucedido en los adenocarcinomas. Se practicó cirugía curativa al 100% de los carcinoides y al 25% de los adenocarcinomas. 3 (18%) pacientes tuvieron indicación de reoperación. Ubicación más frecuente: Carcinoides tercio distal y adenocarcinoma tercio proximal. Ningún tumor comprometió la serosa y/o tuvo linfonodos comprometidos. 100% de sobrevida a 5 y 10 años en carcinoides.

Conclusiones: Esta serie describe resultados compatibles con la literatura. La sobrevida a 5 y 10 años esta acorde a lo previamente publicado.

DRENAJE LAPAROSCOPICO DE ABSCESOS HEPATICOS.

Drs. G. Llewelyn¹, V. Silva¹, M. Slako¹, G. Garate, A. Rojas².

¹ Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. ² Becario Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

Los abscesos hepáticos se presentan con una incidencia entre 0.008 y 0.022% en pacientes hospitalizados, con una mortalidad reportada entre 8 y 31%. Actualmente se considera al drenaje percutáneo radiologicamente guiado el gold standard para su manejo, con tasas de éxito reportadas entre 80 y 87%. Sin embargo existen variadas condiciones en que éste no es posible, como ruptura de absceso, enfermedad abdominal concomitante de indicación quirúrgica, absceso de gran tamaño, múltiples o lobulados, fracaso del drenaje percutáneo, contraindicación para drenaje percutáneo (ascitis, localización en proximidad de estructuras vitales, coagulopatías) y el hallazgo casual de un absceso en el transcurso de una intervención quirúrgica. El drenaje laparoscópico aparece como una opción atractiva frente a la cirugía abierta tradicional. El presente trabajo tiene como objetivo informar acerca de 2 casos de pacientes tratados exitosamente a través de drenaje laparoscópico en nuestro hospital.

CORRELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y EGRESO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL PADRE HURTADO

Int. C. Hermansen, Drs. A. Rodríguez-Navarro, C. Villalón, R. González, A. Mercado, G. Wiedmaier, E. Behnke, Ints. V. Cordero K., B. Rosas B., M. Canals C. Servicio Urgencia y Servicio Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Introducción: El Hospital Padre Hurtado ubicado en el área sur oriente de la región metropolitana atiende a una población de 423.000 habitantes. Cuenta con un servicio de urgencia adulto desde abril 2009, integrado por un equipo de cirujanos de urgencia que forman parte del equipo de cirugía. Según el estándar se acepta un 90% de certeza diagnóstica entre el ingreso y el egreso del paciente. Objetivo: Evaluar la certeza diagnóstica del servicio de urgencia del Hospital Padre Hurtado en relación a la población atendida en un periodo de tiempo establecido.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los diagnósticos de ingreso y egreso de los pacientes que fueron admitidos con un diagnóstico quirúrgico por SU del HPH entre el 2 de Mayo y 3 de Julio del 2009. Se revisó la base de datos computacional registrándose tanto datos clínicos como demográficos. Se considero diagnóstico no concordante aquellos en los cuales no había correlación etiopatogénica. Los criterios de inclusión fueron pacientes que ingresaron al servicio de urgencia con diagnóstico de resolución quirúrgica

y que fueron hospitalizados. Los criterios de exclusión fueron pacientes urológicos, traumatológicos, ginecológicos y en los que se encontró ficha clínica incompleta. Se realizó análisis estadístico.

Resultados: Se obtuvo un total 560 de pacientes de los cuales se excluyeron 147. Existe predominio de consultas en menores de 60 años (81%) y sexo masculino 55%. La correlación de los diagnósticos de ingresos y egresos corresponde a un 93% cuyas patologías más frecuentes fueron apendicitis aguda 25%, patología biliar 14% y herida por bala arma blanca 8,5%. Los casos en que los diagnósticos no se correlacionan fue un 7% siendo la apendicitis y patología biliar las más frecuentes (17% y 14% respectivamente).

Conclusión: El modelo de atención del servicio de urgencia del Hospital Padre Hurtado cumple con el estándar en términos de correlación diagnóstica de ingreso/egreso. Esto nos orienta a que la implementación de este sistema de registro computacional nos sirve como una herramienta potente y válida para el estudio y seguimiento de los pacientes.

SD COMPARTIMENTO ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA.

Drs. Joel Grágeda, Ana M Pacheco, Victor Muñoz, Rolando Palacios, Ricardo Peña.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Santiago Chile

Introducción: El seguimiento adecuado de los pacientes críticos médico quirúrgico facilita un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la Hipertensión intrabdominal (HIA) y el Sd Compartimento Abdominal (SCA). Siendo el SCA, el compromiso de una PIA mantenida, con aparición de disfunciones orgánicas. Para su diagnóstico se requiere medir la PIA, la Presión de perfusión abdominal (PPA) y correlacionarlos con el compromiso clínico del paciente. Siendo las medidas terapéuticas médicas en el SCA limitadas, es de manejo quirúrgico con la descompresión abdominal la indicación recomendada. El en 2o Congreso Mundial de SCA 2008 (World Society of Abdominal Compartment Syndrome (WSACS) se revisó las indicaciones y el manejo actual a esta complicación tan grave. Caso clínico: Paciente femenina de 41 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad mórbida, resistencia insulínica, y que consultó al Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública por historia de dolor abdominal cólico intenso post transgresión alimentaria de 48 hrs de evolución, asociado a vómitos biliosos. Al examen físico destacaba Abdomen distendido, con resistencia muscular, intenso dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos aumentados y sin fiebre. Signos vitales normales, consciente, vigil, y el resto de los aparatos y sistemas no revela alteraciones. El Scanner de abdomen y pelvis presenta Colecistitis Aguda Litiasica, Coledocolitiasis, además de Pancreatitis Aguda en evolución. Siendo estos los Diagnósticos de ingreso.

Procediéndose dentro las siguientes 24 hrs a realizar una ERCP con Papilotomía y extracción de cálculos. Siendo controlada en la UCI donde evoluciona con SCA manteniendo PÍA sobre 35 mmHg, realizándose una Fasciotomía Abdominal descompresiva, bajando las cifras a 25 mmHg, estableciéndose un Sd de Disfunción Multiorgánica SDMO con compromiso (Renal, Respiratorio, hemodinámico y coagulopático), siendo reintervenida nuevamente realizándose una Laparotomía Descompresiva y dejándola con Laparostomía contenida (Bolsa de Bogotá). Evolucionando tópidamente con PÍA sobre 20 mmHg y compromiso por falla multiorgánica y sepsis sobreagregada, falleciendo a los 15 días de su ingreso. Conclusión: Conocer y pensar en la HIA, permite su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, ya que el SCA establecido sin tratamiento correcto es una complicación mortal, en la mayoría de los casos, por SDMO.

HERNIA DE RICHTER. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA.

Drs. Joel Grágeda, Martin Nicola, G. Guastavino, Rolando Palacios, Ricardo Peña.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Santiago Chile

Introducción: Este tipo de Hernia fue descrita científicamente por August Gottlob Richter en 1778. Siendo su definición amplia "Tipo de Hernia Incarcerada con pellizcamiento del borde antimesentérico del ID", causando la estrangulación de la parte comprometida de la pared intestinal, que puede llevar a la perforación provocando un peritonitis aguda o también la perforación de esta dentro del saco hemiario formando un absceso local. Caso clínico: Paciente masculino de 81 años sin antecedentes mórbidos, y que consultó al Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública por historia de dolor abdominal intenso postraumático de 24hrs de evolución por caída de nivel, asociado a melena y hematoquezia. Al examen físico destacaba Abdomen distendido, con resistencia muscular, intenso dolor en hemiabdomen izquierdo, limitante y continuo, ruidos hidroaéreos disminuidos. El Tacto rectal revela escasas trazas de melena. Signos vitales normales y el resto de los aparatos y sistemas no revela alteraciones.

El Scanner de abdomen y pelvis presenta gas libre subdiafragmático y escaso líquido en fondo de saco. Estos hallazgos simultáneos plantean el diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico, Perforación de Viscera Hueca.

Hallazgos Quirúrgicos: Evidencian a nivel de la mitad de ID, perforación de un cm de diámetro sin sufrimiento de asa con abundante fibrina además de Peritonitis fecaloidea. Se realiza Enterorrafia primaria en dos planos. Se identifica Hernia inguinal izquierda la cual se repara vía intraperitoneal. Paciente evoluciona favorablemente recibiendo tratamiento antibiótico, siendo dado de alta en buenas condiciones generales.

Discusión: Si bien presenta una frecuencia de menos del 5% dentro de todas las hernias abdominales externas estranguladas, Siendo menos del 0.5% de todas las H. Inguinocrurales y el 0.7 al 1.5% de las H. Femorales. Cuando se perforan presentan una Mortalidad de aproximadamente del 17%. Siendo esta una rara pero posible causa especial de perforación intestinal, ya que no se produce un estrangulamiento como tal sino solo un simple "pellizcamiento" antimesentérico, llegando a producir peritonitis aguda generalizada.

DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFORADO COMO CAUSA DE PERITONITIS DIFUSA EN UN PACIENTE SENIL

Dr. J. Morales, Int. R Marín, R Arellano, G Hidalgo, C. Carrasco, K. Gutierrez
Universidad Católica de la Ssma. Concepción

El divertículo de Meckel es una variante anatómica con una incidencia del 2%, produciéndose como resultado de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Se ubica alrededor de 60 cm del íleon terminal, en el borde antimesentérico, y es considerado como divertículo verdadero pues contiene todas las capas del intestino delgado. La frecuencia no varía según sexo, pero las complicaciones son tres veces mayores en hombres. Estas se presentan en 4-30% de los pacientes, centrándose más del 50% en la primera década de vida, tendiendo a cero después de los 50 años. Entre las más frecuentes encontramos: obstrucción intestinal, intususcepción, inflamación, hemorragia y perforación. Dentro de los casos de perforación en pacientes adultos descritos en la literatura, se encuentran relacionados a cuerpos extraños y con edades máximas cercanas a los 50 años.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 75 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Infarto miocárdico, Infarto cerebeloso, colecistectomizado, admitido en la unidad de emergencia de nuestro Hospital con el diagnóstico de abdomen agudo.

Paciente refiere historia de 20 horas de evolución de dolor abdominal en epigastrio y hemiabdomen izquierdo con migración a flanco y fosa iliaca derecha, sin otro síntoma asociado.

Al examen físico de ingreso destacaba un abdomen distendido, poco depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, Blumberg positivo, ruidos hidroaéreos presentes, hipersonoro a la percusión. El abordaje quirúrgico se realizó por laparotomía paramedial derecha, abierto peritoneo se encuentra pus difuso en la cavidad abdominal. Apéndice pequeño de más menos 2 cm. no inflamado. A 50 cm. de la válvula ileocecal se encuentra divertículo de Meckel de aproximadamente 2 a 3 cm, perforado. Se realiza resección intestinal 2 cm proximal y distal al divertículo y anastomosis termino-terminal con Dexón® monoplano, corrido, extramucoso. Apendicectomía profiláctica. El paciente es dado de alta en buenas condiciones después de completar 7 días de tratamiento antibiótico.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE UN CASO.

Drs. J. Morales, M. Chang, Internos A. Araneda, C. Bahamondes, J. Basualto, A. Dumas.
Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina

Introducción: Aunque la asociación entre apendicitis aguda (AA) y obstrucción intestinal (OI) es relativamente frecuente, usualmente se observa en pacientes añosos, y más rara vez en jóvenes. En estos casos, lograr un correcto diagnóstico preoperatorio, se dificulta por la superposición clínica de ambos cuadros, siendo una opción válida en estos casos, el apoyo diagnóstico con exámenes imagenológicos. Objetivos: Describir cuadro clínico de paciente de 14 años, sin patologías previas, que ingresa al SU de HCHM, con cuadro compatible con AA, y que se evidencia asociación de obstrucción intestinal secundaria, durante acto quirúrgico.

Material y métodos: Descripción del cuadro clínico, análisis de antecedentes y ficha clínica. Revisión bibliográfica.

Desarrollo: Paciente femenino, 14 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos. Consulta en servicio de urgencia HCHM por cuadro clínico compatible con AA, de 24 horas de evolución, razón por la cual se decide resolución quirúrgica.

Laparotomía de McBurney que evidencia asas de intestino delgado dilatadas, con claros signos de isquemia. Se decide LMIU, que muestra apéndice flegmonoso, adherido al mesocolon de íleon distal, formando anillo constrictivo a dicho segmento intestinal. Se liberó apéndice, con lo que el intestino recupera vitalidad (se deja registro fotográfico). Se completa apendicectomía sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente, con alta en forma temprana.

Discusión: Aunque hasta un 20% de los cuadros apendiculares clásicos puede deberse a patología no apendicular, el rendimiento puede modificarse de acuerdo a la experiencia del cirujano, así como también a los recursos técnicos disponibles en su centro. Si bien existe asociación entre la AA y la OI, no existen publicaciones confiables respecto a su real incidencia, describiéndose en la literatura usualmente, como secundaria al proceso inflamatorio. Finalmente, es importante evaluar el costo beneficio y protocolarizar, el uso de exámenes imagenológicos complementarios, en los cuadros de dolor abdominal sugerentes de apendicitis aguda.

ÍLEO BILIAR. CASO CLÍNICO

Drs. M. Nicola, J. Grageda, G. Guastavino, H. Cid, B. Retamales. Int. A. Meyer, F. Rojas, F. Solar.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Santiago Chile

Introducción: El íleo biliar (IB) es una rara complicación de la colelitiasis (0,1%). Su diagnóstico preoperatorio es difícil (30%), realizándose en la mayoría durante la cirugía. En la radiografía de

abdomen simple Rigler describió 4 signos, que de ser simultáneos, son patognomónicos: distensión intestinal, neumobilia, visión del cálculo biliar en posición aberrante y cambios en su ubicación. Sin embargo, los tres primeros se presentan tan sólo en el 15%. Debido a lo bien documentado de los 4 criterios diagnósticos se presenta este caso clínico. Caso clínico: Paciente mujer de 59 años con antecedentes de diabetes mellitus y que consultó al Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública por historia de dolor abdominal cólico e intermitente de 5 días de evolución, asociado a vómitos biliosos. Últimas 48 hrs sin eliminación de gases y distensión abdominal. Al ingreso destacaba un paciente afebril, eucárdica y normotensa con deshidratación leve. Examen cardiovascular y pulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen distendido, sensible de forma difusa y con ruidos hidroaéreos presentes y aumentados.

La radiografía de abdomen y pelvis en bipedestación, visualiza algunos niveles hidroaéreos, neumobilia y una imagen calcica redondeada y de gran tamaño en cuadrante inferior derecho, que en imagen previa de derivación se encontraba en hipogastrio. Estos hallazgos simultáneos plantean el diagnóstico de IB. La paciente es intervenida, encontrando litiasis de 3 cm. en ileon distal. Extracción mediante enterotomía proximal. Sin evidencias de otras cálculos en tránsito y área vesicular sellada por adherencias. Paciente evoluciona favorablemente, por lo que se da de alta en buenas condiciones generales.

Discusión: El IB representa el 1 a 6% de las causas de obstrucción intestinal. Debido a su baja frecuencia no se sospecha y en su mayoría se diagnóstica durante la cirugía. Los criterios radiológicos no siempre están presentes: niveles hidroaéreos (70%), neumobilia (54%), cálculo (35%) y migración de este (10%).

El tratamiento consiste en realizar sólo la enterotomía y no realizar ningún procedimiento sobre la vesícula debido al proceso inflamatorio, y la mayor posibilidad de complicaciones debido a la edad avanzada de estos pacientes.

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN ADULTO, REPORTE DE UN CASO CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO.

Drs. N. Generoso, W. Chaves, C. dos Santos Junior, R. Mendonça.

Departamento de Cirugía, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Brasil

La intususcepción intestinal es una de las patologías más frecuentes en niños y ancianos, y afecta aproximadamente en un 10% de los adultos. su presentación clínica más frecuente es la obstrucción intestinal y en general es un hallazgo intraoperatorio. En el 90% de los casos es secundaria a una alteración anatómica demostrable, donde un 60% corresponde a tumores.

Se presenta el caso de una paciente de 35 años que recurrió al Servicio de Urgencia de nuestro hospital

con 48 horas de evolución de dolor abdominal localizado en el epigastrio, tipo cólico, con náuseas y vómitos, pérdida del apetito, con evacuación disminuida pero presente. La paciente ya había presentado dolores abdominales más suaves y recurrentes algunas veces desde hace un mes que mejoraban con analgésicos. Al examen físico la paciente estaba febril, con deshidratación leve, abdomen depresible, sensible a la palpación de la región periumbilical, con masa tubular de unos 5 centímetros ahí localizada, con ruidos intestinales normales, peristalsis aumentada, señales los cuales nos dieron una fuerte sospecha de un cuadro de intususcepción intestinal. Se manejó utilizando analgésicos y hidratación venosa, con pequeño alivio de los síntomas. La radiografía de abdomen demostró varios niveles hidroaéreos. Se realizó una laparotomía, encontrándose allas de intestino distendidas y una intususcepción al nivel del ileon con compromiso isquémico. Se realizó resección en bloque y anastomosis terminoterminal. El estudio anatomopatológico informo un pólipo inflamatorio fibróide de 3.5 cm como causa de la intususcepción. La paciente evolucionó sin complicaciones, siendo dada de alta al tercer día posoperatorio, y fue examinada con intervalos de una semana, 15 días y 3 meses.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A FÍTOBEZOAR EN DIVERTÍCULO DE MECKEL. REPORTE DE UN CASO.

Drs. P. Ibáñez¹, C. Baeza¹, Ints. S. Pacheco², M. Maturana².

¹Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. ²Interno de Cirugía, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El divertículo de Meckel es un remanente embriológico que se presenta en el 2% de la población general y resulta del incompleto cierre del conducto onfalomesentérico. El riesgo de desarrollar complicaciones, como la obstrucción intestinal, a lo largo de la vida en estos pacientes ocurre en apenas un 4%. Los bezoares son cuerpos extraños ubicados en el tracto gastrointestinal, que aumentan de tamaño por agregación y están compuestos generalmente por vegetales y cabellos. Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 34 años, sólo con antecedentes de apendicectomía hace 5 años. Relata cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por vómitos y dolor abdominal epigástrico tipo cólico sin diarrea, ni expulsión de gases por ano. Al examen físico destaca abdomen distendido, blando, depresible, con timpanismo y ruidos hidroaéreos de tonalidad alta, sin signos de irritación peritoneal. La radiografía de abdomen simple mostró niveles hidroaéreos de intestino delgado en hemiabdomen superior. Ingresa a pabellón con diagnóstico de Obstrucción Intestinal posiblemente causada por bridas. Dentro de los hallazgos operatorios se encuentra asa de ileon dilatada desde la unión yeyunoileal hasta aproximadamente 70 cms de la válvula ileocecal. En el

segmento más distal del asa dilatada se aprecia Divertículo de Meckel distendido, ocupado en su lumen por restos alimentarios vegetales los que se extienden hacia ileon proximal compatible con fitobezoar, lo cual fue posteriormente confirmado por histopatología. Se realizó resección del segmento de ileon comprometido con anastomosis termino-terminal en un plano. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones siendo dado de alta el séptimo día postoperatorio.

Discusión: La ocurrencia de obstrucción intestinal en el Divertículo de Meckel asociado a un fitobezoar es rara, con sólo algunos casos previamente reportados en la literatura. La excesiva ingesta de frutas y fibras vegetales como hábito alimenticio, puede predisponer a la formación de un fitobezoar.

LEIOMIOMATOSIS PERITONEAL DISEMINADA: TRATAMIENTO QUIRURGICO. CASO CLINICO

Drs. P. Rubilar, C. Garcia, M. Ceroni, H. Cid, C. Benavides, R. Vallejos.

Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriaran. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La leiomiomatosis peritoneal diseminada es una entidad clínica muy poco frecuente. Se han publicado menos de 100 casos en la literatura. Se caracteriza por la presencia de múltiples nódulos peritoneales distribuidos en forma difusa que se confunde con una carcinomatosis peritoneal. Clínicamente se presenta con masas abdominales o puede ser asintomático detectándose como hallazgo durante una laparotomía. El diagnóstico se establece sólo con el estudio anatomopatológico.

Objetivo: Reportar un caso de leiomiomatosis peritoneal diseminada tratada en nuestro servicio. Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 59 años sin antecedentes mórbidos. Se realizó histerectomía total hace 3 años por miomatosis uterina sintomática. Durante la cirugía se observó múltiples nódulos peritoneales que impresionan como carcinomatosis peritoneal. La biopsia contemporánea y diferida informó una leiomiomatosis peritoneal. Se descarta carcinoma. Evolucionó sin complicaciones en el postoperatorio. A los 8 meses del seguimiento la paciente presentó dolor abdominal difuso, sensación de masa infraumbilical y disminución de peso significativa. Se realizó un TAC de abdomen que demostró múltiples masas intraperitoneales, sin lesiones de sustitución hepática y de otros órganos. Se realizó laparotomía exploradora hace 2 años observando múltiples masas intraperitoneales en epiplón mayor, menor, peritoneo visceral y parietal. Se efectuó omentectomía mayor, menor y resección de numerosos nódulos del peritoneo, quedando múltiples nódulos residuales difusos. Biopsia confirma leiomiomatosis. Peso de la pieza operatoria de 5 Kg. Controles posteriores demostraron una buena evolución. Permaneció asintomática hasta hace 2 meses en que presentó molestias abdominales y sensación de peso en región infraumbilical. Al

momento del reporte se solicita TAC control. Discusión: La leiomiomatosis es una enfermedad poco frecuente de buen pronóstico con tratamiento no establecido en la literatura, con transformación maligna entre el 2 y 5%. Se ha observado casos de respuesta a la supresión de estrógenos. Se plantea el tratamiento quirúrgico de resección de las masas en pacientes sintomáticos como la tratada en nuestra institución para la reducción de las masas. Sin embargo, en el presente caso el compromiso masivo dificulta resección de todos los nódulos.

SARCOMA RETROPERITONEAL DE ALTO GRADO: REPORTE DE UN CASO

Drs. R. Blacud¹, O. Ramos.¹, C. Tapia^{1,2}. Internos C. Carvajal³, M. Cabezas³, J. Basualto.³
¹ Servicio de Cirugía Hospital Clínico Herminia Martín Chillán (HCHM). ² Universidad Católica de la Santísima Concepción. ³ Internos Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: Los sarcomas de partes blandas son neoplasias que derivan de células mesenquimáticas. Constituyen el 1% de los tumores, siendo un 15% retroperitoneales. Son de comportamiento silencioso y los síntomas derivan de la compresión de vísceras intraabdominales; por lo que el diagnóstico tiende a ser tardío.

Objetivos: Describir cuadro clínico de paciente de 65 años que debutó con retención urinaria, constipación y baja de peso, diagnosticándose tumor retroperitoneal.

Material y métodos: Descripción del cuadro clínico, análisis de ficha clínica. Revisión bibliográfica. Desarrollo: Paciente masculino, 65 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por retención urinaria y constipación de una semana de evolución, asociado a baja de peso, lumbalgia y parestesias de extremidad inferior izquierda. Al examen destacó masa hipogástrica dolorosa. Se realizó ECO y TAC de abdomen que evidenció gran masa en ex-cavación pélvica, que impronta vejiga y sigmoides, los cuales no parecen infiltrarse. En el acto quirúrgico, se observa gran masa retroperitoneal bien irrigada, con límites poco claros, por lo que se decide resección parcial del tumor. La biopsia concluyó hallazgos compatibles con SARCOMA DE ALTO GRADO que podría corresponder a TUMOR MALIGNO DE LA VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA. Discusión: Nuestro caso es un claro referente de sarcomas retroperitoneales; paciente añoso que consulta por presentar síntomas gastrointestinales, genitourinarios y neurológicos producto de la compresión tumoral. Al examen físico destaca el dolor y masa palpable, que por ubicación y lento crecimiento de estos tumores, son los elementos clínicos más frecuentes. El diagnóstico se realizó mediante ECO y TAC, que es el estudio más utilizado y con mejor relación costo beneficio. El tratamiento de elección es la cirugía con adecuados márgenes de resección, lo que se dificulta en tumores

retroperitoneales de gran tamaño, como este caso, en el cual el tumor estaba en íntimo contacto con estructuras adyacentes sin límites claros.

APENDICITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO: REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. R. Díaz, E. Lanzarini, S. Nuñez, Int. J. Bächler, Int. A. Monsalve

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

La apendicitis aguda representa la patología quirúrgica no obstétrica de urgencia más frecuente en la mujer embarazada.

Material y método: Revisión de fichas clínicas con ambos diagnósticos entre los años 1995 y 2008. Resultados: Se hallaron 32 casos. La edad promedio fue 29 años. El promedio de la edad gestacional fue 20 semanas. La región del dolor más frecuente al ingreso fue la fosa iliaca derecha (26). El diagnóstico de apendicitis aguda se hizo en 18 casos previo a la cirugía. El tiempo de evolución sintomática previo a la consulta fue en promedio 35.7 horas. La laparotomía más usada fue Mc Burney (26 casos), con un promedio de duración de la cirugía de 49.2 minutos. En 6 casos la cirugía se realizó vía laparoscopia. La totalidad de las cirugías resultaron sin complicaciones durante el intraoperatorio. Sólo dos pacientes tuvieron como complicación un ileo post quirúrgico que respondió bien al tratamiento médico. El promedio de días de estada en el hospital fue 3. No hubo mortalidad.

Conclusión: En nuestra serie la mayoría de las mujeres tenía sobre los 30 años, haciéndose el diagnóstico de apendicitis aguda casi en la mitad de los casos previo a la cirugía. Se prefiere mayormente el ingreso vía laparotomía Mc Burney teniendo éstas nulas complicaciones en el intraoperatorio. Las complicaciones post cirugía se encontraron en sólo dos pacientes, siendo éstas no directamente relacionadas con el acto quirúrgico.

Palabras Clave: Apendicitis, Embarazo, Complicaciones.

IMÁGENES EN APENDICITIS AGUDA ¿SON NECESARIAS?

Drs. S. Pradenas, M. Vivanco, A. Mercado, R. Luengas, R. Gonzalez, R. Torres, A. Rodríguez-Navarro, G. Sanchez, C. Sanchez, G. Wiedmaier, Int. F. Oppliger, D. Zamorano, Als. I. Rodríguez
Servicio de Cirugía y Servicio de Radiología, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: La apendicectomía por apendicitis aguda es la primera causa de cirugía de urgencia en los centros quirúrgico. La clínica sigue siendo la evaluación mas importante desde el punto de vista de las decisiones que uno toma en la practica clínica, tanto las imágenes como los exámenes de laboratorio apoyan nuestra apreciación clínica.

El objetivo de este trabajo es demostrar que la necesidad de imágenes en un servicio de urgencia

es solo necesario en caso de dudas diagnósticas y no como rutina en la evaluación de un paciente con sospecha de apendicitis aguda.

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes que ingresaron por el servicio de urgencia de nuestro hospital con el diagnostico de apendicitis aguda desde abril del año 2009 a principios Julio 2009. Se analizaron variables demográficas, imágenes y anatomía patología. Resultados: Se revisaron 176 fichas clínicas . La edad promedio fue de 24 años, 105 pacientes (60%) corresponde a pacientes masculinos, de los paciente que ingresaron al pabellón con diagnostico de apendicitis aguda 169 pacientes (92%) resultaron positivos para apendicitis aguda en la anatomía patológica. A 12 pacientes (6,8%) se les realizó TAC por dudas diagnosticas, de los cuales 11 fueron positivos para apendicitis y 1 fue negativo. A 3 pacientes (1,7%) se les realizó ecografía de los cuales 2 fueron positivos para apendicitis aguda, en el otro se solicito un TAC para confirmar el diagnostico que finalmente resulto positivo. Del total de pacientes con imágenes positivas para apendicitis aguda los 13 pacientes (100%) resultaron positivos a la anatomía patológica. Conclusiones: El apoyo imagenológico ayudó a tomar decisiones a la luz de una clínica dudosa, pero la gran mayoría de las resoluciones son tomadas solo con la anamnesis, examen físico y laboratorio, presentando una alta certeza diagnostica. Podemos concluir que la necesidad de imágenes en un servicio de urgencia tiene que ser solicitados solo en los casos de dudas diagnósticas, siendo este enfoque probablemente muy costoeffectivo en un servicio público.

CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE 1.742 HERNIAS INGUINALES REPARADAS CON ANESTESIA LOCAL Y RÉGIMEN AMBULATORIO

Drs. A Jadue T¹, J León², R Rebolledo¹, A Acevedo²

¹ Becado de Cirugía General. Universidad de Chile.

² Cirujano Pared Abdominal. Centro de Hernias. CRS Cordillera

Introducción: Los sistemas de clasificación de las hernias inguinales son numerosos, y aunque ninguno prepondera, todos rescatan los hitos anatómicos del orificio miopectíneo. Por otro lado, se describen factores genéticos, anatómicos y adquiridos en la formación de las hernias que varían según el sexo y en los distintos grupos etáreos.

Objetivos: Analizar las relaciones que existen entre edad y sexo en las distintas hernias de la región inguinal.

Metodología: Se revisó la base de datos recolectada de manera prospectiva en el centro de hernias del CRS cordillera. Se incluyeron todos los registros de los pacientes portadores de hernias de la región inguinal. Se realizaron pruebas de asociación estadística; chi² para las variables categóricas, Tstudent para variables continuas y regresión lineal para análisis de tendencia.

Resultados: Se analizaron 1742 hernias inguinales. De estas 769 (44,14%) eran hernias indirectas (HII),

736 (42,25%) eran hernias directas (HID), 144 (8,27%) hernias femorales (HF) y 93 (5,33%) hernias recidivadas de la región inguinal. El 79,8% de la población estudiada fue de sexo masculino (n=1390). Para las HII y las HID se mantuvo una distribución similar, sin embargo, para las HF hubo una predominancia de sexo femenino (80,56%) (p<001). La edad promedio fue de 52,02±15,6. Los pacientes con HII tuvieron una edad significativamente menor (48,08±16,8) que los pacientes con HID (55,39±13,7) (p<0,001). A menor edad mayor la proporción de HII (76,47%) (R² 0,78: p=0,004), mientras que a mayor edad mayor la proporción de HID (51,35%) (R² 0,801: p=0,003).

Conclusión: Las hernias de la región inguinal son más frecuentes en la población masculina, salvo en las hernias femorales donde predomina el sexo femenino. A edades menores, la proporción de HII es mayor, probablemente en contexto de defectos anatómicos como procesos vaginales permeables; mientras que en edades mayores predominan las HID, seguramente en relación a un colágeno más deteriorado.

ENTEROPLASTÍA SERIADA TRANSVERSA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO CORTO: CASO CLÍNICO

Drs. Felipe Bellolio R.¹, Julieta Klaassen L.², Dahiana Pulgar B.³, Ma. Elena Molina P.¹, George Pinedo M.¹, Alvaro Zúñiga D.¹

¹ Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía.

² Departamento de Nutrición y Diabetes.³ Interna de Medicina. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

El síndrome de intestino corto (SIC) se caracteriza por un cuadro de insuficiencia intestinal que se asocia a graves alteraciones hidroelectrolíticas, metabólicas, necesidad de cuidados intensivos y en ocasiones requiere de nutrición parenteral total central (NPTC) exclusiva o complementaria a otra técnicas de soporte nutricional. Múltiples son los tratamientos quirúrgicos desarrollados para el manejo de estos pacientes, los que incluyen procedimientos que enlentecen el tránsito, que aumentan la superficie de absorción, hasta el trasplante de intestino. Estos procedimientos se reservan para cuando aparecen las complicaciones derivadas del manejo médico. Las técnicas de elongación intestinal que aumentan la superficie absorbente son actualmente las más utilizadas y de las que se posee mayor evidencia para su aplicación. Se describe el caso de un paciente que luego de una colectomía total por inercia colónica presentó una necrosis intestinal masiva, quedando con 140 cm de intestino y un muñón rectal abandonado de 12 cm. Aunque se logró nutrición aceptable por vía oral, la paciente evolucionó con altos débitos por la ostomía (2 a 3 litros al día) con falla renal progresiva, además de déficit de vitaminas y minerales, lo que requirió múltiples hospitalizaciones para hidratación y corrección de alteraciones nutricionales y electrolíticas. Por lo

anterior, 4 años después de la cirugía inicial se decidió practicar elongación intestinal mediante una enteroplastía transversa seriada y reconstitución de tránsito con yeyunorecto anastomosis. La paciente presentó una evolución aceptable, con corrección de la falla renal, y actualmente se encuentra con alimentación oral exclusiva, buena continencia, mínimo escurrimiento y 4 a 5 deposiciones al día.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADHERENCIA CONSTITUIDA POR MALFORMACIÓN VASCULAR DE TIPO ARTERIOVENOSA: REPORTE DE UN CASO.

Drs. P. Cortes¹, C. Derosas², A. Maldonado¹, L. Gonzalez²

¹Servicio de Cirugía ² Residentes de Cirugía General, Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile

Las causas de obstrucción intestinal son variadas, dentro de éstas las malformaciones vasculares congénitas gastrointestinales son una rara causa, con manifestaciones principalmente en la primera infancia. Se han reportado pocos casos en el mundo. El objetivo del presente reporte es mostrar los hallazgos en un paciente joven sin antecedentes con obstrucción intestinal y su manejo. Se presenta el caso de un paciente de 17 años sin antecedentes mórbidos ni cirugías previas, consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, distensión abdominal y vómitos, asociado a ausencia de deposiciones y gases por ano, por lo que consulta al servicio de urgencias. Dentro del estudio, se realiza radiografía de abdomen simple la que mostraba gran distensión de asas y niveles hidroaéreos sin presencia de aire en el marco cólico ni recto. Ante la sospecha de un cuadro de abdomen agudo, se realiza una laparotomía exploradora encontrándose un vólvulo de ciego, con compromiso de la pared de éste, debido a una adherencia (de tipo malformación vascular) entre el ileon distal y el colon derecho. Como hallazgo además se encuentra un divertículo de Meckel en el segmento de ileon distal comprometido. Se decide realizar una resección en bloque de un metro de ileon distal y del colon derecho. Se reconstituye el tránsito con una anastomosis ileotransversa de tipo termino-terminal. El estudio anatomopatológico informa: Adherencia constituida por malformación vascular tipo arteriovenoso (irreseccable), divertículo de Meckel. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al 6° día postoperatorio.

Discusión: El presente caso muestra que en un paciente joven sin cirugías previas ni patología herniaria en el contexto de una obstrucción intestinal se debe sospechar alteraciones anatómicas congénitas, donde las malformaciones vasculares son una de ellas. Palabras claves: Obstrucción intestinal, vólvulo de ciego, malformación arteriovenosa.

EXPERIENCIA EN CURSOS DE CAPACITACIÓN EN ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL EN PATOLOGÍAS DE URGENCIA

Drs. Lagos D.¹, Freitte X.², Rivero G.², Bozinovic F.², Ordenes M.³ y Rodríguez J.⁴.

¹ Hospital de Quillota, Cirugía General. ² Hospital de Quilpué, Cirugía General. ³ Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Cirugía Digestiva. ⁴ Hospital de San Fernando, Cirugía Digestiva.

Introducción: La realización de ecotomografías por operadores cirujanos, ha sido motivo de numerosas publicaciones y aparece como una necesidad para especialistas en el ámbito de la urgencia y el trauma. En nuestro país no se cuenta con planes y programas de formación para especialistas que requieren de esta destreza.

Objetivo: Evaluar la docencia realizada a cirujanos generales en ecotomografía de urgencias y resultados a largo plazo en la utilización de las destrezas adquiridas.

Método: Se diseñó un programa piloto de entrenamiento teórico-práctico en ecotomografía de urgencias para cirujanos generales y becados de la especialidad, en los Hospitales de Quillota y Quilpué en la V° Región de Chile, actuando como docentes cirujanos con formación en el extranjero y en nuestro país.

Se incluyeron pacientes provenientes de las listas de espera para ecotomografías, pacientes hospitalizados y de los servicios de urgencias. Se realizó un test diagnóstico inicial para evaluar conocimientos y destrezas el cual se repitió al final del curso con las mismas imágenes, permitiendo la evaluación del progreso de los cursantes. Las actividades prácticas permitieron a cada asistente realizar 20 procedimientos, supervisados por un "Cirujano Ecografista" cada 3 alumnos. Se confeccionó además una encuesta de seguimiento para medir el grado de utilización de conocimientos y destrezas y su impacto en la práctica diaria, su evaluación del adiestramiento en ecotomografía de urgencias y el método docente empleado. **Resultados:** Se realizaron 6 Cursos Modulares sucesivos de 20 horas lectivas. Asisten 86 Especialistas provenientes de las regiones V – VI – VIII y Metropolitana.

Fue auspiciado por la Filial V° Región de la Sociedad de Cirujanos de Chile, el Servicio de Salud de Viña del Mar y los Hospitales de Quillota y Quilpué. Se obtuvo respuesta a 42 encuestas (48%). La totalidad de quienes respondieron considera el curso y sus contenidos teórico/prácticos útiles para el trabajo quirúrgico. Salvo dos encuestados, el resto consideró que debieran reactualizarse en forma periódica. El 77,5% realiza ecotomografías regularmente después de esta formación. De estos el 74% efectúa 1-5 eco/semana, el 16% de 6-10 ecos/semana y el 10% 11 y más ecos/semana. 42,5% manifiesta su necesidad de avanzar hacia trauma, doppler vascular, procedimientos guiados bajo ecografía, partes blandas, testículo agudo, etc. El 100%, considera que la Ecotomografía debe ser parte del Curriculum de pre y post grado de Cirugía. **Conclusión:** La formación de Cirujanos generales y digestivos en Ecotomografía, en especial en urgencias, aparece como una necesidad en un mundo de

avances tecnológicos demostradamente útiles. Cursos modulares dictados por "Cirujanos Ecografistas" formados permiten, a cirujanos generales y becados de cirugía, aplicar estos conocimientos en su práctica diaria en beneficio de pacientes de urgencia y de cirugía general.

Estos resultados demuestran una necesidad de formación y la incorporación de sus contenidos, en programas de pre y post grado de Cirugía.

APENDICECTOMÍA DE URGENCIA CON CARCINOIDE APENDICULAR. ¿Y AHORA QUÉ?

Drs. M. Rodríguez, F. Quezada, M. Rivera, E. Melkonian, L. Tapia, D. Contreras, P. Opazo, A. Readi.

Servicio de Cirugía, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

Introducción: La apendicectomía es el tratamiento para carcinóide apendicular hasta 1 cm de diámetro, sin compromiso de serosa, mesoapéndice, ni base apendicular. Cuando una de estas variables no se cumple, se enfrenta la decisión de hemicolectomía derecha.

Objetivo: Evaluar pacientes apendicectomizados en cuya biopsia se demostró un carcinóide apendicular. Analizar hallazgos anatomopatológicos. Determinar condición actual y mortalidad. Definir grupo a quienes ofrecer hemicolectomía derecha como tratamiento definitivo.

Método: Serie clínica retrospectiva de pacientes apendicectomizados en Servicio de Urgencia Hospital del Salvador desde 01-01-1993 a 30-06-2009. Con biopsia que mostró carcinóide. Se revisó ficha clínica, biopsias, seguimiento telefónico. Mortalidad según certificado de defunción. Análisis estadístico con Epiinfo.

Resultados: Se evaluaron 5115 apendicectomías. En 41 de estas (0,8%) se evidenció carcinóide apendicular. Mujeres 65,9%. Edad promedio 30 años (15 - 85 años).

TABLA 1: Resumen de resultados.

Tamaño tumoral	Pacientes	Compromiso serosa	Compromiso mesoapéndice	Compromiso Base apendicular	Hemicolectomía derecha	Mortalidad 2a Carcinóide
Entre 1 a 10 mm	34	0	4	0	2	0
Entre 11 a 20 mm	5	1	3	1	2	0
Mayores a 20 mm	2	0	1	0	2	1

La apendicectomía se mostró suficiente para 73,1% de pacientes. Hemicolectomía derecha en 6 pacientes. No hubo ganglios comprometidos. Pacientes con tumor hasta 2 cms y con compromiso del mesoapéndice en que se realizó hemicolectomía, ninguno tenía compromiso ganglionar. Pacientes con factor de riesgo y sin hemicolectomía se encuentran asintomáticos. Seguimiento en el 95,1%. Tasa mortalidad debida a carcinóide 2,4%.

Discusión: El presente estudio confirma a la apendicectomía como tratamiento definitivo para tumores < 1 cm, sin compromiso de serosa, base, ni mesoapéndice. Se plantea la supervisión clínica e imagenológica frente a tumores: hasta 2 cms o con compromiso microscópico de serosa o mesoapéndice. Realizar hemicolectomía derecha en tumores mayores a 2 cms o con compromiso de base apendicular.

Poster: Cirugía Bariátrica.

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE LAPAROSCÓPICA (BGAL): ALTA TASA DE FRACASO A 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Drs. C. Gamboa, J. Salinas, Al. J. Cerda, Drs. G. Pérez, A. Escalona, F. Crovari, F. Pimentel, A. Raddatz, L. Ibáñez, R. Funke, C. Boza.
Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La BGAL es una técnica restrictiva de cirugía bariátrica. El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de la BGAL con seguimiento a 5 años en términos de pérdida de peso y complicaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se analizó la base de datos electrónica de los pacientes sometidos a BGAL entre 2002 y 2007. Se evaluó la pérdida de peso, complicaciones y reoperaciones. **Resultados:** Se operaron 199 pacientes durante este período, 70,4% mujeres. El promedio de edad fue 37,8±12,4 años. El índice de masa corporal preoperatorio promedio fue 36,0±3,8 kg/m². Las comorbilidades preoperatorias fueron dislipidemia 52%, resistencia a insulina 30%, hipertensión arterial 24% y diabetes tipo 2 5%. No se realizó conversión a cirugía abierta. Complicaciones precoces se presentaron en 2 pacientes (1%), un hemoperitoneo y una ileítis. No hubo mortalidad en la serie. Complicaciones tardías se presentaron en 33% (18% relacionadas con la banda). Se reoperaron 40 pacientes (20%); se efectuó reposicionamiento laparoscópico en 7, revisión del reservorio en 5 y fue necesario remover la banda en 28 pacientes. A veinte de estos pacientes se les realizó cirugía revisional, gastrectomía subtotal en manga a 12 y bypass gástrico laparoscópico a 8. Con una mediana de seguimiento de 48 meses (1-72), el porcentaje de seguimiento fue 75%, 60% y 95% de los pacientes al año 1, 3 y 5, respectivamente. El porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP) al año 1, 3 y 5 fue en promedio 58±30%, 56±35% y 58±46% respectivamente. Sin embargo, la tasa de fracaso (%PEP<50%) al año 1, 3 y 5 fue de 40%, 43% y 46%, respectivamente.

Conclusión: La BGAL tiene baja morbilidad perioperatoria. Sin embargo, por otro lado las complicaciones tardías son significativas y tiene un alto porcentaje de fracaso en la baja de peso luego de 5 años de seguimiento.

ESTEATOSIS HEPÁTICA EN DIABÉTICOS: RESULTADOS HISTOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA METABÓLICA

Drs. M. Canobra, A. Csendes, F. Maluenda, E. Lanzarini.
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La prevalencia de esteatosis hepática en pacientes diabéticos, se reporta en la literatura hasta en un 50%.

Objetivo: Analizar los reportes de anatomía patológica de muestras hepáticas tomadas durante cirugía metabólica en pacientes diabéticos tipo 2. **Materiales y Métodos:** Revisión de fichas entre Enero 2008 y Junio 2009.

Resultados: De un total de 15 pacientes sometidos a by-pass gástrico modificado, el promedio de edad fue de 50 años, 53,3% en sexo femenino e IMC= 31. Trece pacientes (86,7%) presentaban dislipidemia, y el 60% ecografía patológica compatible con esteatosis hepática. De las biopsias revisadas el diagnóstico histológico más frecuente fue la Esteatosis hepática leve (40%); el 26,7% reportó Esteatosis hepática sin fibrosis, mismo porcentaje que se repitió para la Esteatosis con fibrosis venular (4 casos). Esteatosis hepática moderada, severa y hemosiderosis presentaron un 13,3% cada una. No hay reporte de biopsias hepáticas normales. **Conclusiones:** Todos los pacientes sometidos a cirugía metabólica a quienes se le tomó muestra hepática intraoperatoria presentaron alteraciones patológicas.

EXPERIENCIA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL EL PINO

Dr. F. San Miguel, I. Plass, R. Olivares, L. Contreras
¹Servicio Cirugía Hospital El Pino.
²Interno de Medicina UNAB.

La obesidad es un problema de salud creciente en Chile, 22% de la población chilena es obesa (IMC >30kg/m²), con predominio de población femenina sobre masculina (25% vs 19%). La cirugía bariátrica ofrece un tratamiento eficaz para este problema, siendo una alternativa válida recientemente implementada en nuestro servicio.

Objetivo: Analizar la reducción del exceso de peso al año de someterse a cirugía bariátrica.

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a bypass gástrico vía laparoscópica en Hospital El Pino por Dr. San Miguel entre Abril del 2005 y Mayo de 2009. **Resultados:** Se realizaron 80 cirugías, con un 80% de seguimiento a un año de la intervención (64 pacientes), con 92% sexo femenino y 8% masculino. El promedio de edad fue de 38.5 años con un peso promedio de 105.7kg y una media de IMC de 41.05. El exceso de peso tuvo un promedio de 47.55kg basado en un peso ideal (IMC de 25 kg/m²). Al año de la intervención se obtuvo un promedio de peso de 69.8 kg y de IMC de 27.02 kg/m² con un exceso de peso promedio de 11.62 kg. El promedio de reducción del exceso de peso fue de un 78.6%. Un

6.3% logro bajar el 100% del exceso peso, 21.9% cumplió sobre 90% y 68% sobre el 70%. Tan sólo 1.6% bajo menos del 50%.

Discusión y Conclusiones: En nuestro medio, la cirugía bariátrica parece ser una alternativa aceptable para pacientes seleccionados con obesidad mórbida, contando con una importante reducción del exceso de peso al año de la intervención.

EXPERIENCIA EN PROVINCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA MEDIANTE MANGA GÁSTRICA

Drs. M. Herrera^{2,3}, F. Venturelli^{1,2}, C. Romero², J. Mathias², C. Flores⁶, C. Díaz⁵, L. Castillo⁴, R. Zamorano², J. Bühler¹, I. Alvar¹, C. Herrera³
¹ Servicio Cirugía, Hospital Base Osorno. ² Centro Obesidad, Clínica Alemana Osorno. ³ Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. ⁴ Nutricionista. ⁵ Psicología. ⁶ Kinesiología

Introducción: La manga gástrica es una técnica que cada vez es mas utilizada en el tratamiento de la obesidad mórbida.

Objetivo: describir los resultados quirúrgicos de pacientes operados por obesidad mórbida mediante una manga gástrica en el Hospital Base Osorno (HBO) y Corporación de Beneficiencia Osorno (CBO) entre los años 2007-2008.

Material y métodos: Serie de casos de pacientes operados por obesidad mórbida (IMC 35-40 con comorbilidad) entre 18-65 años entre los años 2007-2009 en el HBO y CBO. Desde el año 2007 todo paciente operado por esta patología fue ingresado sistemáticamente a una base de datos diseñada para la investigación. Protocolo: Paciente fue evaluado por un equipo multidisciplinario previo a la cirugía descartando RGE, hernia hiatal, patología psiquiátrica, DM y adicción a alcohol y/o drogas. La realimentación es al 1 día posoperatorio y el alta al tercer día sin drenaje.

VARIABLES: edad, sexo, IMC pre y posoperatorio, comorbilidad, complicaciones posoperatorias, tamaño del estómago resecado. Los resultados se expresan en medias, medianas y porcentaje. Programa estadístico utilizado fue el Stata 10.0. Resultados: La serie incluyó 37 pacientes, promedio de edad 35 años (DS: $\pm 9,83$) con predominio del sexo femenino con 29 (78,38%) casos. Mediana de IMC preoperatoria fue de 38 (35-51) y del postoperatorio fue 28 (22-39). 7 (18,92%) pacientes presentaban HTA, 3 (8,11%) IRC, 2 (5,41%) dislipidemia, 3 (8,11%) artrosis, 5 (13,51%) hígado graso, 1 (2,70%) síndrome metabólico y 16 (43,24%) resistencia a la insulina. 1 (2,70%) paciente tuvo que ser convertido. 1 (2,70%) paciente curso con una fistula en el posoperatorio tardío. Todos los pacientes evolucionaron con desaparición de su comorbilidad durante el seguimiento. Promedio de seguimiento 16 meses (DS: $\pm 7,21$). 2 (5,41%) pacientes presentaron colestiasis durante el seguimiento. El promedio del largo de estómago resecado fue 20,57 (DS: $\pm 3,76$). No hubo mortalidad. Conclusión: Esta serie describe resultados compatibles con la literatura.

EXPERIENCIA INICIAL CON BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON IMC < 35.

Drs. C. Fariás^{1,2}, J.I. Fernández², C. Ovalle^{1,2}, C. Grekitt², K. Kosiel², A.M. Molina², C. Villagra¹, E. Baier¹, J. de la Maza¹, C. Cabrera¹.
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile¹. Centro Integral de Nutrición y Obesidad (CINTO), Clínica Tabancura².

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es el modelo clásico de enfermedad crónica: progresiva e incurable, solo controlable. Sin embargo, la cirugía bariátrica, ha demostrado lograr una forma de remisión prolongada de la DMT2; generando debate sobre su efectividad en pacientes portadores de DMT2 e IMC más bajos que los criterios actualmente aceptados. El objetivo de este trabajo es evaluar la mejoría de la DMT2 en pacientes con IMC menor a 35 Kg/m², sometidos a bypass gástrico. Material y Métodos: Serie prospectiva pacientes con antecedentes de DMT2, sometidos a bypass gástrico laparoscópico, e IMC entre 30 y 35 Kg/m². Se registraron datos demográficos, comorbilidades, tratamiento farmacológico, glicemias de ayuno (GA), HbA1c y péptido C (PPC) preoperatorios. Se analizó la evolución postoperatoria, resolución de comorbilidades y mejoría del metabolismo de la glucosa; mediante requerimientos de tratamiento farmacológico, control de GA y HbA1c. Resultados: Cinco hombres y cinco mujeres, con un promedio de 7,7 años de diagnóstico de DMT2, 50,6 \pm 9,6 (35-67) años de edad, e IMC de 32,9 \pm 1,4 (30-34,8) Kg/m²; fueron sometidos a bypass gástrico laparoscópico entre los años 2003 y 2009. Cinco pacientes eran insulino requirientes (IR), cuatro utilizaban hipoglicemiantes orales (HGO) y uno sólo control dietético. En el preoperatorio presentaban GA de 163 \pm 54 (92-268) mg/dL, HbA1c de 8,4 \pm 1,4 (6,5-11,1) y PPC de 3,7 (2,4-5,5) ng/mL. No hubo mortalidad, conversiones ni reoperaciones. Dos pacientes presentaron estenosis anastomótica. Al sexto mes postoperatorio todos los pacientes presentaban IMC menor a 30 Kg/m² y GA normal. Todos los usuarios de HGO lograron suspender tratamiento. Cuatro de los cinco pacientes IR, suspendieron todo tratamiento farmacológico. La HbA1c postoperatoria promedio fue de 5,9% (p<0,05). Discusión: En la presente serie el bypass gástrico laparoscópico, resulta un método efectivo para una mejoría significativa en el control de la DMT2 en pacientes con IMC menor a 35 Kg/m².

EXPERIENCIA PERSONAL EN 170 BY-PASS GÁSTRICOS LAPAROSCÓPICOS REALIZADOS EN LA CLÍNICA ALEMANA DE PUERTO VARAS

Drs. F. Raimann, C. Véliz, Al. A. Ramírez, Dr. O. Ferrada, E.U. C. Chandía, Nutr. P. Vargas

Centro Integral de Tratamiento de la Obesidad, Clínica Alemana de Puerto Varas.

Introducción: El tratamiento quirúrgico ha demostrado ser la alternativa más eficaz en la obesidad mórbida y se considera al By-pass gástrico laparoscópico el gold-standard en cirugía bariátrica. El objetivo de este estudio es describir los resultados de la casuística personal de los pacientes sometidos a esta cirugía, en términos de baja de peso en el tiempo y sus complicaciones.

Material y método: Se analizan los resultados obtenidos de 170 cirugías de By-pass gástrico laparoscópico en pacientes portadores de obesidad mórbida realizadas por el autor en la Clínica Alemana de Puerto Varas entre los años 2003 al 2008. Se emplea técnica quirúrgica uniforme. Seguimiento del 80% de los pacientes fue en promedio 28 meses (7 a 64 meses) Se describen los resultados en cuanto a las características del grupo estudiado (sexo, grupos etarios, IMC preoperatorios, comorbilidades) estadía perioperatoria (tiempo operatorio, días hospitalización postoperatorios) al logro de la disminución del exceso de peso inicial y a la aparición de complicaciones precoces y tardías.

Resultados: Al 1º año de seguimiento postoperatorio el 85% de los pacientes logró al menos una pérdida del 50% del exceso de peso inicial (pérdida promedio del 66% de exceso de peso, equivalentes a 36 kg en promedio) y en el total del tiempo de seguimiento el 90% de los operados logró disminuir al menos el 50% del exceso de peso (75% promedio equivalente a 42 kg respectivamente) Cuatro pacientes presentaron complicaciones precoces (3 neumonías y 1 infección importante de herida operatoria celulitis en uno de los puertos de entrada) Ocho pacientes presentaron complicaciones tardías siendo las más importantes la aparición de 3 hernias internas (Petersen), estenosis de la anastomosis GY en 3 casos, úlcera de boca anastomótica en 1 paciente y alteraciones metabólicas (anemia) en 1 caso. Todos los casos de hernias internas requirieron reparación quirúrgica precoz; las estenosis anastomóticas se resolvieron favorablemente con dilataciones endoscópicas; el resto de las complicaciones respondieron con tratamiento médico. Hubo un fallecimiento en una paciente megaobesa postoperada de hernia interna que evolucionó con distress respiratorio severo y posterior falla multiorgánica irreversible. **Conclusión:** los resultados obtenidos son concordantes con los descritos en la literatura especializada, compatibles con el concepto de gold-standard del by-pass gástrico laparoscópico.

GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA SIN SUTURA DE REFUERZO SOBRE LA LINEA DE STAPLER

Drs. G. Caris, J. Villanueva, I. Escobar, S. Valderrama.

Servicio Cirugía, Hospital Dr. Eduardo Pereira. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La gastrectomía vertical es actualmente una alternativa muy atractiva en el tratamiento de los pacientes obesos. Uno de los puntos que no está claro en esta técnica es con respecto a la sutura de refuerzo sobre la línea de stapler, sin embargo la mayoría de los centros prefieren agregarlo para prevenir hemorragia o filtración.

Objetivo: describir los resultados quirúrgicos inmediatos en pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica sin sutura de refuerzo de la línea de stapler.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo analizando fichas de pacientes obesos intervenidos mediante gastrectomía vertical laparoscópica entre octubre del año 2006 hasta junio del año 2009 en el Hospital Dr. Eduardo Pereira en Valparaíso. **Resultados:** Fueron intervenidos 43 pacientes, 38 mujeres y 5 hombres. El promedio de edad fue de 40 años (rango entre 23 y 67 años). El IMC promedio fue de $43 \pm 5,4$. La mayoría de los pacientes (88%) presentaba comorbilidades, en 9 pacientes se diagnosticó colecistolitiasis por lo que se agregó una colecistectomía junto con la Gastrectomía Vertical. La duración promedio de la cirugía fue de $138 \pm 30,5$ minutos. El tiempo operatorio aumento 40 ± 9 minutos en promedio para los pacientes que fueron sometidos conjuntamente a colecistectomía laparoscópica. Sólo en dos pacientes se presentó como complicación postoperatoria inmediata un hemoperitoneo, uno a causa de lesión esplénica y otro por lesión mesentérica y de colon transverso, ambos se reintervinieron mediante laparotomía, con buena evolución postoperatoria. Una paciente se convirtió a colecistectomía abierta debido a lesión de arteria cística. La estadía hospitalaria promedio fue de $6,6 \pm 1$ días. Ningún paciente falleció. **Conclusión:** La gastrectomía vertical es un procedimiento seguro con baja morbimortalidad, el hecho de no agregar una sutura de refuerzo no influye sobre las complicaciones postoperatorias inmediatas según los resultados en esta serie.

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX.

Drs. E. Norero, A. Raddatz, S. Guzmán.

Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

La intususcepción intestinal posterior a un bypass gástrico es poco frecuente como causa de obstrucción intestinal. Reportamos el caso de una paciente con antecedente de un bypass gástrico hace 10 años, que presentó una pérdida del exceso de peso de 114%. Posteriormente se realizó una colecistectomía y cirugía por hernia interna. Debido a cuadros de dolor abdominal a repetición fue estudiada con una tomografía computada de abdomen que demostró una intususcepción intestinal a nivel de la entero-entero anastomosis. La paciente fue intervenida, se confirmó el diagnóstico y se encontró también una dilatación del asa biliopancreática y un bezoar. Se

realizó una resección in-testinal del asa biliopancreática de 15 cms y anastomosis yeyuno-yeyunal, con buena evolución postoperatoria y alta a los 4 días de la cirugía. La intususcepción intestinal ha sido descrita luego de cirugía abierta y laparoscopia. No existe una explicación definitiva para su patogenia. Presenta algunas características particulares como producirse en la mayoría de los casos en relación a la entero-entero anastomosis y ser una intususcepción retrograda. Su tratamiento es controversial, existiendo varias alternativas; reducción simple, reducción y fijación del asa comprometida, pero aparentemente la resección intestinal tendría mejores resultados, con menor frecuencia de recurrencia.

MANEJO DE LA FÍSTULA GÁSTRICA EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA VERTICAL CON PRÓTESIS RECUBIERTAS AUTOEXPANSIBLES.

Drs. R. Plass, N. Kerrigan, F. Ilabaca, R. Sepúlveda, S. Rosas, L. Suarez, H. Ríos.
Hospital Militar de Santiago

La gastrectomía vertical es una técnica efectiva como tratamiento de la obesidad mórbida, con baja morbilidad y mortalidad (< 1%). Las fistulas gástricas en la zona de la línea de sutura mecánica tienen una frecuencia promedio de 6,5%, según lo reportado en diversas series, lo cual aumenta la morbimortalidad y la estadía hospitalaria. Esta complicación se ha enfrentado mediante diferentes técnicas, tanto quirúrgicas como endoscópicas. El uso de prótesis autoexpansibles transitorias vía endoscópica resulta ser una técnica eficiente, con una alta tasa de éxito y bajo riesgo de complicaciones. En el presente trabajo se describe nuestra experiencia en el Hospital Militar de Santiago con esta técnica, la cual se empleó en 4 casos, tanto propios como referidos de otro centro, todos con IMC sobre 35, en los cuales se detectó la presencia de fistula en forma precoz, tanto clínica como radiológicamente, en los que se utilizó esta técnica endoscópica, con rápida respuesta clínica y realimentación por boca, con retiro de la prótesis entre la 5^o a 6^o semana post instalación, con control radiológico negativo para fistula.

TROMBOSIS VENOSA PORTO-MESENERICA POSTERIOR A GASTRECTOMIA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCOPICA, REPORTE DE DOS CASOS

Drs. J.E. Contreras, J. Bravo, A. Maira, C. Lobos, D. Villao, J.C. Palet, C. Carvajal.
Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Santa María.

Introducción: La trombosis venosa portomesentérica (TVPM) luego de procedimientos laparoscópicos es una complicación infrecuente. La etiopatogenia aún es incierta. No hay casos reportados de TVPM como complicación de gastrectomía vertical tubular laparoscópica (GVTL).

Objetivo: Reportar dos casos de TVPM posterior a GVTL.

Método: Revisión y seguimiento de casos mediante fichas clínicas.

Resultados: Caso 1: Paciente sexo femenino, 56 años, IMC inicial 35,1; comorbilidad asociada: insulinoresistencia, dis-lipidemia mixta, hígado graso. Se realizó GVTL, sin incidentes, buena evolución postoperatoria con alta al 5to día. Reingresa al sexto día en shock hipovolémico, con intenso dolor abdominal, TAC abdomen muestra hemoperitoneo masivo, trombosis de vena esplénica y estallido esplénico. Se realiza laparotomía exploradora y esplenectomía. Anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, con posterior traslape a anticoagulación oral. En estudio de trombofilia destaca déficit de proteína C y antecedentes familiares de trombosis. Caso 2: Paciente sexo masculino, 44 años, IMC inicial 43; comorbilidad asociada: diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, roncopatía, hígado graso, colelitiasis. Se realizó GVTL más colecistectomía laparoscópica, sin incidentes, buena evolución postoperatoria. Reingresa a los 17 días post-cirugía por dolor abdominal progresivo asociado a náuseas y vómitos. AngioTAC evidencia trombosis venosa de porta, esplénica y mesentérica superior e isquemia intestinal. Requiere 3 cirugías con resección yeyunal. Se anticoaguló con heparina sódica con posterior traslape a anticoagulante oral. En estudio de trombofilia destaca déficit de proteína C y flebotrombosis de extremidades inferiores. **Conclusión:** Estos casos presentan una complicación inusual de la GVTL que podría deberse a una suma de factores procoagulantes como obesidad, déficit de proteína C, acción de capnoperitoneo y la presión abdominal aumentada durante la cirugía. La clínica es inespecífica, por lo tanto es fundamental un alto grado de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. Queda abierta la discusión sobre la etiología y especialmente, el estudio preoperatorio y la tromboprofilaxis en estos pacientes.

USO DE PRÓTESIS ENDOSCÓPICAS EN EL TRATAMIENTO DE FILTRACIONES GASTROINTESTINALES POSTERIORES A CIRUGÍA DE LA OBESIDAD.

Drs. G. Viscido, D. Awruch, C. Gamboa, F. Pimentel, A. Sharp, A. Escalona
Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: las filtraciones de anastomosis o de la línea de sutura en cirugía bariátrica son graves y pueden poner en riesgo la vida del paciente. El tratamiento endoscópico utilizando prótesis flexibles ha sido recientemente propuesto como una alternativa terapéutica simple y efectiva. El objetivo de este estudio es evaluar la utilización de prótesis endoscópicas en el tratamiento de filtraciones posteriores a cirugía de la obesidad en nuestra institución.

Pacientes y Métodos: análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a tratamiento endoscópico con colocación de prótesis expandibles por filtraciones

posteriores a cirugía bariátrica en la Pontificia Universidad Católica de Chile desde enero de 2007 a junio de 2009.

Resultados: en el periodo estudiado, se realizó instalación de prótesis endoscópica en 11 pacientes, 4 de ellos referidos de otros centros. Seis con filtración de la línea de sutura posterior a gastrectomía en manga y 5 post bypass gástrico. Seis de estos pacientes habían sido reoperados previamente por vía abierta o laparoscópica. Los pacientes fueron realimentados en promedio a los 4,2 días (1-15) y dados de alta a los 24 días (4-96). Un paciente presentó reaparición de la fistula y requirió de una reoperación y reposicionamiento de la prótesis. La prótesis fue retirada en promedio a los 91,5 días (rango 28-300). En 8 pacientes el retiro

fue por vía endoscópica en forma programada. Tres pacientes presentaron migración de la prótesis. En uno de ellos se retiró la prótesis por vía endoscópica, otro paciente requirió cirugía para su extracción por fractura de la prótesis y obstrucción intestinal secundaria y el tercer paciente eliminó la prótesis por vía rectal sin complicaciones.

Conclusión: la utilización de prótesis endoscópicas en el tratamiento de las filtraciones posteriores a cirugía bariátrica es una opción factible y segura, permite la alimentación oral del paciente y puede incluso en algunos casos sin cirugía, lograr la curación de la filtración.

Poster: CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.

TUMOR TERCIO MEDIO FACIAL: ABORDAJE DEGLOVING MEDIO FACIAL Y RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA INMEDIATA CON SILICONA PESADA

Dr. Diego Alcocer (CMF),

Dr. Francisco Loyola (CyC)

Dr. Cesar Toro (ORL),

Dr. Carlos Berroeta (Somatoprotesista)
Hospital Dr. Sótero del Río

Introducción: Para el abordaje del tercio medio facial se recomiendan diferentes abordajes siendo clásica la incisión de Weber-Ferguson. Sin embargo, no esta exento de una morbilidad asociada estético funcional. Se presenta enferma, 32 años, portadora de cáncer que compromete infraestructura facial. Por ser de género femenino, joven y con compromiso anatómico anterior de los huesos maxilar, nasal y palatino, se decide realizar un abordaje tipo degloving medio facial para la maxilectomía parcial de infraestructura y técnica de reconstrucción con prótesis maxilofacial inmediata.

Objetivo: Describir la técnica de abordaje y de reconstrucción protésica del tercio medio facial.
Material: Enferma de 32 años, portadora de tumor palatino medio correspondiente a carcinoma de células fusadas que compromete los huesos maxilar, nasal y palatino.

Método: Abordaje degloving medio facial para resección con margen oncológico. Hemostasia local y reconstrucción con prótesis inmediata planificada con Somatoprotesista, preparación de silicona pesada de uso odontológico, introducción en preservativo para relleno de la cavidad, hemostasia, impresión, fijación y sustentación de la prótesis.
Discusión: Acceso a la lesión sin complicaciones, permitiendo realizar osteotomías seguras y la rehabilitación con el uso de silicona fue expedita y sin morbilidad inicial de otros sitios dadores. Inicio de realimentación precoz a las 48 hrs. de postoperada y alta a la semana.

Conclusiones: La técnica permitió excelente acceso y la rehabilitación evolucionó favorable tanto del punto de vista psicológico como de la herida local. El control por posibles recidivas es con visión directa, la higienización es fácil, la prótesis inmediata es sustituida por una definitiva sin complicaciones y preparan a la enferma para una futura reconstrucción definitiva y fija.

LIPOSARCOMA PRIMARIO DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

Drs. F. Contreras, H. Rojas, M. Schiller G. Wiedmaier, R. Ares. Int. B. Riesco, F. Oppliger, T. Pereira.
Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción y Objetivo: El liposarcoma es uno de los sarcomas más comunes, representando el 20% de los tumores malignos de partes blandas. Existen solo 11 casos de liposarcoma primario de glándulas salivales mayores reportados en la literatura. Este trabajo presenta un caso clínico en un hombre de 68 años y revisión de la literatura.

Métodos: La investigación se realizó mediante la revisión retrospectiva de la ficha clínica junto con una entrevista actual al paciente. La revisión de la literatura fue mediante PUBMED.

Resultados: Hombre de 68 años con aumento de volumen facial derecho de 8 meses de evolución. Ecografía informa que en el espesor del lóbulo superficial de la parótida se ve una lesión nodular sólido quística. Sin adenopatías regionales con estudio de diseminación negativo. Se realiza parotidectomía suprafacial con bordes negativos. Biopsia informa liposarcoma. Se indicó radioterapia con 66 Gray. Los resultados del caso clínico son satisfactorios hasta la fecha; tres años sin recidiva. Se recopiló catorce publicaciones, principalmente reportes de caso, no existen series clínicas. La edad media de presentación es de 40 años, el principal síntoma es el aumento de tamaño; el dolor y parálisis facial son poco comunes. Los localizados exclusivamente intraglandulares tienen mejor evolución, menor recurrencia, menos metástasis y tasa de mortalidad. La diseminación hematogena es la más común.

El diagnóstico se basa en estudios histopatológicos e inmuno histoquímicos y debe ser diferenciado de tumores de la vaina de mielina, melanomas malignos y carcinomas de células fusiformes. El tratamiento es la cirugía radical con parotidectomía parcial o total, mas coadyuvancia con radioterapia. El pronóstico depende del tamaño y grado del tumor, localización de la lesión y tipo de modalidad de tratamiento usado.

Conclusiones: El liposarcoma parotídeo es un diagnóstico inhabitual, debe conocerse y tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de las masas parotídeas.

TUMOR PARDO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. J.T. Gantz, H. Rojas, R. Raurich, P. Soffia, G. Wiedmaier, Internos F. Pinto, F. Mingo, R. Undurraga

Servicio de Cirugía e Imagenología, Hospital Padre Alberto Hurtado. Servicio de Cirugía e Imagenología Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es un trastorno generalizado del metabolismo óseo producido por un aumento de la secreción de hormona

paratiroidea.

Hasta un 15% de los pacientes presentan lesiones óseas asociadas, dentro de las cuales se encuentran los tumores pardos, que se producen aproximadamente en el 10% de los casos asociados a fases avanzadas de la enfermedad. Hasta el 5% de estos se ubican en la mandíbula. Existe acuerdo en que el tratamiento de elección del hiperparatiroidismo primario es la paratiroidectomía, sin embargo las opiniones están divididas en cuanto al tratamiento de las lesiones óseas.

Objetivo: Reportar un caso de esta patología, con su posterior manejo y evolución.

Caso reporte: Paciente de 39 años masculino. Antecedentes Mórbidos de Insuficiencia Renal Crónica en diálisis. HTA, Anemia secundaria, Hiperparatiroidismo terciario y Osteoporosis. Consulta por cuadro de aprox. un año de evolución caracterizado por dolores óseos principalmente de columna dorsal. Se realizan exámenes destacando PTH 3888, FA 1123, Ca 9,2, P 3,3 y HTO 23%. Ecografía cervical muestra imagen hipoecogénica 8,5mm en polo inferior del lóbulo derecho Tiroideo. Cintigrama tiroideo presenta 2 focos hipercaptantes en polos caudales de ambos lóbulos tiroideos y tercer foco más pequeño posterior en tercio medio lóbulo derecho. TAC de cabeza y cuello refleja proceso expansivo de la mandíbula a derecha extenso, con insuflación ósea que se extiende en varios focos hasta la región del mentón compatible con la existencia de un tumor pardo en un contexto de hiperparatiroidismo con compromiso global de la calota craneana.

Se realiza paratiroidectomía dejándose $\frac{1}{4}$ in situ y reimplante de otro $\frac{1}{4}$ en antebrazo derecho. Biopsia postoperatoria informa glándula paratiroidea aumentada de tamaño, correspondiente a hiperplasia predominantemente de células principales con formación de estructuras de aspecto oxifílico distribuidas en estructura acinar y que muestran variabilidad leve en el tamaño nuclear. Dichos hallazgos se interpretan como hiperplasia paratiroidea en contexto de hiperparatiroidismo terciario. Cuatro meses post op, paciente presenta una reducción del 50% de la lesión mandibular.

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CON TUMOR PARDO MANDIBULAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Drs. S.Mir¹, F.Capdeville¹, A. Madrid¹, M. Veloso¹, R. Montes¹, A. Petit-Breuil², A. Gallegos¹, D. Oddó³

¹Servicio de Cirugía, Unidad de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer,

²Periodoncia e Implantología Universidad Mayor.

³Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer.

El tumor pardo u osteoclastoma es una de las formas en que se manifiesta la osteítis fibrosa quística, que representa el estadio terminal del proceso de remodelación ósea durante el hiperparatiroidismo. La localización preferente de los tumores pardos es en los huesos largos, especialmente en su segmento medular

central, siendo muy rara la presentación en maxilares y mandíbula. Presentamos el caso de una paciente en la que el hiperparatiroidismo primario se presentó inicialmente como un tumor mandibular que a los hallazgos imagenológicos e histológicos posteriores se diagnosticó un tumor pardo. Se discuten los aspectos clínicos, radiológicos y terapéuticos de esta patología. Palabras clave: tumor pardo, hiperparatiroidismo, tumor mandibular, adenoma paratiroideo.

TUMOR LATERAL DE CUELLO: DESGARRO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.

Drs. S.Pradenas, H. Rojas, Dra. Horvath, G. Wiedmaier, Int. F. Oppliger, I. Rodriguez, D. Zamorano

Servicio de Cirugía Clínica Alemana de Santiago.

Servicio de Imagenología Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: Los tumores cervicales son una consulta frecuente en la práctica del cirujano tanto general como especialista. El diagnóstico generalmente está orientado tanto por la ubicación de la lesión como por el modo de presentación.

Objetivo: Reportar caso como diagnóstico diferencial de tumor benigno en la región lateral del cuello.

Caso Reporte: Paciente de sexo femenino de 35 años sin antecedentes médicos relevantes, consulta por aumento de volumen de 6 días de evolución en zona lateral del cuello asociado a odinofagia y otalgia antes del episodio, sin fiebre ni otras molestias. Al examen físico destaca aumento de volumen duro en relación al cartilago tiroideos hacia lateral. Se solicita ecografía urgente.

Ecografía muestra desgarro del esternocleidomastoideo además nódulo tiroideo de 4mm. Se maneja conservadoramente. Ecografía cervical de control 3 semanas después de la consulta, no se observa la lesión. Control clínico y por ecotomografía a los 3 meses sin hallazgos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TORTÍCOLIS CONGENITA EN ADULTO: CASO CLÍNICO

Dr. C.Cortés, Int. A.Ladino, Int. Hugo V, Int. Joaquín Hevia., Dr. H. Rojas., Dr. F.Contreras

Hospital Padre Hurtado. Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello

La presencia de TMC en adultos es poco frecuente y la eficacia del tratamiento quirúrgico en este grupo de pacientes es contro-versial. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de TMC en adulto, manejado quirúrgicamente y con resultados favorables.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, 41 años de edad, quien vivió en una localidad rural del sur de Chile hasta los 20 años de edad, bajo la tutela de sus abuelos. Durante su infancia sus familiares notaron una lateralización de la cabeza hacia la derecha, sin embargo no consultó ni recibió trata-

miento dado que no producía dolor ni discapacidad. La desviación cefálica aumentó progresivamente desarrollando alteraciones posturales compensatorias (ver Figura 1). A los 24 años de edad consulta por primera vez en un hospital de Santiago, donde se le indica que su patología no tiene tratamiento. Consultó a la Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Padre Hurtado, con diagnóstico de tortícolis fija. Al examen físico presentaba desviación cefálica hacia el lado derecho con asimetría y hemiatrofia facial. El músculo esternocleidomastoideo (ECM) izquierdo se encontraba acortado y tenso. El rango de movimiento cervical estaba limitado en la extensión (25°), flexión (40°), rotación (derecha 80° e izquierda 10°) e inclinación (derecha 20° e izquierda 30°). Se solicitó TAC de cuello que mostró posición viciosa de la región cráneo cervical. Siendo la historia y los hallazgos al examen físico compatibles con cambios adaptativos secundarios a tortícolis congénita de larga data, se decide tratamiento quirúrgico.

A los siete días del postoperatorio, el rango de movimiento cervical, si bien continuaba estando limitado, presentaba mejoría.

Discusión: El objetivo de la cirugía en el adulto con TMC, es la mejoría estética y de calidad de vida, aún cuando el beneficio funcional sea mínimo, y el postural y de rango articular sea casi nulo. El principal logro de esta intervención es subjetivo, en primer lugar la mejoría de la calidad de vida, y en segundo lugar la estética y autoimagen reportada por la paciente.

AMELOBLASTOMA METASTÁSICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dra. A. Quintas, Dra. P. Gaete, Dr. I. Goñi, Dr. A. Vargas, Al. E. Mora, Dra. F. Bustos

Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial. División de Cirugía. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno, de comportamiento localmente agresivo. Su frecuencia corresponde al 1% de los tumores de la cavidad oral. Se presenta con metástasis a distancia en 2% de los casos.

Presentación del caso: Hombre de 50 años, sano, que consulta por dolor mandibular de 6 semanas de evolución, con examen clínico negativo. El estudio imagenológico inicial mostró un área radiolúcida extensa en la región mandibular anterior, unilocular, mal definida y con leve expansión de la tabla ósea vestibular. La biopsia sugirió ameloblastoma. La tomografía de etapificación mostró una lesión lítica mandibular con extensión a partes blandas del piso de la boca, nódulos pulmonares bilaterales y lesiones hepáticas en lóbulo izquierdo, sugerentes de compromiso metastásico. El estudio histológico de las lesiones hepáticas confirmó compromiso metastásico. Se realizó mandibulectomía subtotal anterior, con

reconstrucción con colgajo libre osteomiocutáneo. En un segundo tiempo, se realizó hepatectomía extendida; mientras que los nódulos pulmonares se mantuvieron en observación. Recibió radioterapia en el lecho quirúrgico mandibular.

A los cuatro meses no se encontraron evidencias de recidiva local ni hepática. Sin embargo, la tomografía de tórax mostró discreto aumento del tamaño de los nódulos pulmonares, por lo que se realizó metastasectomía pulmonar bilateral. El paciente quedó sin evidencias de enfermedad y con capacidad funcional del 100%. Al año de seguimiento se constató recidiva de las metástasis hepáticas y pulmonares, esta vez irreseables, iniciando quimioterapia paliativa sin respuesta.

Conclusiones: El ameloblastoma metastásico es un tumor odontogénico de muy baja frecuencia y lenta progresión. La cirugía es el tratamiento de elección, para el tumor primario, como control local. La cirugía de las metástasis es planteable dada la lenta evolución que caracteriza a este tumor. La quimioterapia es inefectiva y la respuesta a la radioterapia es impredecible y asociada a altas tasas de recurrencia y morbilidad.

TRAQUEOSTOMIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Drs. P. Laimé, R. Vallejos, A. Ortiz, Int. C. Bley
Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento invasivo, está indicada para prevenir el daño laríngeo producido por intubaciones prolongadas, mejorar la higiene traqueal y disminuir el espacio muerto. Objetivo: Conocer las indicaciones de la traqueostomía, y sus posibles complicaciones.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de fichas clínicas de pacientes que requirieron de traqueostomía, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, desde el año 2001 al 2008. Los datos fueron analizados con el programa Epi Info 2002. Resultados: Se obtuvieron un total de 163 casos, 13 eran menores de 1 año y la media de edad de los 150 pacientes restantes fue de 58 años (1 y 95 años). La principal indicación de traqueostomía fue la intubación prolongada (56%), seguido por obstrucción de la vía aérea (29%), otras causas identificadas fueron: trastorno neuromuscular (10%) y malformación de la vía aérea (5%). La mayoría de los procedimientos se realizó con técnica clásica. Las complicaciones identificadas fueron principalmente decanulación accidental y hemorragia.

Palabras clave: Traqueostomía, intubación prolongada.

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. María Angélica Matamala S., Gonzalo Rossel

D., Martín Nicola S. y Miguel González P.
Depto. de Cirugía de Cabeza y Cuello y Plástica Máxilo-Facial, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago.

El carcinoma de células de Merkel (MCC) es un tumor que se origina en células neuroendocrinas de la epidermis y de los folículos pilosos. Es un tumor muy raro y altamente agresivo, con una incidencia que ha aumentado en forma relativamente importante en los últimos treinta años. Tiene un crecimiento rápido, especialmente en áreas expuestas de la piel, en personas de edad avanzada. Como factores de riesgo se encuentran la exposición a la radiación ultravioleta, pacientes transplantados, infección por VIH, y otros estados de inmunosupresión crónica. Se expresa como una lesión en la dermis, con una mínima expresión en la epidermis. La mayoría de los pacientes presenta enfermedad localizada, siendo frecuentes las metástasis a linfonodos regionales y a distancia. Su manejo está dado en primer lugar por la cirugía, teniendo a la radioterapia como tratamiento coadyuvante. El rol de la quimioterapia se ha descrito en la enfermedad diseminada. Se presenta el caso clínico de una paciente de 93 años, portadora de MCC en la región interiliar, de muy rápida progresión, con una lesión exofítica de alrededor de 4 cm de diámetro, ulcerada, que no comprometía el hueso subyacente. El diagnóstico fue hecho en la etapa de estudio clínico, por biopsia incisional e inmunohistoquímica. El manejo consistió en cirugía local amplia más radioterapia postoperatoria. Por ser un caso recientemente tratado (menos de un mes), aún no se puede informar sobre el seguimiento.

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS EN GLÁNDULA SALIVAL MENOR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. C. Villalón, C. Cortés, H. Rojas, F. Contreras, Int. C. Hermansen
Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Introducción: Los tumores mioepiteliales son neoplasias sumamente raras de las glándulas salivales. Dentro de éstos, la variante de carcinoma escamoso de bajo grado de células claras, representa alrededor del 1 % de las neoplasias malignas que afectan sólo a glándulas salivales menores. (96 %). Se trata de lesiones ulceradas más frecuentemente ubicadas en paladar y lengua, generalmente en hombres, mayores de 30 años. Incluyen una variante hialinizada y una no hialinizada. Presentan una patrón de inmunoreactividad positivo para pancitokeratina y citokeratina de alto peso molecular. La literatura reporta que el 25 % de los casos al momento de su diagnóstico presenta metástasis. A continuación se relata el caso de un paciente que consultó en nuestro servicio.
Caso Clínico: Hombre de 45 años, antecedente de tabaquismo crónico, consulta por historia de 10

meses de evolución de aumento de volumen en labio superior izquierdo, de consistencia dura de aproximadamente 3 cm de diámetro, inicialmente doloroso, sin secreción, ni ulceración, ni lesiones de mucosa oral. Es evaluada en policlínico de oncología, se realiza biopsia punch de la lesión, informándose como hallazgos compatibles con carcinoma de células claras, sin otra especificación de glándulas salivales menores. TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis no demostró otros hallazgos patológicos. Se realiza resección de un tercio del labio superior, incluyendo el tumor, y reparación con colgajo Abbe. En un segundo tiempo quirúrgico, se realizó sección del pedículo del colgajo y reconstrucción del labio. La biopsia informa carcinoma de células claras sin otra especificación de glándulas salivales menores. **Conclusión:** Dado que hasta el 25% de los casos de Carcinoma de células claras presenta metástasis al momento del diagnóstico, es importante conocer su existencia y diagnosticarlo precozmente. El pronóstico es bueno si se logra una terapia quirúrgica oportuna.

MARCACIÓN ECOGRÁFICA DE RECIDIVA LINFONODAL DE CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES.

Drs. P. Gacá, P. Cabané, M. Díaz, J. Jans, P. Palavecino, A. Briones.

¹ Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

² Sección de Radiología Intervencional, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

³ Interno de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: Luego de haber recibido tratamiento completo por un cáncer diferenciado de tiroides (cirugía, I131 y supresión TSH), alrededor de un 3% presentan recurrencia linfonodal, requiriendo ser reintervenidos. La resección de éstas es difícil cuando son lesiones pequeñas (<1 cm), están en localizaciones de acceso complejo, y/o en las cuales es fácil confundir la recurrencia con fibrosis. Por esto es deseable un método de localización intraoperatoria eficaz y de fácil realización.
Objetivo: Reportar nuestra experiencia inicial con marcación bajo visión ecográfica preoperatoria con azul de metileno, para localización intraoperatoria de recurrencias de cáncer tiroideo diferenciado.
Pacientes y método: Se revisaron las historias clínicas de pacientes reintervenidos por recidiva linfonodal de cáncer papilar de tiroides, en los cuales se utilizó marcación preoperatoria Ecoguiada con azul de metileno. Se describen indicación del procedimiento, método y resultados.

Resultados: Total 4 pacientes, 3 mujeres y 1 hombre. Rango de edad entre 28 y 45 años. Las indicaciones del método fueron lesiones de difícil acceso (retroesternales, detrás de los vasos subclavios o detrás del escaleno anterior por dentro del plexo braquial), lesiones pequeñas o antecedente de vaciamiento linfonodal. Todos los casos tenían

confirmación diagnóstica por PAAF. El día de la operación se realizó la marcación ecográfica de la lesión con 200-500 μ l de azul de metileno intralesional. Posteriormente los pacientes fueron intervenidos. En todos los casos se logró el reconocimiento y resección de las recurrencias, confirmando el diagnóstico con biopsia contemporánea.

Conclusión: La marcación Ecoguiada con azul de metileno para pacientes reintervenidos por recidiva linfonodal de cáncer tiroideo, es factible y fácil de realizar en nuestro medio, siendo de real ayuda al cirujano. Este reporte de casos tiene por objetivo comunicar nuestra experiencia inicial en la aplicación de este método.

TUMOR DE MEDIASTINO ANTEROSUPERIOR QUE COMPRIME VÍA AEREA-RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Drs. Manuel Lillo¹, Luis Aguilera¹, Rodrigo Matamala¹, Mauricio Fica², Gerardo Mordojovich², Virginia Linacré², Marco Salazar³, Janira Rojas⁴, Claudio Zamorano⁵, Matías Arancibia⁶, José Tapia⁷.

¹Hospital Clínico Universidad de Chile. ²Instituto Nacional del Tórax. ³Hospital Salvador. ⁴CES Recoleta. ⁵Hospital Barros Luco Trudeau. ⁶Universidad de Santiago de Chile. ⁷Universidad Diego Portales.

Objetivo: Reporte de caso clínico, paciente con tumor de mediastino anterosuperior, que comprime vía aérea, proceso diagnóstico y resolución quirúrgica.

Caso clínico: FCM, 77 años, sexo femenino, antecedentes de Hipertensión arterial, taquicardia paroxística; cuadro 1 mes de evolución: tos seca y disnea que progresa hasta el reposo.

Es tratada inicialmente, en su Hospital de origen, como neumonía; el control radiológico y tomográfico, demostró un tumor de mediastino anterosuperior y medio, dependiente del lóbulo tiroideo derecho; siendo derivada al Instituto Nacional del Tórax. En el estudio destacó: leucocitosis, VHS y PCR elevadas, eutiroides; ecocardiograma: sin hallazgos significativos. En la exploración quirúrgica destaca: abordaje por cervicotomía transversa más esternotomía media, encontrándose un tumor de 9 cm., dependiente del lóbulo tiroideo derecho, que se extiende hacia mediastino medio y posterior, infiltrando macroscópicamente esófago y tráquea; la resección se efectuó en el borde de éstos. El estudio anatomopatológico demostró un Carcinoma Anaplásico del Tiroides, con áreas de carcinoma pobremente diferenciado, de tipo insular y áreas de carcinoma papilar, variante folicular, con margen quirúrgico comprometido. Evolución postoperatoria favorable, sin disnea ni precordalgia, evaluada por Endornología y derivada a Instituto Nacional del Cáncer, para completar manejo.

Discusión: El Carcinoma anaplásico del tiroides, corresponde a una variedad de tumores malignos, con una frecuencia menor al 1%, de todos los cánceres de este órgano; su comportamiento es muy agresivo, con acelerado crecimiento; la supervivencia promedio, varía entre 3 y 7 meses; la muerte, generalmente ocurre como consecuencia de la compresión-infiltración de órganos vecinos (tráquea y esófago principalmente). Su tratamiento, es fundamentalmente paliativo, incluyendo entre otros: traqueostomía, gastrostomía y manejo del dolor. En el presente caso, existía una demostrada compresión de vía aérea, de rápida progresión, lo que motivó su pronta resolución quirúrgica.

Poster: CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

MEDIASTINITIS POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CARDIACA EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Drs. J. Bernales M., J.P. Droguett, J. Contreras, C. Muñoz, J. Bahamondes, G. Meriño, J. Salman, A. Silva, A. Díaz, J. Mora.

Equipo Cirugía Cardíaca, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHA).

Departamento de Cirugía y Traumatología, Universidad de la Frontera.

Introducción: La mediastinitis postquirúrgica es una de las complicaciones más temida en cirugía cardíaca, tiene una prevalencia de 1-2% y una mortalidad que varía entre un 14 a 47%. Nuestro objetivo es describir la prevalencia y características clínicas de los pacientes con mediastinitis postquirúrgica en cirugía cardíaca entre los años 1994 y 2008 en el HHA. **Material y método:** Diseño de estudio: Corte transversal.

Periodo de estudio: Enero de 1994 a diciembre 2008. **Criterios de inclusión:** Pacientes sometidos a cirugía cardíaca que desarrollaron mediastinitis postquirúrgica.

Maniobra: Se realiza una revisión de los registros clínicos de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el periodo de estudio. Se seleccionan los pacientes con diagnóstico de mediastinitis postoperatoria consignando variables generales y técnicas de cierre quirúrgico.

Análisis estadístico: Se describen las variables de estudio con medidas de tendencia central y dispersión para análisis estadístico. Se utiliza Stata 9.0. **Resultados:** Se realizaron 2500 cirugías entre los años 1994 y 2008, con 22 pacientes con mediastinitis postquirúrgica de cirugía cardíaca (0,88%). La edad promedio fue de 59,6 años. Dentro de las comorbilidades de los pacientes destacan la HTA (59,1%), tabaquismo (54,5%) y angina inestable (40,1%). El diagnóstico más frecuente que indicó cirugía cardíaca fue cardiopatía coronaria (80,95%) seguida por cirugía valvular (19,05%). En la mayoría de los casos fue cirugía con CEC (76,2%) con un promedio de 140,4 min y 87,3 min de clamp aórtico. Los síntomas y signos más frecuentes fueron descarga purulenta (86,4%), dolor esternal (50%) y fiebre (40,9%). El principal germen cultivado fue el SAMR (55%) seguido por S.coagulasa negativo (19%). La mayoría de los pacientes recibió como tratamiento quirúrgico inicial aseo más cierre secundario (54,5%), aseo más cierre primario (9,1%) y cierre primario con colgajo pectoral mayor (9,1%). El tratamiento quirúrgico secundario de elección fue el colgajo pectoral mayor bilateral (35%) seguido por colgajo de recto abdominal (20%). La morbilidad total de la serie fue 68,2% y la mortalidad 22,7%. **Conclusiones:** La prevalencia de mediastinitis postoperatoria en cirugía cardíaca de nuestro centro es comparable con las cifras nacionales e

internacionales. El uso de colgajos musculocutáneo es frecuente en nuestro centro para el manejo de esta patología.

REVASCULARIZACION MIOCARDICA SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA EN UN CENTRO CARDIOVASCULAR REGIONAL EN CHILE. RESULTADOS A 7 AÑOS.

Drs. Juan Carlos Bahamondes, Abelardo Silva, Gustavo Meriño, Juan Salman, Jean P. Droguett, Javier Mora.

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Temuco. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Introducción: La cirugía coronaria sin circulación extracorpórea (CEC) es una técnica utilizada en forma rutinaria por diferentes grupos quirúrgicos y con indicaciones bien definidas.

Objetivo: Comunicar los resultados obtenidos en el largo plazo con esta técnica.

Material y Método: Estudio descriptivo de 403 pacientes (pac) intervenidos en el periodo Julio 2002 y Julio 2009. Se evalúan variables preoperatorias y presencia de complicaciones postoperatorias. En el seguimiento, se analiza la presencia de angina, infarto (IM), necesidad de revascularización y mortalidad. **Análisis estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para el cálculo de supervivencia actuarial, con el programa Stata 9.2.

Resultados: La edad promedio de la serie fue 61.3 años (DE± 6.5) rango 35 – 81 años. 240 de sexo masculino. La mayoría se presentaron con angina crónica estable, en menor proporción un IAM reciente. 45 pac se operaron de urgencia. 105 tenían una angioplastia previa en diferentes territorios con signos claros de reestenosis. Se efectuó 110 puentes únicos, 124 dobles, 101 triples y 15 cuádruples (promedio 2.7 puentes). Hubo 7 conversiones a CEC. Se utilizó un shunt intracoronario en 56 pac según criterio del cirujano. El Euroscore obtenido fue menor que el esperado. La mortalidad fue de 2.2%, no hubo accidente cerebrovascular, y 5 pac se reoperaron por sangrado postoperatorio. Un pac presentó IAM de pared anterior por trombosis aguda del puente, siendo reintervenido en forma inmediata. El tiempo quirúrgico fue de 205 ± 45.8 minutos en promedio. Los requerimientos transfusionales fueron mínimos, 29 pac presentaron fibrilación auricular y no hubo mortalidad en el post operatorio en nuestra serie. El tiempo en ventilación mecánica fue de 3.8 horas en promedio. La estancia en UCI y hospitalaria fue acortada. El seguimiento fue en promedio de 35.5 meses (±7.98) y fue completo en 270 pac. La mayoría de los pac se encuentran en CF I, no se evidenció presencia de IAM, ni mortalidad en la serie hasta el cierre del estudio. La necesidad de una

nueva revascularización percutánea se evidenció en 5 pac que consultaron por angina. La probabilidad de supervivencia actuarial y la probabilidad actuarial de estar libre de otro procedimiento de revascularización son de 98% y 91% a 72 meses.

Discusión: La cirugía coronaria sin CEC actualmente es una técnica segura en base a una experiencia progresiva que puede ser utilizada en forma rutinaria, consiguiendo una revascularización completa en la mayoría de los casos y con resultados de permeabilidad excelentes en el largo plazo similares a la técnica clásica.

REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA INTERNA IZQUIERDA SIN CIRCULACION EXTRACORPÓREA: RESULTADOS EN EL LARGO PLAZO

Drs. Juan Carlos Bahamondes, Abelardo Silva, Juan Salman, Gustavo Meriño, Javier Mora, Jean P. Droguett.

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Temuco. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Introducción: La cirugía coronaria sin circulación extracorpórea (CEC) ha demostrado ser una técnica efectiva en el tratamiento de lesiones únicas de la arteria descendente anterior (ADA) con un puente de arteria mamaria interna (LIMA).

Objetivo: Comunicar los resultados obtenidos en el largo plazo con la revascularización miocárdica de la ADA con LIMA sin CEC en nuestros pacientes. **Material y método:** Estudio descriptivo de 110 pacientes intervenidos en el período Noviembre 1999 y Agosto de 2008. Se evalúan variables preoperatorias y presencia de complicaciones postoperatorias. En el seguimiento, se analiza la presencia de angina, infarto (IM), necesidad de revascularización y mortalidad.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para el cálculo de supervivencia actuarial, con el programa Stata 9.2.

Resultados: La edad promedio de la serie fue 64.5 años (DE \pm 9.575) rango 35 - 78 años. La mayoría de los pacientes debutaron con la presencia de angina inestable, y en menor proporción presentaron un IM. 25 pacientes tenían una angioplastia previa en la ADA proximal con signos claros de reestenosis. No hubo conversión a CEC. Se utilizó un shunt intracoronario en 20 pacientes. No hubo mortalidad quirúrgica, accidente cerebrovascular, ni sangrado postoperatorio. Un paciente presentó IM de pared anterior por trombosis aguda del puente, siendo reintervenido en forma inmediata. El tiempo quirúrgico fue de 173 ± 45.8 minutos en promedio. Los requerimientos transfusionales fueron mínimos, no hubo fibrilación auricular y mortalidad en el post operatorio en nuestra serie. El tiempo en ventilación mecánica fue de 2 horas en promedio. La estadía en UCI y hospitalaria fue acortada. El seguimiento fue en promedio de 35.5 meses (± 12.98) No hubo reaparición de angina, presencia de un infarto miocárdico,

necesidad de una nueva revascularización ni mortalidad en la serie hasta el cierre del estudio. La probabilidad de supervivencia actuarial y la probabilidad actuarial de estar libre de otro procedimiento de revascularización son de 98% a 72 meses. **Discusión:** La cirugía de la ADA sin CEC actualmente es una técnica segura con resultados de permeabilidad excelentes en el largo plazo, similares a la técnica clásica.

CIRUGIA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ANALISIS DE CASOS Y RESULTADOS A LARGO PLAZO

Drs. Juan Carlos Bahamondes, Javier Mora, Gustavo Meriño, Abelardo Silva, Juan Salman, Jean P. Droguett.

Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Temuco. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

La Endocarditis Infecciosa (EI) continúa siendo una enfermedad grave con compromiso multiorgánico y de alta morbimortalidad dada por la agresividad del agente infeccioso en el corazón y otros órganos. La cirugía en la EI está indicada en presencia de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), sepsis persistente, extensión paravalvular evidente y embolización sistémica recurrente con resultados variables según diferentes autores.

Objetivo: Revisar los resultados obtenidos en nuestro centro.

Material y método: Serie de casos con seguimiento de 60 pacientes (pac) con diagnóstico clínico de EI, intervenidos en el período Mayo de 1993 a Julio de 2009. En todos se utilizó esternotomía media convencional, circulación extracorpórea con hipotermia moderada y cardioplejia. EN 59 pac la lesión afecta válvulas nativas y hubo una EI protésica. En 30 se realizó RVA, en 13 se efectuó RVM, en 15 RVA+RVM y en 2 reemplazo trivalvular. El procedimiento se asoció a cierre de trayecto fistuloso en 2, cierre de CIV en 1 y preservación de aparato subvalvular mitral en 3. **Análisis estadístico:** Se efectuó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión y se utilizó el método de Kaplan-Meier para el cálculo de supervivencia actuarial, con el programa Stata 8.0.

Resultados: La edad promedio de la serie es 42.6 años (DE \pm 12.61). 42 pac son de sexo masculino. En el preoperatorio 25 pac presentaron ICC, 14 como síndrome febril y 28 ambas. En 18 pac el germen aislado fue un gram(+) y en 15 el hemocultivo fue (-). En la ecografía 43 presentaron vegetaciones, 4 absceso del anillo, rotura de velos aórticos en 5, válvula bicúspide en 3, cuerda mitral rota en 1, aneurisma del seno de valsalva en 1 y fistula aorta auricular en 2. **Complicaciones:** 5 neumonía, 4 insuf. Renal aguda, 1 mediastinitis, 1 AVC. 5 pac fallecen por sepsis y disfunción multiorgánica. El seguimiento a largo plazo promedio fue de 65.84 meses (DE \pm 47.15). 18 pac se encuentran en capacidad funcional I, 8 en II y 1 en III. La probabilidad de supervivencia actuarial de la cirugía de la EI es de 78% a 206 meses.

Conclusión: La cirugía en la EI, junto con un manejo médico agresivo tiene un rol preponderante en presencia de lesiones destructivas de las válvulas cardíacas, permaneciendo como el tratamiento estándar en el adulto; además de proveer una excelente mejoría sintomática encontrándose la mayoría de los pacientes en CF I, y con una buena probabilidad de supervivencia en el largo plazo.

Poster: COLOPROCTOLOGÍA.

EXPERIENCIA EN OPERACIÓN DE HARTMANN DE URGENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO T.

Drs. F. Uribe, R. Villalón, F. Gatica, J. Salamanca, C. Suazo, A. Paredes, F. Palma, R. Molina
Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile, USACH.

Introducción: La operación de Hartmann, descrita en 1921 por Henri Hartmann para el tratamiento del cáncer de recto como alternativa a la resección abdominoperineal, hoy en día, su utilización se ha extendido para patologías colorrectales de urgencia benignas y malignas. Con esto nace el concepto de operación tipo Hartmann.

Objetivo: el objetivo del presente trabajo es describir la experiencia del Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco Trudeau (H.B.L.T) en operación de Hartmann y tipo Hartmann en cuanto a indicaciones, morbilidad y mortalidad operatoria.

Material y método: Se analizaron retrospectivamente las fichas clínicas de los pacientes operados de urgencia en el Servicio de Urgencia del H.B.L.T entre enero de 2000 y diciembre de 2008, a los cuales se les realizó una operación de Hartmann o tipo Hartmann. Se obtuvo información del diagnóstico, patologías concomitantes, morbilidad y mortalidad operatoria. Los datos fueron analizados con el software computacional SPSS 15.0 y los resultados se expresan en promedios y porcentajes. **Resultados:** El total de pacientes fue 202, con un promedio de edad de 66,1 años (rango 16-87), 84 (41,5%) mujeres y 118 (58,5%) hombres. **Comorbilidades:** 41 hipertensos (20,2%), 22 diabéticos (10,8%), otros 16 (7,9%). **Indicaciones:** 83 (41%) en cáncer, 42 (20,6%) en diverticulitis, 29 (14,7%) en vólvulo, 28 (13,8%) en trauma y lesiones iatrogénicas y 20 (9,9%) otros diagnósticos. **Mortalidad general:** 49 pacientes (24,3%), causa atribuida a shock séptico, insuficiencia cardiovascular y complicaciones postoperatorias como gangrena colostómica 8 (3,9%) y evisceración (2,9%). **Conclusiones:** La operación de Hartmann, sigue siendo ampliamente utilizada en la patología colorrectal de urgencia, sus principales indicaciones se atribuyen al cáncer, ya sea obstructivo o perforado, patología inflamatoria, vólvulo y trauma, ya sea externo o iatrogénico. Los resultados de nuestro grupo son comparables con literatura nacional e internacional algo más elevados en cuanto a mortalidad pero explicable por el importante porcentaje de patologías concomitantes, grupo etáreo avanzado y un sector poblacional más violento.

GRADO DE INCONTINENCIA ANAL Y SU CORRELACIÓN CON LA DIABETES.

Drs. J. Pilasi, R. Azolas, M. Abedrapo, J. Hola, G. Bocic, R. Garrido, J. Lasen, T.M. A. Henríquez, Int. V. Avillo, J.P. Bächler

Dpto. Cirugía, Equipo de Cirugía Colorrectal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: Diversas alteraciones han sido consideradas como factores causales de incontinencia anal en la literatura internacional. Dentro de ellos destacan los trastornos neurológicos periféricos, sean morfológicos o funcionales. Biológicamente se puede justificar el rol de esta patología en la incontinencia anal por la neuropatía periférica, sea motora, sensitiva o mixta. El objetivo de este estudio compuesto por una serie clínica supone evaluar la proporción de diabéticos en la muestra para ver si es que existe alguna diferencia entre al grado de incontinencia y la presencia o no de diabetes. **Materiales y Métodos:** Se evalúan los pacientes según los siguientes criterios manométricos. Valor normal presión de reposo: 66 +/-10 mmHg. Valor normal contracción voluntaria: > a 60 mmHg sobre la presión de reposo del esfínter anal interno. Volumen normal al que se detecta el reflejo recto-anal y la sensibilidad rectal a la distensión es de 60cc. Se definieron los grados de incontinencia como I, II, III dependiendo de si es a gases, líquidos o sólidos. **Criterios de inclusión:** Pacientes con incontinencia anal (definido según los parámetros antes descritos) de cualquier grado, sean o no diabéticos. Se excluyen aquellos paciente que presenten daño orgánico cerebral.

Se evalúan un total de 454 pacientes con incontinencia anal desde el año 2003 al 2009. Se utilizó para el análisis estadístico la prueba de Ji Cuadrado aceptando error alfa de 0.05 **Resultados:** Del total de la muestra estudiada se obtiene que 33 pacientes presentan el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, correspondiendo a un 7,3% del total analizado.

Al evaluar el porcentaje de diabéticos incontinentes según grado se aprecia que un 6,97% corresponden a Diabéticos con Incontinencia Grado I, 6,99% corresponde a Diabéticos con Incontinencia grado II y que un 7,55% corresponde a Diabéticos con Incontinencia Grado III.

El resultado de la prueba chi cuadrado resulta ser de 0.11 siendo no significativo.

Conclusión: Este estudio no permite establecer una asociación significativa entre el grado de incontinencia y la presencia de Diabetes.

ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO COMO FACTOR PRONÓSTICO DE RECURRENCIA Y SOBREVIDA EN CÁNCER COLORRECTAL

Drs. M. Sepúlveda¹, H. Guzmán², J. Hermosilla³, R. Romero³, M. Alamo³, J. Gellona⁴, A. Sepúlveda⁵, H. Guzmán⁵

¹ Equipo Digestivo Bajo, Hospital Dipreca. ² Jefe Equipo Digestivo Bajo, H. Dipreca. ³ Jefe de Servicio de Cirugía H. Dipreca. ⁴ Residente de Cirugía H. Dipreca. ⁵ Alumno/a de Medicina U. Del Desarrollo.

Introducción: El antígeno carcinoembrionario (CEA) es una glicoproteína usada en clínica para monitorizar terapia y detección de recurrencia del cáncer colorrectal. El objetivo de este trabajo es determinar si el CEA preoperatorio es un factor independiente predictor de mortalidad y recurrencia y según la etapa TNM al diagnóstico.

Material y Metodo: Revisión retrospectiva de base de datos del equipo Digestivo Bajo del Hospital Dipreca desde 1987 a 2007. Criterios de inclusión: CEA pretratamiento, seguimiento de 30 días mínimo, informe patológico. Se incluyeron 284 de 382 pacientes. Se utilizó la etapificación TNM. Niveles de CEA alterado > 3 ng/ml. Análisis de sobrevida y recurrencia comparando CEA elevado vs CEA normal. Análisis estadístico con T de student para variables continuas, Chi cuadrado para las categóricas y curvas de sobrevida Kaplan-Meier; p value <0,05. **Resultados:** No existe diferencia en la media ni en los niveles de CEA (elevado vs normal) en las variables géneros, edad, localización, pero sí en las diferentes etapas al diagnóstico, viéndose una mayor proporción de pacientes con CEA elevado a medida que progresa la enfermedad (Etapa IV > Etapa I). De los pacientes que tienen CEA elevado, 29/48 presentaron algún tipo de recurrencia vs 74/193 que no la presentó (p<0,05). En recurrencia a distancia se observó diferencia entre ambos grupos, en cambio ésta no se presentó cuando se analizó la recurrencia local (p=0,069). Al examinar CEA elevado según etapa en pacientes tratados con intención curativa, se encontró diferencia significativa en recurrencia global, local y a distancia. En sobrevida, se vio una mayor mortalidad global en los pacientes con CEA elevado. En cambio, cuando se separan por etapas, esta diferencia desaparece.

Conclusión: El nivel alterado de CEA preoperatorio se correlaciona con la etapa al diagnóstico, con la recurrencia global, a distancia y según etapas, pero no con la recurrencia local. Puede ser útil para predecir sobrevida global, pero al enfrentar pacientes con el mismo estadio, esta correlación desaparece.

COMPLICACIONES UROLÓGICAS FUNCIONALES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA COLORRECTAL: NUESTRA EXPERIENCIA

Drs. B. Vivaldi, L. Espíndola, A. Larach, J. Vergara, A. Marín

Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes.

Introducción: La disfunción sexual y la alteración

del vaciamiento urinario son complicaciones conocidas de la cirugía resectiva del sigmoides y recto, dadas principalmente por daño inadvertido de estructuras nerviosas pélvicas simpáticas y parasimpáticas. El objetivo de este trabajo es describir las complicaciones funcionales urológicas de nuestra serie de pacientes sometidos a cirugía colorrectal benigna y maligna, así como su manejo y resolución. **Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de nuestra base de datos de las cirugías tabuladas realizadas entre el año 2000 y 2008 en el Servicio de Coloproctología del Hospital Militar de Santiago. **Resultados:** 263 cirugías realizadas en nuestro servicio fueron tabuladas, 71 correspondieron a sigmoidectomías, 31 a resecciones anteriores, 11 resecciones anteriores bajas y 7 resecciones abdomino perineales. De ellos, 8 (6.6%) pacientes evolucionaron con disfunciones urológicas en su post operatorio (3 RAB, 2 sigmoidectomías, 1 RA, 1 RAP, 1 HCD), 5 fueron mujeres y 3 hombres. Siete presentaron dificultad para el vaciamiento de la orina y uno con eyaculación retrógrada. La evolución urológica de estos pacientes fue lenta, requiriendo cateterismos intermitentes posteriores al alta.

Conclusiones: Con las técnicas quirúrgicas modernas de preservación nerviosa y el conocimiento anatómico, la incidencia de estas disfunciones a disminuido notoriamente. Nuestra incidencia concuerda con lo descrito en la literatura internacional. Los pacientes y los cirujanos deben estar alerta y en conocimiento de estas complicaciones funcionales, y saber que se pueden prevenir, detectar oportunamente, tratar y que pueden regresar en forma espontánea con mejoría de los síntomas retornando a su condición preoperatoria.

ESTIMULACIÓN PERCUTÁNEA DEL NERVIIO TIBIAL POSTERIOR PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL.

Drs. ME. Molina, G. Pinedo, F. Bellolio, A. Zúñiga, O. Molina.

Unidad de Cirugía Colorrectal. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La estimulación del plexo sacro ha demostrado ser un tratamiento efectivo en pacientes con incontinencia fecal (IF). Algunos estudios sugieren que la estimulación percutánea del nervio tibial posterior con aguja podría ser efectiva en pacientes con IF.

Caso Clínico: Paciente de 35 años, sexo femenino, con antecedente de 1 parto vaginal, que requirió el uso de fórceps. RN de 3.310 gr. Consulta por IF de 8 meses de evolución que se inicia posterior al parto vaginal y ha fracasado al tratamiento con biofeedback. La paciente presenta IF a gases, deposiciones líquidas y sólidas (Score de Wexner:18). Presenta gran afectación de su calidad de vida, la cual se evalúa con cuestionario de calidad de vida para pacientes con incontinencia fecal (FIQL), que

evalúa 4 dominios (escala de 1 a 4, siendo 4 el mejor): estilo de vida 1.5, conducta 1.7, depresión 2.1, vergüenza 2.3. Endosonografía anal: interrupción del esfínter anal externo en la cara anterior, que compromete el 25% de su longitud, formando un ángulo entre los cabos de 99°. El esfínter anal interno se encuentra intacto. La paciente es sometida a 12 sesiones de estimulación del nervio tibial posterior, cada una de 30 minutos de duración, una vez a la semana. La técnica consiste en insertar una aguja fina 3 cm cefálico al maléolo interno, en el recorrido del nervio tibial posterior. Luego se conecta la aguja al estimulador (Urgent PC, Uroplasty Ltda) que mantiene fijo un ancho del pulso de 200 microsegundos y una frecuencia de 20Hz durante la estimulación. La amplitud se aumentó progresivamente hasta obtener respuesta sensitiva y motora que se manifestó como parestesias en la planta del pie y/o flexión de los ortijos. El tratamiento se efectuó sin incidentes y no hubo morbilidad. Al terminar las 12 sesiones de estimulación el Score de Wexner fue de 3 y la FIQL: Estilo de vida 4, conducta 3.4, depresión 4, vergüenza 4. Conclusiones: La estimulación percutánea del nervio tibial posterior en esta paciente fue exitoso, mejorando en forma importante los síntomas y la calidad de vida.

OPERACIÓN DE HARTMANN: EXPERIENCIA CLÍNICA CON 115 PACIENTES EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Drs. C. Santander, M. Ocares, C. Benavides, C. Zúñiga. Int: A. Giacaman, Als. K. Noack, M. Piñones
Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción. Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción.

Introducción: Actualmente la Operación de Hartmann tiene indicaciones precisas, reservándose fundamentalmente al ámbito de urgencia. Presentamos las características clínicas de una serie de pacientes sometidos a una Operación de Hartmann en nuestra institución.

Material y método: Se analizaron fichas clínicas de 115 pacientes sometidos a Operación de Hartmann entre los años 2001 y 2008 en el Hospital Clínico Regional de Concepción. Se realiza el análisis retrospectivo con el programa SPSS 13.0. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 58,6 años con 56 hombres y 59 mujeres. El 97,4% como indicación de urgencia y 2,6% electivos. Las principales indicaciones correspondieron a cáncer colorrectal complicado (41,7%), vólvulo de sigmoides (20%) y diverticulitis aguda complicada (19,1%). El estadio TNM de las neoplasias fue II en 38,6%, III en 36,4% y IV en 25% de los casos. El trauma de colon se presentó en 5 pacientes con CIS V y IV en 3 y 2 de ellos, respectivamente. Dentro de la clasificación de riesgo anestésico las más frecuentes correspondieron a ASA II (29,6%) y ASA III (30,4%). Se obtuvo una mortalidad

postoperatoria de 13% (15 pacientes) principalmente por sepsis abdominal y falla multiorgánica. Un 49,6% de los operados sufrió complicaciones postoperatorias: Infección de herida operatoria en 24,6% (14 pacientes), dehiscencia de la colostomía 19,3% (11 pacientes) e infección nosocomial en un 17,5% (10 pacientes). Se reconstituyó el tránsito intestinal en el 40,9% de los pacientes y en un 34,8% de las neoplasias. En la reconstitución se presentó 12,2% de complicaciones, principalmente infección de herida operatoria (5 pacientes) y dehiscencia de la anastomosis (2 pacientes), sin mortalidad postoperatoria. El tiempo promedio desde el procedimiento inicial a la reconstitución fue de 14,5 meses.

Conclusiones: La operación de Hartmann en nuestra institución es principalmente un procedimiento de urgencia cuyas principales indicaciones son el cáncer colorrectal complicado, el vólvulo de sigmoides y la diverticulitis aguda complicada presentando una importante morbimortalidad, resultados comparables a los publicados en la literatura nacional e internacional.

EXANTERACIONES PÉLVICAS DE ORIGEN NO-GINECOLÓGICO: REPORTE DE 4 CASOS

Drs. Juan Stamburá¹, José Salinas², Francisco Izquierdo³

¹ Dep. de Cirugía, Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile

² Equipo Cirugía Oncológica, Hospital San Juan de Dios.

³ Becario Cirugía General, Sede Occidente, Universidad de Chile.

Introducción: Las exanteraciones pélvicas de origen no-ginecológico son de muy baja frecuencia y escasamente reportados.

Material y Método: Revisión retrospectiva de las fichas clínicas de los pacientes operados de exanteración pélvica de origen no-ginecológico.

Resultados: Se operaron 4 pacientes, 3 pacientes con diagnóstico de cáncer de recto localmente avanzado y un adenocarcinoma apendicular.

Análisis de la técnica quirúrgica, el uso de la engrapadora, las indicaciones y los resultados.

Conclusión: Las exanteraciones pélvicas de origen no-ginecológico son de baja frecuencia, en nuestra serie se realizó con una baja tasa de morbilidad.

COLONOSCOPIA EN PACIENTES CON RECTORRAGIA: HALLAZGOS Y CONDUCTA SEGÚN GRUPO ETÁREO.

Drs. Fernández M., Espindola L, Vergara J.I., Marín C, Larach JA, Onetto C, Petric M, Als. Macaya P. y Montolla F

Hospital Militar Santiago, Chile. Universidad de Los Andes. Universidad de Valparaíso

Objetivos: describir los hallazgos colonoscópicos e

histopatológicos en paciente sometidos a colonoscopia con el antecedente de rectorragia, y comparar los diagnósticos y conducta terapéutica en pacientes mayores y menores de 40 años. Material y método: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con antecedentes de recotorragia derivados a la Unidad de Coloproctología del Hospital Militar de Santiago con indicación de colonoscopia durante los años 2004 y 2008. Resultados: se analizaron los informes de 2317 colonoscopias, de las cuales 643 (27.75%) se realizaron para el estudio de pacientes con rectorragia. De este grupo el 51.2% eran hombres, la edad promedio fue de 59.6 años, siendo el 90.8% mayores de 40 años. La inspección anal fue normal en el 66.2%, la patología hemorroidal era evidente en el 29% de los casos. La colonoscopia fue catalogada como normal en el 18.6%. Las alteraciones más comunes fueron divertículos (36.8%), hemorroides (36.8%) y pólipos (28.7%); la presencia de neoplasia fue descrita en el 4.1%. Se tomó muestra para biopsia en el 37.9% de los pacientes. Los diagnósticos histopatológicos fueron adenomas (33.1%, con displasia leve o moderada el 81.1%), pólipos (31.9%, hiperplásticos el 92.2%), lesiones inflamatorias (25%) y adenocarcinomas (6.9%). Al dividir los hallazgos colonoscópicos en Significativos (HS) y No Significativos (HNS) (excluyendo patología hemorroidal, diagnosticable por examen proctológico), el 64.4% de los mayores de 40 presentaron un HS, versus el 34.1% de los < 40 años (pO.001). En los menores de 40 los HS más frecuentes fueron proctitis ulcerativa y pólipos. Un 3% de este grupo de pacientes presentó un adenocarcinoma.

Conclusión: Si bien la colonoscopia por rectorragia encuentra menos lesiones significativas en pacientes jóvenes, la presencia de enfermedades importantes en un 35% justifica su uso rutinario en pacientes jóvenes con este síntoma.

ANÁLISIS DE 83 PACIENTES SOMETIDOS A OPERACIÓN DE HARTMANN EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO.

Drs. J. Mansilla E., R. Fernández M., J. Droguett G., Als. C. Ruiz A., G. Seguí V.
Departamento y Servicio de Cirugía. Universidad de la Frontera. Hospital Regional, Temuco.

Introducción: La operación de Hartmann es una operación frecuente realizada en los servicios de urgencia. Tiene indicaciones precisas para realizarla, como tumor de colon obstructivo, enfermedad diverticular complicada con perforación, o trauma colorectal. Es una cirugía no exenta de complicaciones, con morbilidad mayor al 50% en algunas series. El objetivo es revisar las indicaciones y resultados de la operación de Hartmann entre los años 2005 y 2008 en nuestro centro quirúrgico. Material y método: Serie de casos. Análisis de pacientes sometidos a operación de Hartmann entre los años 2005 y 2008 en nuestro centro. Se describen

variables biodemográficas, clínicas y de morbimortalidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Resultados: La serie consta de 83 pacientes con edad promedio de 63 años, 59 % de estos corresponden a género masculino. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue obstrucción intestinal (51%). Luego de la intervención el diagnóstico más común fue cáncer colon izquierdo complicado (42%) seguido de vólvulo del sigmoidees (20.5%). Un 86% de los pacientes fueron intervenidos de urgencia. Las principales complicaciones postoperatorias fueron las respiratorias en un 37,3%. Veintiséis pacientes (31,3 %) requirieron una reintervención, principalmente aseos quirúrgicos. En nuestra serie 8.4% de los pacientes fallecieron en el postoperatorio. El promedio de estadía hospitalaria fue de 20 días. Un 26% de los pacientes han sido reconstituidos hasta la fecha, con un promedio de espera de 13 meses.

Conclusiones: De acuerdo a los datos obtenidos identificamos que la principal indicación de operación de Hartmann es la de cáncer de colon complicado. Es una cirugía con una alta morbilidad, llegando ésta a ser alrededor de un 35% en nuestra serie y con promedios de estadías hospitalarias prolongadas igual que en otras series. En cuanto a la reconstitución hay que considerar la edad del paciente, la patología concomitante y el diagnóstico que originó la cirugía. Es por esto que muchos pacientes no llegan a ser reconstituidos.

TRATAMIENTO DE DIVERTICULITIS COMPLICADA HINCHEY 3 CON DRENAJE POR VÍA LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS.

Drs. G. Pinedo¹, A.J. Zarate¹, G. Caselli¹, M. Molina¹, F. Bellolio¹, Zúñiga¹.

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El tratamiento clásico de la diverticulitis aguda complicada (DAC) Hinchey 3 es la operación tipo Hartmann (OTH). Lo anterior implica una colostomía y posterior reconstitución de tránsito, asociado a una mayor morbilidad y deterioro de la calidad de vida. Objetivo: Describir la realización de una laparoscopia exploradora con aseo peritoneal y drenaje de cavidad peritoneal, en 2 pacientes con DAC Hinchey 3. Casos Clínicos: Paciente 1: Varón de 35 años, obeso. Ingresó por 24 horas de dolor abdominal principalmente fosa iliaca izquierda (FII), asociado a fiebre y disuria. Exámenes evidencian elevación de parámetros inflamatorios. TAC de abdomen pelvis demuestra DAC, líquido libre y escaso neumoperitoneo. Se realiza laparoscopia diagnóstica, que evidencia pus en los cuatro cuadrantes, principalmente en FII, asociado a un proceso inflamatorio en relación al colon sigmoidees. Se realiza aseo peritoneal con SF 0,9%. Prueba neumática en busca de orificio diverticular permeable, resulta negativa. Drenaje aspirativo en FII. Evolución

satisfactoria, alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio. A los 6 meses de seguimiento, no ha presentado nuevos episodios, sin optar por cirugía definitiva aún. Paciente 2: Varón de 47 años, sin antecedentes mórbidos. Ingresó por cuadro de 12 horas de dolor abdominal, principalmente en FII. TAC de abdomen-pelvis evidencia una DAC de colon sigmoideas, asociada a colección pelviana de 6 cm. Se considera no punccionable por radiología intervencional. Laparoscopia exploradora muestra pus en los 4 cuadrantes, principalmente en pelvis. Se realiza el mismo procedimiento que paciente 1. A los 2 meses post procedimiento se realiza sigmoidectomía electiva sin inconvenientes. Discusión: Este nuevo abordaje permite evitar la colostomía, la morbilidad de una cirugía compleja y su posterior reconstitución, con la consecuente alteración en la calidad de vida. Estos casos clínicos demuestran la factibilidad de esta alternativa. Lo anterior ha sido descrito por Franklin et al. exponiendo resultados satisfactorios tanto en lo quirúrgico, como en la calidad de vida.

RESULTADOS FUNCIONALES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL RECTOCELE CON PPH (STARR).

Drs. R. Romero, J.P. Hermosilla, C. Astorga, A. Marchant, M. Sepúlveda, H. Guzmán, M. Álamo. Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca.

Introducción: El rectocele constituye en algunos casos la causa de constipación por defecación obstructiva.

Objetivo: Conocer los resultados funcionales de la reparación del tabique recto vaginal con la técnica STARR con PPH, en pacientes con rectocele sintomático con patrón clínico de constipación por defecación obstructiva.

Pacientes y método: Serie consecutiva de pacientes intervenidos en nuestro hospital entre Marzo de 2006 y Abril de 2009.

Criterios de inclusión: Pacientes que cumplen con los siguientes cinco requisitos: Esfuerzo evacuatorio excesivo, sensación de evacuación incompleta, maniobras digitales vaginales para evacuar, diagnóstico clínico de rectocele y colpocistodefecografía que confirmó la presencia del rectocele y su rol en la evacuación incompleta. **Resultados:** Nuestra serie incluye 9 pacientes, todas ASA II, con una edad media de 58 años (30-70). Todas usaban regularmente laxantes para facilitar la evacuación. El tiempo operatorio medio fue de 46 minutos (30-60). Proctalgia presentaron dos pacientes que requirieron analgesia intra venosa por dos días. La estadía post operatoria fue entre 1 y 2 días en el 77.7 % de la serie y solo dos pacientes estuvieron 3 días (22,3%). El seguimiento posee una mediana de 19 meses (3-40). En todas las pacientes se corrigió por completo el esfuerzo evacuatorio, la sensación de evacuación incompleta,

la necesidad de digitación vaginal y el uso de laxantes logrando una defecación funcional y satisfactoria. **Conclusión:** En nuestra pequeña serie la reparación del rectocele sintomático con patrón clínico de defecación obstructiva ofrece un favorable resultado funcional sin recurrencia en el período de seguimiento observado.

RESULTADOS DE 10 AÑOS DE CIRUGÍA CURATIVA EN ADENOCARCINOMA DE COLON.

Drs. M. Cáceres^{1,2}, F. Venturelli^{1,2}, V. Hueche², J. Paredes¹, C. Rosas^{1,2}, P. Borquez^{1,2}

Servicio de Cirugía y Urgencia. Hospital Base Osorno y Clínica Alemana de Osorno. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno.

Introducción: El cáncer de colon está en aumento en nuestro país.

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico y la sobrevida a 5 años de los pacientes operados por cáncer de colon por medio de una cirugía con intención curativa en el Hospital Base Osorno (HBO) y clínica Alemana (CA) entre los años 1998 y 2008. **Material y métodos.** Serie de casos con seguimiento a 5 años (desde la fecha operatoria) de los pacientes operados con diagnóstico de cáncer de colon mediante cirugía con intención curativa en el HBO y CA entre los años 1998 y 2008.

Desde julio de 1998, se registró sistemáticamente todo paciente con diagnóstico de cáncer de colon en una base de datos diseñada para la investigación. **Variables incluidas:** edad, sexo, localización tumoral, estadio tumoral, tipo de cirugía, características histopatológicas, terapia adyuvante, urgencia quirúrgica, causa y fecha de muerte. El seguimiento se realizó por medio de controles médicos y fechas de defunción del registro civil. Los resultados son expresados en porcentajes, medias o medianas. Para describir la sobrevida específica por cáncer, curvas de Kaplan Meier. Programa estadístico, Stata 10.0 **Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes, mediana de edad 66 (36-89) años, predominó el sexo femenino con 40 (57,14%) casos. Localización: 26 (37,14%) colon derecho, 34 (48,57%) izquierdo y 10 (14,28%) transversal. El subtipo histológico y el grado de diferenciación más frecuente fue el tubular y el bien diferenciado respectivamente. 2 (2,86%) casos fueron incipientes, el estadio más frecuente fue el HA con 29 (41,42%) casos. 20 (28,57%) pacientes fueron operados de urgencia. A 55 (78,57%) se les realizó QMT adyuvante. Dehiscencia de sutura 1,42%. Hubo 1 (1,42%) paciente con mortalidad operatoria. Sobrevida a 5 años: global 66,45%. Por estadio: 0 y 1= 100%, HA 75,63%, IIB=62,50%, IIIA=100%(solo 1 caso), IIIB=58,03% y el IIIC=19,44%. Sin pérdidas en el seguimiento. **Conclusión:** esta serie describe resultados compatibles con la literatura.

RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE ENDOVENOSO EN LA CARACTERIZACIÓN DE LAS FISTULAS PERIANALES: HALLAZGOS MÁS FRECUENTES.
Drs. Paula Csendes G., David Herquíñigo R., Hernán Aldana V., Álvaro Sanhueza S., Andrés Rojas P.
Hospital Clínico Universidad de Chile.

Resumen: Si bien las fistulas perianales no son una causa frecuente de consulta, presentan una gran morbilidad asociada. En el estudio preoperatorio para el cirujano no existe dificultad en reconocer la lesión cutánea en la región perianal. El desafío está en predecir el trayecto y origen de la fistula a partir de la línea pectínea, utilizando con este objetivo en la mayoría de los casos la regla de Godsall. Hasta hace poco la radiología tenía un rol limitado en la evaluación de estos pacientes, sin embargo, con el advenimiento de la resonancia magnética se ha logrado caracterizar tanto la anatomía de la región, como demostrar el número y características de los trayectos, además de confirmar o descartar la presencia de colecciones asociadas. Desde el año 2007 a la fecha se han realizado 154 estudios de resonancia magnética de pelvis en nuestro hospital, desde los cuales seleccionamos 23 pacientes en los que se confirmó la presencia de fistulas, presentando los tipos y hallazgos más frecuentemente asociados.

POLIPOSIS INFLAMATORIA GIGANTE DIFUSA. RARA MANIFESTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. CASO CLÍNICO
Drs. María Isabel Quijada G., Alejandro Barrera E., Guillermo Bannura C., Carlos Melo L.
Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

La poliposis inflamatoria gigante es una manifestación extrema y poco común de las poliposis inflamatorias, frecuentemente asociadas a una enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Sus características más destacadas son la presencia de inflamación de la mucosa intestinal y la aparición de pólipos de al menos 1,5 cm de tamaño. Los síntomas varían desde molestias menores hasta graves manifestaciones de una enfermedad inflamatoria intestinal. Pueden asociarse además manifestaciones derivadas de los pólipos, como la presencia de masa palpable, obstrucción e intususcepción intestinal. Los casos segmentarios o asociados con estenosis pueden confundirse con una neoplasia. La asociación con neoplasia es excepcional sin embargo este debe ser uno de los diagnósticos diferenciales a considerar.

Si los hallazgos endoscópicos, radiológicos o clínicos orientan hacia una neoplasia, la colectomía debe ser efectuada para obtener un estudio histopatológico completo.

PERFIL ANATOMORFOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLON EN RELACIÓN A SU SÍNTOMA DEBUT
Drs. G. Thonet Rodas, F. González Vargas, A. Díaz Russi, J. Olivares, I. Barbagelata, P. Unda, L. Walton
Servicio de Cirugía, Complejo Hospitalario San José.

Introducción: El cáncer de colon es una enfermedad prevalente en los países desarrollados. En Chile, su frecuencia va en aumento. Debido a que no existe un Registro Nacional de Tumores, los datos estadísticos disponibles son escasos.

Objetivo: Describir la presentación Anatómica Morfológica de los pacientes con cáncer de colon en relación al síntoma clínico con que debutan.
Metodología: Se realiza una revisión de fichas de pacientes del Complejo Hospitalario San José desde marzo del 2001 a marzo del 2008. Su selección fue en base al diagnóstico de egreso. Se obtiene: cuadro clínico, sexo, edad, resultado de biopsia y de colonoscopia.

Resultados: De 145 casos de cáncer de colon, 75 son mujeres y 70 hombres; con una edad promedio de 64,9 años. El 91 % corresponde a adenocarcinoma tubular. Los principales síntomas fueron: dolor abdominal 54% baja de peso 37,2%; obstrucción intestinal 33,7%, hemorragia digestiva baja 22,7%. La obstrucción intestinal se presentó en 49 personas, el 59,1 % se ubicó en colon izquierdo, con un tamaño promedio de 7,5 cm. Macroscópicamente 71,4% fueron este-noticos.

En pacientes con hemorragia digestiva baja, la edad promedio fue de 63,5 años; 78% se ubicaron en colon izquierdo. Macroscópicamente el 60% fue ulcerado.

Usando el test de Chi cuadrado, se observa una relación entre Macroscopia Estenótica y el síntoma de obstrucción intestinal, > al 99% ($p < 0,01$). También se ve que la probabilidad de asociación entre macroscopia ulcerada y la aparición de Hemorragia digestiva baja, va entre el 95% y 99%
Conclusión: Los síntomas más frecuentes observados en esta revisión, corresponden a los descritos en la literatura. En la sexta década de la vida es más frecuente la aparición de síntomas. Sobre el 90 % a corresponden a adenocarcinoma tubulopapilar. Se observa una relación estadísticamente significativa, que un cáncer ulcerado debute con hemorragia digestiva baja; y que al ser estenótico presente un cuadro de obstrucción intestinal.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A FITOBEZOAR EN DIVERTÍCULO DE MECKEL. REPORTE DE UN CASO.
Drs. P. Ibáñez¹, C. Baeza¹, Ints. S. Pacheco², M. Maturana².

¹Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

²Interno de Cirugía, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El divertículo de Meckel es un remanente embriológico que se presenta en el 2% de la población general y resulta del incompleto

cierre del conducto onfalomesentérico. El riesgo de desarrollar complicaciones, como la obstrucción intestinal, a lo largo de la vida en estos pacientes ocurre en apenas un 4%. Los bezoares son cuerpos extraños ubicados en el tracto gastrointestinal, que aumentan de tamaño por agregación y están compuestos generalmente por vegetales y cabellos. Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 34 años, sólo con antecedentes de apendicectomía hace 5 años. Relata cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por vómitos y dolor abdominal epigástrico tipo cólico sin diarrea, ni expulsión de gases por ano. Al examen físico destaca abdomen distendido, blando, depresible, con timpanismo y ruidos hidroaéreos de tonalidad alta, sin signos de irritación peritoneal. La radiografía de abdomen simple mostró niveles hidroaéreos de intestino delgado en hemiabdomen superior. Ingres a pabellón con diagnóstico de Obstrucción Intestinal posiblemente causada por bridas. Dentro de los hallazgos operatorios se encuentra asa de ileon dilatada desde la unión yeyuno-ileal hasta aproximadamente 70 cms de la válvula ileocecal. En el segmento más distal del asa dilatada se aprecia Divertículo de Meckel distendido, ocupado en su lumen por restos alimentarios vegetales los que se extienden hacia ileon proximal compatible con fitobezoar, lo cual fue posteriormente confirmado por histopatología. Se realizó resección del segmento de ileon comprometido con anastomosis termino-terminal en un plano. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones siendo dado de alta el séptimo día post-operatorio.

Discusión: La ocurrencia de obstrucción intestinal en el Divertículo de Meckel asociado a un fitobezoar es rara, con sólo algunos casos previamente reportados en la literatura. La excesiva ingesta de frutas y fibras vegetales como hábito alimenticio, puede predisponer a la formación de un fitobezoar.

ESTENOSIS SIGMOÍDEA SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. M. Fernández, C. Onetto, M. Petric, Int. M. Pacheco, Drs. Espindola, A. Larach, A. Marin, J.I. Vergara.

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago. Facultades de Medicina Universidad de Valparaíso y Universidad de los Andes.

Introducción: la endometriosis afecta al 14 % de las mujeres premenopáusicas, siendo colon sigmoide y recto los sitios afectados en el 75-90% las endometriosis intestinales. La endometriosis colónica se presenta como un desafío diagnóstico ya que es clínicamente similar a un amplio espectro de patologías que afectan al colon.

Objetivo: presentar el caso de una paciente con estenosis sigmoidea secundaria a endometriosis operada en el Hospital Militar de Santiago el año 2009, y realizar una revisión bibliográfica de esta patología enfocada principalmente al diagnóstico

diferencial. Caso clínico: paciente de sexo femenino, 55 años de edad, hipertensa, diabética, con antecedente de panhisterectomía por quiste endometriósico ovárico izquierdo y leiomioma uterino. Presenta cuadro clínico de 4 años de evolución caracterizado por dolor abdominal cólico hipogástrico intermitente, asociado a constipación y vómitos ocasionales. Se realiza colonoscopia y estudio histopatológico en 3 oportunidades, evidenciando colitis crónica inespecífica sin evidencia de neoplasia. Por persistencia del cuadro clínico descrito se realiza una cuarta colonoscopia que acceda sólo hasta 30 cm del margen anal por presencia de lesión infiltrante y obstructiva, la biopsia concluye nuevamente colitis crónica inespecífica. Se solicita una tomografía axial computada de abdomen y pelvis que muestra engrosamiento parietal de colon sigmoide sugerente de neoplasia. Se realiza una sigmoidectomía laparoscópica, evolucionando sin complicaciones. La biopsia de la pieza operatoria es compatible con endometriosis sigmoidea. Actualmente la paciente no ha presentado nuevos episodios de dolor abdominal.

Discusión: las características clínicas, radiológicas y endoscópicas de la endometriosis colónica pueden ser confundidas con múltiples patologías que afectan al colon. Su diagnóstico diferencial es difícil debido a la carencia de síntomas patognomónicos, y al pobre rendimiento de la colonoscopia y estudio histopatológico preoperatorio. El procedimiento diagnóstico de elección es la laparoscopia o laparotomía exploradora. El tratamiento respectivo laparoscópico es factible y seguro en la mayoría de las pacientes.

DIVERTICULITIS AGUDA DE COLON COMPLICADA CON PILEFLEBITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Drs. R. Villalón, J. Salamanca, F. Gatica, F. Uribe, C. Suazo. Int: S. Ramírez.

Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau (H.B.L.T), Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile.

La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta y sus ramas, secundario a cuadros sépticos intraabdominales del territorio de drenaje. Es una complicación infrecuente de la diverticulitis aguda de colon y su mortalidad es elevada. El diagnóstico ha aumentado con el desarrollo de técnicas imagenológicas. Se presenta el caso clínico de una mujer de 61 años con antecedentes de hipertensión, LCFA, dolor lumbar izquierdo de 48 horas de evolución, sensación febril, disuria y orinas turbias. Es hospitalizada en Servicio de Urgencia HBLT con diagnóstico de pielonefritis aguda. Su evolución médica es tórpida presentando compromiso hemodinámico y aumento progresivo de dolor abdominal en hemiabdomen inferior. Al examen físico destaca ictericia de escleras, a la palpación abdominal leve resistencia muscular involuntaria en cuadrante inferior izquierdo. Los exámenes de laboratorio destacan índices de actividad séptica

elevados, hiperbilirrubinemia de predominio directo. TAC de abdomen y pelvis: Diverticulitis aguda complicada Hinchey I, pileflebitis. La paciente evoluciona con shock séptico que requiere iniciar drogas vasoactivas y se decide cirugía de urgencia realizando operación de Hartmann con posterior ingreso a UCI. A las 48 horas se inició terapia anticoagulante full dosis. Su evolución fue satisfactoria sin presentar complicaciones quirúrgicas. Se comienza traslape con terapia anticoagulante oral a los 7 días y la paciente es dada de alta a las dos semanas de postoperatorio sin complicaciones con indicación de completar antibióticoterapia por tres semanas. Los resultados de anatomía patológica concluyen Diverticulitis Aguda de Colon Sigmoide y Peritonitis localizada. Actualmente se encuentra en espera de reconstitución de tránsito. La presentación de este caso muestra que se debe tener un alto índice de sospecha para realizar su diagnóstico precoz siendo las técnicas de imagenología fundamental para su detección. Los pilares del tratamiento son la antibióticoterapia, administración de anticoagulantes y la intervención quirúrgica del foco infeccioso cuando corresponde.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL CIERRE DE ILEOSTOMÍA EN ASA CON TÉCNICA DE DOBLE STAPLER.

Drs. R. Romero, F. Delgadillo, A. Marchant, C. Astorga, J. Hermosilla, M. Sepúlveda, H. Guzmán, M. Alamo.

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca.

Introducción: El cierre de ileostomía en asa constituye una cirugía no exenta de morbilidad e incluso mortalidad.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de un grupo de pacientes portadores de ileostomía en asa y la morbimortalidad del cierre de ileostomía en el Hospital Dipreca.

Pacientes y método: Se estudia una serie consecutiva de pacientes intervenidos a los que se les realizó un cierre de ileostomía en asa con técnica de doble stapler entre Octubre de 1996 y Noviembre de 2008.

Resultados: Nuestra serie comprende 33 pacientes con una edad media de 62 años.(29-87). Hombres 48,5% y mujeres 51,5%. 8 pacientes ASAI (24,24%), 23 ASA II (69,69%), 2 ASA III (6,06%). El motivo de la ileostomía fue: resección anterior baja por cáncer en 27 pacientes (81,8%), protección de reservorio ileal en 3 (9,1%), otras 3 (9,1%). El intervalo entre la realización de la ileostomía y el cierre tuvo una mediana de tres meses (2- 24). El tiempo operatorio medio fue de 60 minutos (40-130). Complicaciones médicas hubo en 8 pacientes (24,2%): diarrea en cuatro (12,1%), neumonía en tres (9,1%), trombosis venosa subclavia en uno (3,1%). Complicaciones quirúrgicas hubo en 7 pacientes (21,2%): infección de herida operatoria (2), obstrucción intestinal (1), perforación intestinal

y peritonitis (1), absceso intra abdominal y fistula entero cutánea (1). La estadía post operatoria tuvo una mediana de seis días (3-8) para los pacientes sin complicaciones 21 (63,3%), de 11,4 días para aquellos con complicación que no requirieron cirugía 9 (27,3%) y de 28,6 días para aquellos que fueron reintervenidos 3 (9,1%). Un paciente falleció por neumonía nosocomial (3,03%).

Conclusión: El cierre de ileostomía en asa en nuestra serie tiene morbilidad y mortalidad significativa.

HIBERNOMA PÉLVICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs M. Fernández, M. Petric, C. Onetto, L. Espindola, A. Larach, A. Marín, J. Vergara.
Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultades de Medicina Universidad de Valparaíso y Universidad de los Andes.

Introducción: los tumores de tejidos blandos son un grupo heterogéneo de procesos benignos y malignos. Su baja frecuencia y la dificultad para determinar su potencial neoplásico los convierte en un problema diagnóstico terapéutico. Dentro de este grupo, el hibernoma es un tumor benigno extremadamente infrecuente.

Objetivo: reportar el caso de un paciente portador de un hibernoma pélvico gigante operado en Hospital Militar de Santiago el año 2008, y realizar una revisión bibliográfica de esta patología. **Caso clínico:** paciente de sexo masculino, 48 años de edad sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro clínico de 5 años de evolución caracterizado por dolor neuropático en extremidad inferior izquierda, sin respuesta a tratamiento médico. Durante los últimos 2 meses presenta aumento de volumen progresivo en glúteo izquierdo de 20 cm de diámetro, consistencia gomosa, sin signos inflamatorios locales. Se solicita una tomografía computada de pelvis que evidencia una masa pélvica compatible con lipoma, de 15 cm de diámetro, con trayecto en el orificio ciático mayor, determinando desplazamiento y compresión de las estructuras adyacentes, especialmente del nervio ciático izquierdo y recto. Se complementa el estudio con una resonancia magnética de pelvis que muestra similares hallazgos. Se realiza resección amplia con abordaje abdominal y glúteo izquierdo, logrando resección total del tumor descrito. El paciente evoluciona sin complicaciones. La biopsia definitiva concluye la extracción de una masa de 980 gramos, con aspecto histológico es concordante con hibernoma, sin elementos de malignidad. **Discusión:** el hibernoma o tumor de grasa parda es una variante del lipoma, muy infrecuente, asociado a una alteración citogenética específica, más común en hombres adultos. Su ubicación es diversa y se manifiestan clínicamente con aumento de volumen y síntomas compresivos secundarios. El tratamiento es quirúrgico en casos sintomáticos o de duda diagnóstica. No tienen potencial de malignidad ni recidivas posterior a la escisión completa.

HEMORROIDOPEXIA, UNA NUEVA TÉCNICA.
Drs. R. Azolas, M. Abedrapo, S. Regadas, J. Pilasi, J. Hola, G. Bocic, R. Garrido, J. Lasen, T.M. A. Henríquez, Int. V. Avillo, J.R. Bachler.

Dpto. Cirugía, Equipo de Cirugía Colorrectal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Medical School. Federal University of Ceara, Surgery.

Introducción: El manejo quirúrgico de los hemorroides internos prolapsados ha sido diverso, siendo en la actualidad de elección la Técnica de PPH (procedimiento para hemorroides prolapsados). El presente trabajo tiene por objeto mostrar nuestra experiencia preliminar en el tratamiento con el uso de un nuevo aparato (EEA Hemorroid and Prolapse Stapler Set) para realizar hemorroidopexia y mucosectomía con stapler en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante Julio del 2009. **Materiales y Métodos:** Se operan 6 pacientes durante el mes de Julio 2009.

Del total de pacientes el 50% corresponde a mujeres y la otra mitad a pacientes de sexo masculino. El rango de edades oscila entre 45 y 86 años con un promedio de 59,5 años y una mediana de 56 años. Se pregunto a los pacientes por la presencia de dolor en el postoperatorio a las 8 horas cualificándolo mediante EVA.

Se evalúan a la primera y segunda semana de postoperatorio.

Resultados: Del total de pacientes operados todos tuvieron EVA 0/10 a las 8 horas de postoperados siendo manejados con analgesia intravenosa compuesta por 300mg de Ketoprofeno en 250 cc de S.F 0.9% más Paracetamol oral, 1 gr cada 8 horas. Durante los controles posteriores se observó que todos los pacientes habían tenido algún grado de rectorragia durante la primera semana. En el control de 14 días todos sin rectorragia.

De total de pacientes, dos presentan EVA 3/10 y uno EVA 1/10 durante la primera semana de control. En el segundo control (a los 14 días) sólo un paciente presentó dolor persistente con EVA 3/10. Todos los pacientes presentan corchetes in situ, mucosa sana, sin dehiscencia.

Conclusión: La técnica impresiona como segura, presentando un sólo paciente dolor persistente a los 14 días.

HEMICOLECTOMIA DERECHA DE URGENCIA POR CÁNCER OBSTRUCTIVO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs. G. Bocic, M. Abedrapo, R. Azolas, J. Hola, J. Pilasi, A. Marambio, J.P. Bächler, V. Avillo, D. Aránguiz, E.U. Solange Cortés.

Equipo de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La hemicolectomía derecha es una operación realizada frecuentemente en los servicios de urgencia. Sus principales indicaciones son secundarias a tumores obstructivos, isquemia y trauma. Se realiza en pacientes mayores con

morbilidades asociadas.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia y resultados en la realización de hemicolectomía de urgencia. **Pacientes y Métodos:** Se analizaron las fichas clínicas de todos los pacientes en quienes se realizó una hemicolectomía derecha de urgencia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, desde Enero del 2003 a Diciembre del 2008. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los datos con el programa STATA.

Resultados: Se obtuvo un total de 27 pacientes. El promedio de edad fue de 66 años. De acuerdo al sexo 15 hombres y 12 mujeres. Obstrucción intestinal en 100% de los casos. Los síntomas más prevalentes fueron dolor (100%), alteraciones del tránsito intestinal (90%) y baja de peso

(31%>). Estudio diagnóstico con radiografía de abdomen y tomografía computada en 100% de los casos. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis primaria en un 92,5% (25 casos) y hemicolectomía derecha con fistula mucosa más ileostomía terminal en 2 casos. Se realizó anastomosis mecánica en 44% de los casos. El tipo de anastomosis más utilizado fue término - terminal en 37% y latero - lateral en 26%. La morbilidad presentada fue de un 48%, siendo la más frecuente las pulmonares, 6 casos, dehiscencia de anastomosis 2 casos, fistulas intestinales 2 casos y evisceración 1 caso. Se re operaron 3 casos (11%). La mortalidad de la serie fue 7% (2 casos). Estadío del cáncer al diagnóstico el 7% en II, el 61% en III y 23% en Etapa IV.

Conclusiones: La hemicolectomía derecha de urgencia por cáncer obstructivo es una patología con una morbilidad y mortalidad importante. La obstrucción intestinal se presenta en estadios avanzados del cáncer de colon derecho.

EXTIRPACIÓN DE ADENOMA VELLOSO RECTAL GIGANTE CON STAPLER. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y SU SEGUIMIENTO A 5 AÑOS.

Drs. C. Hermansen, J. Reyes, F. Rojas, C. Loyola, W. Vásquez

Hospital Barros Luco-Trudeau. Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile.

Introducción: El adenoma vellosos rectal, presenta un potencial de malignización cercano al 30%, presentándose frecuentemente como una masa de gran tamaño y difícil extirpación, requiriendo en ocasiones cirugías mayores, con resección intestinal y ostomía, que pueden considerarse excesivas tratándose de lesiones mayoritariamente benignas. El objetivo de esta comunicación es avalar una técnica quirúrgica poco utilizada, no agresiva y segura.

Material y método: Revisión de ficha clínica y control endoscópico de paciente. Revisión de literatura. **Resultado:** Paciente de sexo femenino, 58 años, Sin antecedentes, ingresa el año 2003, por cuadro de 6 meses, caracterizado por diarreas mucosas, rectorragia moderada, heces acintadas y percepción

de masa rectal. Asociado a baja de peso y anorexia. La rectoscopia evidencia tumor vellosa de recto inferior, cuya biopsia informa adenoma tubulovelloso con displasia severa y microfoco de adenocarcinoma superficial. La endosonografía rectal confirma hallazgo mostrando imagen heterogénea mucosa, sin traspasar submucosa, sin adenopatías en mesorecto. La colonoscopia confirma hallazgo, pesquisa pólipo diminuto sigmoideo que se reseca y biopsia.

Al examen proctológico no presenta lesiones externas, esfínter tónico, ampolla ocupada por masa vellosa, ulcerada, sangrante de 6 x 4 cm, a 3 cm del margen anal, que prolapsa con valsalva, móvil, no infiltrativa, sin adenopatías retrorrectales. La cirugía se realizó en posición de navaja sevillana, divulsionando manualmente el tumor y seccionando su base libre con stapler lineal cortante de 75mm. Biopsia confirma diagnóstico, pedículo libre. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones, con alta a las 72 hrs, controlándose anualmente con colonoscopia, la última en enero del 2009, visualizando la cicatriz del procedimiento sin alteraciones ni signos de recidiva.

Conclusión: la extirpación de tumores rectales con stapler lineal parece ser una técnica segura y eficaz. Debe confirmarse el compromiso superficial de la pared y ausencia de lesiones malignas invasivas, para ofrecer una alternativa quirúrgica menos agresiva y con menor morbimortalidad.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MEGACOLON.

Dr. E. Peña, Int. F. Martínez, Int. J. Gajardo, Dr. J. López.

Servicio Cirugía, Hospital de Coquimbo.
Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

Introducción: El megacolon ha despertado gran interés en el medio quirúrgico, sobretodo en nuestra zona en donde existe una alta prevalencia. El fracaso del manejo médico de estos pacientes representa un desafío para los cirujanos, es así como también el tratamiento quirúrgico ha variado a través de los años, diferenciándolos de acuerdo a los diferentes conceptos etiopatogénicos de la enfermedad. **Objetivo:** Presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del megacolon. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo-transversal, que incluye pacientes intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de megacolon. Se seleccionaron los pacientes operados con este diagnóstico, identificados mediante los egresos estadísticos y registros de pabellón de nuestro hospital, entre los años 1999 y 2008 (n=48). Los datos fueron ingresados y se analizaron las distintas variables mediante el programa EPI INFO. **Resultados:** Serie de 48 pacientes, con predominio del sexo masculino en un 59,4%, y un promedio de 64,2 años de edad. La comorbilidad fue de un 77%. El 61% de los pacientes provenían de lugares rurales y alejados de nuestra ciudad. La etiología más

frecuente del megacolon fue de-bido a enfermedad chagásica. Treinta y cuatro pacientes fueron intervenidos en forma electiva y 14 requirieron cirugía de urgencia, siendo la operación de Duhamel y la de Hartmann las más frecuentemente realizadas respectivamente. La morbilidad global observada fue de un 47.9%, y hubo un paciente con mortalidad quirúrgica.

Discusión: El enfrentamiento quirúrgico del megacolon es sin lugar a dudas un reto, pues en sus resultados influyen muchos factores. Se trataría en general de pacientes añosos y con alta morbilidad asociada, quienes en un gran porcentaje presentan un problema crónico y que es muchas veces invalidante. Requiere de un equipo multidisciplinario y experto, puesto que son pacientes con una alta morbilidad quirúrgica, tal como se demuestra en nuestra y otras experiencias.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCÍGEA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Drs. A. Valle, M. Vivanco, R. González, A. Cuneo, J. Hernández, G. Wiedmaier, Int. F. Mandujano, P. Mocoçain.

Servicio Cirugía, Hospital Padre Hurtado.
Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: La enfermedad pilonidal sacrococcígea (EPSC) es una condición adquirida cuyo manejo aún presenta controversia, reflejo de la sin número de técnicas quirúrgicas propuestas para el tratamiento definitivo de esta.

Objetivo: Describir la experiencia del Hospital Padre Hurtado en el tratamiento de la EPSC revisando las diferentes técnicas realizadas y las complicaciones que estas han presentado.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de EPSC desde mayo de 2000 y marzo de 2009. Se analizaron las variables demográficas, clínicas, los hallazgos intraoperatorios, la resolución quirúrgica, la morbilidad y mortalidad. Los datos fueron obtenidos de las fichas clínicas y del registro computacional del Hospital. **Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes, edad promedio de 24 ± 10,8 años, el 51,3 % son hombres. Se utilizaron distintas técnicas quirúrgicas de acuerdo a la expertis de cada cirujano. Se realizó; Dufourmentel en un 38,7 %, Marsupialización en un 17,5 %, Resección y sutura en un 13,7 % entre las más utilizadas. El tiempo operatorio promedio fue de 54 ± 22 min y la estadía hospitalaria fue de 3 ± 0,9 días. La morbilidad global fue de 41,2 %, siendo la infección de herida operatoria con un 35 % la más prevalente. El alta definitiva fue de 61 ± 52 días en promedio. La recidiva alcanzó un 8,7 %. No existió mortalidad en nuestra serie. **Conclusiones:** La EPSC continúa siendo una patología prevalente. Su manejo aún es controversial con un gran número de técnicas quirúrgicas. La técnica más utilizada en el Hospital Padre Hurtado es el Dufourmentel, con una corta estadía

intrahospitalaria, baja tasa de recidiva pero con una morbilidad importante. Se requiere de mayores estudios prospectivos y randomizados para evaluar la mejor técnica quirúrgica.

ELECTROCOAGULACIÓN HEMORROIDAL MONOPOLAR

Drs. H. Guzmán, C. Bardavid, J.P. Hermosilla, R. Romero, M. Sepúlveda, H.A. Guzmán

Equipo de Coloproctología, Hospital DIPRECA. ¹Alumno Medicina.

Introducción: La electrocoagulación hemorroidal monopolar es una alternativa de tratamiento para las hemorroides; una variable de ella, es la electrocoagulación submucosa, descrita por el autor en 1998; otra es la electrocoagulación directa, incluyendo la mucosa o anodermio que las cubre. El objetivo es analizar intensidad de dolor post operatorio, exudado y disconfort anal, con el procedimiento submucoso exclusivo y asociado a electrocoagulación directa.

Materiales y métodos: se realiza una serie prospectiva de 58 pacientes portadores de hemorroides grado III y IV, desde Enero 2008 a Mayo del 2009, 24 hombres y 34 mujeres, que se someten aleatoriamente a electrocoagulación hemorroidal submucosa exclusiva (serie 1) o asociada con electrocoagulación directa (serie 2), conformada la serie 1 por 31 pacientes y la serie 2 por 27, de sexo y edades sin diferencia significativa. Se evalúa al día siguiente de la operación, el dolor con escala visual análoga. Entre 12 y 15 días post operación, se evalúa el dolor con la misma escala, en forma global y promedio de los días, número de días con presencia de exudado y el grado de disconfort, en leve, mediano y severo. Los resultados se analizan con test de chi cuadrado y t de Student para series paralelas. Todas las operaciones y controles realizados por el autor. **Resultados:** el dolor promedio el primer día post operatorio es de 2 y 3 para las series 1 y 2 respectivamente, sin diferencia significativa ($p < 0,7$); exudado presente en 6 y 10 días para las series respectivas, con diferencia significativa ($p < 0,04$) y el grado de disconfort fue leve en la gran mayoría de los pacientes en ambas series, sin diferencia significativa.

Conclusiones: la electrocoagulación submucosa exclusiva o asociada a directa, no presentan diferencias clínicas. Es ástacable mayor exudado en la segunda, pero beneficia el control de excedente mucoso.

CÁNCER DE COLON TRANSVERSO. ¿ES DIFERENTE SU PRONÓSTICO?

Drs. A.J. Zarate¹, D. Pulgar¹, O. Padilla², G. Casell¹, E. Falloux¹, X. Meneses¹, M. Molina¹, F. Bellolio¹, Zúñiga¹, G. Pinedo¹.

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva.

²Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los resultados quirúrgicos y de sobrevida podrían variar según la ubicación del tumor en el colon. Existen algunas comunicaciones que indican que los tumores en el colon transversal tendrían peor pronóstico.

Objetivo: Comparar parámetros oncológicos y sobrevida entre pacientes con cáncer de colon transversal (CCT) versus sigmoides (CCS). **Material y métodos:** Inclusión de pacientes operados por cáncer de colon entre 2002 y 2007. Selección de pacientes con CCT, a los cuales se les pareo con pacientes con CCS, considerando edad, sexo y estadiación. Comparación mediante test paramétricos, se estima la sobrevida mediante el método de Kaplan meier, comparándolas con el test de Log rank.

Resultados: Se compararon 108 pacientes (54 por grupo; CCT v/s CCD). La edad fue de 65,8 versus 66,4 años (CCT versus CCS). La estadiación evidenció etapa I, II, y III en 7, 28 y 19 pacientes con CCT; y en 8, 27 y 19 pacientes con CCS, respectivamente. El número de ganglios resecaados fue de 26,9 (DS: 16) y 22,9 (DS: 12,5) en el grupo de CCT y CCS, respectivamente ($p = 0,15$). La sobrevida general a 5 años fue de 68% y 73% en el grupo de CCT y CCS, respectivamente ($p = 0,6$). La sobrevida en pacientes con tumores del transversal medio, ángulo esplénico y ángulo hepático fue 73%, 44% y 84% a 5 años, respectivamente. **Conclusión:** La ubicación de tumores en colon transversal, no presenta diferencias al compararlos con el colon sigmoides. Sin embargo, en el subgrupo de pacientes con CCT, se observa una tendencia a poseer un peor pronóstico en pacientes con tumores cercanos al ángulo esplénico.

INCONTINENCIA ANAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Drs. E. Melkonian, E. Schultz, P. Opazo, M. Carrillo, M. Rodríguez, D. Contreras, A. Readi. Servicio de Cirugía, Equipo de Coloproctología, Hospital del Salvador. Dpto de Cirugía Oriente. U. de Chile.

Introducción: La incontinencia anal es una patología subdiagnosticada, cada vez más prevalente por el aumento de la expectativa de vida de la población y que frecuentemente produce una seria alteración de la calidad de vida y autoestima de los pacientes. **Objetivo:** Analizar los resultados de los tratamientos realizados a los pacientes que han consultado por incontinencia anal en el policlínico de cirugía de nuestro hospital. **Material y Método:** Se analizan retrospectivamente los protocolos diseñados por esta patología llevados desde 2001 hasta Abril de 2009 de los pacientes con incontinencia anal y se estudian complementariamente sus fichas clínicas. Se analizan antecedentes mórbidos, ginecobstétricos y quirúrgicos anorectales, los estudios diagnósticos y los resultados de los tratamientos médicos y quirúrgicos realizados en estos pacientes. **Resultados:** Se estudiaron 82 pacientes siendo el 84 % mujeres. La edad promedio fue de 76,3 años. El 21 % del total de pacientes y el 54 % de los quirúrgicos tenían antecedentes de

partos vaginales dificultosos. Se operaron 21 pacientes realizándose sobreposición esfinteriana a 14 pacientes, con 86 % de mejoría y plicatura de esfínter externo a 7 pacientes con 85,6 % de mejoría en seguimiento promedio de 2 años. Todos los pacientes quirúrgicos se estudiaron con endosonografía anorectal. Se realizó biofeedback a 26 pacientes con 71 % de mejoría en seguimiento promedio de 8 meses. El resto de pacientes tratados médicamente, sólo consultaron en promedio dos veces más. Discusión: La incontinencia anal es una patología prevalente y que tiende a aislar a los pacientes. Frecuentemente está el antecedente de partos vaginales difíciles. La sobreposición esfinteriana ofrece un buen resultado en plazos medianos. El biofeedback constituye una herramienta importante terapéutica y de complemento de los pacientes quirúrgicos. La plicatura esfinteriana aparece como una interesante solución para mejorar la calidad de vida a un grupo de pacientes sin otras alternativas terapéuticas.

¿SE SOLICITA COLONOSCOPIA EN FORMA ADECUADA?

Drs. M. Rodríguez, F. Moya, P. Zomosa, M. Hidalgo, F. Quezada, E. Melkonian, M. Jirón, D. Contreras, P. Opazo, A. Readí.

Servicio de Cirugía, Unidad de Endoscopia, Hospital Del Salvador, Santiago, Chile.

Introducción: En Chile ha aumentado progresivamente la solicitud de colonoscopías. Muchas solicitudes no cumplirían con indicaciones específicas, produciendo una demanda excesiva y recarga en las listas de espera.

Objetivo: Determinar origen de solicitud de colonoscopia, motivo, información contenida, intervalos de

control, tiempo de espera y hallazgos de colonoscopia. Comparados con estándares. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Describir parámetros evaluados, determinar número de colonoscopías innecesarias y sugerir método para cumplir con indicaciones de colonoscopia.

Método: En la Unidad de Endoscopia del Hospital Del Salvador, se realizó estudio retrospectivo de la base de datos de colonoscopia, evaluando las solicitudes de colonoscopia (recibidas entre 01-01-2008 a 31-12-2008), información contenida, tiempo de espera, intervalo control y resultado. Se confeccionó formulario Ad Hoc. Realizando estudio estadístico con Epiinfo.

Resultado: Se analizó 343 solicitudes de colonoscopia y resultados. El 63.5% mujeres. Edad promedio 63 años (16 a 95 años). Tiempo de espera 151 días (2 - 886). El 82.1% fue para diagnóstico y 17.9% control. La solicitud fue realizada por cirujano 58.4%, Internista 35.2% y consultorio 6.4%. El 66.3% de las interconsultas tenían información suficiente. Motivo principal de solicitud fue sangrado intestinal bajo (19.6%). Se evidenció pólipo en el 24% de los exámenes (62.3% adenoma). El 22.3% de colonoscopías fue normal. El 57.9% de exámenes control no cumplía con intervalo estándar. El 81.4% tenía una indicación de acuerdo a estándares. **Conclusión:** En nuestro estudio el 18.6% de los pacientes no cumplía con estándares de solicitud de colonoscopia. El 57.9% de los controles colonoscópicos, se adelantó de forma inadecuada. Es necesario cumplir de forma estricta las indicaciones e intervalos de colonoscopia para disminuir el tiempo de espera, morbimortalidad y costos en salud. Sugerimos la creación de solicitud de colonoscopia que contenga indicaciones e intervalos de control para un examen adecuado y un ente informado que discrimine las solicitudes.

Poster: DIGESTIVO.

HISTOPATOLOGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO RESECADO MEDIANTE GASTRECTOMÍA TOTAL

Drs. Rinsky Alvarez Uslar, Felipe Solís Huerta, Víctor Ortiz Riquero, Rodrigo Baier Chandía, Héctor Molina Zapata, Francisco Pacheco Bastidas
Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Objetivos: Evaluar la incidencia de distintos parámetros anatomopatológicos en piezas operatoria de pacientes intervenidos por cáncer gástrico. **Material y Método:** Se analiza el estudio histopatológico de las piezas operatorias de 226 pacientes consecutivos intervenidos por cáncer gástrico mediante una gastrectomía total en el periodo 2000-2009. En la mayoría de los pacientes se practicó gastrectomía total con intención curativa y linfadenectomía D2. Se excluyeron los pacientes intervenidos por linfoma o GIST. Promedio de edad: 61.8 años (rango de 27 a 87 años). El 67.3% de estos pacientes eran hombres (152 pacientes). Se analizan la localización tumoral, la profundidad de infiltración tumoral, aspecto macroscópico, grado de diferenciación celular, clasificación de Ming, clasificación de Lauren, invasión vascular, compromiso ganglionary borde de sección proximal. **Resultados:** Tres de estos pacientes, inicialmente irresecables por compromiso tumoral extraseroso, fueron sometidos a neoadyuvancia con quimiorradioterapia y no se encontró tumor residual en la pieza operatoria. Localización tumoral: Zona C 55.6%, Zona M 35.0%, Zona A 9.4%. De los 223 pacientes restantes, solo 13.4% tenían lesiones precoces (30 pacientes). Profundidad tumoral: Mucosa 4.0%, Submucosa 9.4%, Muscular 7.2%, Subserosa 36.8%, Serosa 35.4%, Extraserosa 7.2%. Aspecto macroscópico. En los tumores avanzados hubo predominio de las lesiones ulceradas: Borrmann I 7.8%, Borrmann II 30.0%, Borrmann III 32.7%, Borrmann IV 11.9%, Borrmann V (no clasificable) 17.6%. Clasificación de Broders; Bien diferenciados 14.8%, Moderadamente diferenciados 32.4%, Poco diferenciados 42.6%, Indiferenciados 10.2%. Clasificación de Ming: Expansivos 14.4%, Infiltrativos 81.3% Mixtos 5.3%. Clasificación de Lauren: Intestinales 46.7%, Difusos 43.9%, Mixtos 9.4%. Invasión vascular: Si 73.9%, No 26.1%. Metástasis ganglionares: Se extirparon un promedio de 25 ganglios por paciente (rango de 0 a 92). El 39.7% de los pacientes tenían metástasis en uno o más ganglios (rango de 1 a 90). Borde de sección proximal: En 13 de los 124 pacientes con tumores localizados en la Zona C existió compromiso del borde de sección esofágico (10.5%). En la mayoría de este grupo se trataba de resecciones con carácter paliativo.

Conclusión: En nuestra experiencia el cáncer gástrico incipiente tiene una baja incidencia. Los carcinomas de tipo difuso han aumentado su incidencia.

RESECCIÓN GÁSTRICA MINIMAMENTE INVASIVA EN TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GIST)

Drs. R. Yáñez¹, F. Moisaí², A. Calvo¹, E. Viñuela^{1,2}, C. Martínez^{1,2}

¹Servicio de Cirugía, Hospital Sótero del Río.
²Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las técnicas quirúrgicas mínimamente in-vasivas han sido incorporadas al tratamiento de la patología digestiva oncológica. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el resultado de estas técnicas en el tratamiento de los GIST.

Pacientes y Método: Análisis retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes con GIST gástrico tratados con resección endoscópica o cirugía laparoscópica entre 2003-2009. El análisis estadístico se realizó con SPSS 17.0®, fue considerado significativo $p < 0,05$. El seguimiento fue del 100%. **Resultado:** Hubo 10 pacientes, siete mujeres. La mediana de edad fue 63,5 años (rango, 46-86 años). Las localizaciones tumorales fueron: cardial (n=1), fúndica (n=1), corporal (n=4) y antral (n=4). La presentación clínica más frecuente fue hemorragia digestiva alta (n=5), epigastralgia (n=3) y hallazgo endoscópico (n=2). Se realizó resección endoscópica en 7 pacientes y resección laparoscópica transgástrica en 3 pacientes. El tiempo operatorio fue de 60 minutos (rango, 55 -60 minutos) en el tratamiento endoscópico y 180 minutos (rango, 180-210 minutos) para la cirugía endoscópica. Hubo complicaciones tempranas en tres casos de resección endoscópica (42,3%), donde debió realizarse cirugía abierta por perforación gástrica. No se registró complicaciones en las resecciones laparoscópicas. Al comparar el número de complicaciones de la resección endoscópica (3/7; 42%) vs laparoscópica (0/3; 0%) no se encontró diferencia significativa ($p < 0,17$). No hubo casos de ruptura del tumor. Los márgenes de resección fueron negativos en 9 casos. La estadía hospitalaria fue de 5 días (rango, 1-7 días) en las resecciones endoscópicas y de 5 días (rango, 1-6 días) en las laparoscópicas. La sobrevida acumulada fue del 100% a los 36 meses. **Conclusión:** Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva son una opción válida para el tratamiento de los GIST gástricos. En nuestra serie el abordaje endoscópico tuvo más complicaciones que el laparoscópico.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE TUMORES GIST ESOFÁGICO Y GÁSTRICOS EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. H. Valladares, I. Braghetto, L. Brunet

Departamento de Cirugía y Anestesia. Hospital Clínico Universidad de Chile.

El método de tratamiento de elección de los tumores tipo GIST del tubo digestivo, depende de su ubicación, tamaño y localización respecto a la pared, y en algunos casos se puede optar por la vía endoscópica para resolver esta patología. En el presente estudio, que abarca desde el año 2005 a la fecha, mostramos nuestra experiencia en 5 casos de tumores que ubicados en la pared gástrica y esofágica, estudiados previamente con endoscopia, endosonografía, TAC abdominal y Rx esófago estomago duodeno, que reunían condiciones de abordaje en cuanto a visibilidad y riesgo controlado suficientes, para ser resecados en forma completa por vía endoscópica

Casos	Tamaño	Ubicación	Vía de abordaje	índice malignidad
1	15 mm.	esófago sup.	Endoscópica	no
2	35 mm.	fondo gástrico	endoscópica	no
3	30 mm.	subcardial	endoscópica	no
4	10 mm	fondo gástrico	endoscópica	no
5	40 mm	fondo gástrico	endoscópica	no

Todos los pacientes fueron sometidos a procedimiento bajo anestesia general en pabellón quirúrgico, ante la posibilidad de requerir cirugía en caso de necesidad.

No hubo complicaciones durante el procedimiento ni posteriores, y el estudio histológico no demostró un índice mitótico de malignidad. No se ha comprobado recidiva neoplásica en ninguno de estos casos hasta agosto 2009.

Conclusión: La extirpación endoscópica es factible en aquellos pacientes debidamente estudiados para determinar relación con respecto a las capas del esófago o estómago contando con el apoyo anestésico y efectuado en pabellón quirúrgico en nuestro centro.

FISTULA TUBO GASTRICO PERICARDICA: RARA PRESENTACION TARDIA DEL REEMPLAZO ESOFAGICO EN UN PACIENTE TRATADO POR CANCER DE ESOFAGO.

Drs. M. Ceroni, C. Garcia, C. Benavides, P. Rubilar, S. Apablaza, R. Vallejos, H. Cid.

Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriaran. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La fistula tubo gástrico-pericardica es una rara complicación tardía que ocurre en el reemplazo del esófago con un tubo gástrico, se sugiere en la literatura como posibles mecanismos de producción, el daño crónico del reflujo

biliopancreático y la presencia de una úlcera péptica perforada producida por la recuperación de la secreción ácida a pesar de la vagotomía. Si no se reconoce y se trata a tiempo puede causar la muerte como ocurrió en nuestro paciente.

Objetivo: Reportar un caso de fistula tubo gástrico-pericárdica en un paciente tratado por cáncer de esófago.

Caso Clínico: Paciente de 73 años con antecedente de tabaquismo e ingesta de alcohol ocasional. Hace 13 años se le realizó resección curativa de cáncer de esófago con abordaje de tres campos y ascenso de tubo gástrico retroesternal. La biopsia diferida informó carcinoma escamoso de tercio medio bien diferenciado que comprometía hasta la capa muscular propia, sin compromiso ganglionar. Fue dado de alta a los 18 días sin complicaciones. Evolucionó a los dos meses con disfagia lórica progresiva por estenosis benigna a 19 cm de la arcada dentaria la que requirió múltiples dilataciones endoscópicas (>30). Se diagnosticó hace 10 años fistula tubo gástrico cutánea en la región epigástrica, la cual se trató medicamente con buena respuesta. Presentó recidiva de fistula luego de 4 años a 39 cm de arcada dentaria, la que se trató con cierre con clip por endoscopia y cianoacrilato sin respuesta adecuada. Se decidió manejo de fistula con sonda Foley. Actualmente presenta historia de tos con expectoración mucopurulenta, disnea, fatigabilidad, mialgias y baja de peso. Fue hospitalizado con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Se observó en la radiografía de tórax aumento del índice cardiorácico y derrame pleural mayor a izquierda. La ecocardiografía transesofágica informó derrame pericárdico severo. La fistulografía informó paso de contraste a tubo gástrico, pericardio y pleura. En la endoscopia digestiva alta se observó orificio fistuloso con visualización del corazón. Debido al rechazo de la cirugía por el paciente se decide soporte médico. El paciente fallece al día siguiente de la endoscopia por depresión respiratoria.

Conclusión. La fistula tubo gástrico pericardica es una complicación tardía infrecuente con etiología no bien conocida, la cual si no se reconoce a tiempo puede ser mortal.

HALLAZGO INCIDENTAL DE UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DURANTE RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA TUBULAR DEL ESTÓMAGO O GASTRECTOMÍA EN MANGA

Drs. M.A. Beltrán¹, B. Pujado¹, P.E. Méndez¹, K.S. Cruces¹, M.A. Contreras², F.J. González², D.X. Margulis²

¹Servicio de Cirugía, Hospital de La Serena. ² Escuela de Medicina de la Universidad Católica del Norte.

Introducción: La incidencia de patología incidentalmente encontrada durante la cirugía bariátrica por laparoscopia se ha estimado alrededor del 2%. Los GIST gástricos en estas cirugías se han encontrado en 0,8% de los casos constituyéndose en un hallazgo infrecuente. La resección laparoscópica con buenos resultados de estos tumores se encuentra extensamente descrita como casos

aislados y en pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico.

Reporte de caso clínico: Paciente de 52 años de edad con un índice de masa corporal de 40, historia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y apnea del sueño, es programado para gastrectomía tubular laparoscópica. El estudio preoperatorio incluyó una endoscopia alta y una ecografía abdominal las que fueron informadas como normales. Durante la cirugía y después de liberar toda la curvatura mayor, al inspeccionar la cara posterior del estómago sobre el antro y aproximadamente a 5 cm del píloro se encontró una tumoración amarillenta que medía aproximadamente 1,5 cm de diámetro. Inmediatamente se efectuó una endoscopia intraoperatoria sin encontrarse lesiones en la mucosa del estómago sobre el área donde se encontraba el tumor. Esta tumoración se incluyó en la resección tubular del estómago sin necesidad de modificar la técnica. La biopsia informó un nódulo de 1,5 x 1 cm compuesto de células fusiformes con mínimo pleomorfismo nuclear y algunas células epiteloideas. No se encontró actividad mitótica (índice mitótico 0 x 50 campos de aumento mayor). La inmunohistoquímica fue positiva para CD117 y CD34. La evolución postoperatoria fue inespecífica y el paciente se encuentra actualmente, 6 meses después de la cirugía, asintomático.

PROGRAMA DE PESQUISA DE CÁNCER GÁSTRICO EN POBLACIÓN SINTOMÁTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

Drs. P. Balbontín¹, M. Buchholtz¹, R. Fernández¹, R. Neveu¹, C. Trujillo¹, M. Cárcamo², F. Orellana³.

¹Servicio de Cirugía, Instituto Nacional del Cáncer.

²Epidemióloga Instituto Nacional del Cáncer.

³Servicio de Cirugía, Hospital Militar. Santiago, Chile.

Introducción: El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer Chile. Su pronóstico está en directa relación con el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, por lo que la pesquisa y detección precoz pasan a ser un factor determinante en la sobrevida de los pacientes.

Objetivos: Describir la frecuencia de cáncer gástrico en pacientes sintomáticos derivados para endoscopia digestiva alta desde la atención primaria. Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron al estudio todos los pacientes sintomáticos enviados desde la atención primaria, a los que se les realizó una endoscopia digestiva alta entre Mayo de 2007 y Abril de 2008 en el Instituto Nacional del Cáncer. Se analizaron variables generales como edad, sexo, síntomas, test de ureasa, biopsias y resultado de ésta. Resultados: Se analizaron 461 pacientes, de los cuales el 29.13% fueron de sexo masculino y el 70.87% femenino. El promedio de edad fue de 52.86 años y el 73.75% correspondieron a mayores de 40 años. De los 461 pacientes, se les realizó biopsia al 22.15%, ya sea gástrica o esofágica. Los resultados de las biopsias fueron adenocarcinoma gástrico en un 1,3% de los pacientes, siendo 5 cánceres

avanzados (1.08%) y sólo 1 paciente cáncer incipiente. En relación al test de ureasa, el 40.88% obtuvo un resultado negativo, el 56.70% un resultado positivo y en 2.42% no se realizó el test. Conclusiones: Se detectó cáncer gástrico en un 1.3% de pacientes sintomáticos derivados para endoscopia digestiva alta. De éstos, sólo un 17% es incipiente, lo que hace pensar que la pesquisa debería ampliarse, probablemente a población asintomática.

RESECCION EN CUÑA LAPAROSCÓPICA DE GIST GÁSTRICO.

Drs. Héctor Chiong T., Carlos Matus F., Carlos Hermansen T.

Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile. Red Clínica Providencia - Las Lilas.

Se presenta una paciente de sexo femenino de 74 años con cuadro de dispepsia larga data, se agrega epigastralgia urente de 6 meses evolución. Antecedentes de Hipertensión Arterial, Cardiopatía Hipertensiva, Insuficiencia Aórtica leve, Dislipidemia, Hipotiroidismo en Tratamiento, Histerectomía y Salpingo oforectomía bilateral, apendicectomía y timoma operado. Examen físico destaca soplo diastólico II/VI y cicatrices de estereotomía y laparotomía media infraumbilical. Endoscopia digestiva alta revela tumoración gástrica submucosa corporal en curvatura mayor. Endosonografía agrega que la lesión es hipoecogénica, mide 17x8 mm y depende de la capa muscular. Tomografía computada de abdomen es normal.

Se decide cirugía laparoscópica. La lesión es visible y ubicada tal como se describió en su estudio, no se observan lesiones secundarias. Resección en cuña utilizando 3 cargas azules de grapadora lineal de 45 mm. No se efectuó refuerzo con sutura. Procedimiento sin incidentes.

Requirió 2 días de apoyo intermedio post operatorio debido a sus comorbilidades. Alta al cuarto día, sin complicaciones.

Informe de biopsia: Lesión nodular, lobulada, grisácea de 2,8 x 1,8 cm a 7 y 8 mm de los bordes de resección. Histológicamente corresponde a un tumor estromal gastro-intestinal, de tipo fusocelular, con positividad de la tinción para CD117 en el citoplasma de las células neoplásicas. Índice de proliferación del 80%. Se presenta a Comité Oncológico y se decide seguimiento. Hasta el momento sin signos de recurrencia.

SÍNDROME DE BOERHAAVE ASOCIADO A COLECISTITIS AGUDA

Drs. J. Villanueva¹, G. Caris², J. Holá³, I. Escobar

¹Becada de Cirugía Hospital Eduardo Pereira Valparaíso.

²Cirujano General Hospital Eduardo Pereira y Unidad de Emergencia Hospital Carlos Van Buren Valparaíso.

³Cirujano General Unidad de Emergencia Hospital Carlos Van Buren Valparaíso.

Introducción: El Síndrome de Boerhaave es una enfermedad poco frecuente pero que puede llegar a ser fatal si no se diagnostica y trata a tiempo. La clínica, el manejo y la evolución van a depender de la ubicación de la lesión y del tiempo transcurrido antes del diagnóstico. La historia de vómitos profusos, dolor torácico o abdominal con dificultad respiratoria progresiva y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica obligan a sospecharlo. **Material y Método:** Revisión bibliográfica y datos de ficha de ficha clínica de una paciente. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente de 64 años con antecedentes de Diabetes Mellitus que consultó de urgencia por cuadro compatible con colecistitis aguda asociado a vómitos en tres ocasiones. Motivo por el cual se realiza colecistectomía abierta, encontrando una vesícula edematosa litiásica, sin otros hallazgos. A las 24 hrs. del postoperatorio presenta disnea con desaturación, al examen pulmonar con murmullo disminuido y crepitaciones basales derechas. Exámenes de laboratorio destacan leucocitosis y PCR elevada, radiografía de tórax mostró derrame pleural derecho. Se instala tubo pleural, dando salida a líquido turbio, al realimentarla se descubre salida de contenido alimentario por pleurotomía. Se confirma perforación esofágica, se realiza TAC Tóraco-Abdominal que mostró perforación esofágica torácica distal por lo que se interviene, realizándose una Esofagostomía Cervical en Asa más Ligadura Esofágica Abdominal más Gastrostomía de alimentación y Pleurotomía derecha. Evoluciona con Peel Pleural, necesidad de Decorticación, con buena respuesta. Se reconstituye tránsito intestinal mediante rafia esofágica cervical y dilatación de esófago distal. Se reanuda alimentación progresiva vía oral con leve dificultad de deglución. Evoluciona con disfagia lógica que se trata mediante dilataciones esofágicas ambulatorias con buena respuesta y actualmente sin disfagia. **Conclusión:** La sospecha diagnóstica y el manejo agresivo fueron determinantes para evitar la progresión de esta patología y el desenlace fatal.

TUMOR ESTROMAL DEL TUBO DIGESTIVO (GIST) COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE UN CASO.
Drs. M. García, S. López, R. Bahamondes, B. Gil¹, C. Abarca², F. Alvarado²
Servicio de Urgencia Hospital San José. ¹ Becado Cirugía USACH, ² Interno de Medicina U. Mayor.

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son poco frecuentes. Su forma de presentación en casos sintomáticos se relaciona con la localización del tumor y rara vez como causa de abdomen agudo. Su curso y pronóstico es benigno en lesiones localizadas. **Objetivos:** Describir el caso clínico de un paciente que cursa cuadro de abdomen agudo en contexto de un GIST y comentar aspectos relevantes de la literatura. **Material y Método:** Reporte de un caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica.

Resumen: Paciente masculino de 42 años que consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital San José por cuadro de dolor abdominal de tres días de evolución, localizado en las últimas 24 horas en hemiabdomen inferior asociado a irritación peritoneal. Destaca además fiebre (38°C) y taquicardia (110 l/min). En laboratorio se pesquiza Recuento Leucocitario de 23.000/mm³. Es ingresado con el diagnóstico probable de peritonitis apendicular. Se realiza una laparotomía exploradora hallando líquido libre de aspecto turbio con apéndice cecal sano. En revisión reglada de cavidad abdominal se encuentra masa en yeyuno proximal de 5 x 5,5 x 7 cms. con zonas de hemorragia y necrosis. Se realiza resección de 23 cms. de yeyuno con anastomosis termino-terminal considerando criterios oncológicos. En resultado histopatológico e inmunohistoquímico (CD117, CD34 y Actina Músculo Liso positivos), se informa tumor estromal gastrointestinal de yeyuno proximal de riesgo intermedio, sin diseminación vasculolinfática ni perineural, alejado de márgenes quirúrgicos. Paciente cursa postoperatorio inmediato estable y controles post-alta asintomático, con estudio imagenológico posterior libre de enfermedad metastásica.

Discusión: Los GIST constituyen un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimático. Pueden encontrarse a cualquier nivel del tracto gastrointestinal. Frecuentemente cursan de forma asintomática y la forma sintomática depende de su localización. Existen muy escasos reportes en la literatura asociados a abdomen agudo. El diagnóstico es histopatológico con el respaldo de pruebas inmunohisto-químicas. La enfermedad localizada habitualmente es de buen pronóstico tras su resección quirúrgica.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE ESÓFAGO EN CHILE LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS

Drs. A. Jadue¹, P. Fernández², C. Pereira³, F. Moyá³, M. Bustamante³

¹ Becado de Cirugía General, Universidad de Chile.

² Interno de Medicina, Universidad de Chile.

³ Cirugía Digestiva Alta, Hospital del Salvador.

Introducción: En el mundo, el cáncer de esófago es la sexta causa de muerte por cáncer. A pesar de los adelantos logrados respecto al manejo del cáncer de esófago, esta neoplasia sigue siendo altamente letal, con sobrevividas menores al 20% a los 5 años. Más desalentador aún, es el alza de la incidencia del cáncer de esófago en las últimas 3 décadas, principalmente a costa del aumento del adenocarcinoma en el esófago distal en el mundo occidental.

Objetivos: Analizar la evolución de la mortalidad del cáncer de esófago los últimos 35 años. **Metodología:** Se realizó una revisión de los anuarios de estadísticas vitales de 1973 a 2006. Se rescató el número absoluto de muertes por cáncer de esófago y la población estimada de cada año. Se calcularon las tasas y se ajustó un modelo de regresión lineal.

Resultados: La tasa de mortalidad por cáncer de esófago en los inicios de la década del '70 era de 4,83 cada 100000 habitantes y a mediados de la presente década era de 4,64 cada 100000 habitantes, por lo que su tasa de mortalidad no se ha modificado (R^2 0,15; p: NS). A pesar que la tasa de mortalidad por cáncer aumentó en los últimos 35 años (R^2 0,93; $p < 0,0001$) el cáncer de esófago representa menos del 5% de las muertes por cáncer en Chile y su porcentaje para el total de muertes por cáncer disminuye (R^2 0,85; $p < 0,0001$)

Conclusión: La tasa de mortalidad del cáncer de esófago se mantiene estacionaria en Chile. Al compararla con el global de la mortalidad del cáncer, muestra una tasa decreciente. Esto podría deberse a un aumento en la tasa de mortalidad global por cáncer producto del aumento de neoplasias más relevantes, que son objetivos de la salud pública nacional actual (cáncer de pulmón, mama o vesícula biliar)

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Drs. P. Balbontín¹, M. Buchholtz¹, R. Fernández¹, R. Neveu¹, C. Trujillo¹, M. Cárcamo¹, E.U. Carmen Pinto², Dr. F. Orellana³.

¹ Servicio de Cirugía, Instituto Nacional del Cáncer.

² Epidemióloga Instituto Nacional del Cáncer.

³ Servicio de Cirugía, Hospital Militar. Santiago, Chile.

Introducción: El cáncer gástrico es una enfermedad con una alta incidencia en Chile, siendo la primera causa de muerte por cáncer. La detección precoz es un factor determinante para el pronóstico, así como lo es, el compromiso ganglionar.

Objetivos: Describir el número de casos de cáncer gástrico incipiente y su compromiso ganglionar, y evaluar asociación de síntomas con diagnóstico precoz.

Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, a los cuales se les realizó una gastrectomía en el Instituto Nacional del Cáncer entre Enero de 2001 y Diciembre de 2007. Se analizaron variables generales como edad, sexo, síntomas, tipo de cirugía, compromiso linfonodal y presencia de metástasis.

Resultados: Se analizaron 111 pacientes. El promedio de edad fue de 62.32 (29-81) años. El 69.37% fue de sexo masculino y el 30.64% femenino. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal y epigastralgia (63%), baja de peso (16%) y hemorragia digestiva alta (15%). El promedio de linfonodos estudiados fue de 25.84 (4-68). El promedio de linfonodos positivos fue de 4.91 (0-34). El 0.9% de los pacientes fue pT0, 16.22% fue T1, 8.11% T2, 72.97% T3 y 1.80% T4. Un 43.24% de los pacientes fue N0, 24.32% N1, 22.52% N2 y 9.91% N3. El 0.9% de los pacientes presentó metástasis. El 65.77% fue sometido a una gastrectomía total y 34.23% gastrectomía subtotal. De los 111 pacientes, 18 (16.22%) tenían un cáncer gástrico incipiente; el 44.44% fue intramucoso y el 55.56% submucoso.

De éstos, sólo dos pacientes presentaron linfonodos positivos y ambos tenían invasión hasta la submucosa, correspondiendo al 20% de éstos. De los pacientes con invasión sólo hasta la mucosa no hubo compromiso linfonodal.

Conclusiones: La detección de cáncer gástrico incipiente en Chile es aún muy baja, alcanzando valores muy inferiores a los resultados obtenidos en otros países como Japón, que alcanza un 50%. El compromiso ganglionar coincide con lo descrito mundialmente de 20% para los submucosos y prácticamente 0 para los intramucosos.

CIRUGÍA DIGESTIVA LAPAROSCÓPICA AVANZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Drs. A. Tapia, R. Cabrera, S. Sotelo, J. Llanos, L. Inzunza

Servicio de Cirugía. Hospital Regional de Talca.

La Cirugía Laparoscópica se asocia a indiscutibles beneficios para los pacientes. Sin embargo, a diferencia de la colecistectomía, algunas técnicas no se han masificado por su complejidad y/o necesidades de insumos. Al conjunto de ellas se les denomina Cirugía Digestiva Laparoscópica Avanzada (CDLA).

Objetivo: presentar la experiencia en CDLA en el Hospital Regional de Talca.

Se realiza estudio descriptivo de 130 pacientes con CDLA intervenidos por el primer autor desde 2003 a 2009. Se registran patologías, diagnósticos, cirugías realizadas, resultados y complicaciones. Los patologías que motivaron las CDLA fueron Obesidad (99), Cáncer (8 gástricos y 5 colorectales), Patología Funcional de esófago y estómago (5), Coledocolitiasis (4), Tumores Gástricos Benignos (3), Enfermedad Diverticular de Colon (2), Colitis Ulcerosa (2) y Lesiones Hepáticas Benignas (2). Las CDLA realizadas fueron: 65 Gastrectomías en Manga, 27 Bypass Gástricos, 8 Gastrectomías Subtotales, 7 Banding Gástricos, 4 Coledocostomías, 3 Funduplicaturas, 3 Gastrectomías Totales, 3 Resecciones Anteriores de Recto, 3 Sigmoidectomías, 2 Colectomías Totales, 2 Cardiomiectomías, 2 Resecciones Hepáticas Subsegmentarias y 1 Hemicolectomía Derecha.

En las Cirugías Resectivas Gástricas (103) hubo 4 complicaciones graves: ileo por vólvulo de intestino delgado con filtración secundaria de la anastomosis esófago-yeyunal; filtración de línea de sutura de Gastrectomía Vertical; estenosis de gastroyeyunoanastomosis; y hemoperitoneo.

En las Cirugías No Resectivas Gastroesofágica (12) no hubo complicaciones, los 5 pacientes intervenidos por Reflujo Gastroesofágico o Acalasia se encuentran sin síntomas.

Entre las Cirugías Resectivas de Colon (9), el primer paciente presentó filtración de anastomosis colorrectal baja. Se reintervino (aseo, drenajes e ileostomía) con lo cual se recuperó. No hubo otras complicaciones.

En la Resecciones subsegmentarias de Hígado y en

las coledocostomías no hubo complicaciones postoperatorias, excepto por un paciente que presentó biliperitoneo después de retiro de la ST después de 1 mes de operado. No hubo mortalidad en el total de la serie. Los resultados muestran que, si bien la CDLA no está exenta de los riesgos de la cirugía tradicional, es posible desarrollarla en Hospitales de Regiones que se capaciten para ello.

CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO. ESTUDIO DE 2 AÑOS EN CENTRO DE REFERENCIA.

Drs. R. Loehnert, I. Robles, J. Gobelet, C. Castillo, C. Harz, L. Vargas, R. Saenz, A. Rollan, C. Navarrete.
The Latin-American WGO Endoscopy Training Center. Olympus. Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile

Introducción: Los cuerpos extraños (CE) esofágicos son patología que requiere adecuado diagnóstico y tratamiento en el servicio de urgencia. El 80- 90% tiene paso espontáneo por el tracto gastrointestinal, requiriendo sólo un 10-20% extracción instrumental. En estos casos la impactación en esófago se asocia a complicaciones graves e incluso letalidad. **Objetivos:** Evaluar el manejo y resultados de CE esofágicos, que requirieron de terapia endoscópica en un periodo de 2 años.

Método: Se analizan los pacientes derivados de urgencia con diagnóstico de cuerpo extraño esofágico a nuestro centro entre Julio 2007 y Julio 2009. Se analizó la presentación clínica, tipo de cuerpo extraño, su localización, manejo y complicaciones. En caso de elementos radio opacos, se realizó radiología simple previa endoscopia. Se utilizó según el caso, anestesia general, intubación, sobretubo y diferentes accesorios.

Resultados: Se incluyen para evaluación 23 pacientes (15 hombres, 8 mujeres) con una edad promedio de 47,7 años (3- 94 años). El síntoma disfagia se constató en un 69% de los casos. En orden de frecuencia le siguieron odinofagia (43%), sensación de cuerpo extraño (39%), dolor retroesternal o cervical (34%) y disnea (8,6%). Los cuerpos extraños más frecuentes correspondieron a trozo de carne (39%), seguido de moneda (13%) y prótesis dental (8,6%). El sitio más frecuente de impactación fue el esófago superior con 39%. En 4 casos hubo migración espontánea a estómago (17%), y en 1 caso a intestino delgado (4,3%). La presencia de lesiones asociadas correspondió a erosión mucosa (26%), hematoma (8,6%), úlcera (4,3%) y desgarro mucoso en 4,3%. Todos fueron resueltos médicamente y gracias a la terapia endoscópica. No hubo mortalidad. **Conclusiones:** El CE esofágico corresponde a una patología que requiere manejo de urgencias adecuado. La endoscopia es una alternativa terapéutica que presenta alta tasa de éxito de retiro seguro de cuerpo extraño esofágico con bajas complicaciones.

ENTEROSCOPIA MONOBALÓN. EXPERIENCIA ENDOSCOPY TRAINING CENTER.

Drs. R. Loehnert, I. Robles, J. Gobelet, R. Saenz, A. Rollan, C. Navarrete.

The Latinamerican Endoscopy Training Center. Olympus. Clínica Alemana de Santiago. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile.

Introducción: La enteroscopia corresponde a un método que permite la exploración del intestino delgado permitiendo el diagnóstico, así como la terapia de múltiples patologías.

Objetivo: Describir la experiencia con enteroscopia monobalón en nuestro centro.

Método: Se analizan los pacientes sometidos a enteroscopia monobalón (Olympus) en nuestro centro entre Julio 2007 y Julio 2009.

Resultados: La muestra quedó constituida por 48 pacientes (25 hombres y 23 mujeres). La edad promedio fue 55,1 años (15 - 86 años). La indicación que motivó la enteroscopia correspondió a hemorragia de origen oculto en 29 pacientes (60,4%), obstrucción intestinal intermitente en 5 (10,4%), sospecha de neoplasia ID en 4 (8,3%), pólipos intestinales en 3 (6,2%), diarrea crónica en 2 (4,1%), dolor abdominal en estudio en 2 (4,1%), fistula enterocutánea en 1 (2%), intestino corto en 1 (2%) y migración de prótesis biliar en 1 caso (2%). Los pacientes contaban con múltiples exámenes previos como EDA, colonoscopia, enteroclasia por TAC, cintigrama, TAC de abdomen y cápsula endoscópica que apoyaban la indicación de enteroscopia. La vía de acceso fue oral en 38 pacientes (79,1%), anal en 8 (16,6%) y ambas en 2 casos (4,1%). En todos los pacientes se administró anestesia general. Se realizó enteroscopia completa en un 64,5%, alcanzando yeyuno distal en 14,5%, yeyuno medio en 4,1% y yeyuno proximal en 16,6% de los casos. 20 enteroscopias fueron normales (41,6%). En 28 casos (58,4%) se encontraron lesiones que explicaban la clínica. La enteroscopia fue terapéutica en 12 casos (25%) realizándose 7 coagulaciones con APC, 3 polipeptomías, 1 dilatación con balón y 1 instalación de prótesis autoexpansible. Se presentó una perforación intestinal que requirió resolución quirúrgica. La serie no presentó mortalidad asociada. **Conclusiones:** La enteroscopia monobalón es un método seguro que permite la exploración del intestino delgado, con un buen rendimiento diagnóstico, permitiendo realizar terapia endoscópica en un importante grupo de pacientes.

ESPLENECTOMÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TRICOLEUCEMIA. REPORTE DE UN CASO

Drs. J. Morales^{1,3}, R. Rebolledo², J. Novoa², E. Oteró, G. Hidalgo²

¹Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.

²Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

³Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: La Tricoleucemia o Leucemia de

Células Velloso es un Síndrome Linfoproliferativo Crónico B, representa el 2% de las leucemias, afecta predominantemente varones (V/H: 3-7/1), mediana de edad de 55 años, debutando con síntomas constitucionales (50-70%), molestias abdominales (15-50%) y/o infecciones o diátesis hemorrágica (20-35%), encontrándose esplenomegalia en 70-90% de los casos, siendo los rasgos biológicos más relevantes pancitopenia (40-70%), neutropenia (70-90%) y monocitopenia (90-95%). Su patogenia es desconocida. Si bien el tratamiento actual de primera línea son los análogos de purinas, la esplenectomía continúa siendo una alternativa, describiéndose una mejoría de 40-70%, con una sobrevida a 5 años de 60-70%.

Caso Clínico: Paciente de 64 años, antecedente de daño hepático crónico alcohólico, que ingresa al Servicio de Medicina del Hospital de Chillán en Junio del presente año por pancitopenia severa (GB: 6400; GR: 1,29 x 10⁶; Hematocrito: 12; Hemoglobina: 4,3; Plaquetas: 13000). Ecotomografía abdominal muestra bazo de gran tamaño (mayor de 22 cms) que llega hasta la fosa iliaca izquierda. Evaluado por Hematología se plantea diagnóstico presuntivo de Tricoleucemia. Se solicita mielograma y biopsia de médula ósea. Dado que paciente presenta capacidad hematopoyética suficiente se presenta caso a cirugía para esplenectomía, la cual se realiza el 21 de Julio del presente, encontrándose bazo de gran tamaño (24 x 14 cms) y con un peso seco (sin sangre) de 1700 gramos. Se mantiene con Hidrocortisona post-cirugía en dosis decrecientes por 7 días. Exámenes de control post-cirugía muestran mejoría progresiva del conteo de sangre periférica con GB: 7000, GR: 2,89 x 10⁶, Hematocrito: 26,3, Hemoglobina 8,6 y plaquetas 441000 a los 7 días post-cirugía.

Conclusión: La esplenectomía terapéutica asociada a un aporte adecuado de plaquetas previo, durante y posterior a la cirugía continúa siendo una excelente opción terapéutica en pacientes con este cuadro.

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS.

Drs. M. Vivanco, I. Turu, C. Cavalla, H. Rojas, G. Rencoret, C. Ospina, A. Rodríguez-Navarro, A. Mercado, A. Valle, G. Wiedmaier, Int. A. Ovalle, P. Mocoçain.

Servicio Cirugía, Hospital Padre Hurtado.
Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: La Esplenectomía como procedimiento terapéutico para el tratamiento de enfermedades hematológicas se estableció a principios del siglo pasado. En el año 1991 se realiza el primer reporte de una esplenectomía por videolaparoscopia, desde entonces a la fecha, ésta se ha convertido en la técnica con mejores resultados para el abordaje quirúrgico de esta patología.

El objetivo de este trabajo es reportar la experiencia de nuestra institución en relación al manejo de

enfermedades hematológicas a través de esta técnica. Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes a los cuales se les realizó una esplenectomía como procedimiento único en el Hospital Padre Hurtado desde enero del 2000 hasta julio 2009. De éstos se seleccionaron aquellos pacientes en que la indicación de la esplenectomía fue por algún trastorno hematológico. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico preoperatorio, recuentos plaquetarios pre y post cirugía, tamaño bazo preoperatorio, conversión a cirugía abierta, duración de la cirugía, periodo de hospitalización y morbimortalidad operatoria y perioperatoria y hallazgos histológicos.

Resultados: La serie consta de 11 pacientes, 81% mujeres y 19% hombres, la edad promedio fue de 41 años, las indicaciones de esplenectomía fueron en 6 (54%) púrpura trombocitopénico idiopático, 3 (27%) anemia hemolítica +esplenomegalia, 1 (9%) síndrome de felty y 1 (9%) trombocitopenia y lupus. La tasa de conversión fue de 9 % (1), el tiempo operatorio promedio fue de 130 minutos, el recuento plaquetario preoperatorio fue de 50.000 plaquetas y postoperatorio fue de 170.000 por mm³ a 6 meses de seguimiento (grupo pacientes trombocitopénicos), el tamaño promedio 13 cms, la estadía hospitalaria promedio fue de 3 días, nuestra serie no presentó morbilidad ni mortalidad perioperatoria. En dos pacientes con anemia hemolítica resistente a tratamiento médico, la biopsia diferida demostró como diagnóstico Linfoma no Hodgking. Conclusiones: La esplenectomía laparoscópica es un procedimiento poco frecuente en un servicio de cirugía general. En cuanto a la eficacia hubo mejoría en el recuento plaquetario en los pacientes con PTI. Como hallazgo inesperado se encontraron dos casos de linfoma en pacientes con anemia hemolítica resistente al tratamiento médico. Las cifras de estadía hospitalaria y de morbimortalidad son comparables a lo publicado en series nacionales e internacionales.

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CAUSA MÉDICA

Drs. Carlos Cárcamo I., Francisco Osorio M., Alejandro Murúa A.

Subdepartamento de Cirugía Adultos, Hospital Clínico Regional de Valdivia. Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Introducción: La esplenectomía laparoscópica se ha consolidado como una alternativa segura y de elección, en el manejo de algunas enfermedades hematológicas.

Objetivo: Mostrar los resultados obtenidos en nuestro centro con esta técnica.

Material y método: Se analizaron retrospectivamente los registros clínicos de 14 pacientes esplenectomizados consecutivamente por causa médica por vía laparoscópica, entre Enero de 2004 y Julio de 2009 en el Servicio de Cirugía Adulto del Hospital Clínico Regional de Valdivia y la Clínica Alemana de Valdivia.

Resultados: El grupo se compone de 7 hombres

(50%) y 7 mujeres (50%), con un promedio de edad de 39,6 años (17-72). El diagnóstico más frecuente fue púrpura trombocitopénico idiopático (PTI) (71,4%). El número de semanas promedio de tratamiento esterooidal e inmunosupresor previo a la cirugía fue de 22,2 (4-34) y el 64,3% presentó síndrome de Cushing pre operatorio. Los tiempos operatorio y de hospitalización promedio fueron de 98,9 minutos (65-170) y 3,4 días (2-5). En los casos de PTI el 100% de los pacientes se logró una respuesta parcial y en 71,4% una respuesta total. La serie no presenta conversiones, complicaciones intra, postoperatorias ni mortalidad.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la esplenectomía laparoscópica electiva por causa médica es una alternativa efectiva y segura.

ESPLENECTOMIAS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Drs. M. Vivanco, I. Turu, G. Rencoret, C. Ospina, C. Cavalla, A. Rodríguez-Navarro, A. Mercado, B. Rinaldi, A. Valle, G. Wiedmaier, Int. P. Mocacain, A. Ovalle.

Servicio Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: La Esplenectomía como procedimiento terapéutico se estableció a principios del siglo pasado por abordaje abierto. En el año 1991 se reporta el primer abordaje laparoscópico. Las indicaciones principales son trastornos hematológicos, neoplasias y trauma esplénico. Existen dos series nacionales publicadas que comunican entre 11 y 27 pacientes abordados por vía laparoscópica.

El objetivo de este trabajo es reportar la experiencia de nuestra institución en relación a este procedimiento.

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes a los cuales se les realizó una esplenectomía como procedimiento único en el Hospital Padre Hurtado desde enero del 2000 hasta julio 2009. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico preoperatorio, técnica utilizada (abierto/laparoscópica), periodo de hospitalización, tipo cirugía (electiva/urgencia) y morbimortalidad operatoria y perioperatoria.

Resultados: Se revisaron 15 fichas. De estos 11 (73,3%) eran mujeres y 4 (26,7%) hombres, la edad promedio fue de 39 años, la indicación más frecuente fue el púrpura trombocitopénico idiopático 40% seguida por anemia hemolítica, la realización de manera electiva del procedimiento fue en 12 (80%) y de urgencia en 3 (20%), el abordaje laparoscópico fue el más frecuente en 10 (66,6%) pacientes, los días promedio de hospitalización fueron de 5 días, no hubo mortalidad perioperatoria y la morbilidad fue de 13% (2). Cabe destacar que los dos pacientes que tuvieron morbilidad en esta serie fueron los que se intervinieron de urgencia y por vía abierta.

Conclusiones: La Esplenectomía como procedimiento único es poco frecuente. Cabe destacar la mayor proporción de mujeres sometidas a este

procedimiento, lo cual se correlaciona con lo publicado en series nacionales.

A la vez también llama la atención la mayor morbilidad de la vía abierta v/s laparoscópica al igual que la mayor morbilidad de la esplenectomía de urgencia v/s electiva.

La Esplenectomía es un procedimiento seguro de realizar, con una morbilidad (13%) comparable a series internacionales, y realizarla de manera electiva y por abordaje laparoscópico es lo que se asocia a mejores resultados.

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA DE UN TUMOR GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO.

Drs. M. Gabrielli, E. Figuerola, P. Becerra, C. Sierralta, D. Awruch, F. Pimentel, A. Sharp, D. Turiel, J. Torres, A. Escalona.

¹Departamento Cirugía Digestiva, Unidad de Endoscopia.

²Departamento de Anatomía Patológica.

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La disección submucosa endoscópica (DSE), es un procedimiento endoscópico que permite realizar resecciones de lesiones pequeñas, extrayéndolas completamente. Separando la submucosa de la muscular propia, permite obtener resecciones de piezas endoscópicas completas pudiendo evaluar además márgenes horizontales y verticales. Actualmente la DSE es la alternativa de elección en las resecciones endoscópicas en pacientes seleccionados con cáncer gástrico incipiente. Sin embargo, también tiene un rol importante en aquellas situaciones en que el diagnóstico por biopsia endoscópica de una lesión tumoral es negativa y existe sospecha razonable de malignidad, ya que permite en muchos casos reseccionar completamente la lesión, con márgenes negativos, evitando así, una cirugía mayor.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 78 años de edad, que fue derivada a nuestro centro con antecedente de hemorragia digestiva secundaria a un tumor gástrico antral de aprox 3 cm. Dos estudios histológicos no mostraron alteraciones neoplásicas. La endosonografía reveló que la lesión estaba circunscrita a la submucosa por lo que se decidió realizar una DSE, procedimiento que se llevó a cabo sin incidentes. El examen anatomopatológico reveló, que se trataba de un pólipo fibrinoide inflamatorio de 3 x 1,9 x 1 cm.

Conclusión: La DSE es un procedimiento que permite reseccionar completamente una lesión que no infiltre la muscular propia y que en centros especializados es de baja morbilidad. Está claro su rol como tratamiento del cáncer gástrico incipiente, sin embargo, es interesante resaltar su utilidad en aquellas lesiones aparentemente benignas y sintomáticas, en que el diagnóstico de malignidad no está absolutamente descartado. Más aún, asumiendo que en Chile no existen reportes de DSE de lesiones antrales benignas.

Poster: HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS.

TRATAMIENTO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA POR CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA.

Drs. Palavecino P, Cabezas M, Rappoport D, Carrasco J, Díaz MJ,
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: La Hidatidosis es una parasitosis de alta endemicidad. En Chile la incidencia es de 1,9 x 100.000 hab/año 2007 (1). Tradicionalmente de resorte quirúrgico, pero con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva y radiología intervencional, se han desarrollado técnicas percutáneas como alternativas de tratamiento (2-3). La ultrasonografía, el examen de primera línea en diagnóstico, seguimiento y clasificación, siendo la de Gharbi, la más utilizada (1-5). La OMS en una nueva clasificación, intentó incluir la evolutividad de las lesiones para definir tratamiento (6).

Objetivo: Actualización del manejo de la hidatidosis hepática a través de la revisión de la literatura mundial.

Presentar nuestra experiencia en PAIR (Punción, Aspiración, Inyección y Reaspiración).
Materiales Y Metodos: Realizamos PAIR bajo visión ecográfica en 3 pacientes con hidatidosis hepática.
Resultados: En 2 pacientes (Gharbi) se realizó PAIR con intención curativa. Al 3º paciente se drenó un quiste abscedado, logrando resolver el cuadro agudo. En los 3 casos el resultado fue satisfactorio, sin presentar complicaciones del procedimiento.
Discusión: En los últimos años varios estudios han reportado el uso de la PAIR para quistes Gharbi I y II u OMS CE1 y CE3a, con mínimas cifras de complicaciones como shock anafiláctico, diseminación secundaria y colangitis química (3). Brunetti et al, a través de una revisión (3) recolectaron 3005 pacientes, con un total de 4209 quistes, 54% se ubicaban a nivel hepático. Se drenaron a través de PAIR 4.043, presentando un 0,38% de complicaciones con una mortalidad de 0,047% y una recurrencia de 1,27%.

Conclusion: PAIR es una alternativa de 1ª línea en el tratamiento de quistes tipo Gharbi I y II, logrando un porcentaje de curación similar al de la cirugía con menor morbilidad asociadas al procedimiento. Sin embargo en Chile, existiendo la tecnología y los profesionales capacitados, los reportes de casos siguen siendo anecdóticos.

VIPOMA PANCREÁTICO COMO CAUSA DE SÍNDROME DE MALA ABSORCIÓN: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Drs. C. Benavides, C. García, F. Ayala, H. Cid, M. Ceroni, P. Rubilar, C. Gallardo, F. Illanes
Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Los Vipomas son Tumores Neuroendocrinos (TNE) raros secretores de Péptido Intestinal Vasoactivo (VIP) con una incidencia de 1 en 10 millones de personas al año en EEUU. Presentamos el caso de una mujer de 44 años, sin antecedentes mórbidos de importancia que a fines del 2008 debuta con cuadro de deposiciones líquidas, sin elementos patológicos, asociado a dolor abdominal cólico, sensación febril y debilidad de extremidades. Al examen destaca taquicardia, tendencia a la hipotensión, mucosas secas, pulsos débiles, distensión abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados. Ingresa al Hospital Clínico San Borja Arriarán con el diagnóstico de síndrome diarreico y deshidratación severa. Se estabiliza en la Unidad de Paciente crítico e inicia estudio dentro del que destacan leucocitos fecales y coprocultivo (-), Test de Sudán (+), Hcto 28,1%, Hb 7,7mg%, Acs Antitransglutaminasa 11,6 mg/dL, Cortisol basal 7,3 ug/mL, ACTH 10,5 pp/mL, T4L 1,0 mg/dL, VIH (-), EDA, Colonoscopia y Ecografía transvaginal normales. Se solicita TAC de Abdomen y Pelvis que muestra tumor sólido, vascularizado en cuerpo de páncreas, sin evidencias de localizaciones secundarias. Evaluada por equipo de cirugía con diagnóstico presuntivo TNE de páncreas, solicitando biopsia endosonográfica, la que es sugerente de TNE de páncreas, probable Vipoma. En Mayo de 2009 se realiza Pancreatectomía corporocaudal sin incidentes, con biopsia diferida compatible con carcinoma pancreático infiltrante con signos histológicos compatibles con diferenciación neuroendocrina. Se realizó estudio inmunohistoquímico complementario que confirmó la estirpe neuroendocrina. La paciente fue dada de alta 8 días postcirugía en buenas condiciones generales, sin diarrea ni elementos clínicos de mala absorción. Ante la presencia de un Sd. de Mala absorción es importante tener presente la posibilidad de un tumor pancreático funcionante como en este caso. El diagnóstico es difícil y un alto índice de sospecha es fundamental.

Palabras clave: Tumor Neuroendocrino, VIPoma, Sd de Mala Absorción, Sd del cólera pancreático (Sd VIPoma).

CIRUGÍA DEL QUISTE HIDATIDICO HEPÁTICO Y CIRUGÍA BILIAR CONCOMITANTE: ¿UNA ASOCIACIÓN FRECUENTE?

Drs. Montalva N.S., Flisfisch F. H., Leiva P.L., Cerda S.R., Hernández F.F., Matus F.C., Rioseco M., Abularach R., Alumnos Canales P.A., Capona P.R., Tabilo C.P., Tolentino M.I.

Departamento de Cirugía Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Equipo Digestivo Alto, Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: La localización hepática de los Quistes Hidatídicos en ciertas áreas compromete las Vías Biliares, comprimiéndolas u obstruyéndolas. Este factor, sumado al hecho de la alta prevalencia de Colecistolitiasis en nuestro país, determinan que la Cirugía Biliar se asocie como un gesto necesario e indispensable para el tratamiento completo de esta enfermedad. El objetivo general de este trabajo, es identificar el tipo de Cirugía Biliar asociada al tratamiento quirúrgico del Quiste Hidatídico Hepático (QHH). Los objetivos específicos consideran: determinar la frecuencia relativa de esta Cirugía Biliar; identificar las técnicas usadas y precisar las indicaciones de la Cirugía Biliar asociada. **Material y método:** Se trata de un estudio descriptivo que incluye la revisión de nuestra casuística de 90 pacientes de ambos sexos en igual proporción, cuya edad promedio fue de 44,35 años, operados de QHH entre Enero 1985 y Diciembre 2004, en quienes se asoció Cirugía Biliar concomitante, en nuestro Departamento y Servicio. **Resultados:** Realizamos cirugía conservadora sobre los QHH en el 83.3% y resectiva en el 16.7%. Se asoció Cirugía Biliar en el 64.4% de los casos. El tipo de cirugía biliar concomitante fue: Colecistectomía en 58.9%; la que se asoció a Coledocostomía en 24.4%, y a Cisticostomía en 17.8%, realizamos sólo Coledocostomía en 5.7%; sólo Cisticostomía en 1.9% y Colecistostomía en 1.9%.

La mortalidad de la serie fue 5.6% (complicaciones médicas). Las indicaciones para asociar Cirugía Biliar, correspondieron principalmente a: comunicación del QHH a la vía biliar: 43.3%, y gran tamaño de los QHH en 28.9%. Se demostró Colelitiasis concomitante en 8%.

Concluimos que la Cirugía Biliar contemporánea con Cirugía del QHH es frecuente (64.4%) y corresponde principalmente a Colecistectomía asociada a Coledocostomía, cuya principal indicación fue la comunicación del QHH a la vía biliar y que por lo tanto es necesaria; teniendo como propósito complementar el adecuado y completo tratamiento quirúrgico del QHH.

INSULINOMA EN LA URGENCIA. CASO CLÍNICO.

Drs. Fonseca M.¹, Palta Y.², Retamal S.², Olivares S.², Gómez G.³

¹ Médico del Servicio de Cirugía Adultos del Hospital Dr. Gustavo Fricke, ² Interno de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ³ Cirujano General.

El insulinoma, es un tumor de células beta pancreáticas, cuya evolución cursa con producción excesiva de insulina e hipoglicemias que se manifiestan con síntomas neurovegetativos y neuroglucopénicos. Su incidencia es poco frecuente, estimándose 4 casos por millón al año, siendo la mayoría de ellos, tumores únicos y benignos. Se presenta el reporte de un caso clínico de insulinoma operado en el Servicio de Cirugía del Hospital Gustavo Fricke

Caso Clínico: Paciente masculino de 57 años de

edad que en el año 2001 inicia cuadro de convulsiones a repetición sin pródomos, de 30 minutos de duración y sudoración posterior. En policlínico de psiquiatría se diagnostica en primera instancia crisis conversiva tipo ausencia que se trató con Fluoxetina. En el siguiente control, ante mala respuesta al tratamiento y recurrencia de episodios, se diagnostica trastorno disociativo y crisis de pánico lo que es tratado con benzodiacepinas y Sertralina. Ante respuesta poco satisfactoria es derivado a neurología, y comienza tratamiento por epilepsia. Continúan las convulsiones y consulta en el Servicio de Urgencia en enero 2009. Al ingreso se pesquiza hipoglicemia severa durante el estado convulsivo. Se inicia estudio; el TAC de abdomen y pelvis no presenta hallazgos por lo que se solicita una resonancia nuclear magnética de abdomen y pelvis que muestra lesión focal en la porción central del páncreas. Se realiza laparotomía y pancreatectomía parcial. La biopsia correspondió a insulinoma. Es dado de alta con evolución posterior favorable. El insulinoma es un diagnóstico diferencial infrecuente en el estudio de la alteración de conciencia, sin embargo el diagnóstico y tratamiento oportuno es trascendental, puesto que evoluciona satisfactoriamente con tratamiento quirúrgico.

CÁNCER DE PÁNCREAS EN CHILE. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

Drs. A. Jadue¹, M. Salazar¹, C. Pereira², F. Moya², S Uribe-Echeverría³

¹ Becado de Cirugía Universidad de Chile

² Interno de Medicina Universidad de Chile

³ Cirugía Hepatobiliar. Hospital del Salvador

Introducción: El cáncer de páncreas es uno de los cánceres más letales y continúa siendo un problema de salud pública en la actualidad. Cerca del 100% de los pacientes que padecen cáncer de páncreas desarrolla metástasis y muere producto de los efectos metabólicos del crecimiento neoplásico. A pesar de los esfuerzos de los últimos 50 años; el tratamiento convencional basado en cirugía, radiación y quimioterapia ha tenido poco impacto en la sobrevida del cáncer de páncreas.

Objetivos: Analizar la mortalidad del cáncer de páncreas en Chile los últimos 25 años y compararlo con la mortalidad general por cáncer en hombres y mujeres.

Metodología: Se revisaron los anuarios de estadísticas vitales desde el 1982 hasta el 2006. Se extrajeron el número de muertes por cáncer de páncreas para cada año, en hombres y mujeres. Se extrajo la población de dicho año y se calcularon las tasas respectivas. Se realizó una regresión lineal para estimar la tendencia de la mortalidad.

Resultados: En 1982 el cáncer de páncreas causó 398 muertes en Chile, con una tasa de 3,46 muertes por cada 100.000 habitantes. Para el 2006 la tasa era de 5,63 muertes por cáncer de páncreas por cada 100.000 habitantes. Aunque ha bordeado el 4,4% de la totalidad de muertes por cáncer los últimos 5

años, la tasa de mortalidad ha presentado un aumento ligero pero sostenido en los últimos 25 años (R^2 0,828; $p < 0,05$). Este aumento se observa tanto en hombres (R^2 0,775; $p < 0,05$) como mujeres (R^2 0,789; $p < 0,05$).

Conclusión: Los últimos 25 años la tasa de mortalidad por cáncer de páncreas ha presentado un aumento constante y sostenido. Aunque no pondera más de un 4% de la mortalidad global por cáncer, destaca como problema de salud pública por su alta letalidad y su mortalidad creciente en la población chilena.

NEOPLASIA SEBÁCEA ASOCIADA A CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR; ¿UNA VARIANTE NO DESCRITA DEL SÍNDROME DE MUIR-TORRE?

Drs. A. Jadue¹, Y. Corredoira², A. Viterbo³

¹ Becario de Cirugía General, Universidad de Chile.

² Profesor Asistente de Anatomía Patológica, Universidad de Chile. ³ Servicio de Cirugía, Hospital Luis Tisné. Profesor Adjunto Universidad de Chile

Introducción: El Síndrome de Muir-Torre en una entidad clínica infrecuente heredada de manera autosómica dominante caracterizada por la presencia de lesiones sebáceas neoplásicas (adenoma, epiteloma y carcinoma) asociada a lesiones viscerales malignas.

Reporte: Se presenta el caso de un hombre de 62 años, diabético, hipertenso con historia de lesión axilar izquierda, solevantada y mal delimitada de 6 meses de evolución. La histopatología arroja un carcinoma sebáceo ulcerado (Fig 1). Se realizó estudio complementario en búsqueda de neoplasias viscerales. La TC de abdomen y pelvis evidencia lesión compatible con neoplasia de origen vesicular (Fig 2). Se realiza una colecistectomía más cuña hepática y linfadenectomía. La biopsia concluye adenocarcinoma túbulo papilar bien a moderadamente diferenciado infiltrante hasta la subserosa (Fig 3); Estadio Ib. El paciente no muestra evidencias de recidiva luego de 10 meses en su postoperatorio.

Discusión: Actualmente el criterio diagnóstico para el síndrome de Muir Torre es la asociación de una neoplasia sebácea y al menos una neoplasia visceral. La presencia de una lesión sebácea tumoral, característica del síndrome de Muir Torre, es considerada con un signo centinela para una predisposición a un cáncer visceral. Las neoplasias viscerales habitualmente descritas son el cáncer de colo-rectal (50%) y genitourinario (25%), frecuentemente asociadas al cáncer de colon hereditario no polipósico (HNPCC). De hecho, hasta un 65% de los pacientes con síndrome de Muir-Torré presenta inestabilidad microsatelital. El cáncer de vesícula biliar no ha sido reportado en el contexto del síndrome de Muir Torre. Aunque el paciente no tiene historia familiar de neoplasia asociada a HNPCC en familiares de primer grado ni fue posible el estudio genético, el paciente cumple los criterios diagnósticos actuales para síndrome de Muir-Torré.

COLEDOCOLITIASIS ASOCIADA A FÍSTULAS COLECISTOENTÉRICAS. ¿UN HALLAZGO INFRECUENTE?

Drs. A. Valle, F. Patiño, C. Villalon, R. González, A. Rodríguez-Navarro, C. Cavalla, A. Mercado, H. Richter, G. Wiedmaier, Int. F. Mandujano, P. Mocoçain.

Servicio Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: La asociación entre fistula colecistoentérica (FCE) y coledocolitiasis es una condición infrecuente, que se relaciona directamente con el tiempo de evolución y síntomas propios de la patología de base. En la literatura solo se describen reportes de casos aislados de esta inusual condición. Objetivo: Analizar seis casos de FCE asociadas a coledocolitiasis diagnosticada como hallazgo durante colangiografía intraoperatoria (CIO) en los pacientes manejados en nuestro centro.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con FCE que durante el mismo acto quirúrgico se diagnóstico coledocolitiasis durante CIO, operados entre diciembre de 2000 y abril de 2009. Se analizaron las variables demográficas, clínicas y la morbimortalidad.

Resultados: De 65 pacientes con FCE, a los cuales un 68 % se le realizó CIO según la sospecha clínica o dudas anatómicas, de estos, 6 pacientes (14 %) se diagnóstico coledocolitiasis. En 2 pacientes existía alta sospecha clínica según la ecografía preoperatoria que se informaba con aerobilia o vía biliar (VB) dilatada, mientras el resto presentó una vesícula pequeña con VB fina. La edad promedio de presentación fue de 58 años y 5 pacientes fueron mujeres. Tiempo operatorio 194 minutos, 4 pacientes presentaron fistulas colecisto-duodenales. Un caso se resolvió por vía laparoscópica con ERCP (técnica de rendezvous), el resto fue por cirugía abierta o conversión de cirugía laparoscópica, con coledocostomía y sonda Kehr. La estadía hospitalaria promedio fue de 7,5 días. Un paciente presentó tromboembolismo pulmonar a los 15 días postoperado. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusión: El número de casos descrito en nuestra serie es superior a lo publicado en otras series. Diversas causas podrían explicar esta situación, como una alta prevalencia de patología biliar en nuestra población, asociado a una larga evolución. En todos los casos de FCE se debe sospechar la presencia de esta patología.

CÁNCER VESICULAR ASOCIADO A FÍSTULAS COLECISTOENTÉRICAS.

Drs. A. Valle, M. Vivanco, C. Cavalla, A. Mercado, A. Rodríguez-Navarro, G. Wiedmaier, Int. F. Mandujano, F. Oppigler, F. Patiño.

Servicio Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: El Cáncer de Vesícula (CV) es una patología prevalente en nuestro medio con una

letalidad elevada, dentro de sus factores de riesgo se asocian procesos inflamatorios crónicos. La fistula colecistoentérica (FCE) es un proceso inflamatorio de larga evolución asociado a la presencia de litiasis vesicular, se describe una prevalencia hasta del 3%. El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico intraoperatorio de FCE y su asociación con CV. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de FCE operados entre julio 2000 y abril de 2009. Se analizaron las variables demográficas y anatomopatológicas.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes, edad promedio 58 años, 81,5 % mujeres. La cirugía se realizó por vía laparoscópica o su conversión a cirugía abierta.

Se realizó biopsia intraoperatoria (BIOP) en un 75 % según la sospecha de malignidad de los hallazgos intraoperatorios, a criterio del cirujano tratante. Se obtuvo un 100 % de correlación entre las BIOP y el informe diferido. Del resultado anatomopatológico, las más frecuentes fueron colecistitis crónica, colecistitis crónica inespecífica y colecistitis crónica reagudizada en un 27, 24 y 20 % respectivamente. No se diagnóstico CV en ninguna muestra. Discusión: El CV se asocia procesos inflamatorios de larga evolución, como lo son las FCE; sin embargo en nuestra serie no existe una relación entre FCE y CV, lo cual nos hace cuestionar la real utilidad de la BIOP en hallazgos de FCE, con el consecuente mayor tiempo operatorio y costos asociados. Se requieren de estudios randomizados y series más grandes para concluir la real utilidad de la BIOP en pacientes con FCE.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN ADULTOS DE 35 A 49 AÑOS SINTOMÁTICOS.

Dr. C. Derosas¹, Int. Paula González², Int. S. Muñoz².
¹Residente de Cirugía, Complejo Hospitalario San José. ²Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena. Es por esto que se ha implementado la intervención preventiva secundaria del cáncer vesicular desde junio del 2006, siendo el objetivo al 2010 una reducción en la tasa de mortalidad. A tres años de su implementación el presente estudio propone analizar sus outcomes. Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo correlacional. Se revisaron retrospectivamente las biopsias de todas las colecistectomías realizadas en nuestro servicio desde junio del 2006 a junio del 2009, donde se consideraron distintas variables las que se compararon entre el grupo GES (pacientes entre 35-49 años) y NO GES (el resto). Por medio de una curva ROC se estimó la edad de corte más sensible para prevenir el CVB.

Resultados: Se realizaron 2592 colecistectomías, de las cuales el 75,1% eran mujeres. La edad promedio

fue de 46,32 ± 14,97 (rango 15-92) años. El 1,9% del total de pacientes presentó CVB. El grupo GES fue el 41,8%, de estos el 92,53% presentó patología benigna, el 6,64% patología preneoplásica y el 0,74% cáncer versus 91,92%, 2,72% y 5,37% respectivamente para el grupo NO GES. Por lo que el riesgo (OR) de presentar CVB en el grupo GES es de 0,98 (CI 95%: 0,97-0,99, p < 0,001). El punto de corte calculado fue de 35 años con un 100% de sensibilidad (p < 0,001). Conclusiones: La implementación del GES se muestra como una intervención efectiva como prevención del CVB, pese a esto hay un porcentaje de pacientes que igual lo presenta. Además se muestra que los pacientes menores de 35 años no presentan CVB. Palabras Clave: Cáncer de Vesícula Biliar, Colecistectomía, Prevención.

SARCOMA INDIFERENCIADO (EMBRIONARIO) DE HÍGADO EN EL ADULTO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. E. Coddou, J. López, J. Madariaga, M. Barra. Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica. Hospital Coquimbo.

Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte.

Introducción: Los sarcomas indiferenciados (embrionario) del hígado (SIEH) son neoplasias extremadamente infrecuentes. Se presentan principalmente en pacientes pediátricos, y son considerados de mal pronóstico. En adultos, existen 71 pacientes publicados en el mundo, y en nuestro país no hay casos descritos en este grupo etario.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente adulta portadora de un SIEH, que fue sometida a cirugía resectiva y realizar una revisión del tema. Caso clínico: Mujer de 48 años de edad, con historia de dolor abdominal, masa palpable en epigastrio y hepatomegalia. Marcadores tumorales negativos y tomografía abdominal revela lesión focal de 14 centímetros en segmento 4, con componente sólido heterogéneo y quístico en menor porcentaje. Se aborda quirúrgicamente, biopsia rápida revela tumor sólido maligno indiferenciado, y se realiza hepatectomía izquierda. Evolución postoperatoria favorable. Se diagnostica un SIEH, mediante histopatología e inmunohistoquímica, y se corrobora una resección R0. Al noveno mes de evolución se diagnostican focos de recidiva en el lóbulo hepático derecho, y desde los 20 meses del postoperatorio paciente inicia progresivo compromiso del estado en general, falleciendo 22 meses posterior a la cirugía.

Discusión: El abordaje de esta patología requiere de un equipo multidisciplinario con experiencia en patología hepática. Actualmente se recomienda resección completa del tumor seguido de quimioterapia coadyuvante, con lo cual se han logrado sobrevividas libres de enfermedad por sobre los cinco años. El dar a conocer las experiencias de los casos aislados en esta patología tan infrecuente, es crucial para aumentar la casuística mundial, mejorar las técnicas

de enfrentamiento, y del mismo modo evaluar si la quimioterapia realmente tiene un impacto en disminuir la recidiva y mejorar la sobrevida, como actualmente parece ser.

INDICACIONES INHABITUALES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

Drs. E. Figueroa, M. Gabrielli, N. Jarufe, J. Guerra, R. Pérez, M. Arrese, C. Muñoz, A. Soza, F. Barriga, J. Godoy, J. Torres, P. Domínguez, J. Martínez. Programa de Trasplante Hepático. Departamento de Cirugía Digestiva y Gastroenterología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago.

Introducción: El trasplante hepático (TH) en enfermedades hepáticas crónicas avanzadas y en falla hepática fulminante, tiene por objetivo prolongar la sobrevida del paciente con una buena calidad de vida. Las indicaciones de TH han ido ampliándose en la medida que mejoran los resultados. Se presentan tres indicaciones inhabituales de trasplante hepático realizado en nuestro centro.

CASO 1: ECT, varón de 16 años. Con diagnóstico de Enfermedad de Niemann-Pick tipo B con trasplante de médula ósea en nuestra institución en 1993. En 2003 se diagnostica cirrosis hepática con signos de hipertensión portal e insuficiencia hepática crónica progresiva clasificado como Child B. Se realiza TH con injerto de donante cadavérico en marzo 2005. En el postoperatorio evoluciona con rechazo agudo precoz con resolución satisfactoria. Actualmente realiza sus estudios normalmente.

CASO 2: RSG, varón de 51 años. Portador de una Enfermedad de Rendu-Osler-Weber de predominio de mucosas, con múltiples fistulas arterio-venosas en hígado que condicionan una insuficiencia cardíaca progresiva. Se trató con varias sesiones de embolizaciones, con mejoría transitoria. La insuficiencia cardíaca con capacidad funcional IV fue la indicación de TH. A las 4 semanas del trasplante el paciente presentaba una actividad física normal. Actualmente bien con CF I, vive normalmente.

CASO 3: FEM, mujer de 55 años. Portadora de enfermedad poliquistica hepatorenal diagnosticada a los 32 años. Consultó por aumento de volumen abdominal e importante limitación de actividades diarias y desnutrición por disminución de su capacidad gástrica por hepatomegalia gigante, sin compromiso significativo de su función renal. Se realizó TH con peso del explante de 13 kg. Evolucionó con una disección de la arteria hepática del receptor, que requirió de revascularización de su injerto desde su arteria esplénica. Actualmente bien en seguimiento.

Discusión: Los casos descritos ejemplifican la ampliación de indicaciones del TH, aún con función hepática conservada, con óptimos resultados en términos de calidad de vida y eventualmente con extensión de sobrevida.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA TASA DE CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON Y SIN EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA PREVIA DE CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR

Drs. J. Pérez, F. Bravo, AM. Gemmato, M. Anselmi. Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica. Hospital Gmo Grant B. Concepción. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción

Introducción: En pacientes con colelitiasis sometidos a una colecistectomía laparoscópica, la tasa global de conversión a cirugía abierta fluctúa entre 5 y 10%. Hay pocos estudios que analicen la influencia de la limpieza endoscópica previa de la vía biliar en las tasas de conversión.

Objetivo: Comparar las tasas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, en pacientes con y sin extracción endoscópica previa de cálculos de la vía biliar.

Pacientes y Método: Entre 01.01.2005 y 31.12.2006 se estudiaron en forma prospectiva 122 pacientes con vesícula in situ y coledocolitiasis, a quienes se les realizó extracción endoscópica de los cálculos y posteriormente una colecistectomía laparoscópica (Grupo I). Los resultados de este Grupo se compararon con 122 pacientes, pareados por edad, sexo y estado preoperatorio de la vesícula, pero sin evidencias de coledocolitiasis y tratados durante el mismo periodo de tiempo mediante colecistectomía laparoscópica (Grupo II).

Resultados: Se convirtieron a cirugía abierta 25 pacientes del grupo I (20.5%) y 7(5.7%) del grupo II ($p < 0.001$). Para el Grupo I las causas de conversión fueron la presencia de una fistula colecistoentérica en 10/25 (40%), un plastrón vesicular en 9/25 (36%) y distorsión anatómica en 6 (24%). En todos los casos del grupo II, ($n = 7/7$) la causa fue la distorsión anatómica.

Conclusión: En pacientes con vesícula in situ, la extracción endoscópica previa de cálculos de la vía biliar se asocia a una tasa de conversión significativamente mas alta que en aquellos no sometidos a una limpieza preoperatoria del colédoco.

PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A SÍNDROME DE ASA AFERENTE.

Drs. J. Zamarrin, J. Stambuk, A. Rodo, A. Fredes. Servicio de Cirugía, Hospital Fach.

Introducción: El síndrome de Asa Aferente es una entidad poco frecuente caracterizada por la obstrucción mecánica del asa desfuncionalizada que se confecciona al realizar una reconstrucción tipo Billroth II o Y de Roux. **Objetivo:** Presentación de caso de paciente operado en nuestro servicio por un cuadro de Pancreatitis Aguda secundaria a Síndrome de Asa Aferente agudo. **Caso Clínico:** Paciente masculino, 59 años, operado de Gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux por Cáncer Gástrico. Consulta por cuadro de dolor abdominal y vómitos, lipasa de 220 mg/dl,

hospitalizándose con diagnóstico de Pancreatitis aguda leve, con pruebas hepáticas normales. Ecotomografía abdominal no logra evaluar vía biliar por gran distensión de asas. Tomografía Computarizada demostró dilatación de asa aferente, Páncreas atrófico, y colecistectomizado. Se plantea la duda entre la presencia de Pancreatitis aguda con dilatación de asa centinela versus Síndrome de asa aferente con pancreatitis aguda secundaria. Dada la buena evolución clínica se decide observación. Tomografía Computarizada a 72 horas demuestra mayor dilatación del Asa Aferente, con compromiso inflamatorio del Meso, cambiando enfoque diagnóstico, por lo que se decide laparotomía exploradora, encontrando obstrucción del Asa Aferente, secundario a Brida a 40 cm bajo ángulo de Treitz, hacia proximal de la anastomosis Yeyuno-yeyunal. Se secciona y se resuelve la obstrucción. Conclusión: La relación entre obstrucción del Asa Aferente con Pancreatitis aguda ha sido presentada en otros reportes de caso internacionales. La fisiopatología de este proceso sería similar a la producida en la Pancreatitis biliar, donde la ectasia biliar del Asa Aferente provoca hipertensión a ese nivel, que se transmite hacia la Vía Biliar y el Conducto de Wirsung, desencadenando una respuesta inflamatoria en la glándula pancreática con las consecuencias ampliamente conocidas.

NUEVA TÉCNICA DE RENDEZVOUS ENDOSCÓPICO-LAPAROSCÓPICO PARA LA RESOLUCIÓN DE COLECISTOCOLEDO-COLITIASIS EN EL MISMO ACTO OPERATORIO.

Drs. Ayala J.C., Pérez Castilla A., Trujillo C., Rivas Z. E., Rivas B. E., Fernández R.
Unidad de Endoscopia y Cirugía Digestiva. Clínica Indisa. Santiago.

Introducción: La colédocolitis (CLT) coexistente con la colelitiasis ha planteado el desafío de ubicar el tiempo adecuado para su resolución: pre, intra o postoperatoria. La decisión dependerá del momento del diagnóstico y de lograr la solución de ambas patologías con el menor costo, mayor tasa de éxito y menor número de complicaciones posibles. Muchas han sido las técnicas y momentos planteados con diferentes tasas de éxito y complicaciones. **Objetivo:** Presentar una nueva Técnica de Rendezvous Endoscópico-Laparoscópico (TREL) que asegura el acceso a la vía biliar, evita complicaciones de la canulación y no genera interferencia con el tiempo quirúrgico laparoscópico. **Métodos:** Hecho el diagnóstico de CLT mediante una Colangiografía Intraoperatoria, se avanza una guía tipo Loop Tip Wire 0.035" (LTW) (Cook Medical, la cual posee una punta flexible terminada en asa, desde el cístico hasta el duodeno en donde la espera el endoscopista quien con el esfínterótomo instala una guía corriente a través del asa de la LTW a manera de un "hilo por el ojo de una aguja". El cirujano fracciona la LTW hacia el cístico obligando a la guía del esfínterótomo

a ingresar a la vía biliar, asegurando el acceso de una manera rápida, segura y efectiva, usando solo 3 cm. de guía, iniciando la resolución de la CLT por vía endoscópica. Posteriormente el cirujano culmina el tiempo laparoscópico de la colecistectomía. **Resultados:** Entre el 28 de Abril al 27 de Julio del presente, se realizan 6 casos (M:4, H:2) edad promedio 54.6 años (28-83), CLT resuelta en el 100%, sin complicaciones endoscópicas o laparoscópicas, acceso a la vía biliar al primer intento (5 segundos), tramo de guía usada menor de 5 cm, sin interferencia de asas distendidas para culminar el tiempo laparoscópico y alta postoperatoria en 1,5 días. **Conclusiones:** La LTW permite plantear la TREL más corta de la literatura, 100% efectiva, sin complicaciones de efectos de canulación, sin problemas al paso a través del cístico, menor tiempo operatorio, resolución en el mismo acto de dos patologías y menor tiempo de hospitalización.

HEPATECTOMÍAS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE DESDE EL AÑO 2002-2008

Drs. J. C. Diaz, D. Roizblatt, P. León, J. Castillo, G. Cardemil
Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La población mayor de 60 años ha aumentado considerablemente. Las técnicas quirúrgicas, anestésicas y de medicina intensiva, han permitido realizar cirugías de mayor complejidad en este grupo de pacientes de manera segura y efectiva.

Objetivos: Analizar la experiencia del Hospital Clínico Universidad de Chile en hepatectomías en pacientes mayores de 60 años.

Método: Análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes > 60 años sometidos a cirugía hepática desde el año 2002-2008. Se tabularon datos utilizando Excel. Se evaluaron las comorbilidades, performance status (con escala Katz), tipo de cirugía y complicaciones asociadas.

Resultados: Se revisaron 17 fichas, todas de pacientes sometidos a hepatectomía. 10 mujeres. 7 hombres. Edad promedio: 68 años. Rango etario: 63-75 años. **Motivo de consulta:** dolor en 9 pacientes, algunos asociado a ictericia. 4 pacientes eran asintomáticos. 16 pacientes tenían un K A y 1 paciente Katz F preoperatorio. 14 pacientes ASA II Comorbilidad más frecuente: hipertensión arterial 10 casos. 4 pacientes sin comorbilidades. **Diagnósticos operatorios:** 14 neoplasias primarias hepáticas, 2 metástasis por cáncer de colon y 1 caso de neoplasia benigna. La cirugía más frecuentemente realizada fue la hepatectomía derecha con 7 casos, seguida de 5 segmentectomías y 4 hepatectomías izquierdas. **Tiempo operatorio promedio:** 308 minutos, rango de 150-520 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias. 2 complicaciones quirúrgicas postoperatorias, las que se manejaron médicamente. 1 caso de una fistula biliar de resolución espontánea

al 4 día. La segunda de un absceso residual en lecho quirúrgico la que se manejó con punción y drenaje por radiología intervencional.

Estadía hospitalaria promedio: 11 días. (5-17) No hubo fallecidos en el perioperatorio.

Conclusiones: Las hepatectomías en mayores de 60 años en este grupo de pacientes es un procedimiento seguro con pocas complicaciones. Es necesario realizar seguimiento a largo plazo, para establecer sobrevida de este grupo así como complicaciones alejadas.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE INSULINOMA. REPORTE DE UN CASO.

Drs. M. Fonseca, G. Gómez, Int. Y. Palta, S. Retamal, S. Olivares.

Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El insulinoma, es un tumor de células beta pancreáticas, cuya evolución cursa con producción excesiva de insulina con la consecuente hipoglicemia que se manifiesta con síntomas neurovegetativos y neuroglucopénicos. Su incidencia es poco frecuente, estimándose 4 casos por millón al año, siendo la mayoría de ellos únicos y benignos. Objetivo: Describir y revisar el reporte de un caso clínico de insulinoma en un paciente varón de mediana edad de dificultoso proceso diagnóstico, que fue resuelto en el servicio.

Material y Método: Reporte de 1 caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. Resumen: Paciente masculino de 57 años de edad que en el año 2001 inicia cuadro de convulsiones a repetición sin pródromos, de 30 minutos de duración y sudoración posterior. En policlínico de siquiatría se diagnostica en primera instancia crisis conversiva tipo ausencia en tratamiento con Fluoxetina. En el siguiente control, ante mala respuesta al tratamiento y recurrencia de episodios, se diagnostica trastorno disociativo y crisis de pánico en tratamiento con benzodiacepinas y Sertralina. Ante respuesta no satisfactoria es derivado a neurología, y comienza tratamiento por epilepsia. Continúan convulsiones y en 2009 en consulta en servicio de urgencia se constata hipoglicemia severa durante estado convulsivo. Se inicia estudio, TAC Abdomen y pelvis sin alteraciones por lo que se solicita Resonancia nuclear magnética (RNM) de abdomen y pelvis que muestra lesión focal en porción central del páncreas que correspondería a insulinoma. Se realiza laparotomía y pancreatectomía parcial. Evolución posterior favorable, siendo dado de alta. Conclusión: El insulinoma es una alternativa diagnóstica frente a cuadros que cursen con alteración del comportamiento. Su diagnóstico y tratamiento oportuno es trascendental, puesto que evoluciona satisfactoriamente con tratamiento quirúrgico, en cambio, el retraso en su diagnóstico puede traer consecuencias catastróficas para el paciente.

DISTRIBUCIÓN DE SUBPOBLACIONES CELULARES Y ACOPLAMIENTO ELÉCTRICO DE ISLOTES PANCREÁTICOS PURIFICADOS MEDIANTE UN SHOCK OSMÓTICO DIFERENCIAL

Drs. M. Guajardo, I. Atwater, P. Caviedes, D. Parrau, M. Valencia, C. Astorga, P. Saez, J.P. Saez.
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ICBM, Facultad de Medicina Universidad de Chile. ICB, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: el trasplante de islotes de páncreas es una técnica con gran desarrollo principalmente después de la publicación del protocolo de Edmonton, que comunica la independencia de insulina en un grupo de pacientes DM1, estableciendo los principios de la técnica para proveer una masa crítica de islotes a los pacientes. Sin embargo intentos posteriores para replicar los resultados han sido desalentadores principalmente por una pérdida en la función del injerto a largo plazo. Actualmente para purificar islotes se realiza una digestión enzimática con colagenasas ultrapurificadas, de acuerdo al protocolo establecido por Ricordi. Sin embargo este procedimiento selecciona los islotes por sus propiedades morfológicas, no funcionales, es responsable de generar un daño sobre el injerto propio de la digestión enzimática, y aumenta los costos asociados al procedimiento. En nuestro laboratorio hemos desarrollado un protocolo para purificar islotes independientes de la enzima, basado en la exposición del páncreas a altas concentraciones de glucosa de manera que ésta sea osmóticamente activa en las células acinares y en aquellas endocrinas sin una cantidad crítica de GLUT-2. Hemos comunicado el rendimiento y la función in vitro de los islotes así purificados, y en el presente trabajo se comunican las subpoblaciones celulares dentro del islote, así como su acoplamiento eléctrico de ellas, elemento fundamental para su correcto funcionamiento.

Métodos: los islotes purificados fueron fijados en formaldehído 4% durante 24 hrs para luego ser analizados mediante técnica de inmunohistoquímica utilizando anticuerpos dirigidos contra los distintos tipos celulares dentro del islote. Los estudios de acoplamiento se realizaron en islotes frescos, mediante microinyección de neurobiotina. Resultados: con la técnica utilizada se encontró una distribución adecuada de células endocrinas dentro de los islotes. Los islotes así purificados se encuentran acoplados eléctricamente, lo que representa un elemento fundamental para su fisiología. Conclusiones: con el protocolo propuesto es posible purificar islotes pancreáticos con una proporción adecuada de subpoblaciones celulares.

LESIONES HEPÁTICAS QUE SIMULAN COLANGIOCARCINOMA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

M. Petrić¹, R. Humeres², C. Onetto³, M. Fernández⁴, M. Guevara², D. Videla², D. Saffie², H. Ríos⁴.

Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.
¹ Becado Cirugía Universidad de Valparaíso. ² Equipo Hepatobiliopancreático, Hospital Militar de Santiago.
³ Becado Cirugía Universidad de los Andes. ⁴ Jefe Departamento Cirugía Hospital Militar de Santiago.

Introducción: Las obstrucciones benignas de la vía biliar proximal (VBP) son relativamente infrecuentes (8% al 15%) y generalmente indistinguibles de lesiones malignas por métodos no quirúrgicos. **Objetivos:** Describir el caso clínico de un paciente diagnosticado y tratado en nuestro centro, revisar y discutir la bibliografía disponible.

Materiales y métodos: Reporte de un caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. **Resumen:** Paciente masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de ictericia y coluria de 1 mes de evolución, sin otros síntomas asociados. Al examen físico sólo destaca ictericia marcada. Perfil hepático con patrón colestásico (Bilirrubina Total: 14,6mg/dl predominio directo, fosfatasa alcalinas: 616 mg/dl, Gamma Glutamil Transferasa: 587 mg/dl). TAC abdominal y Colangio RM muestran lesión de aspecto neoplásico en región central del parénquima hepático con infiltración de la confluencia de la vía biliar y compromiso del segmento proximal del conducto biliar intrahepático derecho, altamente sugerente de colangiocarcinoma (Klatskin IIIA). Marcador tumoral CA19-9 elevado. Se realiza hepatectomía derecha extendida a segmentos I y IV, resección biliar extrahepática supraduodenal y linfadenectomía peripancreática y del pedículo hepático. Informe anatomía patológica revela acentuada fibrosis hepática con infiltrado inflamatorio. Sin evidencia de neoplasia. Estudio serológico negativo para colangitis esclerosante primaria.

Conclusión: Es inevitable que algunos pacientes con diagnóstico de colangiocarcinoma, sometidos a tratamiento quirúrgico, tengan una patología benigna en el estudio postoperatorio. La literatura señala que las obstrucciones de la VBP presumiblemente malignas deben ser manejadas como tal hasta no demostrar lo contrario, ya que la resección de éstas, aunque no sea curativa, aumenta la supervivencia y calidad de vida. Para lesiones benignas, la resección es una alternativa de drenaje de la vía biliar. Por lo tanto, el colangiocarcinoma debe ser manejado en centros con experiencia en cirugía hepatobiliar, para ofrecer a pacientes como el de este caso, una baja morbimortalidad.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN SITUS INVERSUS TOTALIS

Drs. P. Becerra, I. Escobar, G. Caris
Universidad de Valparaíso, Chile

Introducción: El situs inversus totalis (SIT) es una condición muy infrecuente. Dada la alta prevalencia de litiasis biliar en nuestra población existe la posibilidad de coexistencia con SIT. El objetivo de este reporte es dar a conocer la factibilidad, técnica y resultado de la realización de una colecistectomía

laparoscópica en SIT.

Materiales: reporte de un caso operado en nuestro centro.

Resultados: se trata de una paciente de sexo femenino de 43 años con antecedente de SIT diagnosticado en la infancia. No presenta otros antecedentes mórbidos y consulta por cuadro de varios meses de evolución de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo irradiado a dorso de carácter cólico. En la ecografía abdominal se confirma el diagnóstico de SIT y colelitiasis múltiple con vía biliar fina, sin otros hallazgos patológicos. Se procede a realizar una colecistectomía laparoscópica con técnica de "imagen en espejo" en la cual el cirujano, los trocares y el equipo se ubican en posición especular. En el intraoperatorio se identificaron sin dificultad las estructuras habituales en su posición inversa lográndose realizar la colecistectomía sin incidentes. La paciente evolucionó en forma favorable y se fue de alta al día siguiente de su intervención. La biopsia demostró colecistitis crónica calculosa y no ha presentado complicaciones en los 8 meses de seguimiento. **Conclusión:** La colecistectomía laparoscópica constituye una alternativa segura para los pacientes con SIT y colelitiasis. Nuestro caso contribuye y concuerda con la experiencia reportada en estos casos.

IMPACTO DEL DIVERTÍCULO PERIAMPU-LAR EN LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

Drs. Sagredo R., Alvarez M. Osorio K.

Unidad de Endoscopia, Hospital de Coquimbo. Universidad Católica del Norte.

Introducción: Los divertículos periampulares (DPA), están presentes entre un 10 a un 30% de los pacientes a los que se realiza una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Existe controversia entre los operadores sobre el impacto que significa esta situación sobre la dificultad técnica y las complicaciones asociadas al procedimiento. **Objetivo:** Conocer en nuestra Unidad, las relaciones entre la presencia de DPA, la facilidad de canulación y las complicaciones de la CPRE.

Material y Método: En el período Marzo 2006 - mayo 2009, se registró en protocolo ad-hoc las características de la papila de Vater, la presencia de un divertículo, la situación del poro papilar, la canulación y las complicaciones.

Resultados: Se registró 561 CPRE en 502 pacientes, un 9% presentan la ampolla en relación a un DPA. Un 4% en el fondo del divertículo, un 3% en el cuadrante inferior derecho del borde y un 2% en el cuadrante inferior izquierdo del borde. No hubo diferencia significativa en la dificultad de canulación, ni en las complicaciones con el grupo de pacientes sin DPA.

Conclusión: En nuestra experiencia, la existencia de DPA no ha sido un problema para el éxito de la CPRE.

**COLANGIOPANCREATOGRAFÍA
RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA, ¿ES UN
PROCEDIMIENTO SEGURO EN EL
PACIENTE MAYOR?**

Drs. Mertens M., Alvarez A., Alfaro R., Sagredo R.
Servicio de Cirugía y Unidad de Endoscopia, Hospital de
Coquimbo. Universidad Católica del Norte.

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento terapéutico mínimamente invasivo, sin embargo tiene asociada una morbilidad no despreciable.

Objetivo: Analizar la morbimortalidad de la CPRE en nuestra unidad, comparando las cifras generales con el grupo mayor de 80 años.

Material y Método: Se realizó un seguimiento de los pacientes sometidos a CPRE durante el periodo comprendido entre Octubre de 2006 y mayo de 2008, mediante un formulario ad-hoc, agregando una revisión ulterior desde los datos de las fichas clínicas. Se obtuvo un total de 296 procedimientos en 255 pacientes. Se estratificó el total de pacientes en tres grupos, menores de 50 años, entre 51 y 80 años y mayores de 80 años. Se compara la morbimortalidad, estadía hospitalaria y la dificultad de la canulación entre estos grupos. Los datos fueron ingresados y procesados con el software Epi-Info v3.5.1 y Microsoft Excel 2003.

Resultados: Predomina el sexo femenino 2:1, los menores de 50 años representan un 19,5%, entre 51 y 80 un 68% y los mayores de 80 un 12,5%. Se realizó precorte en un 9% de los casos; se fracasó en canular en 2%. Se registró un total de 7 complicaciones, 5 pancreatitis aguda (1,6%) y 2 perforaciones de duodeno (0,6%). No se registró mortalidad en este periodo. Al realizar análisis estadístico entre los distintos grupos etarios, no existió diferencia significativa en morbilidad, mortalidad, dificultad de canulación ni en la cantidad de días de hospitalización del paciente ambulatorio.

Conclusión: En nuestra experiencia, la CPRE no presenta un riesgo mayor que el general en los pacientes mayores de 80 años.

**METÁSTASIS PANCREÁTICA TARDÍA DE
HIPERNEFROMA. REPORTE DE UN CASO**

Dra. J. Villanueva¹; Dr. C. Restrepo²

¹ Becaria de Cirugía, Hospital Eduardo Pereira.
Universidad de Valparaíso.

² Cirujano Equipo Digestivo, Hospital Eduardo Pereira.
Valparaíso.

Introducción: Dentro de las neoplasias pancreáticas, las metástasis de otros órganos son raras, constituyendo solo el 5% del total. El carcinoma de células claras del riñón es bastante infrecuente, pudiéndose presentar muchísimos años después de la nefrectomía.

Objetivo: Presentar un caso clínico y revisión de la literatura.

Material y Método: Datos de ficha clínica, protocolo operatorio y biopsia, de una paciente de 77 años con antecedentes de Nefrectomía derecha por Carcinoma de Células Claras hace 25 años, que consultó por cuadro de 3 meses de evolución de hiporexia y baja de peso de 7 kilos en 3 meses. Se diagnosticó probable neoplasia digestiva y se solicitó Endoscopia Digestiva Alta que reveló compresión extrínseca de antro gástrico. TAC de Abdomen y Pelvis mostró gran masa tumoral de cuerpo y cola pancreática de 6 cms con convexidad hacia estómago produciendo compresión extrínseca de éste con imágenes ganglionares peripancreáticas de 2 cms. Con exámenes de laboratorio en rango normales y CA 19-9 de 16. Se diagnosticó Tumor de Páncreas de cuerpo y cola con observación de Adenocarcinoma Pancreático y se programó para Derivación Biliodigestiva. Durante la intervención se encuentra tumor móvil de cuerpo y cola de páncreas de 7 cms de diámetro, sin compromiso cefálico ni adenopatías regionales, se decide efectuar Pancreatectomía de cuerpo y cola con preservación esplénica. Con buena evolución postoperatoria, sin complicaciones. Biopsia reveló un Cáncer de cuerpo de páncreas de tipo histológico de células claras, sin compromiso de márgenes quirúrgicos ni invasión extrapancreática; cinco ganglios linfáticos suprapancreáticos sin metástasis. Se realiza PET-SCAN para descartar otras metástasis.

Conclusión: Cuando se detecte una lesión neoplásica en un paciente con antecedente de nefrectomía radical por tumor de células claras, siempre considerar la posibilidad de metástasis a pesar de que puedan haber transcurrido muchos años posterior a la resección quirúrgica.

Poster: MAMA.

COMPROMISO DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA

Drs. J. Núñez, P. Escobar, C. Lobos, A. Maira, K. Junemann, F. Gaete.

Unidad de Mastología, Hospital Santiago Oriente. Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: Existen varios reportes recientes que postulan la mastectomía con conservación del complejo areola-pezón como alternativa oncológica segura en el tratamiento del cáncer de mama. El objetivo de este estudio es caracterizar los pacientes con compromiso de areola y pezón versus aquellos que no lo tienen, con miras a evaluar la factibilidad de incorporar esta técnica quirúrgica en casos seleccionados.

Material y Método: Se revisaron los informes de biopsia de pacientes con mastectomías totales realizadas en el Hospital Santiago Oriente, desde agosto 2002 hasta mayo 2009. Se excluyeron los casos con tumorectomía previa. Se analizaron las siguientes variables: edad, lado del tumor, tamaño tumoral, ubicación, grado nuclear, histología y positividad de linfonodos. Los datos fueron analizados con Microsoft Office Excel 2007 y Stata 9.0.

Resultados: De un total de 291 pacientes, cuya mediana de la edad fue de 58 años (DS 15.37), 48 de ellas (17%) presentaron compromiso de areola-pezón. La histología de éstas reveló: CDI en 67%, CLI 17%, Carcinoma ductolobulillar infiltrante 8% y CDIS en 8,2% que no difiere significativamente de las sin compromiso de pezón. La mediana del tamaño tumoral fue 5 cms (DS 4,46) versus 3,35 (DS2.43) y el promedio del número de ganglios metastásicos fue 6,5 versus 3,4 respectivamente. La ubicación tumoral central y multifocalidad fueron más frecuentes en el grupo de pacientes con pezón involucrado.

Conclusión: Los hallazgos encontrados en este estudio descriptivo, muestran que en nuestro Hospital existe un 83% de pacientes que no presentan compromiso de areola pezón, y que probablemente se habrían beneficiado con mastectomía con conservación del complejo, técnica que se encuentra en actual discusión. Según los resultados de este trabajo las variables a considerar serían tamaño, linfonodos comprometidos y localización tumoral.

IMPACTO DEL PLAN AUGE EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN EL HOSPITAL EDUARDO PEREIRA

Drs. E. Aliaga, J. Montedónico.

Servicio de Cirugía, Hospital Eduardo Pereira, Valparaíso.

La reconstrucción mamaria es un procedimiento que

no debe estar ajeno al tratamiento del cáncer mamario, sin embargo dadas las recargadas lista de otras patologías en los servicios quirúrgicos sobre todo en hospitales públicos hace difícil esta tarea llegando a postergar este procedimiento por otros más "urgentes".

El objetivo del presente trabajo es comparar las oportunidades de reconstrucción mamaria en pacientes mastectomizadas por cáncer mamario en periodos previos y después de ser implementado el plan auge en un hospital público de la V región. Se recopiló las historias clínicas de todas las pacientes que fueron sometidas a reconstrucción mamaria entre enero del 2002 a diciembre del 2007 y de forma prospectiva desde enero 2008 a julio 2009. Se analizaron la edad, procedencia, tipo de reconstrucción, frecuencia de reconstrucción, y grado de complicaciones.

Durante el periodo previo al AUGE de enero 2002 a diciembre del 2007, se realizaron 7 reconstrucciones mamarias, la edad media fue de 35,9 años la técnica usada fue dorsal ancho mas prótesis en un 11,1%, prótesis solamente 33,3% y tram flap en un 55,6%. En el periodo AUGE en nuestro hospital que se implementó en enero 2008 y se evaluó hasta julio del 2009 se contabilizaron un total de 32 reconstrucciones mamarias con una edad promedio de 48,62 años, y un 18,8% del total de complicaciones.

Las técnicas usadas en este último periodo fueron dorsal ancho con expansor y/o prótesis 71,9%, dorsal ancho solo 6,3%, expansor - prótesis 6,3%, plastia mamaria con colgajos vecinos 9,4%, tram flap 9,4%. El impacto de la ley auge en nuestro hospital fue favorable, aumentado más de cuatro veces la frecuencia de este procedimiento logrando incorporar de forma rutinaria la reconstrucción mamaria dentro de las prestaciones quirúrgicas cotidianas en nuestros pacientes.

CARCINOMA METAPLÁSICO DE MAMA

Drs. F. Ayala, G. Tapia, A. Quintas, F. Domínguez, M. Camus, D. Claure, D. Oddó, I. Goñi, A. León, C. Poblete, Ints. G. Montesinos, V. Bustamante.

Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial. División de Cirugía. Departamento de Anatomía Patológica. Departamento de Radiología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El carcinoma metaplásico es una neoplasia poco frecuente de la mama, con una nomenclatura anatomopatológica no estandarizada y un manejo clínico controversial.

Objetivo: Análisis descriptivo de pacientes con carcinoma metaplásico mamario tratados en nuestra institución.

Materiales y método: Revisión retrospectiva de los

registros clínicos y anatomopatológicos de las pacientes operadas entre 1997 y 2009. Resultados: Se identificaron 11 casos de carcinoma metaplásico de mama en 10 pacientes (1 caso bilateral) de un total de 1244 pacientes operadas por patología maligna (0,9 % del total). Todas las pacientes consultaron por masa palpable. La mediana de edad fue de 63 años (rango de 31 a 79 años). Se realizó mastectomía total en 9 casos y disección axilar en 10. Los diagnósticos histológicos fueron: ocho carcinomas metaplásicos sarcomatoides (tres con componente ductal mas sarcoma, tres con componente escamoso mas sarcoma y tres con componente ductal, escamoso y sarcoma), dos carcinomas metaplásicos escamosos con componente ductal y un carcinoma metaplásico escamoso puro. Todos tuvieron un perfil de receptores triple negativo. La mediana del tamaño del tumor fue de 3,4 cm, con compromiso axilar en el 54% de las pacientes. Una paciente recibió quimioterapia neoadyuvante y nueve pacientes recibieron adyuvancia: quimio y radioterapia en cinco, sólo radioterapia en tres y sólo quimioterapia en una. La mediana de seguimiento fue de 50 meses (rango de 1 a 120 meses). No hubo recurrencia local. Una paciente falleció por enfermedad metastásica y otra falleció por causa no relacionada al cáncer.

Conclusiones: El carcinoma metaplásico es una entidad poco frecuente, que agrupa varios subtipos histológicos con pronóstico clínico incierto. En todas las pacientes de nuestra serie el cáncer se manifestó como un tumor palpable de gran tamaño, con compromiso axilar frecuente. Sin embargo el 80 % de ellas se encuentra libre de enfermedad a la fecha.

FIBROADENOMA EN MAMA AXILAR.

Drs. C. Villalón, A. Donoso, F. Bustos, S. Bühler, H. Rojas, G. Wiedmaier, Al. N. Rosso

Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Introducción: El tejido mamario de localización axilar es una variante de tejido mamario supernumerario, con una incidencia reportada de 2 a 6% en mujeres. Puede desarrollar los mismos procesos que afectan a una mama normal. El fibroadenoma es la neoplasia benigna más frecuente de la mama, que generalmente se presenta como una masa bien circunscrita, indolora, en mujeres jóvenes. Sin embargo, su localización axilar es muy rara, reportándose casos excepcionales en la literatura. A continuación se presenta el caso clínico de una paciente que consultó en nuestro servicio. Resultados: Se presenta caso clínico de una paciente de 36 años sin antecedentes mórbidos de importancia. Consulta por aumento de volumen axilar bilateral de 2 años de evolución posterior a último embarazo. Es evaluada en APS y se solicita mamografía que informa nódulo en región axilar izquierda de 1,5 cm de diámetro catalogado como ACR 3 y Birads 4. Paciente es evaluada en policlínico de patología mamaria, se solicita Ecografía axilar que demuestra nódulo sólido de aspecto heterogéneo, de bordes

bien delimitados sin sombra acústica en axila izquierda de 2 cms, Birads - US 3 y se realiza biopsia core que demuestra fibroadenoma mamario axilar. Se realiza adenectomía axilar bilateral, biopsia informa tumor de tipo fibroadenomatoso en mama axilar izquierda y tejido mamario ectópico en axila derecha.

Conclusión: El tejido mamario ectópico es un hallazgo frecuente en masas axilares, por lo que siempre debe ser considerado como diagnóstico diferencial de un aumento de volumen a nivel axilar. Factores que sugieren el diagnóstico son cambios con el ciclo menstrual y aparición inicial durante el embarazo. Tumores benignos y malignos pueden desarrollarse en él. Es por esto que, pacientes con tejido mamario axilar asintomáticas, deben realizarse el mismo screening que se realiza para tejido mamario normal, incluyendo mamografía y prestando atención a signos de malignidad que puedan presentarse.

QUISTE HIDATÍDICO MAMARIO PRIMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Drs. M. Bustos¹, C. Caceres², M. Cabezas³, D. Rocha³, A. Rojas³, O. Saez³.

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. ²Medico Cirujano UCSC. ³Internos Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis producida por el céstode *Echinococcus Granulosus*, de carácter endémico en nuestro país con tasas de 1.9 por 100.000 habitantes durante el 2007, siendo mayor en zonas rurales. La presentación primaria, sobre el 90% de los casos, es el quiste hidatídico (QH) pulmonar y/o hepático. El QH primario mamario constituye una de las formas más raras de presentación con un 0.27% de los casos. Objetivos: Describir presentación clínica y diagnóstico de paciente con Hidatidosis Primaria de Mama.

Materiales y Métodos: Ficha clínica, exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica, fotografías de piezas de biopsia.

Desarrollo: Paciente sexo femenino, 52 años, con historia de nódulo palpable en mama derecha de 33 años de evolución, sin evidencias de crecimiento, clínicamente benigno. Consulta en Unidad de Patología Mamaria; mamografía muestra imagen de nódulo mamario derecho de aspecto benigno, Birads 3. Ecografía mamaria muestra hallazgos compatibles con formación nodular sólida, 2cm de diámetro, cara interna mama derecha, Birads ecográfico (4a). Procede mastectomía parcial de mama derecha, donde se visualiza tumor bien delimitado, características de fibroadenoma con licuefacción interna. Estudio anátomo-patológico de pieza quirúrgica muestra tejido mamario con quiste hidatídico sin escólices, con signos de involución avanzada y calcificación distrófica multifocal. Post-cirugía se busca causa primaria de hidatidosis; antecedente de madre y 2 hermanas con hidatidosis

pulmonar. Radiografía de tórax y eco abdominal normales, sin signos de hidatidosis. Serología mediante medición IgG, no concluyente. Se diagnostica quiste hidatídico primario de mama derecha.

Discusión: El QH mamario primario es una forma de presentación excepcional de la hidatidosis. No hay otro caso similar en nuestro centro hospitalario a pesar de su grado de endemidad y no encontramos otro caso en la literatura nacional disponible. Su forma de presentación clínica similar a un fibroadenoma, hace la sospecha diagnóstica muy difícil en un principio.

QUISTE RETROPERITONEAL GIGANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Drs. R. Acevedo¹, M. Cabezas², C. Carvajal², D. Rocha²

¹Cirujano Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Hermina Martín de Chillán. ²Interno Medicina, Hermina Martín de Chillán. ²Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: Quiste mesentérico y quiste retroperitoneal son patologías extremadamente raras alcanzando una frecuencia de un caso por cada 250.000 pacientes. La manifestación clínica más frecuente dolor abdominal leve y difuso asociado a aumento de volumen. El conocimiento sobre esta enfermedad es necesario ya que puede presentar síntomas relacionados al crecimiento del quiste, y complicaciones graves como hemorragia, perforación, obstrucción intestinal, malignización, etc., prevenibles con una cirugía oportuna. Objetivos: Describir cuadro clínico de paciente de 41 años que debuta con dolor abdominal inespecífico leve, con diagnóstico de quiste retroperitoneal. Materiales y Métodos: Descripción del cuadro clínico, análisis de antecedentes, ficha clínica, revisión bibliográfica.

Desarrollo: Paciente sexo femenino, 41 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor abdominal leve, tipo cólico, intermitente, asociado a aumento de volumen abdominal, de un año de evolución. Ecografía abdominal evidencia tumor quístico de origen no ginecológico de 5.000 cc. TAC demuestra formación quística de pared fina que ocupa parte importante de la pared abdominal y pélvica que podría corresponder a un quiste mesentérico gigante de 5.000 cc., con hidroureteronefrosis izquierda. Durante la cirugía se aprecia gran quiste retroperitoneal. Al puncionar se extraen 6.500 cc. de líquido claro, se realiza resección de la pared quística la cual no se encuentra adherida a ninguna estructura, salvo peritoneo. La biopsia de líquido resultó negativa para células neoplásicas.

Discusión: El caso expuesto es un ejemplo clásico de la forma de presentación de los quistes retroperitoneales, paciente joven de sexo femenino, con síntomas abdominales inespecíficos asociados a aumento de volumen abdominal. Al examen físico destaca el hallazgo del aumento de volumen

abdominal, el cual lleva a la sospecha diagnóstica; que es confirmada mediante TAC, que es el método de elección para el estudio de esta patología. El tratamiento es la cirugía resectiva la cual en general tiene un buen pronóstico.

TUMOR FILOIDES DE LA MAMA. EXPERIENCIA UNIDAD DE PATOLOGIA MAMARIA HOSPITAL SAN JOSE

Drs. G. Ibañez, A. Marambio, J. Jans, J. Gamboa, P. Adonis, R. Trehwela, T. Tevah, K. Lira, M.J. Aedo, J.P. Marambio

Unidad de Patología Mamaria. Complejo Hospitalario San José. Universidad de Chile. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El tumor filoides (TF) de la mama es una patología de muy baja frecuencia y origen desconocido. A pesar de su clasificación en benignos, borderline y malignos, su comportamiento tiende a ser incierto. Debido a esto su tratamiento sigue siendo controversial.

Objetivo: Describir el manejo del TF en la unidad de patología mamaria de nuestro hospital y sus resultados.

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente las fichas de las pacientes con el diagnóstico de TF, operadas en nuestro hospital entre los años 2001 y 2008. Se analizaron las características clínicas, estudios diagnósticos, tratamiento y resultados. Resultados: Durante este periodo se operaron 12 pacientes por TF. El promedio de edad fue de 42±15,8 años (16-64) y habitualmente la forma de presentación fue nódulo palpable indoloro. Tanto la mamografía como la ecografía fueron incapaces de sugerir el diagnóstico. Ocho pacientes tenían biopsia core, la cual dió el diagnóstico de TF en 5, mientras que en las otras 3 resultó fibroadenoma. Todas las pacientes fueron sometidas a mastectomía parcial. En seis pacientes resultó ser TF benigno, en dos borderline y en dos maligno. Estas últimas dos pacientes recibieron radioterapia adyuvante. Al término de este estudio 2 pacientes habían recidivado a los 12 y 35 meses (borderline y benigno respectivamente). No hubo casos de metástasis linfáticas ni a distancia.

Conclusiones: El TF tiene una baja frecuencia de presentación, su diagnóstico preoperatorio es difícil recomendándose la biopsia core, sin embargo suele confundirse con el fibroadenoma. El manejo con mastectomía parcial y bordes negativos tuvo una recidiva del 15% en esta serie. La radioterapia adyuvante es útil en disminuir la recidiva en los TF malignos.

TUBERCULOSIS MAMARIA PRIMARIA EN PACIENTE SEXO MASCULINO: REPORTE DE UN CASO.

Drs. Wladimir Tobar¹, José Salinas¹, María Mañana², Constanza Rojas² y María Eugenia Bravo²

¹ Becario Cirugía General, Sede Occidente, Universidad de Chile. ³ Unidad de Patología Mamaria, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: La tuberculosis aún persiste con baja frecuencia en nuestro país. La tuberculosis mamaria es una rareza, siendo la mayoría de los casos reportados de causa secundaria y en mujeres. El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso de tuberculosis mamaria primaria en un paciente de sexo masculino tratado en nuestro centro.

Material y Método: Análisis de la ficha clínica y seguimiento del paciente en el policlínico de la UPM del H. San Juan de Dios.

Resultados: Paciente de 48 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos. Consulta por aumento de volumen en cuadrante inferointerno de mama izquierda (CII-MI) asociado cambios inflamatorios de piel subyacente de un mes de evolución. Evaluado en atención primaria recibe tratamiento con flucloxacilina por 7 días sin respuesta. Se solicita ecografía mamaria que muestra abscesos indeterminados a profundidad en CII-MI. Derivado a Urgencia donde se drena escaso material purulento y se continua tratamiento antibiótico. Persiste con dolor intenso, induración edema y exposición de tejido subcutáneo por lo que es derivado a nuestra unidad. Al ingreso se constata lesión exofítica 2x7cm, indurada, con cambios de coloración de piel circundante. Adenopatías +/- 1cm axilar izquierda. Exámenes hematocrito 45%, leucocitos 11400, neutrófilos 5200, linfocitos 1900, VHS 7. Pruebas hepáticas normales, proteínas plasmáticas normales, función renal normal. Dg: Obs. Cáncer de mama Izquierdo T4N1Mx. En Comité se decide estudio de diagnóstico diferencial, se solicita evaluación broncopulmonar, BCG y biopsia de lesión. Evaluación Broncopulmonar: sin evidencia de TBC de localización pulmonar. BCG: positivo 21 mm. Biopsia excisional de lesión: Biopsia: Dermohiperdermosis crónica granulomatosa con supuración, Directo: Con tinción RAS y Ziehl Nielsen no se observan bacilos alcohol resistente. Cultivo positivo TBC. Se inicia tratamiento, con buena respuesta. **Conclusión:** La tuberculosis mamaria primaria es una rareza en ambos sexos. El diagnóstico es difícil y requiere alto índice de sospecha. Con tratamiento adecuado tiene buen pronóstico.

SARCOMA DE EWING: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. M. Schiller, J. Schiller, H. Rojas, F. Contreras, C. Cortés. Int. F. Oppliger, B. Riesco.

Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: El Sarcoma de Ewing pertenece a la familia de tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET), los que se incluyen dentro de un grupo de neoplasias formadas por "células redondas azules de pequeño tamaño". Este aparece estructuras óseas, disminuyendo su probabilidad en otros tejidos. **Objetivo:** Presentar un caso clínico junto a una revisión de la literatura.

Métodos: Se revisó la ficha clínica de la paciente, citándose a una entrevista actual. La revisión de la literatura se realizó mediante PUBMED seleccionándose 7 trabajos científicos relacionados, no se halló ningún trabajo nacional acerca del tema. Se comparó la información obtenida de nuestro paciente y su manejo, con la descrita en la literatura. **Resultados:** Mujer de 54 años Consulta por 6 años de evolución de aumento de volumen progresivo y recidivante (resecado en 4 oportunidades, sin biopsia) en región infraclavicular derecha. Ingresa con tumor de 20cm de diámetro. Se realiza biopsia incisional que muestra tumor maligno. Se realiza cirugía resectiva con margen amplio macroscópico y cierre primario La evaluación histológica e inmunohistoquímica informa Sarcoma de Ewing/Tu Neuroectodérmico primitivo de partes blandas. Frente a esto se decide terapia complementaria con radioquimioterapia. Actualmente paciente viva, sin evidencia de recidiva local o a distancia tras 8 meses de seguimiento.

Se analizaron siete publicaciones acerca del Sarcoma de Ewing, cuatro reportes de caso y tres estudios retrospectivos. Tumores extremadamente infrecuentes, se localizan fundamentalmente en estructuras óseas.

Etiología desconocida. Más frecuente en la segunda década de vida y en hombres aunque en partes blandas suelen ser más tardíos y sin diferencias de sexo. Las series revisadas admiten tratamiento quirúrgico con o sin radioterapia postoperatoria asociada a poliquimioterapia. La sobrevida es muy pobre (33% a los 5 años).

Conclusiones: Los Sarcomas de Ewing son tumores infrecuentes, deberán ser sospechados especialmente en neoplasias con patrones morfológicos y de crecimiento poco habituales.

Poster: TRAUMA.

ROTURA DIAFRAGMÁTICA AGUDA: MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO *Drs. G. Wiedmaier, C. Villalón, C. Cavalla, M. Zink, E. Villalón, J. Giordano*

Servicio de Urgencia, Clínica Alemana de Santiago.
Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica
Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: La Hernia diafragmática traumática tiene una incidencia reportada de un 0,8 a 1,6% de pacientes hospitalizados por trauma contuso y hasta un 8% de hallazgo en pacientes con trauma en que se realiza exploración quirúrgica. Tendrían hasta un 100% de lesiones asociadas, lo que ha justificado que clásicamente se ha abordado con una técnica abierta. En los últimos años se ha visto un aumento del abordaje mínimamente invasivo. Se reporta el video del manejo laparoscópico de una paciente con hernia diafragmática traumática.

Caso Clínico: Mujer de 69 años, con antecedente de Cáncer de mama operado y QT y RT, conductora en accidente de tránsito de mediana energía, usando cinturón de seguridad, recibe impacto en región tóraco-abdominal anterior. Ingresa a Servicio de Urgencia de Clínica Alemana, sin compromiso de consciencia, hemodinámicamente estable, refiere dolor esternal y de hombro izquierdo, destacando al examen físico una disminución del murmullo pulmonar basal izquierdo. Rx y TAC de Tórax y abdomen evidencian ocupación del hemitórax izquierdo por vísceras abdominales, escaso líquido libre intraabdominal, sin otras lesiones. Se realizó una laparoscopia exploradora y reparación diafragmática con material irreabsorbible y se instaló pleurostomía. Evoluciona en buenas condiciones, se retira pleurostomía al cuarto día y es dada de alta en buenas condiciones.

SÍNDROME DE INTESTINO CORTO POR TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE. A PROPOSITO DE UN CASO

*Drs. ¹C. Marín, ¹L. Ventimiglia, ¹R. Zurama,
²A. Campos, ²B. Hernández.*

Departamento de Cirugía, Hospital Universitario Antonio
Patricio de Alcalá. Cumana, Venezuela. ¹Cirujano General.
²Residentes del Postgrado de Cirugía R3

Introducción: Se denomina síndrome de intestino corto, cuando condiciones como la diarrea, tránsito intestinal acelerado, malabsorción, la pérdida de peso y el desgaste muscular están asociadas con la pérdida o disfunción del intestino delgado, debido a la resección del mismo. En adultos las resecciones extensas se realizan más a menudo por lesiones

vasculares del intestino delgado. Las causas infrecuentes en adultos son: la enteritis regional, traumatismo abdominal, carcinoma primario o metastásico y enteropatía por radiación. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 30 años, quien presentó herida por arma de fuego en epigastrio con exposición de epiplón. Examen físico: paciente en regulares condiciones, hemodinámicamente estable, abdomen: herida por proyectil de arma de fuego (tipo escopeta) en epigastrio con exposición de epiplón, doloroso a la palpación, es ingresado con Idx: 1. Herida por proyectil de arma de fuego penetrante a cavidad abdominal, complicada con evisceración. Con dichos diagnósticos es llevado a mesa operatoria encontrándose como hallazgos: 2000cc hemoperitoneo, múltiples lesiones de asa delgada grado V a 30, 60, 80, 180, 210 de asa fija y una a 10cms de la válvula ileocecal, lesiones grado I cuarta porción del duodeno lesión grado V de colon ascendente; conducta: evacuación del hemoperitoneo, resección en bloque de asa delgada hasta colon ascendente (20cm desde asa fija a 10cm del ángulo hepático del colon) y se confecciona anastomosis termino-terminal yeyuno ascendente en 2 planos, rafia de lesiones duodeno, se dejan 2 drenes aspirativos, es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde permanece 2 días recibiendo tratamiento con antibioticoterapia, Profenid, Omeprazol, Vitamina K, Concentrado globulares, el paciente es egresado de UCI por evolución satisfactoria y trasladado a cirugía blanda, se anexa al tratamiento Nutrición Parenteral total con la cual permanece 12 días, sales de rehidratación oral, Progestimil, Loperamida y dieta de absorción proximal que es iniciada el día 6 del postoperatorio. Paciente con 5 evacuaciones líquidas diarias en abundante cantidad con una pérdida de 3kg en un mes, paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado con tratamiento médico (antibioticoterapia, loperamida, dietas de absorción proximal) y citas por consulta mensual, actualmente con un año de postoperado con evolución satisfactoria, evacuaciones pastosas 3 veces al día, con un peso de 70kg, anteriormente pesaba 90kg.

Conclusión: El SIC es una forma de falla intestinal en la que se pierde la función de segmentos importantes del intestino y si conocemos bien su fisiopatología y cómo manejar el aporte nutricional podemos tratar de evitar las complicaciones y lograr una mejor calidad de vida en estos pacientes.

DRENAJE PERCUTÁNEO ASOCIADO A STENT PANCREÁTICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS COLECCIONES PERIPANCREÁTICAS POST TRAUMÁTICAS
Drs. N. Lasagna R.¹, R. Lasagna G.¹, G. Chong¹, Al.: A. Clos².

¹Hospital Clínico Mutual de Seguridad. ²University of Texas, Medical Branch.

Las colecciones peripancreáticas post traumáticas secundarias a tratamiento conservador o subevaluaciones durante laparotomías de urgencia, son debidas a secreciones pancreáticas que drenan anormalmente desde un conducto lesionado. El diagnóstico se documenta con estudio enzimático del líquido extravasado. Su manejo puede ser 1.- Conservador, que comúnmente es seguido de una estadía hospitalaria prolongada. 2.- Quirúrgico, el que por lo general es acompañado de un índice elevado de complicaciones o 3.- Asociación de drenaje percutáneo y stent pancreático, en forma más rápida y con menos riesgos para el paciente. Damos a conocer un caso atendido en nuestra

institución donde se utilizó la modalidad de tratamiento asociada con resultados satisfactorios. Hombre de 54 años de edad con el antecedente de haber caído desde altura sobre un andamio, fue ingresado de urgencia a un centro cercano al accidente, en éste fue reanimado incluyendo para ello realización de una laparatomía de urgencia, esplenectomía e instalación de drenaje en espacio subfrénico izquierdo. Al 4° día de su posoperatorio se traslado a nuestro Hospital para lo cual aquel fue retirado.

Al ingreso se práctico estudio imagenológico abdominal que demostró colección retrogástrica, la que sometida a conducta conservadora mostró aumento en sus dimensiones. Decidiendose instalar drenaje percutáneo bajo Tomografía Axial Computarizada (TAC). El estudio del líquido indicó enzimas elevadas. Al resolverse parcialmente la situación, se efectuó pancreatoponancia evidenciándose lesión del conducto pancreático, por lo que se colocó mediante endoscopia un stent pancreático con lo que la complicación fue resuelta en forma eficiente y permanente.

Poster: TORAX.

TUMOR DE MEDIASTINO ANTEROSUPERIOR QUE COMPRIME VIA AEREA-RESOLUCION QUIRURGICA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Drs. Manuel Lillo¹, Luis Aguilera¹, Rodrigo Matamala¹, Mauricio Fica¹, Gerardo Mordojovich², Virginia Linacre², Marco Salazar³, Janira Rojas⁴, Matías Arancibia⁵, José Tapia⁶.

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile. ² Instituto Nacional del Tórax. ³ Hospital Salvador. ⁴ CES Recoleta. ⁵ Universidad de Santiago de Chile. ⁶ Universidad Diego Portales.

Objetivo: Reporte de caso clínico, paciente con tumor de mediastino anterosuperior, que comprime vía aérea, proceso diagnóstico y resolución quirúrgica.

Caso clínico: FCM, 77 años, sexo femenino, antecedentes de Hipertensión arterial, taquicardia paroxística; cuadro 1 mes de evolución: tos seca y disnea que progresa hasta el reposo reposo. Es tratada inicialmente, en su Hospital de origen, como neumonía; el control radiológico y tomo-gráfico, demostró un tumor de mediastino anterosuperior y medio, dependiente del lóbulo tiroideo derecho; siendo derivada al Instituto Nacional del Tórax. En el estudio destaco: leucocitosis, VHS y PCR elevadas, eutiroides; ecocardiograma: sin hallazgos significativos. En la exploración quirúrgica destaca: abordaje por cervicotomía trans-versa más esternotomía media, encontrándose un tumor de 9 cm., dependiente del lóbulo tiroideo derecho, que se extiende hacia mediastino medio y posterior, infiltrando macroscópicamente esófago y traquea; la resección se efectuó en el borde de estos. El estudio anatomopatológico demostró un Carcinoma Anaplásico del Tiroides, con áreas de carcinoma pobremente diferenciado, de tipo insular y áreas de carcinoma papilar, variante folicular, con margen quirúrgico comprometido. Evolución postoperatoria favorable, sin disnea ni precordalgia, evaluada por Endornología y derivada a Instituto Nacional del Cáncer, para completar manejo.

Discusión: El Carcinoma anaplásico del tiroides, corresponde a una variedad de tumores malignos, con una frecuencia menor al 1%, de todos los cánceres de este órgano; su comportamiento es muy agresivo, con acelerado crecimiento; la supervivencia promedio, varía entre 3 y 7 meses; la muerte, generalmente ocurre como consecuencia de la compresión infiltración de órganos vecinos (traquea y esófago principalmente). Su tratamiento, es fundamentalmente paliativo, incluyendo, entre otros: traqueostomía, gastrostomía y manejo del dolor. En el presente caso, existía una demostrada compresión de vía aérea, de rápida progresión, lo que motivo su pronta resolución quirúrgica.

MANEJO DEL HEMOTÓRAX

Drs. Lorena Pérez S., Luis Sierra C., Luis Felipe Puelma C., Francisco Dubournais R., Roberto Balocchi M., Felipe Aguila B., Macarena Maza A., Constanza Monsalve C.

Universidad Católica del Maule. Hospital Regional de Talca.

El hemotórax definido como la presencia de sangre en la cavidad pleural, continúa siendo una importante causa de morbimortalidad sobre todo en relación al trauma torácico. El objetivo del trabajo es analizar comparativamente las etiologías y resultados de las distintas estrategias terapéuticas en el manejo del hemotórax. **Material y métodos:** Se hizo una revisión de todas las fichas clínicas de los 44 pacientes intervenidos con diagnóstico preoperatorio de hemotórax entre los meses de Enero 2003 a Diciembre 2008. **Resultados:** El 89% de los hemotórax son de causa traumática, debidos en su mayoría a trauma abierto 62% y dentro de estos a arma blanca. El trauma cerrado 38% se debe principalmente a accidentes vehiculares. Otras causas menos frecuentes fueron neumonía necrotizante, Sd de Boerhave, neumomediastino espontáneo, postquirúrgicas y post procedimientos invasivos. El 54% de los pacientes fueron manejados inicialmente con pleurostomía (n=24) y 42% de ellos presentaron complicaciones que requirieron una intervención mayor. El 45% de los pacientes se realizó una VTC solo 1 de ellos requirió una toracotomía para el manejo del hemotórax y no se registraron otras complicaciones postoperatorias. De los pacientes que necesitaron una toracotomía para el manejo definitivo del hemotórax que corresponde al 36% de la serie (n=16), el 50% había sido tratado previamente con una pleurostomía. La morbilidad y mortalidad encontradas coincide con lo publicado en otras series.

CIRUGÍA DE LA HIDATIDOSIS PULMONAR

Drs. Lorena Pérez S., Luis Sierra C., Luis Felipe Puelma C., Francisco Dubournais R., Roberto Balocchi M., M. Esperanza Selamé R., Constanza Osorio I., Dominique Agurto G.

Universidad Católica del Maule. Hospital Regional de Talca.

La cirugía del quiste hidatídico pulmonar sigue siendo frecuente en los servicios que tratan poblaciones rurales.

El objetivo del trabajo es mostrar la experiencia del Servicio de Cirugía del tratamiento quirúrgico que se utiliza para el manejo de esta enfermedad y sus distintas maneras de presentación en la actualidad. Se analizaron 56 casos que correspondían al total de los pacientes operados de hidatidosis pulmonar

entre enero del 2003 a diciembre del 2008 en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Talca. El diagnóstico aún tiene su pilar en la clínica y radiografía de tórax, apareciendo esta vez a diferencia de estudios previos el TAC de Tórax como instrumento de evaluación en casi la mitad de los casos. El 65% de los pacientes requirió una cirugía de urgencia al momento del diagnóstico.

El 23% de los casos coexistía la enfermedad hepática. El abordaje habitual se realiza por toracotomía posterolateral en la totalidad de los casos, continúa siendo a la vez la cirugía conservadora quistectomía (78%) y resección segmentaria atípica (16%) el tratamiento de elección. Las complicaciones fueron descritas en un 14% (n=8) de los pacientes y a diferencia de estudios previos hay un caso de mortalidad.

PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL SECUNDARIA A LESIÓN DE NERVIIO FRÉNICO POR ARMA DE FUEGO: REPORTE DE UN CASO.

Drs. A. Ramírez, A. Palma, E. Aviles, L. Villarroel
Sección Cirugía de Tórax, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La parálisis diafragmática unilateral es una condición infrecuente, secundaria en la mayoría de los casos a invasión del nervio frénico por un cáncer pulmonar o a lesiones post quirúrgicas. Infrecuentemente la lesión del nervio frénico se debe a una lesión traumática no quirúrgica. **Objetivo:** Reportar el caso de 1 paciente con parálisis diafragmática unilateral secundaria a trauma por arma de fuego. **Materiales y Métodos:** Se revisó la ficha clínica, el protocolo operatorio, y los exámenes de radiología del paciente. **Resultados:** Paciente hombre de 78 años, con antecedente de hipertensión, insuficiencia cardiaca en capacidad funcional II, arritmia completa por fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante vía oral, y asma moderada en tratamiento con broncodilatador y corticoides inhalatorios. Consulta por cuadro de 5 años de evolución de disnea progresiva hasta capacidad funcional IV, no explicada por deterioro de su insuficiencia cardiaca ni asma. Al examen físico destacó cicatriz paraesternal izquierda infraclavicular, y ausencia de murmullo pulmonar y matidez en la base pulmonar izquierda. El paciente refirió que en su niñez, mientras jugaba con una escopeta, se autoinfringió una herida por arma de fuego en la zona de la cicatriz descrita, y que recibió sólo atención ambulatoria. La radiología evidenció gran ascenso del hemidiafragma izquierdo, asociado a imagen compatible con una bala paramediastínica izquierda. Se discutió con el paciente los riesgos y beneficios de una resolución quirúrgica, quien aceptó la cirugía. Se realizó plicatura diafragmática izquierda por toracotomía, sin incidentes. El paciente es dado de alta a la semana en buenas condiciones, y en capacidad funcional II. **Conclusión:** Nuestro paciente

con parálisis diafragmática secundaria a lesión del nervio frénico por arma de fuego, respondió de buena forma a la frenoplicatura, mejorando su capacidad funcional. Hasta donde sabemos, este es el primer caso de estas características reportado en el mundo.

EMPIEMA PLEURAL CAUSADO POR TRICOMONAS. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. A. Ramírez, A. Palma, E. Aviles, L. Villarroel
Sección Cirugía de Tórax, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La formación del empiema pleural se caracteriza por la observación de bacterias en la tinción de Gram, o la aspiración de pus en la toracocentesis. Muy infrecuentemente el empiema puede ser causado por alguna especie de tricomonas. **Objetivo:** Reportar el caso de 1 paciente con empiema pleural causado por tricomonas, y revisar la literatura disponible.

Materiales y Métodos: Se revisó la ficha clínica, el protocolo operatorio, y los exámenes de radiología del paciente. **Resultados:** Paciente hombre de 51 años, con antecedente de tabaquismo de 40 paquetes-año, que ingresó al hospital con un cuadro de 3 días de evolución compatible con una neumonía basal derecha. En el examen físico destacó un murmullo pulmonar disminuido y la presencia de matidez en la base pulmonar derecha. La radiografía y la tomografía axial computada de tórax mostraron un derrame pleural en el hemitórax derecho, asociado a una neumonía basal derecha. Se realizó toracocentesis, drenando pus. Posteriormente se realizó una pleurostomía. El análisis citoquímico del líquido pleural mostró bacterias y protozoos flagelados abundantes compatibles con tricomonas, por lo que se inició tratamiento antibiótico con metronidazol endovenoso. El cultivo bacteriano resultó negativo. A pesar del tratamiento el paciente evolucionó de forma tórpida, por lo que se realizó una toracotomía más aseo de la cavidad pleural y decorticación pulmonar. A los 21 días de hospitalización el paciente fue dado de alta, en buenas condiciones. **Conclusión:** El empiema pleural causado por tricomonas es una patología rara, de incidencia desconocida y significancia patogénica incierta. *Trichomonas Tenax* parece ser la causa más común, sin embargo su tipificación es dificultosa y de cuestionable valor en la práctica clínica. Nuestro paciente respondió parcialmente al tratamiento con metronidazol, necesitando decorticación pulmonar para una recuperación completa. Hasta donde sabemos, este es el primer caso de empiema pleural causado por tricomonas reportado en Chile.

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS DEL NODULO PULMONAR SOLITARIO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA.

Drs. F. Rivas, G. Mordojovich, R. Berríos, J. Zamarrín
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea - Universidad de Valparaíso.

Introducción: Nodulo pulmonar solitario se define como una lesión pulmonar única, menor a 3 cm de diámetro y ubicada en parénquima sano. Su importancia radica en la pesquisa precoz del cáncer pulmonar. **Objetivo:** Evaluar características clínicas, radiológicas e histológica de los pacientes con diagnóstico de nodule pulmonar solitario (NPS) estudiados mediante cirugía. Se evaluará además el resultado quirúrgico en relación a tiempo de hospitalización, días de drenaje y complicaciones. **Método:** Trabajo retrospectivo. Se enrolaron todos los pacientes con diagnóstico de NPS y que fueron sometidos a cirugía entre Enero de 2000 y Mayo de 2009. Se registraron datos demográficos, tabaquismo en paquetes/año, tamaño y ubicación del nodule en el scanner de tórax y tipo histológico. Además se registro el tipo de cirugía, días de hospitalización, drenaje y complicaciones asociadas.

Resultados: Se enrolaron en el estudio 43 pacientes. La edad promedio fue de 60,6 años. El 46,5% fueron de sexo femenino. El tamaño imagenológico promedio fue de 1,4 cm (rango 0,5- 3 cm). La ubicación más frecuente fue en el LSD y LID en un 26,3% respectivamente. El abordaje quirúrgico consistió en toracotomía en un 46,2% de los casos, VTC asistida en un 25,6% de los casos y VTC exclusiva en un 28,2%. De la serie sólo 3 pacientes requirieron lobectomía. Del resultado histológico un 14% fueron tumores malignos primarios del pulmón, 11,6% fueron tumores malignos secundarios y el 74,4% fueron benigno. El tamaño promedio de los nodulos a la histología fue de 1,2 cm (rango 0,4-3,5) sin diferencia significativa respecto al tamaño imagenológico ($p=0,9$). El promedio de días de drenaje pleural fue de 2. El promedio de días de hospitalización fue de 3,8 (rango 1-9 días). Se presentaron complicaciones en 2 pacientes. No se registraron muertes. **Conclusión:** El estudio adecuado del nodule pulmonar permite el hallazgo oportuno del cáncer del pulmón mediante una técnica quirúrgica segura y de corta hospitalización.

TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO POR VTC EN PRIMER EPISODIO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE

Drs. F. Rivas, G. Mordojovich, R. Berríos, J. Zamarrín
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El neumotórax espontáneo primario (NEP) es una patología que principalmente afecta a pacientes jóvenes. Su incidencia se describe en 5-10 pac. por 100.000 hab. y una tasa de recidiva de hasta un 30% en el primer episodio.

Objetivo: Presentar la experiencia del manejo quirúrgico del NEP durante el primer episodio en el Hospital de la Fuerza Aérea.

Método: Estudio retrospectivo. Se enrolan todos los pacientes con diagnóstico de NEP desde Diciembre de 2005 hasta Junio de 2009. Todos los pacientes fueron intervenidos mediante Video Toracoscopía (VTC) con resección de bulas en segmento afectado y pleurodesis. Se registran días de drenaje, días de hospitalización, tasa de complicaciones, mortalidad y recidiva. **Resultados:** Se evaluaron un total de 18 pacientes con diagnóstico de NEP, de los cuales 16 (88,2%) eran hombres y 2 mujeres. Respecto a la lateralidad, 58,8% de los casos fueron derechos, 41,2% izq. El promedio de cargas de stapler utilizadas fue de 2. El promedio de tiempo operatorio fue de 31,8 minutos (15- 60 minutos). Los días promedio de uso de drenaje y hospitalización fueron de 1,6 días y 1,9 días respectivamente. No se encontraron complicaciones asociadas a este procedimiento y sólo un caso de recidiva en un periodo de seguimiento promedio de 23,9 meses (5- 42 meses). Todas las piezas resecadas se enviaron a biopsia confirmando la presencia de bulas subpleurales en los segmentos comprometidos. **Conclusión:** Según nuestros resultados el manejo del NEP en el primer episodio mediante VTC es un técnica segura con bajas complicaciones y recidiva, que permite además una hospitalización abreviada.

BILITÓRAX SECUNDARIO A QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN TRÁNSITO AL TÓRAX. REPORTE DE UN CASO.

F. Suárez¹, M. Salazar¹, V. Linacre², M. Fica², J. Egaña³

¹Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile.

²Instituto Nacional del Tórax. ³Universidad de Los Andes.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad endémica, de predominio en zonas ganaderas. Chile tiene una incidencia de 2,2/100.000 habitantes. La ruptura intratorácica, de un quiste hidatídico hepático es una complicación ominosa. El diagnóstico es complejo, requiriéndose un alto índice de sospecha para realizar un tratamiento oportuno, que es quirúrgico, pudiendo realizarse por vía torácica exclusiva o abdominal y torácica en forma simultánea. Se presenta el caso de un paciente con bilitórax secundario a un quiste hidatídico hepático complicado, en tránsito al tórax.

Caso Clínico: Mujer de 35 años, rural, con antecedente de quiste hidatídico hepático operado a los 9 años. Su cuadro actual comienza con dolor pleurítico derecho, asociado a disnea progresiva. Se realiza imágenes que muestran derrame pleural derecho extenso. Se deriva a nuestro centro, realizándose toracocentesis diagnóstica, con salida a abundante líquido amarillo turbio y membranas sugerentes de quistes hidatídicos. TAC toracoabdominal muestra quiste hidatídico hepático

en tránsito y derrame pleural derecho. Se decide cirugía en dos tiempos. En el tiempo torácico se encuentra empiema pleural derecho bilioso con múltiples vesículas hijas y membranas, evidenciándose un quiste hidatídico en tránsito transdiafragmático, roto a espacio pleural derecho. Se realiza aseo, decorticación pleuropulmonar y frenorrafia del defecto producido por el quiste. Durante el mismo evento anestésico se realiza el tiempo abdominal encontrándose gran quiste en segmentos 1-5-6 que contacta el diafragma. Se realiza periquistectomía respetando el plano del diafragma. La paciente evolucionó favorablemente del punto de vista torácico y abdominal.

Discusión: El quiste hidatídico en tránsito es una entidad inhabitual que requiere una adecuada estrategia de trabajo, con un enfrentamiento quirúrgico multidisciplinario. Este caso muestra que el abordaje en 2 tiempos por vía torácica y abdominal es una forma adecuada de enfrentar este tipo de situaciones, y el diagnóstico imagenológico fundamental para un adecuado plan quirúrgico.

LEIOMIOSARCOMA DE MEDIASTINO CON COMPROMISO DEL SISTEMA VENA CAVA SUPERIOR

Drs. Roberto González L., Rafael Prats M., Claudio Cifuentes V., David Lazo P., Raimundo Santolaya C., Patricio Rodríguez D.

Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: Los tumores del mediastino pueden tener múltiples formas de presentación y diversos orígenes anatomopatológicos, a veces alcanzan gran tamaño y pueden comprometer por compresión o infiltración el sistema de la vena cava superior. Objetivos: Presentar un caso de leiomioma de mediastino que comprometía el sistema de la vena cava superior y discutir las distintas alternativas terapéuticas y manejo de tumores que comprometen el sistema de la vena cava superior de 48 años que consultó por disnea, cefalea y palpitations en decúbito de 2 meses de evolución. En radiografía de tórax y tomografía computada de tórax se demostró un gran tumor de mediastino anterior, el estudio anatomopatológico mediante biopsia trucut concluyó leiomioma. Se realizó tratamiento quirúrgico resecando gran masa tumoral que comprometía el sistema de la vena cava superior siendo necesario ligar y resecar tronco venoso braquiocefálico izquierdo o innominado y reparar la vena cava superior con parche de pericardio autólogo. El nervio frénico derecho se encontraba comprometido en la masa tumoral y se resecó junto con el tumor. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta al décimo primer día post operado. El estudio de anatomía patológica de la pieza operatoria confirmó un leiomioma de 3.100 gramos, con márgenes libres de tumor. Se completó tratamiento con radioterapia post operatoria. A los 3 meses post operados el

paciente se encuentra en buenas condiciones generales y sin síndrome de vena cava superior. Conclusión y discusión: Los leiomiomas de mediastino son extremadamente infrecuentes, pueden alcanzar gran tamaño y su tratamiento es quirúrgico. Existen múltiples alternativas quirúrgicas para reparar el sistema de la vena cava superior cuando éste se encuentra comprometido por lesiones tumorales.

ANEURISMA INTERCOSTAL IZQUIERDO POST TRAUMÁTICO FISTULIZADO A VENA ÁCIGOS

Drs. Roberto González L., Raimundo Santolaya C., David Lazo P., Carlos Loyola R., Rafael Prats M., Patricio Rodríguez D.

Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: Los traumatismos torácicos pueden presentar distintas y variadas complicaciones tardías. Los aneurismas y pseudo aneurismas post traumatismo penetrante torácico son infrecuentes. Objetivos: Presentar un caso de aneurisma intercostal post traumático fistulizado a vena ácigos y discutir su manejo.

Caso clínico: Hombre de 29 años que hace dos años sufrió herida con arma corto punzante en hemitórax izquierdo en el quinto espacio intercostal paravertebral. Se trató con sutura primaria de la lesión. Consultó por dolor torácico izquierdo y en la tomografía computada de tórax con reconstrucción tridimensional se demostró una lesión compatible con un aneurisma intercostal izquierdo fistulizado a la vena ácigos; la comunicación con la vena ácigos se encontraba entre la aorta torácica y la columna vertebral. Se abordó por videotoracoscopia, pero no se logró identificar arteria intercostal para control vascular, por esto se convirtió a toracotomía. Se identificó la arteria intercostal comprometida y su comunicación con vena ácigos resecando aneurisma. El paciente evolucionó sin incidentes y fue dado de alta al sexto día post operatorio; el estudio de anatomía patológica confirmó lesión compatible con aneurisma intercostal. A 4 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático.

Conclusión y discusión: Los aneurismas intercostales son infrecuentes y se han descrito en relación a coartación aórtica, neurofibromatosis y post traumáticos. Se recomienda tratarlos porque pueden complicarse con rotura.

UTILIDAD DE LA BIOSPIA PERCUTÁNEA CON AGUJA TRU-CUT GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) EN LESIONES PULMONARES

Drs. N. Ahumada¹, C. Besa², A. Huete², M. Bogado³, F. Cruz², A. O'Brien², R. Oyanedel².

¹ Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Departamento de Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³Médico Cirujano, Magíster en Salud Pública Mención Epidemiología, Chile.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico y potenciales complicaciones de la biopsia core percutánea guiada por TC en lesiones pulmonares. **Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de 130 biopsias percutáneas con aguja trucut guiadas por TC de lesiones pulmonares realizadas en nuestro hospital desde Enero del 2004 a Junio del 2009. Se analizaron los datos demográficos, la efectividad, sensibilidad (S) y especificidad (E) de la técnica. Se analizó la incidencia de complicaciones y su relación con el diámetro y profundidad lesional. **Resultados:** La edad promedio fue de 65,58 ± 14,6 años, con 69 hombres (53%) y 61 mujeres (47%). El diagnóstico final fue maligno en 117 casos (90%) de estos la biopsia mostró; 81 (62,3%) tumores broncogénicos primarios, 23 (17,7%) metástasis, 2 (1,5%) linfoma, 1 (0,8%) necrosis tumoral y 10 (7,7%) alteraciones inespecíficas sin evidencias de neoplasia (falsos negativos).

Para lesiones malignas la efectividad de la técnica fue de un 89% y S y E de 88,4% y 100% respectivamente. No hubo falsos positivos en nuestra serie.

Se observó neumotorax en 18 pacientes (13,8%) y en 7 (5,4%) fue necesario instalar un tubo de drenaje. No complicaciones hemorrágicas. Se demostró una relación entre mayor profundidad lesional y la presencia de complicaciones ($p < 0,01$). **Conclusión:** La biopsia core percutánea en lesiones pulmonares es un procedimiento seguro, que provee un diagnóstico definitivo en la mayoría de los pacientes con lesiones malignas evitando resecciones quirúrgicas innecesarias en etiologías benignas y en pacientes no candidatos a tratamiento curativo.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO DIAFRAGMÁTICO. REPORTE DE UN CASO.

Drs. J. M. Martínez¹, F. Navarro², M. Olgún¹.

¹ Cirujanos, Servicio de Cirugía, Hospital de Quilpué.

² Interna de Medicina, Universidad del Mar Hospital de Quilpué, Universidad del Mar.

Introducción: El Tumor Fibroso Solitario es un tumor poco frecuente, el cual tradicionalmente se ha asociado a un origen mesotelial (mesenquimal), por lo cual su presentación más característica es en relación a membranas serosas. Es considerado un tumor benigno de crecimiento lento, el que puede ser asintomático o presentarse con diversas manifestaciones clínicas según su ubicación o síntomas sistémicos.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con un tumor fibroso solitario de ubicación no serosa, situado en el hemidiafragma izquierdo. **Descripción del caso:** Paciente mujer de 51 años, sin mórbidos, presenta cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por dolor epigástrico asociado a molestias inespecíficas, por lo cual consulta en múltiples oportunidades, diagnosticándose trastorno funcional digestivo; sin

embargo las molestias persisten en los meses siguientes, asociándose a aumento de volumen en hipocondrio izquierdo, en virtud de lo cual consulta nuevamente. Se realiza Ecotomografía y TAC de abdomen y pélvis, los que informan masa compleja retroperitoneal, que desplaza lóbulo hepático izquierdo y bazo, cuya morfología radiológica es compatible con sarcoma. Se realiza laparotomía exploratoria, en la que se constata masa tumoral de 25 cms de diámetro, que desplaza estómago, bazo y riñón izquierdo, sin comprometer estos órganos. Presenta pedículo de 8 cms dependiente del diafragma izquierdo. Se realiza sección y ligadura del pedículo, dando lugar a extracción íntegra de la masa tumoral. El estudio histopatológico de la pieza demostró la presencia de un Tumor Fibroso Solitario del diafragma izquierdo.

La paciente se manejó exclusivamente con cirugía, evolucionando de manera favorable hasta la fecha, sin recidivas locales del tumor.

Conclusiones: El Tumor Fibroso Solitario, de presentación más habitual en relación a membranas serosas, puede tener otras formas de presentación y ubicaciones, debido a su celularidad de origen mesenquimal.

CARCINOSARCOMA PULMONAR: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. M. Rojas G.¹, O. Iribarren B.¹, M. Barra M.¹, J. Madariaga G.², F. López³

¹Servicio de Cirugía, Hospital Coquimbo. ²Anatómo Patólogo, Hospital Coquimbo. ³Interna de Medicina, Universidad Católica del Norte.

El carcino sarcoma pulmonar representa un tipo infrecuente de cáncer no células pequeñas de pulmón y no alcanza a más del 0.1 al 0.3% del total de cánceres pulmonares. Se caracteriza por presentarse como grandes masas centrales o periféricas e incluso de localización endobronquial. Aparece fundamentalmente en adultos y el componente histológico que lo singulariza es una mezcla de elementos carcinomatosos epidermoides y fusiformes sarcomatosos. El tratamiento de los carcinosarcomas pulmonares no difiere del de otros tumores pulmonares no microcíticos, sin embargo se reconoce su mal pronóstico. La resección quirúrgica de la lesión es habitualmente diagnóstica y terapéutica, en lesiones pequeñas. Se analizan dos casos, se discute su diagnóstico diferencial y tratamiento.

CASO CLÍNICO: TERATOMA MADURO GIGANTE DE MEDIASTINO POSTERIOR ASOCIADO A TAPONAMIENTO CARDIACO

Drs. Rojas M., Lasen J., Pilasi J., Robles M., León P.

Departamento de Cirugía, Hospital San Pablo, Coquimbo

Se presenta el caso de un teratoma maduro gigante mediastínico asociado a taponamiento cardiaco. Paciente de 63 años, sexo femenino sin antecedentes mórbidos con historia de 3 meses de evolución de

dolor tipo puntada de costado derecho, tos irritativa y baja de peso 4 kgs en 2 meses. Al examen destaca con yugulares ingurgitadas a 30°, ruidos cardiacos apagados y presión arterial normal en limite inferior además de abolición de ruidos pulmonares en campo pulmonar derecho. Se solicita radiografía de tórax AP que demuestra velamiento total del hemicampo pulmonar derecho. Se solicita TAC de tórax que demuestra gran masa sólido quística de 15x13x12 cm con plano de separación de pulmón derecho que parece nacer del mediastino posterior en intimo contacto con VCS y compresión de aurícula derecha. Se realiza toracotomía derecha lográndose reseca masa sólido quística con elementos calcificados que nace de mediastino posterior de las medidas antes señaladas. Se presenta el caso por el tamaño de la lesión y la clínica sugerente de tamponamiento cardiaco crónico.

QUISTE HIDATÍDICO EN TRÁNSITO HEPATO-PULMONAR CON ABORDAJE TORÁCICO

Drs. R Yáñez¹, E Pérez¹, I. Cifuentes², E Aviles¹, L Villarreal^{1,2}, M Megé¹.

¹ Servicio de Cirugía, Hospital Sótero del Río.

² Departamento de Cirugía PUC

Introducción: Por mecanismos fisicos y parasitarios puede haber quistes hepáticos en tránsito pulmonar transdiafragmático cuyo tratamiento puede ser por vía torácica en un solo tiempo. Nuestro objetivo es

comunicar el caso de un paciente con quiste hidatídico hepático en tránsito hepatopulmonar y el resultado del tratamiento quirúrgico con abordaje torácico. **Paciente y método:** Hombre de 20 años de edad, con antecedentes de ruralidad acude a Servicio de Urgencias por disnea, fiebre y compromiso del estado general. En radiografía torácica se observa derrame pleural derecho. Exámenes generales propios de cuadro séptico. Se instala pleurostomía que demuestra empiema. Por imagen sugerente de quiste pulmonar derecho drenado, se solicita TAC tóraco-abdominal y se observa quiste pulmonar roto en lóbulo inferior derecho, quiste pulmonar íntegro en lóbulo inferior izquierdo y dos quistes hepáticos, uno en segmento VIII en relación al diafragma y el otro en segmento IVb. Se inicia tratamiento médico con Mebendazol y una vez estable hemodinámicamente se somete a cirugía con el diagnóstico de quiste hidatídico hepatopulmonar sobreinfectado: con abordaje por toracotomía derecha se realiza resección de membrana periquística y capitonaje de cavidad residual pulmonar. Se aborda quiste hepático de segmento VIII vía transdiafragmática, se inyecta solución fisiológica hipertónica y posteriormente se procede a resección de quiste y cavidad periquística. Un mes después se reseca ambos quistes remanentes: pulmonar izquierdo por toracotomía izquierda y hepático por vía abdominal.

Resultados: Paciente evolucionó en buenas condiciones generales, con resolución de su sintomatología y sin recidivas de la lesión. **Discusión:** El abordaje torácico es una alternativa razonable en el tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos en tránsito hepatopulmonar.

Poster: VASCULAR.

ANEURISMA ILIACO AISLADO BILATERAL, CON COMPLICACIÓN UNILATERAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. C. Jimenez, F. Acuña, C. Lemus, G. Silva, G. Pumarino

Unidad de Emergencia. Servicio de Cirugía. Equipo Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile

Introducción: Los Aneurismas iliacos, sin compromiso de aorta, son infrecuentes y evolucionan con crecimiento progresivo. Su diagnóstico es difícil debido a su localización pélvica y tienen elevada mortalidad cuando evolucionan hasta la ruptura. La literatura nacional e internacional, sólo tienen reportes de casos aislados.

Objetivo: Reportar caso clínico, hallazgos y técnica quirúrgica, evolución e histopatología. Revisión de la literatura nacional e internacional.

Caso Clínico: Paciente masculino de 44 años, consulta en la Unidad de Emergencia por dolor abdominal de 48 horas de evolución asociada a masa pulsátil en fosa iliaca izquierda. Se realiza Tomografía Computada, que demuestra dilatación aneurismática iliaca bilateral, con evidencias de complicación a izquierda. Evolución tórpida con deterioro hemodinámico y mayor dolor abdominal. Se realiza reanimación y laparotomía de urgencia, reemplazo iliaco izquierdo por prótesis de Dacrón, hemostasia y laparorrafia. Evolución en UCI tórpida, sin complicación vascular. Trasladado a sala posteriormente.

Discusión: Los aneurismas iliacos son raros, afectan principalmente a hombres mayores y se atribuye una causa degenerativa. También pueden ser de origen micótico, inflamatorio, congénito o post traumático. En el presente caso, pese a la edad, la histopatología fue dilatación aneurismática, sin hallazgos especiales. Las manifestaciones clínicas son mínimas, excepto cuando se complican. El método diagnóstico de elección es la tomografía computada, asociado a otros exámenes según necesidad. La cirugía debe indicarse apenas se realice el diagnóstico, y puede ser convencional o endovascular. Los casos complicados tienen elevada morbi mortalidad y la cirugía de urgencia es muy compleja, tomando en consideración que los cirujanos no siempre son especialistas, como en el presente caso descrito.

ANEURISMA COMPLICADO Y LA DISECCIÓN AÓRTICA EN CHILE. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

Drs. A. Jadue¹, F. Moya², C. Pereira², R. Julio³

¹ Becado de Cirugía General Universidad de Chile.

² Interno de Medicina. Universidad de Chile

³ Unidad de Cirugía Vascular. Hospital del Salvador

Introducción: La disección aórtica y el aneurisma de la aorta son dos de las urgencias vasculares más letales a las que se puede ver enfrentado un médico de urgencia. Ambas, son enfermedades principalmente degenerativas, asociadas a factores de riesgo como hipertensión, aterosclerosis, edad avanzada y tabaquismo.

Objetivos: Estudiar la mortalidad de la patología aórtica aguda aneurisma de la aorta complicado y disección aórtica y analizar su evolución en los últimos 25 años en Chile

Metodología: Se revisaron los anuarios de estadísticas vitales del INE desde 1982 hasta 2006. Se rescataron las tasas de mortalidad de disección aórtica y aneurismas de la aorta para la población general, hombres y mujeres. Se realizó una regresión lineal para analizar su tendencia.

Resultados: Las causas cardiovasculares son la principal causa de muerte en Chile, aunque la tasa de mortalidad ha disminuido significativamente los últimos 25 años ($R^2: 0,72$; $p < 0,001$) Para inicios de la década del 80, la tasa de mortalidad de la enfermedad aórtica era de 1,2 por cada 100.000 hab. Dicha tasa ascendía a 2,7 por cada 100.000 habitantes a mediados del 2000. Aunque en promedio, no alcanza el 1% del total de las muertes de origen cardio-vascular, su tasa se ha duplicado los últimos 25 años

($R^2: 0,85$; $p < 0,001$). Dicha tendencia se cumple tanto para la población masculina ($R^2: 0,84$; $p < 0,001$) como la femenina ($R^2: 0,78$; $p < 0,001$).

Conclusión: La tasa de mortalidad por eventos cardiovasculares ha disminuido en los últimos años principalmente a costa de la cardiopatía isquémica o la enfermedad cerebro-vascular. Esto, en conjunto con una población más envejecida, ha reflejado un alza de otras enfermedades cardiovasculares como la del aneurisma aórtico o la disección aórtica.

RECANALIZACION POR VÍA RETROGRADA DE OCLUSIÓN PRÓXIMAL DE VASOS TIBIALES: UNA NUEVA ALTERNATIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Drs. Cristian Salas, Fernando Ibañez, Alfredo Cam, Waldo Bastías, Juan Parra Felipe Corvalán, Rodrigo Julio, Ismael Pizarro, Dras. Carmen Gloria Lagos y Malao Raffo

Departamento y Servicio de Cirugía, Hospital Salvador.

En el manejo de la enfermedad arterial oclusiva de extremidades inferiores el bypass continúa siendo el gold estándar. En la actualidad, la angioplastia infrainguinal ha aumentado y en muchos centros se considera la primera alternativa de revascularización

en pacientes claudicadores y con isquemia crítica. Una de las principales dificultades de esta técnica es atravesar oclusiones largas, en cuyo caso una alternativa es la angioplastia subintimal, sin embargo su permeabilidad en el mediano y largo plazo es baja. En los casos en que es imposible atravesar una lesión, se debe abandonar el procedimiento y planificar bypass.

Se presenta el caso de un paciente de 67 años, diabético, hipertenso y fumador que ingresa por dolor de reposo y gangrena del 2o orjejo izquierdo. Angiografía diagnóstica muestra arteria femoral superficial permeable, poplítea proximal con estenosis crítica y segmento de poplítea distal y tronco tibioperoneo ocluido. Se aprecia arteria tibial posterior óptima desde su origen dando un arco plantar aceptable. Se intenta recanalizar, por vía intraluminal, siendo imposible. Posteriormente se intenta angioplastia subintimal sin lograrse reentrada a arteria tibial posterior.

Dado que es imposible la recanalización por vía anterógrada, debiendo por lo tanto abandonar el procedimiento, se intenta la recanalización por vía retrógrada. Bajo visión ecográfica se identifica arteria tibial posterior. Se punciona con sistema de micro punción y se instala vaina 5 french, a través del cual se avanza un balón de 3 mm. con sistema 0.018, logrando atravesar la lesión con moderada dificultad y acceder a la arteria poplítea. Se reperfunde el segmento ocluido. Posteriormente a la extracción de la vaina, se realiza angiografía, visualizándose arteria tibial posterior indemne y con buen flujo. Conclusión: La angioplastia infrainguinal por vía retrógrada emerge como una nueva alternativa, principalmente en casos en que por vía anterógrada es imposible reperfundir segmentos arteriales ocluidos.

TROMBOSIS SÉPTICA DE LA VENA CAVA INFERIOR MANEJADA CONSERVADORAMENTE. REPORTE DE UN CASO.

Drs. F. Catán, S. Hoefler, L. Tapia, J. López, S. Hoefler, W. Martínez, S. Uribe-Echavarría, C. Astudillo, M. Uribe, F. Orellana, J. Matute, C. Hevia. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile. Hospital Del Salvador.

Introducción: La trombosis séptica de la vena cava inferior es una condición infrecuente, con muy pocos casos reportados en la literatura, sin recomendaciones de manejo claras.

Objetivo: Comunicar el caso de un paciente tratado en nuestro servicio con dicha patología. **Caso Clínico:** Hombre, 49 años. Antecedentes de hipertensión arterial, consumo de tabaco y alcohol. Consulta en urgencia por cuadro de 7 días de dolor epigástrico, irradiado a hipocondrio derecho, de carácter sordo, asociado a náuseas y vómitos, además de fiebre 2 días previo a consultar. Se realizó ecografía que evidenció coledocistitis. Por persistir con dolor, se solicitó pielografía, que demostró neumoperitoneo más imagen de absceso hepático, por lo que se decide laparotomía exploradora,

encontrando una perforación duodenal, absceso hepático en segmento V y masa en raíz del mesenterio. Biopsias descartan proceso neoplásico. Por evolución tórpida es trasladado a UTI, encontrando en TAC imagen de cuerpo extraño retroperitoneal, asociado a aire en vena cava inferior e imagen de trombo. Paciente evoluciona con sepsis severa, con embolias sépticas pulmonares, a pesar de tratamiento antibiótico y anticoagulante. Requiere ventilación mecánica invasiva, apoyo con drogas vasoactivas en dosis altas y tratamiento antifúngico por candidiasis sistémica.

Resultados: Luego de 10 semanas de tratamiento anticoagulante, antibiótico y antifúngico, se logra desaparición de imagen de trombo en vena cava al doppler y TAC. Paciente es dado de alta a su domicilio en buenas condiciones.

Conclusiones: La trombosis séptica de la vena cava es infrecuente y de mal pronóstico, más aún cuando existe micosis sistémica asociada. Sin embargo, existen alternativas terapéuticas para su recuperación que requieren una detección precoz y manejo multidisciplinario agresivo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN TRAUMA ARTERIAL DE EXTREMIDADES: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Drs. F. Corvalán, F. Ibañez, C. Salas, JA. Parra, W. Bastías, R. Julio, J.C. Herrera, A. Cam., S. Valenzuela, M. Raffó, CG. Lagos.

Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascular y Endovascular, Hospital del Salvador.

El trauma vascular de extremidades está asociado a importante morbimortalidad. Las técnicas endovasculares son una alternativa al tratamiento quirúrgico tradicional y se asocian a menor morbilidad operatoria. Presentamos dos casos en los cuales el uso de técnicas percutáneas permitió una exitosa reparación de lesiones traumáticas vasculares.

Caso 1: Varón de 50 años, que ingresa al servicio de urgencia por herida penetrante por arma blanca en muslo. Al ingreso destacaba paciente en buenas condiciones, estable hemodinámicamente, con importante aumento de volumen en muslo izquierdo e impotencia funcional de EII. Los Pulsos distales estaban presentes. Angio TAC muestra gran hematoma en el muslo con presencia de pseudoaneurisma en Arteria Femoral Superficial. Se realiza arteriografía por punción anterógrada que confirma el diagnóstico y se instala Stent cubierto. Éxito técnico inmediato con desaparición del pseudoaneurisma. El paciente es dado de alta a las 48 horas del procedimiento y evoluciona sin complicaciones en futuros controles. A 10 meses del procedimiento el paciente está asintomático de su EII. Dúplex demuestra permeabilidad de la reparación endovascular, sin evidencia de estenosis. Radiografía no muestra lesiones sugerentes de fracturas en el Stent.

Caso 2: Varón de 48 años que ingresa con el antecedente de haber recibido herida penetrante a

nivel axilar derecho hace más de 9 años, evolucionando con edema progresivo de su extremidad que lo lleva a impotencia funcional total de ésta. AngioTAC muestra fistula arteriovenosa en vasos subclavios. Arteriografía por punción femoral confirma hallazgos del Angio TAC. Se instala Stent cubierto. Evoluciona favorablemente, siendo dado de alta a las 24 horas del procedimiento. En último control, a los 11 meses, el paciente se encontraba asintomático con desaparición completa del edema. Conclusión: El trauma vascular de extremidades es una patología que puede ser resuelta, en casos seleccionados, mediante técnicas endovasculares con excelentes resultados a corto y mediano plazo.

IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO ENDOCAVITARIO EN VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE. REPORTE DE DOS CASOS.

Drs. Juan Bombín F, Alejandro Kotlík A, Héctor San Martín G.

Departamento de Cirugía. Universidad de Valparaíso. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.

La persistencia de la Vena Cava Superior Izquierda (VCSIP), a pesar de ser una rareza, representa la anomalía venosa más frecuente del sistema de las grandes venas sistémicas del tórax y puede estar asociado a una ausencia de la vena cava superior derecha o a otros defectos cardíacos. En etapas embrionarias precoces normalmente existe un sistema bilateral de venas que drenan la mitad superior del cuerpo, pero después gran parte de las venas del lado izquierdo se atrofian y desaparecen conservándose sólo la vena cava superior derecha. Cuando persisten las dos venas cavas superiores o aún cuando la vena cava superior izquierda es única, los pacientes permanecen asintomáticos durante toda su vida. Sin embargo, esta situación es un desafío al momento de implantar un marcapasos definitivo. Se reporta el caso de dos pacientes portadores de una anomalía de este tipo en los que se implantó exitosamente un marcapasos definitivo endocavitario a través de una VCSIP sin otras complicaciones.

ANEURISMA EN ARTERIA CIÁTICA PERSISTENTE. CASO CLÍNICO.

Drs. Juan Bombín F, Alejandro Kotlík A, Héctor San Martín G, Gabriel Seguel S.

Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Eduardo Pereira. Departamento de Cirugía. Universidad de Valparaíso.

Se reporta el caso de una paciente de 71 años, que presenta un aneurisma verdadero parcialmente trombosado en una Arteria Ciática Persistente (ACP), tratada en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso. La arteria ciática se origina en la arteria umbilical y durante las primeras fases embriológicas es el principal aporte sanguíneo de la extremidad inferior. Posteriormente aparece la arteria femoral superficial y se produce la progresiva involución de la arteria ciática. La ACP constituye

una rara anomalía y ocurre por la falta de desarrollo de la arteria femoral superficial. La ACP se origina en el adulto en la arteria hipogástrica, transcurre hacia la región glútea a través de la escotadura ciática y sigue hacia distal por la parte posterior del muslo continuándose después con la arteria poplítea. Se acompaña de un variable menor desarrollo del eje arterial anterior de la arteria iliaca externa y femoral superficial. Esta anomalía anatómica puede ser bilateral y puede permanecer asintomática durante muchos años, sin embargo, se ha descrito la degeneración aneuris-mática, como en este caso, y síntomas por compresión del nervio ciático, trombosis del aneurisma y embolización distal.

CASO CLÍNICO: FÍSTULA AORTOILIACA EN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO.

Drs. W. Bastías, CG Lagos, F. Ibañez, C. Salas, JA Parra, JC. Herrera, R. Julio, F. Corvalán, I. Pizarro, A. Cam.

Servicio de Cirugía, Hospital Salvador. Departamento Cirugía Vascular.

El aneurisma de aorta abdominal se presenta entre el 2 y 5% en los pacientes mayores de 60 años. La complicación más frecuente es la ruptura y esta se asocia en 3% a fistula aortocava. La fistula se establece preferentemente en el tercio inferior del trayecto intraabdominal de la vena cava y el aneurisma puede concomitantemente presentar una ruptura en otro sector de su pared.

Se presenta paciente de 54 años sin antecedentes mórbidos que consulta a urgencia con cuadro de dolor abdominal de 8 horas de evolución de dolor epigástrico irradiado a fosa iliaca derecha, con aumento de volumen de extremidad inferior derecha. Al examen físico destaca edema de extremidad inferior y Blumberg.

Ingresa con diagnóstico de abdomen agudo, presentando PCR recuperado luego de lo cual se realiza AngioTAC de abdomen que muestra aneurisma aorto iliaco roto. Se traslada a centro para resolución de patología ingresando con presión 70/40 con drogas vasoactivas, FC 120 x , intubado. Ingresa a pabellón en malas condiciones encontrándose aneurisma aortoiliaco roto con fistula a iliaca derecha, se realiza by pass aortobiliaico con ligadura de cava inferior mas packing. Posteriormente es enviado a la UCI para manejo post-operatono requiriendo gran aporte de volumen, drogas vasoactivas y ventilación mecánica invasiva en contexto de SIRS severo, reingresa a pabellón a las 24 horas realizándose retiro de packing y fasciotomía, evoluciona con falla multiorgánica, CID, insuficiencia renal aguda secundaria a rabdomiolisis requiriendo diálisis de agudo, al 14 día presenta elevación de los parámetros inflamatorios, confirmándose una neumonía por S AMR, TVP de la pierna izquierda por lo que se inicia anticoagulación.

Evoluciona progresivamente hacia la mejoría hasta lograr ser dado de alta luego de 46 días de hospitalización, persiste en diálisis y en curaciones de fasciotomía.

ROTURA CRÓNICA CONTENIDA DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO

Drs. J. Marín, R. Olguín, M. Espíndola, S. Olmedo y E. Ceroni
Clínica INDISA, Hospital Dipreca'

Introducción: La complicación más frecuente del aneurisma de la aorta abdominal es la ruptura, existen otras complicaciones como la trombosis y la ateroembolia. Menos frecuentes son la fistula aortocava, la fistula aortoentérica, el aneurisma inflamatorio y la rotura crónica contenida. El objetivo de esta presentación es reportar un caso de rotura crónica contenida de un aneurisma de aorta abdominal no diagnosticado preoperatoriamente. **Material y Método:** Hombre de 63 años, hipertenso severo sin tratamiento que presenta cuadro de un mes de evolución con dolor abdominal irradiado a región lumbar. Tomografía revela aneurisma de aorta abdominal roto hacia el retroperitoneo. Se decide operar vía abierta transperitoneal, encontrándose gran hematoma retroperitoneal organizado que impide disecar cuello del aneurisma e ilíacas por lo que se abandona la vía abierta. Al tercer día se coloca endoprótesis vía femoral.

Resultado: Se logra excluir el aneurisma y el postoperatorio es sin incidentes.

Discusión: La rotura crónica contenida de un aneurisma de la aorta abdominal es una entidad poco frecuente que se da en un 3%, es de difícil diagnóstico y el tratamiento quirúrgico convencional tiene una mayor morbimortalidad. Sin embargo, debe ser tratada ya que todas terminan complicadas con ruptura. Hoy en día la opción endovascular puede ser una buena alternativa de tratamiento. **Palabras Claves:** Aneurisma aórtico abdominal, Rotura crónica contenida.

COLOCACIÓN ACCIDENTAL DE FILTRO DE CAVA EN AORTA ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO

Drs. J. Marín, R. Olguín y R. Charles'
Departamento de Enfermedades Cardiovasculares Hospital Militar de Santiago. 'Becado de Cirugía, Universidad de Los Andes.

Introducción: El tratamiento de elección en la enfermedad venosa tromboembólica es la anticoagulación. Sin embargo, cuando hay una contraindicación o complicación del tratamiento anticoagulante, está indicada la colocación de un filtro de cava para prevenir el tromboembolismo pulmonar. Estos dispositivos no están exentos de complicaciones inmediatas y tardías que pueden ser graves. En la literatura se han descrito dos casos de colocación accidental de filtro en posición aórtica y no está claro qué podría pasar a largo plazo dejando este filtro en el árbol arterial. El objetivo de esta presentación es reportar un caso de colocación de un filtro en la aorta abdominal.

Material y Método: Se trata de un hombre de 34 años, portador de un déficit de proteína C, con dos

episodios de trombosis venosa iliofemoral izquierda, en que a raíz de episodio de trombosis de safena interna derecha y supuesto tromboembolismo pulmonar no documentado se le coloca en forma accidental un filtro en posición aórtica el cual después de seis meses de ocurrido este episodio consulta en nuestro hospital, decidiéndose el retiro del filtro intraaórtico, para lo cual debe hacerse vía laparotomía y aortotomía, encontrándose el filtro parcialmente incorporado en la pared aórtica y con gran trombo adosado a éste.

Resultado: Buena evolución postoperatoria, quedando con tratamiento anticoagulante oral de por vida. **Discusión:** Los filtros de cava no están exentos de complicaciones. Entre las graves está la migración y la perforación a diferentes estructuras entre ellas la aorta abdominal. En los casos de filtro en posición aórtica que son dos descritos, en uno se retiró precozmente vía endovascular y en el otro fue seguido 4 años sin complicaciones. Sin embargo, en este caso el filtro ya tenía un trombo adosado constituyendo un serio riesgo de trombosis aórtica o embolias hacia las extremidades inferiores. De allí que se debe intentar retirarlo en forma precoz. Finalmente para evitar este tipo de colocación es necesario seguir en forma rigurosa las instrucciones para su colocación y estar familiarizado con la historia natural de la enfermedad para no cometer errores en la elección del sitio de inserción.

TÉCNICA MODIFICADA DE CONTROL DE DAÑOS EN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO: REPORTE DE DOS CASOS.

Drs. J. Marín P., E. Ceroni F., J. Zúñiga'
Servicio de Cirugía, Hospital de la Asistencia Pública, Posta Central. Becado de Cirugía, Universidad de Los Andes'

Introducción: La hemorragia es una causa importante de mortalidad en el aneurisma de la aorta abdominal roto. Esta lleva a la triada clásica de coagulopatía, acidosis e hipotermia, asociado a un severo estado de hipoperfusión. Frente a este problema, se ha ideado la técnica de control de daños, consistente en el empaquetamiento de la zona operada y cierre temporal del abdomen con el objeto de llevar al paciente a Cuidados Intensivos (UCI) para corregir este estado y en un segundo tiempo el cierre definitivo de la laparotomía. El objetivo de esta presentación es reportar dos casos de aneurisma de aorta abdominal roto, tratados con técnica de control de daños, asociado a una modificación.

Material y Método: Se trata de dos hombres, de 71 y 73 años, con aneurisma roto infrarenal y yuxtarenal respectivamente, asociados el primero a shock y el segundo a gran hematoma retroperitoneal y sangre libre en la cavidad abdominal. Operados vía transperitoneal, realizándose reparación con prótesis de Dacrón del tipo aorto-aórtico, asociado a shock intraoperatorio, con hemorragia que no responde a la introducción de plasma fresco, crioprecipitados y plaquetas, además de aporte de volumen y drogas

vasoactivas. Se efectúa empaquetamiento con gasas y compresas la zona operada, con una variación consistente en el cierre del saco aneurismático una vez taponado con gasas la prótesis, principalmente en relación a las suturas, asociado a cierre temporal del abdomen, siendo llevados a la UCI y conectados a ventilación mecánica, calentamiento, corrección de la acidosis, mejora de la hemodinamia y la coagulación.

Resultado: Ambos pacientes sobreviven, se cierran en forma definitiva al segundo y tercer día. Como complicación el primero desarrolla neumonía intrahospitalaria y el segundo insuficiencia renal que requiere de diálisis durante treinta días. Controles al año y seis meses con Tomografía revela ausencia de colecciones y buen estado de la prótesis. Discusión: El aneurisma de aorta abdominal roto tiene una mortalidad alta y una de las causas es la hemorragia. Las técnicas de control de daños en esta patología, son útiles en ayudar a disminuir esta mortalidad que en algunas publicaciones se asocia a una mayor tasa de infección protésica. Sin embargo, si no se dispone del recurso endovascular debiera considerarse como alternativa en este cuadro grave. Palabras claves: Aneurisma de aorta abdominal roto, Control de Daños.

RESECCIÓN DE ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA CONSERVANDO EL BAZO

Drs. Bravo J.¹, Rivera M.^{1,2}, Marino C.² y Tobar JC.^{1,2}

¹ Unidad Cirugía Vascular, Hospital de Curicó

² Escuela de Medicina, Universidad Católica del Maule.

Los aneurismas esplénicos, a pesar de ser los aneurismas viscerales más frecuentes, son una patología infrecuente. Su resolución quirúrgica electiva se considera cuando presentan un diámetro mayor a 2 centímetros, son sintomáticos, se presentan en pacientes embarazadas o se demuestra su crecimiento progresivo. Esto se debe a que las variables mencionadas aumentan su riesgo de ruptura. El enfrentamiento más aceptado corresponde al manejo endovascular, mediante embolización de la arteria esplénica o cirugía abierta con aneurismectomía más esplenectomía u, ocasionalmente, sólo con reparación arterial. Se presenta un caso clínico de aneurisma de arteria esplénica, manejado electivamente con una técnica quirúrgica novedosa.

Se trata de una paciente, quien por dolor abdominal inespecífico, es sometida a TAC abdominal que demostró un aneurisma de 2.0 cm en el hilio de la arteria esplénica. La paciente fue manejada con abordaje laparoscópico en forma exitosa. Se realizó control de la arteria esplénica, resección del aneurisma y se preservó el bazo.

La presentación de este caso, con un abordaje menos invasivo que puede evitar la esplenectomía, nos permite replantear los manejos clásicos endovasculares o abiertos, que son más complejos y frecuentemente requieren de esplenectomía.

¿ES FACTIBLE TRATAR LAS TVP EN FORMA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO?

Drs. F. Acuña, C. Derosas, A. Díaz, G. Silva, Al. Ma Paz Salinas.

Servicio de Cirugía. Equipo Cirugía Vascular. Unidad de Emergencia. Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile

Introducción: Existe literatura que respalda el tratamiento ambulatorio seguro de las TVP bajo rodilla, con relación costo beneficio comprobada. Tomando en consideración el déficit de camas en los hospitales públicos, y que en nuestro hospital, en promedio se ingresan 120 TVP por año, las que se hospitalizan entre 5 y 7 días de promedio; se plantea éste método de tratamiento como una alternativa realizable.

Objetivo: Comprobar la factibilidad del tratamiento ambulatorio con HBPM de las TVP bajo rodilla, evaluando tanto la percepción y adhesión del paciente a dicho tratamiento, como también la seguridad del tratamiento descrito.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, con 16 pacientes tratados en forma ambulatoria; mediante un protocolo estricto de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, con criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Resultados: Entre abril y diciembre de 2008 se trataron 16 pacientes (9 hombres y 7 mujeres) con TVP de rodilla a distal, todos desde la unidad de emergencia con diagnóstico ecográfico, tratados con HBPM, explicación del procedimiento y consentimiento para realizar el tratamiento. Además con seguimiento telefónico inicial y control precoz en policlínico. No hubo complicaciones mayores, 1 solo ingreso y se consignaron 2 rechazos que también fueron hospitalizados.

Conclusión: Es factible tratar ambulatoriamente las TVP bajo rodilla, con buena acogida por parte del paciente y realizando de manera adecuada el tratamiento, sin presentar complicaciones mayores. Se realiza un protocolo para manejo de rutina de dicha patología.

DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE TRONCO CELIACO Y ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Dr. P. Palavecino, B. León, ME. Calderón, O. Gutiérrez

Unidad de Radiología Intervencional
Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La disección espontánea de vasos arteriales viscerales es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo, que de no ser diagnosticada en forma oportuna puede llegar a complicaciones como isquemia, formación de aneurismas o ruptura. La disección arterial aislada, sin compromiso de la aorta abdominal, ha sido descrita principalmente a nivel de Arterias Renales, las lesiones espontáneas de Arteria Mesentérica Superior (AMS) o del Tronco Celiaco (TC) solo han sido publicadas como reportes

aislados a nivel mundial.

En el presente estudio describimos a los casos diagnosticados por la Unidad de Radiología Intervencional, el manejo médico - quirúrgico efectuado y su evolución.

Material y Métodos: Estudio longitudinal, descriptivo, de un total de 3 casos con diagnóstico de Disección de AMS y TC realizado por Angiotac de Abdomen y pelvis durante los años 2005 y 2009. Todos ellos pacientes entre 37 y 50 años que consultan por cuadro de dolor abdominal difuso, moderado a severo; 2 hombres y 1 mujer sin comorbilidades preexistentes ni antecedentes de trauma. Dos de ellos fueron manejados médicamente con conducta expectante y un solo caso fue manejado con colocación de stent por Radiología Intervencional.

Resultados: La sobrevida actual de los tres pacientes presentados es del 100%. El tratamiento médico consistió en antihipertensivos, antiinflamatorios y antiagregantes plaquetarios y fue aplicado a los pacientes con disección de TC. El tratamiento endovascular de la paciente con compromiso de AMS consistió en la instalación de un stent que cubría toda el área de disección. Todos los pacientes se encuentran actualmente asintomáticos y en controles angiográficos regulares.

Conclusiones: La bibliografía describe a la fecha un total de 24 casos de Disección Espontánea de TC y 11 casos de Disección de AMS a nivel mundial, todos manejados con distintas conductas médicas, endovasculares o quirúrgicas y sin evidencia clara de un seguimiento a largo plazo. Nuestro trabajo senta precedente de la experiencia acumulada en el HCUCH sobre este tipo de patología, describe la casuística local de un infrecuente trastorno vascular, la conducta seguida con los pacientes y su evolución, favorable en todos ellos.

ANGIOPLASTIA VENOSA CON STENT EN LESIONES CENTRALES PARA EL RESCATE DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS DISFUNCIONANTES.

Drs. F. Corvalán, F. Ibañez, C. Salas, JA. Parra, W. Bastías, R. Julio, JC. Herrera, A. Cam, S. Valenzuela, C.G. Lagos, M. Raffo.

Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascular y Endovascular, Hospital del Salvador.

Las estenosis de venas centrales en pacientes nefróticas con fistula arteriovenosa (FAV) en EESS son causa importante de disfunción de la FAV. Las técnicas endovasculares son una alternativa para estos pacientes.

Se presentan tres casos clínicos de pacientes con FAV disfuncionales a causa de estenosis venosa central y su tratamiento endovascular correspondiente.

Caso 1: Paciente de sexo femenino de 48 años de edad con FAV disfuncionante por estenosis severa de vena subclavia derecha. Flebografía confirma el hallazgo. Se realiza angioplastia y colocación de Stent. Se obtiene éxito técnico inmediato sin estenosis

residual.

Caso 2: Paciente sexo masculino de 56 años, quien presenta FAV disfuncionante con edema severo de ESI. Flebografía muestra estenosis de vena innominada. Se realiza angioplastia, quedando estenosis residual de 50%. En un segundo tiempo se realiza angioplastia con Stent cubierto, quedando sin estenosis residual.

Caso 3: Paciente de 42 años, con antecedentes de múltiples catéteres de diálisis y oclusión de ambos ejes venosos centrales. Portador de FAV ESI que le producía edema severo en esclavina y de ESI. Se realiza recanalización de vena innominada, angioplastia y colocación de Stent.

En todos los casos los pacientes evolucionaron con drástica disminución del edema y en todos los casos se logra el rescate de la FAV.

Discusión: El tratamiento de las lesiones centrales mediante angioplastia en pacientes con accesos vasculares de EESS disfuncionantes, es una alternativa mínimamente invasiva que permite el control de la sintomatología y el rescate del acceso vascular. Será importante el seguimiento de estos pacientes a largo plazo para determinar la funcionalidad del acceso vascular y la permeabilidad del procedimiento.

LESION NERVI PERONEO LATERAL EXTERNO. RARA LESION EN CIRUGIA DE VARICES

Drs. S. Osorio, M.Haddad, C. Arriagada, G. Valenzuela.

Clínica Quilín, U. De Chile. Hospital Dipreca.

Introducción: La lesión neural, es una complicación poco frecuente en la cirugía de varices, siendo alrededor del 1 % de las complicaciones quirúrgicas, generalmente compromete a los nervios safenos. El nervio peroneo lateral externo, es un nervio mixto, que inerva los músculos peroneos, como la zona cutánea lateral de la pierna y dorso lateral del pie. Su lesión en cirugía de varices, esta poco documentada. Por tal motivo, nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente, que evolucionó con praxia de este nervio, postcirugía de varices. **Material y Método:** Se presenta el caso de una paciente de 54 años edad, con varices bilaterales, con úlceras varicosas activas pequeñas, sin infección. El ecodoppler venoso evidenció insuficiencia de safenas internas bilaterales. Se operó en febrero 2008. Realizándose una safenectomía parcial y resección de colaterales. La paciente evolucionó al tercer día de la cirugía con dificultad a la dorsiflexión del pie y pérdida de la sensibilidad de la cara lateral externa de la pierna y el pie. Se realizó una electromiografía que confirmó paresia del nervio peroneo lateral externo, y una RNM de ambas piernas donde que evidenció una alteración del trayecto anatómico del nervio. Durante los ocho meses siguientes, la paciente fue sometida a terapia de rehabilitación.

Resultado: Desde el punto de vista de su patología

varicosa se logró cicatrización de su úlcera, y disminución de los síntomas. Respecto a su daño neural, actualmente se encuentra con una recuperación de un 80% confirmada electrofisiológicamente.

Discusión: La paresia del nervio peroneo lateral externo es una lesión fortuita, en la cirugía de várices, por lo cual, la única medida de prevención es la vigilancia de la compresión usada en el postoperatorio.

ECOTOMOGRAFÍA DOPPLER VENOSO DE EXTREMIDADES INFERIORES EN VARICES PRIMARIAS.

Drs. S. Osorio, M. Haddad, J.P. Fuenzalida, J. Vergara, P. Rodríguez, G. Valenzuela, A. Recart, E. Peña.

Sociedad de Medicina y Cirugía Ambulatoria. CRS San Rafael SSMO.

Introducción: El mapeo mediante ecodoppler venoso es fundamental en el tratamiento quirúrgico de las varices, ya que en base a éste se planifica la cirugía. Nuestro objetivo es analizar el resultado del mapeo con ecodoppler de extremidades en patología varicosa primaria.

Material y Método: En el periodo entre el 1º de mayo 2008 y el 30 de junio del 2009 se evaluaron clínicamente, en el CRS San Rafael, 489 pacientes con sospecha de várices primarias. Se les realizó mapeo con ecodoppler en 688 extremidades registrando la existencia de suficiencia o insuficiencia del sistema venoso profundo, unión safenofemoral, porción proximal y distal de la vena safena interna, unión safenopoplíteas, venas perforantes y comunicantes.

Resultados: 350 extremidades correspondían al lado izquierdo y 338 al lado derecho, el 80% de los pacientes eran de sexo femenino, la edad promedio fue de 50 años (20 - 78 años). El sistema venoso profundo estaba suficiente en el 98% de los casos, la unión safenofemoral insuficiente en el 71% de los casos, la vena safena interna presentó insuficiencia proximal en un 47% y en un 40% distal, la unión safena poplíteas insuficiente en un 19%, sólo insuficiencia de perforantes en un 20% y las comunicantes en un 5%. Los dos sistemas se encontraron insuficientes en un 9% y un 0.4% presentó un resultado ecográfico normal.

Discusión: El mapeo doppler es fundamental para la planificación de la cirugía de várices, ya que es necesario saber como se encuentran todos los elementos que forman parte del sistema venoso superficial y la competencia del sistema venoso profundo, con el fin de obtener un resultado óptimo en la cirugía y poder disminuir la probabilidad de la recidiva.

TROMBOSIS DE VENA YUGULAR INTERNA: CAUSA POCO FRECUENTE DE CONSULTA.

Drs. C. Sarmiento¹, A. Campos¹, J. P. Moreno¹, J. Herskovic¹, P. León², B. Naranjo², A. Marambio³, J. Altamirano³, C. Mora³.

Hospital Clínico U. de Chile. ¹ Cirujanos Hospital Clínico U. de Chile. ² Becados Hospital Clínico U. De Chile. ³ Internos Hospital Clínico U. De Chile.

Introducción: La Trombosis Venosa Yugular es infrecuente, ante su presencia se debe sospechar la existencia de algún factor predisponente, como catéteres venosos, traumatismos, drogadicción endovenosa, compresión extrínseca por tumores o síndrome paraneoplásico. Clínicamente se presenta como aumento de volumen cervical asociado a signos inflamatorios progresivos. Se diagnostica con Ecografía doppler o TAC cervical.

Objetivos: Descripción de casos clínicos y manejo. Material y Método: Revisión de fichas clínicas de pacientes con Trombosis de Vena Yugular Interna presentados en nuestro centro entre Noviembre 2008 y Mayo 2009.

Resultados: Caso 1: Hombre 15 años, cuadro de 5 días de cervicalgia y aumento de volumen derecho. Ecografía cervical: Trombosis Venosa Yugular Interna derecha. Se hospitaliza iniciando anticoagulante. TAC Tórax: 4 nódulos pulmonares, Trombosis de Vena Yugular derecha. TAC Abdomen y Pelvis: Carcinomatosis peritoneal, adenopatía ileocólica. Laparoscopia exploradora: Carcinomatosis peritoneal. Biopsia: Mesotelioma peritoneal. Trasladado con TACO a centro Oncológico para continuar tratamiento.

Caso 2: Hombre 31 años, cuadro de 10 días de cervicalgia y aumento de volumen derecho. Ecografía cervical: Trombosis Venosa Yugular derecha. Se hospitaliza iniciando anticoagulante. TAC Cerebro: metástasis cerebral. TAC Abdomen y Pelvis: normal. Cintigrama: metástasis ósea. TAC Tórax: Nódulo pulmonar, adenopatías mediastínicas. Biopsia: Adenocarcinoma pulmonar, linfangitis carcinomatosa. Al alta con TACO y manejo ambulatorio con Oncología y Broncopulmonar.

Caso 3: Hombre 43 años, cuadro de 3 días de cervicalgia y aumento de volumen izquierdo. Ecografía cervical: Trombosis Venosa Yugular izquierda. Se hospitaliza iniciando anticoagulante. TAC Tórax: Tumor pulmonar derecho, adenopatías mediastínicas múltiples. En TACO, manejado por equipo de Tórax.

Comentario: Frente al diagnóstico poco frecuente de Trombosis Yugular Interna, nos llama la atención tres casos consecutivos en un corto periodo de tiempo que consultan a nuestro hospital, y que en el estudio los resultan como cuadros paraneoplásicos, siendo importante la búsqueda de la etiología del cuadro trombótico.

EFFECTOS DEL NIVEL DE ENTRENAMIENTO DE LOS CIRUJANOS EN LOS RESULTADOS PRECOCES DE LOS ACCESOS DEFINITIVOS PARA HEMODIÁLISIS.

Drs. M.A. Rivera^{1,2}, D.P. Luna¹, D.I. Vargas¹

¹ Escuela de Medicina Universidad Católica del Maule

² Hospital Base de Curicó

La nueva Ley de Salud de Garantías Explícitas en Salud (GES), incorpora plazos para la realización de procedimientos específicos, entre ellos los accesos para hemodiálisis (HD). Por otro lado, la disponibilidad de cirujanos vasculares periféricos (CVP) en el sistema público de salud, quiénes realizan habitualmente este procedimiento, es una de las falencias reconocidas por las autoridades del Ministerio de Salud. Esto es crítico en los Servicios Regionales en Chile.

Este trabajo se diseñó para comparar la influencia del grado de especialización del profesional que realiza el procedimiento quirúrgico (cirujano general (CG) vs. CVP) en las complicaciones tempranas, tasa de falla precoz del acceso y tipo de los accesos vasculares realizados.

Se comparó los datos clínicos, tipo de intervención y seguimiento precoz de dos cohortes de pacientes intervenidos en un mismo Hospital. Veinticuatro intervenciones (24 pacientes), fueron realizadas por un CG y 61 intervenciones (56 pacientes) realizadas por un CVP.

Los datos clínicos de los pacientes (distribución por sexo y edad, patología previa, número de accesos previos y requerimiento de catéteres centrales transitorios para HD) fue comparable entre los dos grupos. No se presentó mortalidad perioperatoria en ningún grupo, tampoco se encontró diferencia en la tasa de infección de herida operatoria. En el grupo de pacientes intervenidos por CG se produjeron 2 trombosis precoces del acceso realizado (8.3%) y entre los realizados por el CVP, hubo 8 trombosis (13.1%), lo que no alcanzó diferencia significativa ($p=0.81$).

La proporción de accesos simples construidos por un CG (20.8%, 5 accesos) fue significativamente menor que los construidos por CVP (44.3%, 27 accesos) ($p=0.047$). El mayor nivel de entrenamiento del cirujano permitió disponer de más alternativas para la realización de un acceso vascular definitivo con venas nativas o de instalación de accesos protésicos. El nivel de entrenamiento del cirujano no demostró influir significativamente en los resultados precoces de la construcción de accesos vasculares.

SUPERFICIALIZACIÓN DE VENA BASÍLICA EN DOS TIEMPOS. EXPERIENCIA INICIAL.

Drs. I. Galleguillos, C. Vallejos, H. Pizarro, F. Uribe, L. Aguilera, J. Richards, F. Barros.

Centro de Accesos Vasculares Asodi.

Dpto. Cirugía Sur Universidad de Chile

Introducción: La superficialización de vena basilica es una técnica inusual en nuestro medio que podría tener ventajas del punto de vista técnico frente a la transposición como acceso terciario en pacientes con venas muy finas u obesos mórbidos. **Material y método:** Entre el 1 de Enero de 2007 al 31 de Julio de 2009 se han hecho 1527 procedimientos de accesos vasculares para hemodiálisis en el Centro de Accesos Vasculares. ASODI. Se empleó la técnica de superficialización de vena basilica en dos tiempos en 9 pacientes, los cuales constituyen el grupo de estudio formado por 2 hombres, 7 mujeres, 5 eran diabéticos. La edad promedio es de 47 años (rango entre 14 y 80 años). La técnica quirúrgica consiste en construir una fístula arteriovenosa braquio basilica en un primer tiempo y 4 a 6 semanas después que la vena se ha dilatado se superficializa en la cara medial del brazo. Se indicó en 2 pacientes con vena fina ($< 3,5$ mm.), 2 pacientes con Obesidad Mórbida y en 5 pacientes como procedimiento secundario con vena basilica ya dilatada

Resultados: No hubo fallas precoces. 3 pacientes presentaron hematoma post op., uno de ellos presentó infección de la herida después del drenaje quirúrgico y otro necrosis de los bordes, sin comprometer la permeabilidad.

Conclusiones: la superficialización de vena basilica en dos tiempos es una alternativa a la transposición tradicional aplicable en pacientes con vena fina, obesos mórbidos y en pacientes con dilatación de vena basilica como procedimiento secundario. El resultado inmediato es excelente pero se requiere mayor estudio para conocer sus resultados a largo plazo.

Video: FORO.

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA POR VÍA TRANSUMBILICAL. ES FACTIBLE.

Drs. Fernando Maluenda, Juan León, Ivan Turu, Juan Abarca.

Dpto. de Cirugía, Clínica Alemana de Santiago.

La cirugía laparoscópica por vía transumbilical, ha introducido el último par de años, desafíos técnicos más exigentes que para cirugía laparoscópica habitual. Se requiere adaptación de instrumental y nuevos aparatos.

Hemos aplicado esta vía para realizar colecistectomías, apendicetomías y gastrectomías. Se presenta un video con la técnica de gastrectomía vertical laparoscópica por vía transumbilical, realizado recientemente en nuestro centro, a una paciente mujer de 33 años, portadora de obesidad severa (IMC: 35Kg/m² superficie corporal), asociado a resistencia a la insulina.

El procedimiento se realizó usando el sistema SILS®, que consiste en un aparato de 25 mm de diámetro que permite el uso de 3 trocares a través de él y se instala por vía abierta en la región umbilical. Fue necesaria la introducción de un trocar adicional de 5 mm en la línea media.

La gastrectomía se efectuó esqueletizando la curvatura mayor del estómago, desde 3 cm. proximal al píloro hasta el ángulo de His. Luego se realizó la sección gástrica, mediante el uso de sutura mecánica, sobre una sonda 36 Fr. Se realizó hemostasia del borde de sección con la aplicación de clips y electrocoagulación. Se hizo una prueba de hermeticidad con azul de metileno. La pieza de gastrectomía se extrajo vía umbilical. El acto quirúrgico total demoró 140 minutos.

Se presenta las distintas etapas de la intervención mediante un video.

RETIRO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE EROSIONADA.

Drs. Carlos Cárcamo I., Juan Díaz B., Alejandro Murúa A.

Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Paciente de 37 años. Portadora de banda gástrica ajustable hace 6 años. Logra excelente resultado, manteniéndose en su peso normal luego de descenso progresivo los primeros 12 meses postoperatorios. Presenta cuadro de dolor epigástrico intenso de 3 días de evolución por lo que consulta. Se realiza endoscopia digestiva alta que demuestra la presencia de una erosión en relación a la banda por lo que se determina su hospitalización.

Se retira sin incidentes suturando defecto en forma manual con control endoscópico intraoperatorio. Evoluciona sin incidentes siendo dada de alta al 3 día postoperatorio tolerando la alimentación oral sin

incidentes.

Control ambulatorio al mes, asintomática. Se decide mantener en control con equipo multidisciplinario sin realizar un nuevo procedimiento quirúrgico.

RETIRO DE BANDA Y GASTRECTOMIA SUBTOTAL TUBULAR VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Drs. Carlos Cárcamo I., Juan Díaz B., Carlos Banse E.
Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

Paciente de 38 años, portadora de Banda gástrica ajustable hace 3 años debido a una obesidad mórbida (IMC: 41). Logra baja ponderal adecuada el primer año pero luego regana peso y se logra mantener en rangos de obesidad leve. (IMC: 32)

Concurre a controles en forma regular, apareciendo anemia severa. Estudio endoscópico revela la presencia de una esofagitis severa.

Se descalibra banda y se somete a tratamiento con inhibidores de bomba de protones y suplementos de hierro. Control endoscópico al 2° mes muestra regresión parcial de las lesiones esofágicas, sin mejoría de su hemograma.

Súbitamente se presenta cuadro de hiperémesis e imposibilidad de alimentación. Se sospecha de prolapso posterior que no se confirma con estudio radiológico.

Se le plantea retiro de banda y confección de manga gástrica, lo que se realiza sin incidentes por vía laparoscópica. Evoluciona sin complicaciones siendo dada de alta al 3° día postoperatorio.

Control endoscópico alejado corrobora regresión de completa de la esofagitis, alza sostenida de su serie roja y pérdida progresiva de peso.

BY PASS GÁSTRICO MODIFICADO COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Luis Gutiérrez, Italo Braghetto, Fernando Maluenda, A.M. Burgos, Hanns Lembach, Juan Carlos Molina, Maher Musleh.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es uno de los problemas de salud de mayor trascendencia en la actualidad. En el último tiempo ha surgido evidencia que sustenta la cirugía como alternativa terapéutica en pacientes diabéticos no obesos mórbidos, presentando altas tasas de remisión y mejoría precozmente. La explicación de este fenómeno se debería la restricción de la ingesta calórica, reducción de absorción de hidratos de carbono, y a que la

exclusión de segmentos proximales del intestino y la llegada directa del bolo alimenticio a segmentos más distales estimula la secreción de incretinas, lo que finalmente redundaría en un aumento de la insulina secretada. Se presenta un video que muestra la realización de un by pass gástrico resectivo vía laparoscópica como tratamiento de la DM2. Técnica quirúrgica: Se colocan 5 trocares a modo de hiatoplastía. Disección completa de curvatura mayor y curvatura menor respetando arteria gástrica izquierda. Disección de píloro y primeros 2 cm de duodeno. Sección duodenal distal al píloro con sutura mecánica. Sección gástrica conformando pouch de 40 ml aproximadamente. Ascenso de asa de yeyuno biliopancreática antecólica en sentido anti-horario de 200 cms y gastroyeyuno anastomosis con sutura mecánica y maxon 3-0. Ascenso de asa alimentaria de 100 cms y entero-entero anastomosis con sutura mecánica y maxon 3-0 contigua a anastomosis previa. Control de ambas anastomosis con azul de metileno. Sección de asa yeyunal entre las dos anastomosis con sutura mecánica quedando conformando la Y de Roux. Extracción de estómago resecado por orificio de trocar de flanco derecho. Drenaje tubular a gastro-yeyuno anastomosis. Retiro de trocares bajo visión. Cierre de piel. Se discuten detalles y ventajas de la técnica quirúrgica.

BYPASS GÁSTRICO Y GASTRECTOMÍA SUBTOTAL TUBULAR: VISIÓN ENDOSCÓPICA NORMAL Y PATOLÓGICA

Drs. M. Canobra, A. Csendes, F. Maluenda.
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La evaluación endoscópica post-operatoria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica permite evaluar no sólo la morfología obtenida sino también posibles complicaciones tales como úlceras y estenosis, que no siempre presentan manifestaciones clínicas.

Objetivo: Mostrar la visión endoscópica de pacientes post-operados de gastrectomía subtotal tubular y bypass gástrico, en controles de seguimiento al mes y al año de la cirugía.

CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL: RETIRO DE BANDA AJUSTABLE Y REALIZACIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA LAPAROSCÓPICA EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO.

Drs M. Berry, L. Urrutia, M. Fajardo, P. Lamoza, R. Villagrán.
Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes.

A continuación se presenta un video demostrativo de una cirugía bariátrica revisional consistente en retiro de Banda Gástrica Ajustable y Gastrectomía Vertical Laparoscópica en Manga, en un solo tiempo operatorio. Se enfatiza en detalles técnicos, puntos críticos y en la importancia de una experiencia considerable en cirugía laparoscópica avanzada por

parte del equipo quirúrgico que realiza este procedimiento, con el fin de minimizar su morbilidad.

GASTRECTOMIA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCÓPICA CON RECUBRIMIENTO DE PERICARDIO DE BOVINO REABSORBIBLE, SIN SUTURA

Drs. J. Bravo, JE. Contreras, JL. Figueroa, J. Lobos, H. Ureta, D. Bravo
Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Santa María.

Introducción: Uno de los puntos controvertidos, en cuanto a la técnica de la gastrectomía vertical tubular laparoscópica (GVTL), es el manejo de la línea de stapler. Existe una mayor tendencia a realizar una sutura continua a lo largo de la misma que garantiza una adecuada hemostasia y hermeticidad para evitar sangrado y filtraciones. Actualmente los recubrimientos biológicos o sintéticos son una alternativa novedosa para estos casos.

Objetivo: Mostrar la técnica de la GVTL con recubrimiento biológico de la línea de stapler.

Método: Video editado
Técnica: Paciente en decúbito dorsal y fowler moderado, con las piernas entreabiertas y fijación blanda de los muslos a la mesa. Neumoperitoneo de 15mmHg por punción subcostal izquierda. Instalación de 5 trocares bajo visión (Visiport). T1: 15mm, línea media a 15cm del apéndice xifoides. T2: 12mm línea medioclavicular izquierda. T3: 5mm, línea medioclavicular derecha. T4: 5mm, subxifoideo. T5: 5mm, línea medioaxilar izquierda. Exploración de cavidad y separación hepática. Esqueletización de curvatura mayor gástrica desde 7cm del píloro hasta ángulo de Hiss, con Ligasure 10mm. Gastrectomía vertical con Endogía bajo sonda de calibración de 32Fr con 2 a 3 stapler verdes y 3 a 4 azules que previamente se recubren, por ambos lados, con laminas de pericardio de bovino absorbible (Peristrip®). Prueba con azul de metileno previo clampeo distal. Revisión de hemostasia y retiro de trocares bajo visión.

FÍSTULA COLOUTERINA: SIGMOIDECTOMÍA E HISTERECTOMÍA SUBTOTAL SINCRÓNICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

Drs. G. Caselli¹, F. Bellolio¹, M. Molina¹, C. Pomés², M. Cuello³, G. Pinedo¹, A. Zúñiga¹.

¹ Unidad de Cirugía Colorrectal. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Departamento de Ginecología General, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Departamento de Oncología Ginecológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cerca de 20% de los pacientes que son portadores de diverticulosis desarrollan algún episodio de inflamación sintomática. Un porcentaje menor de ellos cursan con fístulas a órganos adyacentes. Presentamos un caso de una paciente de 72 años de edad, con historia de una masa colónica de origen no precisado, que tras la realización de un Uro-CT

por sintomatología urinaria, se informa una probable fístula colouterina. La confirmación diagnóstica se realiza a través de una coloclisis por CT. Posteriormente se realiza una colonoscopia, la cual no es concluyente. Se propone la realización de una resección de colon sigmoidees y una histerectomía subtotal en bloque por vía laparoscópica. El estudio histológico de la pieza operatoria es compatible con una enfermedad diverticular, mostrando un colon unido focalmente al cuerpo uterino a través de múltiples adherencias, identificándose el ostium a través del cual se fistuliza hacia la cavidad uterina.

HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO PARA CÁNCER DE COLON.

Drs. ¹F. López K., ¹C. Heine T., ¹R. Cápona P., ¹C. Wainstein G., ²N. Márquez A.

¹ Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes, Santiago.

² Residente de Coloproctología, Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile.

La tendencia a una menor invasión en el acto quirúrgico ha sido un objetivo desde el inicio de esta ciencia. En el último año han surgido publicaciones de una nueva técnica laparoscópica en cirugía colorrectal a través de un acceso umbilical único lo que permitiría disminuir el trauma de la pared abdominal, el dolor postoperatorio y además mejorar el resultado cosmético.

Objetivo: Mostrar el video de la primera hemicolectomía derecha laparoscópica reportada a través de un puerto único para una neoplasia maligna de colon.

Material y Método: Se coloca al paciente en posición de Lloyd Davis y se realiza una incisión paraumbilical de 3 cm para la instalación de un puerto único para tres trocares (SILS™ Port, Covidien/ Autosuture, Hamilton HM FX, Bermuda). Se explora la cavidad abdominal sin encontrar evidencia de diseminación tumoral local ni a distancia. Con el paciente en posición de Trendelenburg y lateralización a izquierda se inicia la disección del ileon terminal por su borde inferior y luego se avanza por la corredera parietocólica derecha. Posteriormente en posición de Fowler se efectúa disección de medial a lateral dejando libre el epiplón mayor con la pieza operatoria. Luego se retira el puerto umbilical para introducir un anillo retractor por donde se extrae el colon derecho y se secciona el ileon terminal realizándose una anastomosis ileo-transversa latero-lateral (terminal funcional). Se reintroduce al abdomen el intestino remanente reinsertando el puerto umbilical para visualizar y realizar el aseo de la cavidad y se procede al cierre de la pared abdominal. **Resultados:** El paciente no presentó complicaciones intra ni postoperatorias. El sangrado se estimó en menos de 50 ml. y el tiempo operatorio fue de 171 minutos. Destaca un EVA de 0 el primer día postoperatorio y es dado de alta al cuarto día. **Conclusión:** La utilización de esta técnica aparece como una alternativa.

RECTOPEXIA LAPAROSCÓPICA VENTRAL EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL.

¹A. Larach., ¹J. Larach, ¹C. Heine, ¹R. Cápona, ¹C. Wainstein, ²R. Quera, ¹F. López.

¹Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía, ²Unidad de Gastroenterología. Clínica Las Condes, Santiago.

Entre las múltiples técnicas abdominales para el tratamiento del prolapso, la resección con rectopexia es la que presenta mejores resultados a largo plazo, pero mayor morbimortalidad. La rectopexia ventral ha alcanzado excelentes resultados funcionales en el mediano plazo, minimizando la morbilidad al no requerir anastomosis.

Objetivo: Mostrar el video del procedimiento de reparación laparoscópica por medio de una rectopexia ventral con malla en una paciente con prolapso rectal y síndrome de obstrucción defecatoria. **Material y Métodos:** Se coloca al paciente en posición de Lloyd Davis y se realiza una incisión umbilical para la instalación de un trocar de 10mm. además de colocación de dos trocares (5mm.) en fosa iliaca izquierda y fosa iliaca derecha. Se abre el peritoneo sobre la cara lateral derecha del mesorrecto desde el promontorio hasta el fondo de saco de Douglas que se abre completamente. Se diseca el tabique rectovaginal hasta unos 3 cm. del anillo anorrectal. Se comprueba la hermeticidad del recto con aire insuflado desde el exterior y se coloca en este espacio una malla compuesta (Ultrapro®) de 3 x 15 cm. la que se fija al recto con 6 puntos de sutura (Ethibond®) y se fija al promontorio con corchetes (Protack®). Se procede al cierre del tabique rectovaginal suturando la vagina y cuello uterino a la malla y cierre del peritoneo con cobertura total de la misma.

Resultados: La paciente no presentó complicaciones intra ni postoperatorias. El tiempo operatorio fue de 120 minutos. Presentó un EVA de 1 durante toda la hospitalización, fue realimentada el mismo día de la cirugía y es dada de alta al segundo día sin inconvenientes. Desde la primera semana, la paciente presenta deposiciones sin prolapso rectal, sin dolor ni síntomas de obstrucción defecatoria. **Conclusión:** La utilización de esta técnica aparece como una alternativa segura y reproducible en los pacientes portadores de prolapso rectal completo.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE PERFORACIÓN RECTOSIGMOIDEA POSTCOLONOSCOPIA

Drs. Carlos Cárcamo I. y Carlos Banse E.

Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile

Paciente varón de 54 años de edad. Concorre a colonoscopia larga en unidad de endoscopia de la Clínica Alemana Valdivia. El procedimiento se realiza sin mayores dificultades a pesar de lo cual se produce perforación accidental del rectosigmoidees que se advierte al concluir el examen.

Se decide reparación por vía laparoscópica que se

realiza sin incidentes, suturando el defecto en forma manual, con sutura continua de Monocryl 3/0 intracorpórea.

El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al 3 día posoperatorio. Se controla ambulatoriamente a los 10 días de la intervención presentándose asintomático, con heridas operatorias en buenas condiciones por lo que es dado de alta.

SECCIÓN DE RECTO EN UN TIEMPO POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

Drs. G. Pinedo¹, A.J. Zárate¹, G. Caselli¹.

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica. Santiago. Chile.

En la cirugía laparoscópica cada vez se hace más útil estandarizar los pasos quirúrgicos. En la cirugía del recto, la sección del recto medio e inferior puede presentar dificultades al seccionarlo mediante corcheteras lineales, en orden, a una visión y movilidad limitada del recto. Una técnica alternativa es seccionarlo mediante una corchetera insertada a través de la misma incisión suprapúbica sin perder el neumoperitoneo aportando ciertas ventajas: Se mantiene la visión por vía laparoscópica, permitiendo evitar realizar un corte perpendicular en un tiempo, evitando el escalonamiento de la sección del recto, con mayor duda oncológica.

Se presenta la sección del recto en un tiempo mediante la corchetera contour® por vía laparoscópica.

Pasos en video:

- 1.- Disección de recto.
- 2.- Incisión tipo Pfannenstiel (5 cms.)
- 3.- Instalación separador alexis.
- 4.- Inserción de corchetera contour® asociado a guante.
- 5.- Afrontamiento de corchetera contour® a recto.
- 6.- Sección de recto.
- 7.- Extracción de pieza operatoria

TÉCNICA DE ANOSCOPIA MAGNIFICADA EN NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DEL CANAL ANAL.

Drs. G. Pinedo¹, A.J. Zárate¹, G. Caselli¹.

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica. Santiago. Chile.

La anoscopía magnificada es un procedimiento aceptado en la pesquisa de lesiones preneoplásicas en pacientes homosexuales HIV (+).

Se presenta la realización de una anoscopía magnificada.

Pasos en video:

- 1.- Disposición de equipos en pabellón.
- 2.- Inserción de anoscopio.
- 3.- Aplicación de ácido acético al 3%.
- 4.- Visión magnificada del canal anal mediante coloscopio.
- 5.- Identificación de lesiones sospechosas

6.- Extirpación y fulguración de lesiones.

USO DEL SISTEMA FLEXI-SEAL FMS PARA AISLAR DEPOSICIONES EN FASCEITIS NECROTIZANTE PERINEAL

Drs. G. Caselli, G. Pinedo, M. Molina, F. Bellolio, A. Zúñiga, E.U. Ximena Meneses.

Unidad de Cirugía Colorrectal. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Flexi-Seal (ConvaTec, Bristol-Myers Squibb, New York. USA) es un sistema inicialmente diseñado para pacientes postrados con incontinencia fecal severa. Presentamos un caso de una paciente de 70 años, portadora de una fasciitis necrotizante perineal secundaria a un cuerpo extraño ubicado en la fosa isquirrectal. Se manejó con aseo y debridamiento quirúrgico de la región perineal. Ante la imposibilidad de realizar una ostomía derivativa debido a su inestabilidad clínica y hemodinámica, el sistema Flexi-Seal fue instalado en la Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo de la deposiciones en beneficio de la sepsis perineal.

TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO GIGANTE

Drs. Carlos Cárcamo I., Aliro Venturelli L., Francisco Venturelli M.

Subdepartamento de Cirugía. Hospital Regional Valdivia. Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

Paciente varón de 48 de edad. Presenta cuadro clínico caracterizado por dolor sordo en hipocondrio derecho de 3 meses de evolución sin otras molestias asociadas. Destaca al examen físico, hepatomegalia lisa indolora palpable.

Ecotomografía demuestra la presencia de un gran quiste hidatídico hepático univesicular, que reemplaza prácticamente la totalidad del lóbulo derecho. Se complementa estudio con tomografía computada de abdomen y test de Elisa para hidatidosis que apoyan el diagnóstico. Se realiza periquistectomía parcial, sutura de fugas biliares y drenaje por vía laparoscópica, sin incidentes. Evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al 2º día postoperatorio.

Control ambulatorio al mes, asintomático.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR VÍA TRANSUMBILICAL EXCLUSIVA.

Drs. Fernando Maluenda, Juan León, Iván Tura, José M. Montes, Attila Csendes.

Dpto. de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago. Dpto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

La cirugía laparoscópica por vía transumbilical, se realiza en Chile desde algo más de un año. Con la introducción de nuevos sistemas, aparatos y la adaptación del instrumental, se ha hecho factible la realización de colecistectomías sin la necesidad de instrumentos adicionales a los usados vía transumbilical Hemos aplicado esta técnica para

realizar 12 colecistectomías electivas por colelitiasis. Cuatro hombres, seis mujeres, rango ÍMC 23a 34 Kg/m2 de superficie corporal. Como procedimientos asociados, en algunos de ellos, se realizó colangiografía intraoperatoria, biopsia hepática y tratamiento de coledocolitiasis en un paciente.

La intervención ha durado entre 45 y 140 minutos. Se presentan las distintas etapas de la intervención mediante un video. Se muestran las alternativas técnicas v el resultado cosmético final.

TRICOBEOZAR GÁSTRICO. MANEJO LAPAROSCÓPICO.

Drs. G. Llewelyn¹, V. Silva¹, M. Slako¹, A. Rojas².

¹ Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. ² Becario Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

Los bezoares son una patología poco frecuente y conocida desde la antigüedad. Pueden estar compuestos por uno o varios tipo de materias, siendo el tricobezoar un cuerpo extraño formado por pelo. Se presentan principalmente en pacientes de sexo femenino con trastornos psiquiátricos. El grupo de edad mas frecuentemente afectado es el de 10 a 30 años. La forma de presentación es variable, siendo lo más común la palpación de una masa epigástrica, anorexia y anemia. El tratamiento consiste en la remoción endoscópica o quirúrgica.

El presente video muestra un abordaje laparoscópico de un paciente de sexo masculino de 24 años, con antecedentes de hemofilia tipo A, quien presentaba un tricobezoar gástrico no resuelto por vía endoscópica.

Se realiza la cirugía por vía mínimamente invasiva sin incidentes, evolucionando sin complicaciones siendo dado de alta al sexto día postoperatorio.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TRANSUMBILICAL PARA EL MANEJO DE LA COLELITIASIS

Drs. J.E. Contreras, J. Bravo, J.L. Figueroa, D. Bravo

Unidad de Cirugía Laparoscópica, Clínica Santa María.

Introducción: El "gold estándar" de la colecistectomía es el abordaje laparoscópico, sin embargo en la actualidad existe una tendencia hacia abordajes cada vez menos invasivos. La cirugía por orificios naturales y la transumbilical, que brindan un menor trauma parietal y mejoramiento estético, son una alternativa novedosa y atractiva para varios procedimientos.

Objetivo: Mostrar la técnica de la colecistectomía laparoscópica transumbilical para el manejo de la colelitiasis.

Método: Video editado

Técnica: Paciente en decúbito dorsal, posición francesa. Introducción de SILSport® con técnica abierta de Hason a través de apertura parietal transumbilical de 2cm. Trocar auxiliar de 5mm en flanco derecho. Neumoperitoneo a 14mmHg. Exploración y tracción vesicular, usando pinzas deflectables (CambridgeEndo®). Desperitonización

de bacinete y disección de triángulo de Calot identificando estructuras. Clipaje de arteria y conducto cístico (3) por separado y sección con tijera. Disección vesicular de lecho con electrocoagulación. Revisión de hemostasia y aseó. Extracción vesicular en bolsa por ombligo. Cierre aponeurosis con vicryl 0 y piel con ethilon 3/0.

COLANGIOMIOMA HEPÁTICO: MANEJO LAPAROSCÓPICO

Drs. Xabier De Arexabala U., Jorge León C., Ricardo Rossi F.

Clínica Alemana de Santiago.

El video muestra el manejo laparoscópico de una lesión tumoral adyacente a la vesícula biliar pesquisada durante una tomografía axial computada efectuada con posterioridad a una ecotomografía abdominal realizada como parte de un examen de salud en un paciente previamente asintomático. Debido a que el diagnóstico inicial fue el de una adenomiosis vesicular, el paciente fue abordado vía laparoscópica. Al excluir el origen vesicular de la lesión y la factibilidad de extirparla vía laparoscópica, se realizó la resección en bloque de la vesícula y la lesión tumoral con un margen de seguridad. Este video pone en evidencia la posibilidad que ofrece la laparoscopia de ampliar de manera segura las indicaciones habituales de ella

CIRUGÍA RADICAL TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA PARA EL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Drs. Nicolás Jarufe, Eduardo Briceño, Fernando Crovari y Ricardo Funke

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido incorporar esta tecnología al tratamiento quirúrgico de diversas patologías. El cáncer de vesícula es una patología frecuente en nuestro país y en casos seleccionados requiere de cirugía radical que comprende resección del lecho vesicular junto con disección ganglionar del pedículo hepático, tronco celiaco, retropancreáticos e intercavaoártricos. El presente video muestra la técnica totalmente laparoscópica de una cirugía radical para cáncer de vesícula. El caso es una paciente de 61 años con antecedente de colecistectomía reciente por pólipo vesicular de 12 mm. La biopsia confirmó un adenocarcinoma bien diferenciado con compromiso hasta la capa muscular, sin presencia del ganglio cístico. Se realizó un estudio de etapificación preoperatoria que fue negativo para diseminación tumoral. Se realizó resección del lecho vesicular (cuña hepática) y linfadenectomía totalmente laparoscópica, evolucionando sin complicaciones siendo dada de alta al segundo día postoperatorio. La biopsia diferida fue negativa para tumor en el lecho vesicular y hubo 0/12 ganglios comprometidos.

HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA CON MALLA AUTOFIJSABLE. TÉCNICA EXTRAPERITONEAL

Drs. J. Bravo, J.E. Contreras, J. Figueroa, J.C. Palet, C. Lobos, A. Maira, D. Bravo
Unidad de Cirugía Laparoscópica, Hospital Del Salvador.

Introducción: La hernioplastia inguinal laparoscópica con técnica totalmente extraperitoneal (TEP) es una alternativa válida para la reparación de hernias de la región inguinal, con todas las ventajas de un abordaje mínimamente invasivo. Esta técnica no ha sido ampliamente popularizada, entre otras controversias, por el costo intraoperatorio, propios de la laparoscopia y de los medios para fijación de la malla. El advenimiento de nuevas mallas autofijables (Progrid®) para la técnica clásica por vía anterior, ha dado luces para el uso por vía laparoscópica.

Objetivo: Mostrar la técnica de la Hernioplastia Inguinal laparoscópica (TEP) con el uso de malla autofijable.

Método: Video editado

Técnica: Paciente en decúbito dorsal y trendelenburg moderado. Incisión de 2cm infrainguinal que incluye la vaina anterior con desplazamiento del músculo recto anterior, accediendo a la vaina posterior y espacio preperitoneal. Disección de zona inguinal con el uso de balón disector y posterior introducción de trocar de 12mm (Blunport®), dos trocares mas de 5mm en línea media. Exploración inicial, reconociendo elementos. Disección y retracción de saco herniado y lipoma preherniario, respetando elementos de cordón inguinal. Introducción por trocar de 12mm de malla (Progrid®) con recubrimiento mediante una lámina sintética de la zona adherente. Colocación de la malla entre medio del cordón y cubriendo los defectos, fijándola por su zona adherente y retirando lamina de recubrimiento que se extrae. Revisión de hemostasia y retiro de trocares bajo visión.

HERNIA INGUINAL DIRECTA REPARADA CON TÉCNICA DE LICHTENSTEIN, ANESTESIA LOCAL Y MALLA DE BAJA DENSIDAD

Drs. J. Rappoport S., J. Silva, M. Albán, A. Debandi, D. Rappoport W.
Unidad de Hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Actualmente se considera a la técnica de Lichtenstein como el Gold Standard en la reparación de la hernia inguinal primaria, la cual ha demostrado índices de recurrencia de alrededor del 1%. Con estos resultados, el desafío actual, es mejorar la calidad de vida de estos pacientes al largo plazo. El material protésico tradicional, han sido las mallas de polipropileno macroporosa monofilamento. Los estudios de calidad de vida comparando malla tradicional y ultralivianas, favorecen a las mallas livianas en términos del confort de los pacientes y menor incidencia de dolor crónico.

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica utilizada

en nuestro medio con malla de baja densidad. **Materiales y Métodos:** Se presenta un video demostrativo de la técnica de Lichtenstein, mostrando cada una de sus etapas: 1. Anestesia local progresiva, 2. Diseño incisión, 3. Detalle de las distintas etapas de la técnica de Lichtenstein, 4.- Reparación de la pared posterior con técnica de Madden modificada y 5. Diseño de la malla y técnica de fijación. **Resultados:** El tiempo quirúrgico fue de 50 minutos, no hubo incidentes intraoperatorios. La anestesia local permitió que el paciente deambulara y se realimentará a las 2 hrs.

Comentario: La malla de baja densidad utilizada permite efectuar la técnica de Lichtenstein en forma satisfactoria. El empleo de anestesia local, permite la rápida deambulación y realimentación del paciente con bajos requerimientos de analgesia postoperatoria. Además permite la colaboración del paciente en las distintas etapas de la cirugía.

Futuros estudios prospectivos y randomizados a nivel local, permitirán comprobar lo demostrado en la literatura internacional, en términos de mejoría en la calidad de vida con el uso de estas mallas.

HERNIOPLASTIA INGUINAL POR VÍA ANTERIOR CON MALLA AUTOFIJSABLE

Drs. J.E. Contreras, J. Bravo J. Figueroa, C. Taladriz
Unidad de Cirugía Laparoscópica, Clínica santa María.

Introducción: En la actualidad el "gold estándar" de la reparación de las hernias inguinales, es el abordaje anterior tipo Lichtenstein ya que ha mostrado ser un procedimiento fácilmente reproducible y con escasa recidiva dadas sus características de colocación de malla libre de tensión. El advenimiento de nuevas mallas autofijables (Progrid®) que mantiene los mismos principios de la técnica de Lichtenstein, promete simplificar el procedimiento al evitar la fijación de la malla mediante sutura.

Objetivo: Mostrar la técnica de la Hernioplastia Inguinal por vía anterior con malla autofijable.

Método: Video editado

Técnica: Anestesia raquídea. Paciente en decúbito dorsal. Incisión inguinal transversa de 6cm. Apertura de canal inguinal incidiendo hacia de oblicuo mayor. Identificación e individualización de cordón inguinal. Disección de saco hemiario y lipoma preherniario preservando los elementos del cordón. Preparación de espacio para la malla. Colocación de malla autofijable (Progrid®) con cara adherente hacia inferior, sobrepasando espina del pubis y calibrando anillo profundo. Revisión de hemostasia. Cierre de aponeurosis con vicryl 0. Tejido celular subcutáneo con Vicryl 3/0 y piel con ethlion 3/0.

HERNIORRAFÍA INGUINAL CON TÉCNICA DE LICHTENSTEIN. ESTABILIZACIÓN DE LA MALLA CON SUTURA CORRIDA SIN TENSIÓN

Drs. C. Bardavid S., J. Rappoport S., H Guzmán C.
Instituto Internacional de la Hernia, Clínica Arauco, Santiago Chile.

Introducción: La técnica de Lichtenstein es considerada el Gold Standard en la reparación de la hernia inguinal. Se basa en el principio de cirugía libre de tensión.

Objetivos: El propósito del presente video, es presentar la técnica de estabilización de la malla en la reparación de hernias inguinales, utilizando una sutura corrida, reforzando el concepto de técnica libre de tensión. Procedimiento que se ha estandarizado.

Material y método: Se presenta un paciente portador de hernia inguinal. La intervención se efectúa con anestesia espinal.

Se aprecian las etapas de la técnica de lichtenstein, con especial énfasis en la estabilización de la malla, con una sutura corrida perimetral de polipropileno 2-0, permitiendo la distribución de fuerza de esta. **Resultados:** La intervención duró 45 minutos, no se registro morbilidad peri-operatoria. El paciente es dado de alta a las 24 horas.

Comentario: La técnica de fijación de la malla, mostrada en este video puede contribuir a:
1.- Evitar la tensión e isquemia que pudiera ocasionar una sutura a puntos separados.
2.- Disminuir el dolor post-operatorio, al permitir el acomodo dinámico de la malla, en el estuche músculo aponeurótico.

HERNIOPLASTÍA HIATAL CON MALLA POR LAPAROSCOPIA.

Drs. A. Donoso, G. Pérez, A. Escalona, F. Crovari, F. Pimentel, R. Funke, A. Sharp, C. Boza, JF. Guerra, N. Jarufe, L. Ibañez.

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hernioplastia por vía laparoscópica es actualmente el tratamiento de elección para la reparación de las hernias hiatales sintomáticas. Sin embargo, se ha asociado a altos niveles de recurrencia, lo que ha llevado al uso de prótesis para reparar el defecto hiatal. Se presenta el video de un paciente portador de una gran hernia hiatal sintomática, con ascenso de fondo y cuerpo gástrico, sometida a reparación con malla por laparoscopia.

RESECCIÓN LAPAROSCOPICA DE GIST YEYUNAL.

Drs. Luis Manríquez, Nicolás Jarufe, Int. Pedro Ruiz, Andrés de Tezanos, Dahiana Pulgar, Dr. Ricardo Funke

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

La cirugía laparoscópica es una alternativa terapéutica en la patología abdominal, por sus conocidas ventajas por ser un procedimiento menos invasivo que la cirugía tradicional.

Se presenta el caso de un paciente de 57 años que ingresa por hemorragia digestiva alta masiva. Se practica endoscopia digestiva alta y colonoscopia normales. Enteroclipis por TAC que muestra una lesión de yeyuno distal de 5 cm de diámetro mayor sugerente de GIST.

La exploración laparoscópica se realiza mediante

tres trocares. Uno de 10 mm supraumbilical y flanco derecho y uno de 5 mm en la fosa ilíaca izquierda. Se realiza disección del mesenterio con disector ultrasónico y sección con stapler vascular 45 mm (carga blanca). Se reseca aproximadamente 20 cm de íleon y anastomosis enteroenteral manual intracorpórea.

El paciente fue dado de alta al tercer día. La biopsia confirma GIST.

La resección laparoscópica de intestino delgado es una cirugía segura y reproducible.

USO DE SUTURA MECANICA EN APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA

Drs. L. Gutiérrez, H. Lembach, J.C. Molina, P. León, E. Lanzarini, J. Lasen, J. Zúñiga, F. López.
Departamento de Cirugía, Anestesia y Servicio de Emergencia. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La apendicectomía laparoscópica en la actualidad constituye una técnica segura, efectiva y reproducible en pacientes con apendicitis aguda. Se presenta el video de una paciente de sexo femenino de 23 años, quien ingresa al Servicio de Emergencia del HCUCH con el diagnóstico de apendicitis aguda, realizándose una apendicectomía laparoscópica con el uso de sutura mecánica. La técnica quirúrgica contempla el uso de 3 trócares: uno umbilical de 10 mm, otro en flanco derecho de 12 mm y uno de 10 mm en fosa iliaca izquierda. Laparoscopia diagnóstica con óptica de 30°, confirmando el diagnóstico de apendicitis aguda. Se explora dirigidamente fosa iliaca derecha traccionando el apéndice cecal con pinza EndoClinch consiguiendo una adecuada visualización del apéndice y su meso. Liberación de algunas adherencias con bisturí en-seal R. Posteriormente se secciona la base apendicular y su meso con sutura mecánica linear secuencial. La pieza operatoria se exterioriza a través del trocar de 12 mm sin incidentes. Se revisa la hemostasia de la línea de sutura la cual es efectiva. Se realiza exploración laparoscópica de excavación pélvica efectuando el aseo peritoneal correspondiente. El retiro de los trócares es por visualización directa sin hemostasia.

Se discute los alcances y limitaciones de la técnica y su aplicación en centros quirúrgicos de baja, mediana y alta complejidad.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR TROCAR ÚNICO. EXPERIENCIA PRELIMINAR.

Drs. Luis Manríquez, Diego Awruch, Fernando Pimentel, Allan Sharp, Camilo Boza, Luis Ibañez. Int. Pedro Ruiz, Andrés De Tezanos, Dahiana Pulgar, Dr. Alex Escalona.

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La técnica laparoscópica se ha convertido en la alternativa de elección en colecistectomía electiva. La cirugía laparoscópica a través un solo trocar ha

sido planteada como una alternativa aún menos invasiva que la cirugía laparoscópica convencional. En este video se presenta un caso de colecistectomía laparoscópica por trocar único. Se evalúan especialmente consideraciones técnicas y de instrumental usado. En nuestra institución es una técnica emergente. Se presenta el caso de una paciente de 37 años con diagnóstico de colelitiasis en el seguimiento de una gastrectomía en manga. Mediante incisión de 2 cms periumbilical, se coloca trocar único y se realiza neumoperitoneo hasta alcanzar los 15 mmHg. Se reconoce triángulo de Calot, se colocan clips a arteria y conducto cístico. Se disecciona la vesícula desde su lecho y se extrae por incisión umbilical. El tiempo operatorio fue de 65 minutos. El alta fue a las 24 horas. La colecistectomía laparoscópica por trocar único umbilical es una técnica factible. Se requiere estudios comparativos para evaluar ventajas y beneficios en relación a las técnicas convencionales.

APENDICETOMÍA LAPAROSCOPICA EN PACIENTE CON EMBARAZO DE SEGUNDO TRIMESTRE.

Drs. I. Turu, G. Wiedmaier, A. Cuneo, J. León, J. Giordano.

Departamento de Urgencia, Clínica Alemana de Santiago.

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica noobstétrica más frecuente durante el embarazo. El diagnóstico y tratamiento de este cuadro continúa siendo un desafío para el cirujano, debido a los cambios fisiológicos y anatómicos producidos. Siendo la utilización de laparoscopia durante el embarazo controversial y por lo tanto no muy difundida en

nuestro medio, existe bastante evidencia que avala la utilización de esta técnica en mujeres embarazadas. Se presenta el caso de una mujer de 31 años con antecedentes de cáncer de mama, primigesta que cursando embarazo fisiológico de 17 semanas, presentó una apendicitis aguda que fue resuelta exitosamente por vía laparoscópica. Pudiendo mostrar en este video una técnica sencilla, reproducible y segura para estos casos.

DILATACIÓN Y PRÓTESIS ESOFÁGICA EN ESTENOSIS BENIGNA DE ESÓFAGO PROXIMAL

Dr. Carlos Cárcamo I.

Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile

Paciente de 78 años de edad. Portador de una fibrosis mediastínica, posiblemente secundaria a tabaquismo. Presenta disfagia progresiva por lo que es sometido a una endoscopia digestiva alta que demuestra estenosis crítica a 22 cm de la ADS que impide paso del endoscopio. No se evidencian lesiones mucosas. Tránsito esofágico baritado corrobora los hallazgos sugiriendo que se trata de una compresión extrínseca lo que también es apoyado por la tomografía computada previa.

Se somete a dilatación endoscópica con bujías de Savary y posterior instalación de prótesis esofágica de Nitinol. Evoluciona favorablemente, con buena tolerancia a realimentación y sin molestias a la deglución. Es dado de alta a las 4 horas postprocedimiento.

Control ambulatorio a la semana demuestra paciente en condiciones basales, alimentándose sin dificultades.