LXXVII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

XXXVI JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
II JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA
XII CONGRESO SUDAMERICANO DE CIRUGÍA TORÁCICA

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA DE CABEZA-CUELLO
Y PLÁSTICA MÁXILO-FACIAL

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA PLÁSTICA
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA
ASOCIACIÓN SUDAMERICANA DE CIRUGÍA TORÁCICA

21 AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2004

CONCEPCIÓN - CHILE

SEDE: CENTRO DE EVENTOS SUR ACTIVO

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

Presidente:
Dr. ALBERTO GYHRA S.

Vice-Presidente:
Dr. FEDERICO HERNÁNDEZ F.

Secretario General:
Dr. FERNANDO IBÁÑEZ C.

Tesorero:
Dr. GUILLERMO BANNURA C.

Past-President
Dr. AUGUSTO LEÓN R.

Directores:
Dr. CARLOS BENAVIDES C.
Dr. HERNÁN DE LA FUENTE H.
Dr. CARLOS HERMANSEN T.
Dr. FERNANDO MALUENDA G.
Dr. RENATO MERTENS M.
Dr. JORGE PIÉRART P.
Dra. VERÓNICA SILVA O.

COMITE CIENTÍFICO

Presidente:
Dr. JULIO YARMUCH

Integrantes:
Dr. RICARDO ESPINOZA
Dr. XAVIER DE ARETXABALA
Dr. MARIO URIBE
Dr. FRANCISCO LÓPEZ

Secretaria Sociedad de Cirujanos de Chile
Srta. MARGARITA FERRER S.

COMITE PLANIFICADOR DEL CONGRESO

Presidente:
Dr. JORGE PIÉRART P.

Dr. MARIO ANSELMI
Dr. WILLIAM AWAD
Dr. GUNTHER BOCIC
Dr. JULIO BRITO
Dr. RODRIGO CABELLO
Dr. RONALD DE LA CUADRA
Dr. HERNÁN DE LA FUENTE

Dr. LUIS MARÍN
Dr. MISAEL OCARES
Dr. ÁLVARO ORREGO
Dr. JUAN JOSÉ RIVAS
Dr. ROBERTO SÁNCHEZ
Dr. MARIO URIBE
Dr. EDUARDO VILLALÓN

Dr. CHRISTIAN JENSEN B.
Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. IGNACIO GOÑI E.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial

Dr. DANTE GONZÁLEZ B.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

Dr. ÁLVARO ORREGO D.
Presidente del Departamento de Cirugía Vascular

Dr. MARIO URIBE M.
Presidente del Departamento de Trauma

Dr. WILLIAM AWAD F.
Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica.

Dr. RONALD DE LA CUADRA E.
Presidente del Departamento de Hernias

INDICE

		Pág.
Seccional:	**CIRUGÍA GENERAL**	7
Seccional:	**CIRUGÍA BARIÁTRICA**	19
Seccional:	**CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA**	26
Seccional:	**CIRUGÍA VASCULAR**	41
Seccional:	**CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y PLÁSTICA MÁXILO - FACIAL**	48
Seccional:	**COLOPROCTOLOGÍA**	54
Seccional:	**DIGESTIVO**	70
Seccional:	**HERNIAS**	81
Seccional:	**MAMAS**	89
Seccional:	**ONCOLOGÍA**	97
Seccional:	**TÓRAX**	106
Seccional:	**TRAUMA**	113
Seccional:	**TRASPLANTES**	118
Seccional:	**PÓSTER**	122

Seccional: CIRUGÍA GENERAL

MANEJO DE COLECISTOLITIASIS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA PREVIA POR COLEDOCOLITIASIS

Drs. *Hein G., De Aretxabala X., Fasce G., Urrejola G., Court I., Cassorla G.* Ints. *Pilasi J.*[1], *Deza C.*[1], *González V.*[1], *Hermosilla J.*[1], *Gouixé C.*[1]
(Servicio de Cirugía. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso. [1]Internos de Medicina, Universidad Mayor)

Las indicaciones de colecistectomía electiva en pacientes añosos no se encuentran definidas con claridad hoy en día en la literatura. El aumento de la expectativa de vida de la población, ha significado el tratamiento de un número creciente de pacientes mayores de 80 años en los servicios dedicados al manejo de la patología biliar litiásica. Un grupo de dichos pacientes consulta por cuadros agudos de ictericia obstructiva, complicada con colangitis o pancreatitis aguda biliar. Con posterioridad al tratamiento y resolución endoscópica de la coledocolitiasis asociada, surge la interrogante respecto de si se hace indispensable continuar con la colecistectomía por colecistolitiasis asintomática en dicho grupo de pacientes, lo que pareciera una indicación de rutina en pacientes menores de 60 años en la mayoría de los grupos, excepto en casos especiales. En el presente trabajo, se presenta la experiencia de nuestro grupo en el manejo de colecistolitiasis en pacientes de 80 años o más, que presentaron complicaciones derivadas de coledocolitiasis, resueltas por vía endoscópica, con colecistolitiasis concomitantes.

Objetivo: Analizar las indicaciones y contraindicaciones de colecistectomía y evolución clínica de los pacientes de 80 años o más tratados endoscópicamente en nuestro centro por coledocolitiasis complicada, con colecistolitiasis concomitante.

Material y Método: Se realiza un análisis prospectivo, de la evolución de pacientes de 80 años o más, con colecistolitiasis, tratados endoscópicamente en nuestro centro por complicaciones de coledocolitiasis, desde enero de 1998 a agosto de 2004.

Resultados: Del total de 62 pacientes de 80 años o más tratados en dicho período por coledocolitiasis sintomática o complicada, 22 (35,5%) presentaban colecistectomía previa por colecistolitiasis. 40 de ellos (64,5%) corresponden a los pacientes no colecistectomizados previos y en 10 de ellos (16,1%) se objetivó además colecistolitiasis por ecografía, TAC de abdomen o RNM. Tres pacientes con colecistolitiasis (4,8%) se operaron durante su hospitalización y 37 (59,67%) ingresaron a un grupo de observación sin realizárseles colecistectomía. Dos de ellos (5%), reingresaron durante el período de observación por cuadros de colecistitis aguda y fueron operados sin mortalidad en este grupo.

Conclusiones: Puede concluirse de esta serie, que los pacientes de 80 años o más, que son sometidos a CPRE terapéutica por complicaciones de coledocolitiasis, tienen un bajo riesgo de desarrollar una complicación vesicular que requiera cirugía y si ésta se presenta, su resolución quirúrgica no presenta mortalidad.

PÓLIPOS VESICULARES: PROTOCOLO DE MANEJO

Drs. *G. Rivero, G. Caris, A. Díaz, G. Arístides, V. Silva, H. Goecke, R. Casalino*
(Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital de Quilpué. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso)

Introducción: Los pólipos de la vesícula biliar se presentan en un 4-8% de la población. Hasta un 20% de ellos corresponden a cáncer. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la frecuencia de adenomas, adenocarcinoma *in situ* y adenocarcinoma invasor en los pacientes operados por pólipo vesicular, correlacionarlo con el tamaño de los pólipos y con la edad del paciente, y proponer un protocolo de manejo de esta patología.

Método: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los informes histológicos de un total de 2569 colecistectomías realizadas en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quilpué entre junio de 1993 y julio de 2004. A los casos con diagnóstico de pólipo vesicular se examinó su ficha clínica según un protocolo que incluyó: edad, sexo, vía de abordaje, tamaño de pólipo, presencia de colelitiasis, características ecográficas, histología, morbimortalidad y seguimiento.

Resultados: Durante el período descrito se realizaron 2569 colecistectomías de las cuales 56 correspondieron a pólipos vesiculares (2,2%). Se excluyeron 8 casos por no lograr recuperar sus fichas clínicas reduciéndose la muestra a 48 (1,8%). Correspondieron a 38 mujeres y 10 hombres con edad promedio de 47,6 años. En 22 casos (45,8%) el diagnóstico histológico fue Adenoma y 5 casos (10,4%) fue carcinoma (*in situ* 3 casos y 2 casos de carcinoma invasor). En relación al tamaño, en pólipos menores de 10 mm, hubo 22 casos de adenomas (45,8%) y 3 carcinoma *in situ.* Los dos casos de carcinoma invasor se presentaron en pólipos mayores a 10 mm. El seguimiento fue de 100% con un promedio de 11,3 meses. Los pacientes con carcinoma *in situ* se encuentran libres de enfermedad con un seguimiento promedio de 35 meses. Los con carcinoma invasor tampoco presentan recurrencia con un seguimiento de 15 y 17 meses.

Conclusión: Se demuestra una baja frecuencia de pólipos vesiculares en colecistectomías, pero con una llamativa alta frecuencia de adenomas (45,8%) y carcinoma *in situ* (6,2%) en pólipos menores a 10 mm. El carcinoma invasor se encontró sólo en pólipos mayores a 10 mm y en pacientes añosos. Con estos resultados proponemos realizar colecistectomía en todo paciente con diagnóstico de pólipo vesicular independiente del tamaño de éste y/o de la presencia de otro factor de riesgo.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA E INDICADORES DE CALIDAD

Drs. *Freitte V., Santibáñez H. Goceke*
(Servicio de Cirugía y Anestesiología. Hospital de Quilpué. Facultad de Medicina)

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) demuestra ser una cirugía segura tanto en experiencia nacional como extranjera. La tendencia mundial es hacia la cirugía ambulatoria. Se presenta la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Quilpué desde la creación del programa de CMA, los resultados obtenidos, e Indicadores de Calidad. Corresponde a 227 pacientes que ingresan al programa de CMA entre el 01 de octubre de 2003 al 31 de julio de 2004. Se exponen los criterios de inclusión y exclusión. La patología vesicular se resuelve por colecistectomía laparoscópica. Los indicadores de calidad considerados son: Ingreso con familiar, ingreso a base datos Fiemarker, Encuesta telefónica, Tasa de HH, y Satisfacción Usuaria. El 96% de las cirugía corresponden a colecistectomías laparoscópicas, hernioplastias y safenectomías. De los 227 pacientes, el 94% se dieron de alta durante las primeras 12 horas. Solo 12 pacientes debieron quedar hospitalizados por más de 12 horas, en su mayoría por colecistectomía laparoscópica convertida. No hubo mortalidad. La morbilidad corresponde a 2 pacientes que cursaron con HH del sitio operatorio. Hay reingresos de los cuales ninguno requirió reintervención.

El 100% de los pacientes ingresa con familiar que lo acompaña en la fase de readaptación al medio. Todos los pacientes ingresaron a la base de datos propuesta. La encuesta telefónica se realizó al 96,74% de los pacientes de CMA, donde se establece que el estado del paciente era bueno o excelente en el 98,08% de los encuestados. La satisfacción usuaria alcanzó el 98%. La tasa de HH alcanzó un 0,93%.

Los resultados expuestos nos llevan a proponer el desarrollo de la CM en todos los hospitales de mediana complejidad en las patologías de mayor frecuencia en nuestro país con indicadores de calidad.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ADULTOS: REALIDAD DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Drs. *H. Molina Z., M. Raffo R., J. Bravo F., R. Álvarez U., O. Torres R., I. Silva D.* Als. *L. Chassin-Trubert, L. Ceballos G., A. Sánchez S., M. Ruiz P., P. Salazar E.*
(Servicio de Cirugía. Hospital Guillermo Grant Benavente. Depto. Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: Obstrucción intestinal se define como la detención del tránsito normal del contenido intestinal a lo largo de su luz. Es causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia, pudiendo llegar a ser grave. La mortalidad por esta causa ha disminuido (0-4%), pero la morbilidad continúa siendo importante.

Objetivo: Describir las características de los cuadros de Obstrucción intestinal atendidos en HGGB entre enero de 2000 y diciembre de 2003, así como su morbimortalidad.

Material y Método: Estudio retrospectivo y descriptivo. Información obtenida de los registro de egresos de los Servicios de Cirugía, Postoperados y UCI-quirúrgica. Se describen sexo, edad, causas, características clínicas, forma de diagnóstico, tratamiento realizado, evolución y, morbimortalidad.

Resultados: Se analizaron en base a porcentajes sobre el total de datos consignados en la ficha clínica. Trescientos treinta y cuatro casos, 185 mujeres (54,2%), 149 hombres (45,8%), la edad promedio de los pacientes fue 61 años (rango: 15-100). Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (98%), vómitos (74,3%), distensión abdominal (75%) y ausencia de deposiciones (59%). El tiempo promedio de evolución entre la aparición de los síntomas y la consulta fue de 4,6 días con rango (6 horas a 90 días) y para el diagnóstico fue de 1,3 días. En el laboratorio destaca la leucocitosis (63%). La radiografía presentó niveles hidroaéreos en el 77%. Las etiologías más frecuentes fueron las hernias (43%) y bridas o adherencias (24%). El tratamiento fue quirúrgico en el 89% de los casos. Se realizó sólo hernioplastia en 31,7% de los casos, hernioplastia y resección intestinal en 10,8% y resección intestinal, por otra causa en el 28% de los pacientes. Cuarenta y ocho pacientes (14%) presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la infección de herida operatoria. La mortalidad de la serie fue un 2,4%, siendo la causa más frecuente la sepsis con 4 casos.

Conclusiones: El diagnóstico de obstrucción intestinal es fundamentalmente clínico, siendo la radiografía de abdomen simple un buen método de apoyo. En nuestra serie hubo una baja morbimortalidad de acuerdo con la literatura nacional e internacional.

TUMORES APENDICULARES, REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Drs. *Fernando Olguín M., Andrés Jensen B., Marlon Medrano T.* Ints. *Marcia Recavarren A., Pamela Aránguiz G., Sinclar Matamala P.*
(Servicio de Urgencia. Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía, Universidades Mayor, de Santiago y Universidad de Chile, Campus Sur)

Los tumores apendiculares son una rareza, dentro de los tumores gastrointestinales y generalmente son un hallazgo de la cirugía apendicular. Quisimos conocer la experiencia de nuestro hospital en el manejo de estos tumores en los últimos años y ver si existen diferencias en el manejo con otros centros internacionales.

Pacientes y Métodos: Es un estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados entre junio del 2000 y junio de 2004, de un total de 3074 pacientes operados con el diagnóstico de apendicitis aguda o peritonitis apendicular 24 pacientes, menos del 1% (0,78%), presentaron el diagnóstico de tumor apendicular en las biopsias.

Resultados: Los tumores apendiculares afectan a personas de cualquier edad con un promedio de 51 años (16 a 82 años), la mitad de estos tumores son malignos con un promedio de edad de 36 años para los malignos y de 63 años para los benignos, la mayoría de las veces (92%) ingresan a pabellón con el diagnóstico de apendicitis aguda o alguna complicación de esta, se sospecha de tumor en el postoperatorio en sólo un 16%, relación 2/1 mujeres *vs* hombres. El tipo histológico más frecuente es el mucocele (54%), seguido del carcinoide apendicular (37,5%), raros son el adenocarcinoma y metástasis de otros orígenes.

Discusión: La revisión de la literatura muestra que los tumores apendiculares son una rareza, no existen estudios con más de 10 casos en varios años consecutivos dentro de los últimos años de revisión en la mayoría de los casos bastó con la simple apendicectomía para completar el tratamiento, en nuestros casos también fue el procedimiento realizado. Pensamos que en el caso de los tumores malignos debe mejorarse su seguimiento para posteriores tratamientos, lo que nos diferencia de las experiencias internacionales.

PERFIL DE LA CIRUGÍA EN ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE OSORNO

Drs. *A. Baeza, R. Guridi, P. Borquez, N. Bello, J. Ojeda*[1], *A. Camino*[2]
(Equipo de Cirugía General y Plástica. Servicio de Cirugía, Hospital Base Osorno, [1]Médico Integral Ciudad de Río Bueno, [2]Estadístico Universidad de la Frontera de Temuco)

Introducción: En Chile en 1960 el 7% de la población tenía más de 60 años, en 1992 se elevó a un 10%, para el 2005 se estima que el 16% de la población será mayor de 60 años. La esperanza de vida promedio en 1930 era de 45 años, actualmente se proyecta a 75 años.

Objetivos: Caracterizar demográficamente la población de adultos mayores (AM) sometida a cirugía en el Hospital Base de Osorno (HBO), asociar datos de morbimortalidad locales e identificar factores pronósticos, determinar causas más frecuentes de muerte en los AM, cirugías más frecuentes y el grado de dificultad de las cirugías.

Material y Método: Se extrae una muestra significativa al censo realizado a las fichas de mayores de 65 años operados en HBO entre enero de 2000 y diciembre de 2002, recolectando la información con una encuesta de preguntas cerradas confeccionada por los autores, se analiza utilizando el software estadístico SPSS.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 825 pacientes, un 43% de hombres y el 57% de mujeres con un rango de edad de 65 a 97. El 30% fueron pacientes derivados de consultorios y hospitales periféricos, sobre el 90% tenían patologías asociadas, el 50% más de dos. La patología quirúrgica más frecuente fue la cirugía biliar (colecistitis aguda y colédoco litiasis complicada) seguida por cirugía oncológica abdominal complicada (tumor de páncreas, tumor de colon obstructivo, cáncer gástrico complicado, cáncer de vesícula biliar, cáncer de ovario). La patología más letal fue la isquemia mesentérica (100% de los casos), seguida por sepsis de origen abdominal (colangitis, apendicitis y peritonitis secundaria). Se observa en el estudio que los factores asociados a mayor morbimortalidad son: tener más de dos patologías crónicas asociadas, tiempo precirugía (pacientes derivados de otros centros) y patología oncológica complicada.

Conclusión: Nuestra población se comporta en rangos muy similares a los nacionales. Las patologías de tipo biliar siguen siendo la primera causa de cirugía y en muchas oportunidades complicada. Lo que sí influye es la presencia de patologías asociadas, enfermedades crónicas. La cirugía en AM es una cirugía de alto riesgo de morbimortalidad que es más segura de realizar en forma electiva que de urgencia dado por la menor reserva orgánica. La edad *per se* no constituye una contraindicación para la cirugía.

UTILIDAD DEL SCORE DE ALVARADO MODIFICADO EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA

Drs. *C. Cortés V., G. Astroza E. Ints. R. Casas C., M. Bravo M., R. Carvajal G., R. Castillo I.*
(Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía Campus Sur, Universidad de Chile)

La apendicitis aguda, es una patología que a pesar del desarrollo técnico de la medicina, sigue siendo de diagnóstico eminentemente clínico. Muchos trabajos han sido llevado a cabo para aplicar estudios imagenológicos y de laboratorio al diagnóstico de ésta patología, sin embargo sus resultados han sido desalentadores, por lo tanto las líneas de investigación se enfocan a afinar el diagnóstico clínico, para obtener las menores tasas de laparotomías en blanco posibles.

Es en este orden de ideas, que se han ideado numerosos *scores* diagnósticos, como el de Alvarado, publicado en 1986 y que ha sido el más estudiado. Se desarrolló luego el score de Alvarado modificado. En esta variación del score de Alvarado se ha eliminado la neutrofilia como criterio diagnóstico, dejando sólo la leucocitosis como único elemento de laboratorio utilizado en el estudio de un paciente con sospecha de apendicitis aguda.

Estos estudios revisten una gran importancia, dado que la apendicitis aguda es la patología quirúrgica de urgencia más frecuente a la que se enfrentan los cirujanos generales y mejorar la certeza en su diagnóstico, que actualmente es de entre un 75-80%, conlleva una disminución en la realización de procedimientos en blanco, los que no están exentos de riesgo y complicaciones.

Material y Método: Se realizó un estudio, en el que se aplicó el score de Alvarado modificado a 155 pacientes que ingresaron al servicio de Urgencia del Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau, entre los días 3 de junio y 3 de diciembre de 2003. Se les aplicó un protocolo que recababa datos anamnésticos y de examen físico al ingreso, se rescataron los resultados de recuento de leucocitos y el resultado de la biopsia del apéndice, informe que se tomó como *gold Standard* para el diagnóstico final de apendicitis.

Se estudió la sensibilidad y especificidad del score de Alvarado para el diagnóstico de la apendicitis aguda y se comparó con la sensibilidad del diagnóstico clínico.

Se obtuvo como resultado que la sensibilidad del score de Alvarado modificado, es de un 64,7% y una especificidad del 61,5%, menor a la sensibilidad del diagnóstico clínico que fue de un 74,8%

Conclusión: Dado que la sensibilidad fue menor, creemos que el test de Alvarado modificado no es una herramienta útil en el diagnóstico de la apendicitis aguda.

NUTRICIÓN ENTERAL TOTAL TEMPRANA, ¿MITO O REALIDAD?

Drs. *J. Targarona, L. Barreda, L. Ascarza, J. Oporto, L. Yazawa*
(Departamento de Cirugía General del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú)

Objetivo: Evaluar la eficacia de la Nutrición Enteral (NE) administrada tempranamente en com-

paración a la terapia enteral administrada en forma tardía (después de la primera semana de enfermedad) y demostrar que la nutrición enteral iniciada tempranamente disminuye la morbimortalidad en los pacientes con pancreatitis aguda con necrosis.

Material y Método: Entre febrero del año 2000 a abril de 2004 se evaluaron a 86 pacientes con pancreatitis aguda con necrosis demostrada por Tomografía Helicoidal los cuales recibieron nutrición enteral a través de una sonda nasoyeyunal previa a cualquier manipulación quirúrgica de la necrosis pancreática.

Se dividieron a los pacientes en tres grupos: Aquellos pacientes que recibieron la NE en la primera semana (Grupo 1) aquellos que la recibieron durante la segunda semana (Grupo 2) y los que la recibieron de la tercera semana en adelante (Grupo 3).

Aquellos pacientes a los cuales se les inició NE posterior al acto quirúrgico fueron excluidos.

Se evaluó la presencia de infección de la necrosis, el número de pacientes que requirieron intervención quirúrgica, la morbilidad y la mortalidad.

Resultados: Treinta y ocho pacientes recibieron NE dentro de los primeros siete días de iniciado el cuadro clínico mientras que 48 la recibieron a partir del octavo día (Grupo 2: 28, Grupo 3: 20).

Cuando se evaluaron los grupos en cuanto a la presencia de infección en la necrosis pancreática se evidenció una diferencia porcentual de 20%, 25% y 40% en cada grupo respectivamente.

El número de pacientes que requirió tratamiento quirúrgico fue menor en el primer grupo 20% en comparación a los otros 32% Grupo 2 y 40% Grupo 3.

La morbilidad general fue ligeramente más frecuente en los grupos 2 y 3.

Sin embargo ninguna de las variables estudiadas fue estadísticamente significativa en los tres grupos.

Conclusión: La nutrición enteral administrada tempranamente al parecer no disminuye el número de complicaciones ni la mortalidad en los pacientes con pancreatitis aguda grave con necrosis.

¿CUÁL ES LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ARTÍCULOS DE TERAPIA PUBLICADOS EN LA REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA?

Drs. *C. Manterola, V. Pineda, M. Vial, H. Losada*
(Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera)

Introducción: Hipótesis: En la comunidad quirúrgica nacional, existe la sensación que los artículos publicados en la Revista Chilena de Cirugía carecen de calidad metodológica, hecho que incluye a los artículos referentes a terapia. El objetivo general de este estudio es determinar calidad metodológica de los artículos de terapia publicados en la Revista Chilena de Cirugía, y en forma adicional describir la utilización de herramientas estadísticas, precisar eventuales diferencias entre disciplinas quirúrgicas y el año de publicación de los artículos.

Material y Método: Estudio bibliométrico. Se realizó un muestreo no-probabilístico, consecutivo de los volúmenes 52 al 55, correspondientes a los años 2000 al 2003 de la Revista de Cirugía. Se incluyeron todos los artículos referentes a terapia publicados en el período mencionado. Se excluyeron editoriales, cartas al editor, artículos de revisión y revisiones sistemáticas de la literatura. Como instrumento de medición, se utilizó un escore de calidad metodológica previamente validado, 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 equipos de 2 investigadores cada uno. Las situaciones de discrepancia se resolvieron por consenso. Se utilizó estadística descriptiva, con cálculo de medianas, promedios y desviación estándar; y analítica, aplicando ANOVA y Bonferroni para comparación entre grupos.

Resultados: Se estudiaron 477 artículos de los cuales, 181 eran referentes a terapia y cumplían con los criterios de elegibilidad (37,9%). Los diseños de investigación más frecuentemente encontrados fueron los reportes de casos y series de casos retrospectivas y prospectivas (168 artículos, 92,8%). El 100% de los artículos analizados tenían un escore inferior a 18 puntos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas según el año de su publicación (p= 0,1021). Las disciplinas que más aportaron artículos fueron coloproctología (46 artículos, 25,4%), digestivo (27 artículos, 14,9%) e hígado y vías biliares (26 artículos, 14,3%), verificándose una diferencia estadísticamente significativa de la calidad metodológica de éstos (p= 0,0329), generada por un menor escore de los artículos de cirugía plástica (7,6±2,3 puntos) respecto de hernias, digestivo y mama (10,9±2,5; 10,5±2,9; 10,4±3,1 puntos respectivamente). Por otra parte, se constató que en el 71,8% de los artículos se utilizaron herramientas estadísticas, siendo lo más frecuente el uso de estadística descriptiva (105 artículos, 80,2%); sin embargo, se verificó también, que de aquellos en los que se utilizaron estadísticas, en el 9,2% éstas fueron mal aplicadas.

Año de publicación	*Nº artículos*	*Escore (puntos) (media±DE)*
2000	37	8,6±2,6
2001	42	10,7±2,5
2002	54	9,3±2,7
2003	48	9,6±2,5
Total	181	9,4±2,6

Conclusión: La calidad metodológica de los estudios publicados sobre terapia en revistas quirúrgicas ISI es baja, destacando una escasa y en oportunidades inapropiada utilización de estadísticas. Existe asociación con la disciplina quirúrgica de la que proceden los artículos, no así con el año de publicación de éstos. Los resultados encontrados nos obligan a aceptar la hipótesis nula.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA SINTOMATOLOGÍA ATÍPICA EN PACIENTES CON APENDICITIS

Drs. *Marcelo Beltrán S.*[1], *Raúl Villar M.*[2], *Tito F. Tapia*[1], Sra. *Karina Cruces B.*[3], *Jazmín Rojas*[3], Sr. *Tomás Araya*[3], Sras. *Marcela Barraza*[3], *Elizabeth Olivares,*[3] e *Isabel Alfaro*[3], Sr. *Manuel Cáceres*[3]
([1]Unidad de Emergencias y Departamento de Cirugía. [2]Unidad de Emergencias. [3]Enfermeras, Unidad de Emergencias y Departamento de Cirugía)

Introducción: La cirugía más frecuente que deben realizar los cirujanos de urgencia es la apendicectomía. Creemos que la clínica clásica de la apendicitis debe complementarse con el conocimiento de las presentaciones atípicas que son más frecuentes de lo que habitualmente se describen. El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de los síntomas atípicos de la apendicitis, su relación con el período de evolución del cuadro clínico, su relación con el número de consultas previas al diagnóstico y su influencia en el diagnóstico.

Material y Método: En el período comprendido entre los meses de octubre 2002 y abril de 2004, fueron estudiados prospectivamente los pacientes mayores de 15 años operados con el diagnóstico de apendicitis. Se incluyeron 186 pacientes, 91 (49%) presentaron algún síntoma atípico en su cuadro clínico, este grupo de pacientes representa el grupo de estudio y los 95 (51%) pacientes que no presentaron síntomas atípicos en su cuadro clínico constituyen el grupo control. El estudio corresponde a un diseño de cohorte prospectivo, no aleatorio controlado.

Resultados: En ambos grupos predominaron pacientes de sexo femenino, con un promedio de edad similar. En el grupo de síntomas clásicos la consulta primaria fue más frecuente (82%), inversamente, los pacientes fueron derivados con mayor frecuencia en el grupo de síntomas atípicos (37,4%). El 25,1% de los pacientes del grupo de síntomas atípicos tuvieron un período de evolución superior a 73 horas. La mayoría de los pacientes del grupo de síntomas clásicos requirieron de solo una consulta para llegar al diagnóstico de apendicitis. En el grupo de síntomas atípicos, 16,6% de los pacientes requirieron de 4 o más consultas para llegar al diagnóstico. Los síntomas atípicos más frecuentes referidos por los pacientes, fueron diarrea, dolor dorsal y dolor en el hipogastrio. Se utilizó la ecografía en 31% de los pacientes del grupo síntomas atípicos y en 9,5% de los pacientes del grupo control. El estudio histopatológico demostró una mayor proporción de apéndices perforados y normales en el grupo de síntomas atípicos.

Conclusiones: Concluimos que en el presente estudio, la frecuencia de síntomas atípicos es elevada y condiciona un retraso en el diagnóstico. La presencia de síntomas atípicos no se relaciona a la edad del paciente. Se identificaron algunos síntomas atípicos que guardan relación con la clínica de la apendicitis y que deben ser evaluados y tomados en cuenta en el proceso diagnóstico.

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE COLANGITIS AGUDA CON DRENAJE ENDOSCÓPICO. ANÁLISIS DE RESULTADOS EN PACIENTES CON MICROORGANISMOS RESISTENTES A TERAPIA ANTIMICROBIANA INICIAL

Drs. *Hein G., De Aretxabala X., Fasce G., Urrejola G., Court I., Cassorla G., González V.1, Deza C.*[1], *Pilasi J.*[1], *Hermosilla J.*[1]
(Servicio de Cirugía. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso. [1]Internos de Medicina, Universidad Mayor)

Introducción: Existe consenso actualmente que el drenaje endoscópico de la vía biliar, constituye el tratamiento de elección en pacientes con colangitis, en comparación con la técnica de cirugía abierta y coledocostomía. No existe consenso actual respecto del esquema antimicrobiano inicial específico a utilizar. Aún mayor controversia existe respecto de la duración de la terapia antibiótica con posteriori-

dad al drenaje de la vía biliar, sugiriéndose por la mayoría de los grupos completar 7 a 21 días de terapia parenteral. En nuestro centro se realizó un estudio con bilicultivos y antibiogramas en todos los pacientes tratados endoscópicamente por colangitis aguda (n= 74), desde marzo de 2001 hasta agosto de 2004, estableciéndose en él que un 45,8% de pacientes presentaron cultivos a gérmenes resistentes a la antibioticoterapia utilizada en ellos. El presente trabajo pretende estudiar retrospectivamente la evolución clínica de los pacientes que recibieron tratamiento endoscópico de colangitis aguda y que presentaron gérmenes resistentes a la terapia antibiótica inicial utilizada en ellos.

Objetivo: Demostrar que el drenaje endoscópico de la vía biliar constituye en la mayoría de los casos, la terapia única necesaria en pacientes con colangitis aguda, incluso en pacientes que recibieron además terapia antibiótica empírica y presentaron gérmenes resistentes a dicho tratamiento.

Material y Método: Desde marzo de 2001 hasta agosto de 2004, se han realizado en nuestro hospital 94 bilicultivos durante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) terapéutica, indicada en cuadros de patología biliar aguda. Se utilizó técnica de aspirado y drenaje por declive de bilis con catéter estéril ubicado en conducto hepático común. Se tomaron muestras para gérmenes aerobios y anaerobios. Junto con el resultado del microorganismo presente en el cultivo, se informa la sensibilidad frente a distintos antimicrobianos. Se revisa en forma retrospectiva la evolución clínica de los pacientes que fueron drenados endoscópicamente y que presentaron microorganismos resistentes a la terapia utilizada en ellos.

Resultados: Del total de pacientes tratados endoscópicamente por colangitis aguda, 37 de ellos (39,36%) fueron concomitantemente tratados con antibióticos y presentaron microorganismos resistentes a dicha terapia en antibiograma. De ellos, no hubo pacientes que presentaron complicaciones sépticas secundarias que requirieran cambio de terapia u hospitalización prolongada ni mortalidad en la serie. Se practicó recambio de stent en 8 de 11 pacientes que presentaron oclusión de endoprótesis como complicación, en un período de 8 semanas de observación en este grupo.

Conclusiones: Se demuestra en el presente trabajo, que el drenaje endoscópico de la vía biliar en colangitis aguda constituye una terapia adecuada suficiente incluso en cuadros secundarios a microorganismos resistentes a la antibioticoterapia utilizada en ellos.

EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA EN APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Drs. *Jean Michel Butte B., Grace Tapia N., Angélica Oyarzún A., Fernanda Bellolio A., Alex Escalona P., Ignacio Duarte G., Fernando Crovari E., Nicolás Jarufe C., Gustavo Pérez B., Luis Ibáñez A.*
(Departamento de Cirugía Digestiva y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es la cirugía de urgencia más frecuente en nuestro país. La vía laparoscópica es una alternativa fundamentalmente si los pacientes son obesos o existe duda diagnóstica.

Objetivo: Evaluar los resultados quirúrgicos de un grupo de pacientes operados vía laparoscópica de AA.

Material y Método: Se analizó en forma retrospectiva los registros clínicos de 201 pacientes operados de AA vía laparoscópica entre octubre de 1999 y abril de 2004. Se evaluó el sexo y la edad, las características clínicas y de laboratorio, el tratamiento quirúrgico, la evolución postoperatoria y el estudio morfológico del apéndice extirpado. Se utilizó el test de Chi cuadrado y se consideró significativo un $p< 0,05$.

Resultados: El grupo se compone de 149 mujeres y 52 hombres con una edad (media ± desviación Standard) de 28,6±5,7 años. Ciento cuarenta y seis pacientes eran ASA Ie y 26 pacientes eran obesos. El cuadro clínico tenía menos de 48 horas de evolución en 173 pacientes y más de 48 horas en 28. Se observó dolor migratorio en 106 pacientes, fiebre en 50, náuseas o vómitos en 115 y signos de irritación peritoneal en 124 pacientes. El recuento de glóbulos blancos fue de 12739±2757 x mm^3. La indicación quirúrgica se fundamentó en los antecedentes clínicos en 187 pacientes. En 25 (16,8%) mujeres se encontró en la cirugía una causa ginecológica que explicó su cuadro clínico. El apéndice estaba perforado en 16 pacientes, de los cuales 13 tenían una peritonitis asociada. No hubo conversión a vía abierta. Los pacientes fueron realimentados en promedio a los 1,4 días. El tiempo de hospitalización fue de 3,6±0,7 días. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 9 (4,5%) pacientes, de los cuales 3 tenían su apéndice perforado. Tres pacientes evolucionaron con íleo mecánico, 2 con neumonía, 2 con colección intraabdominal, 1 con un hematoma de una herida operatoria y 1 con flebitis. Fue necesario reoperar a 5 pacientes (2,5%), que posteriormente evolucionaron satisfactoriamente. El estudio de la biopsia apendicular mostró una AA en 161 pacientes.

En 34 pacientes el apéndice fue normal: 18 mujeres sin hallazgos ginecológicos en la cirugía, 12 mujeres con hallazgos ginecológicos en la cirugía y 4 hombres. Un paciente presentó un adenocarcinoide apendicular y en 5 pacientes no hubo información. La obesidad, la evolución preoperatoria mayor de 48 horas, la apendicectomía incidental y la perforación apendicular no se asocian a mayores complicaciones postoperatorias (p= NS).

Conclusiones: La apendicectomía laparoscópica es una alternativa terapéutica válida. Su morbilidad es de 4,5% sin mortalidad asociada, comparable a la vía abierta. En mujeres el error diagnóstico es mayor, por lo que esta vía puede ser más útil en ellas al permitir una mejor exploración abdominal.

SEPSIS DE ORIGEN BILIAR. ¿ALTERNATIVA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA DE ORIGEN LITIÁSICO?

Drs. *Héctor Losada M., Carlos Manterola D., Manuel Vial G., Viviana Pineda N.*
(Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Las múltiples definiciones para la colangitis aguda de origen litiásico (CA) no cuentan con estudios de validación y reproducibilidad. El objetivo de este estudio es proponer y validar metodológicamente una nueva definición de CA: sepsis de origen biliar (SB). La hipótesis de trabajo es que la nueva definición (SB) tiene una adecuada evaluación en cuanto a las propiedades de una prueba diagnóstica.

Material y Método: Estudio de pruebas diagnósticas, utilizando como prueba de referencia la triada de Charcot. Se incluyeron pacientes con coledocolitiasis, con y sin colangitis; y pacientes con sospecha de coledocolitiasis intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional de Temuco en el período noviembre de 2001 a noviembre de 2002. La definición SB fue basada en el consenso de estados inflamatorios agudos (recuento de leucocitos, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura), realizándole la adición de una variable que pudiera sugerir el origen biliar del cuadro. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con base en una sensibilidad de la triada de Charcot de 75% y especificidad de 80%, con un nivel de confianza de 95%. El tamaño de muestra fue de 97 pacientes.

Resultados: Se estudiaron 120 pacientes, 84 con diagnóstico de CA y 36 pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis, sin signos de sepsis. Las propiedades diagnósticas de la definición SB fueron: sensibilidad 96%, especificidad 100%, valor predictivo positivo 100% y valor predictivo negativo 92%.

Conclusiones: La definición SB tiene una buena evaluación en cuanto a las propiedades de una prueba diagnóstica en comparación con la triada de Charcot para colangitis aguda. En la práctica clínica diaria la definición SB podría incorporar al concepto colangitis aguda.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN APENDICITIS AGUDA: UNA EVALUACIÓN PROSPECTIVA

Drs. *Astroza E., C. Cortés V., H. Pizarro V., M. Umaña F.* Int. *M. Bravo M., R. Casas C.*
(Servicio de Cirugía. Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía, Campus Sur, Universidad de Chile)

Siendo la apendicitis aguda un cuadro de alta frecuencia en los servicios de urgencia y siendo el diagnóstico de esta patología principalmente clínico, resulta importante evaluar cuál de las distintas manifestaciones que presentan los pacientes tiene mayor relevancia dentro del diagnóstico, para poder así intentar mejorar el rendimiento de este. Con el objetivo de analizar la validez de cada uno de los síntomas clínicos de la apendicitis aguda descritos por Alvarado en su score, se siguieron en forma prospectiva a 323 pacientes ingresados en el Hospital Barros Luco-Trudeau, entre el 3 de junio de 2003 y el 3 de diciembre de 2003, con el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda. A estos pacientes se los ingresó a un protocolo de estudio donde se consignaron parámetros clínicos, hallazgos intraoperatorios y resultado histológico, el que fue considerado como gold standard para el diagnóstico de apendicitis aguda.

Las variables clínicas se ingresaron a un modelo de regresión logística para determinar la importancia de cada una de ellas en relación al diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda.

El diagnóstico de ingreso se confirmó por histopatología en el 78,63% de los pacientes, los que correspondieron a un 51,7% mujeres y 48,3% hombres. La distribución de los síntomas entre el grupo con apendicitis y sin apendicitis fue similar. Al aplicar el modelo de regresión logística, la migración del dolor fue el único parámetro con significancia estadística.

Creemos así, que esta variable dentro del diagnóstico clínico debe ser considerada con mayor relevancia que el resto, junto con pensar que a futuro no se debiese descartar la elaboración de un nuevo score, que priorice este dato sobre los demás.

EL ROL DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIA REALIZADA POR CIRUJANOS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

Drs. *F. Catán, M. Uribe, W. Constante, C. Lagos, A. Gallego, R. Julio,* Ints. *B. Milet, M. Narea, M.J. Flores*
(Servicio de Urgencia, Hospital Salvador, Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: Uno de los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de urgencia es el dolor abdominal agudo en cuadrante superior derecho (CSD). La ecografía es útil, ya que es un método no invasivo, de fácil utilización y amplia disponibilidad. Posee una sensibilidad para enfermedad vesicular entre 88% y 90% y una especificidad de 97%. Para colecistitis aguda posee una sensibilidad de 91% y especificidad de 79%. La ecografía aún constituye el método de elección en la evaluación inicial de la vía biliar.

Objetivo: Estudiar la utilidad de la ecografía de urgencia realizada por cirujanos en la evaluación de los pacientes que consultan por dolor abdominal en CSD, mediante el análisis de la sensibilidad y especificidad en diagnóstico de colecistitis aguda.

Material y Métodos: Durante 1 de noviembre de 1998 y 30 de marzo del 2003, se realizaron ecografías en pacientes que consultaron por dolor abdominal en CSD. Se efectuó un seguimiento retrospectivo de los antecedentes clínicos, hallazgos ecográficos, y evolución de los pacientes. Esto tenía como objetivo confirmar o no el diagnóstico ecográfico determinado por el médico clínico en el servicio de urgencia. Se utilizó un ecógrafo digital Medison Sonoace 6000 de 48 canales. Se diseñó una hoja de recolección de datos en el programa Epi Info 6.04. El análisis estadístico se realizó con prueba *chi spuare,* T *student,* considerando significativo un valor p value< 0,05.

Resultados: Se efectuaron 1.307 ecografías por dolor en CSD, promedio de edad fue de 49,3 años, con un 61,7% de sexo femenino. Los hallazgos ecográficos fueron colelitiasis (54,4%), engrosamiento de la pared vesicular (26,5%), ecografía normal (30,5%), dilatación de la vía biliar (14,5%), pancreatitis aguda (5,3%), coledocolitiasis (4,9%), tumores (5,5%), patología urológica (5,3%), y otros (7,8%). Los diagnósticos de egreso fueron colecistitis aguda (29,5%), cólico biliar (25,1%), gastritis (13%), pancreatitis (7%), tumores (6,7%), colangitis (6,7%), patología urológica (5,2%), otros (6,8%). El 82,4% de los diagnósticos ecográficos fueron corroborados por hallazgos quirúrgicos, biopsia, cultivos o evolución clínica. La sensibilidad obtenida para colecistitis aguda fue 87,4% y la especificidad 94,8%.

Discusión: Existe una elevada correlación al alta con los hallazgos ecográficos iniciales. De esta manera, la ecografía de urgencia realizada por médicos clínicos permite discriminar de una manera rápida y eficiente los pacientes que requieren hospitalización o cirugía. En colecistitis aguda hay una alta sensibilidad y especificidad, imprescindible en un método diagnóstico si se tiene en cuenta la elevada morbimortalidad si no es pesquisada.

CIRUGÍA EN PACIENTE SENESCENTE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y CLÍNICO

Drs. *J. Hernández, L. Gutiérrez, J. Zúñiga, O. Ibarra, F. Maldonado, G. Ross, J. González, C. Lizama, C. Larraín*
(Departamento de Cirugía. Servicio de Emergencia. Departamento de Anestesiología y reanimación. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: De acuerdo al último censo nacional del año 2002, en Chile de los 15.116.435 de habitantes, 250.840 corresponde a ciudadanos mayores de 80 años (1,66%). Las consultas y admisiones de pacientes mayores de 80 años en nuestro centro asistencial y específicamente en cirugía, son un motivo de consulta frecuente.

El objetivo de este trabajo, es realizar un análisis global de la cirugía en el paciente mayor de 80 años en un hospital clínico universitario.

Material y Método: Desde enero de 1998 hasta diciembre de 2003, 1055 pacientes mayores de 80 años fueron intervenidos quirúrgicamente por distintas patologías en nuestro hospital. Hubo 407 hombres (38,6%) y 648 mujeres (61,4%). El promedio de edad fue 84 años con un rango entre 80 y 99. Consideraciones relacionadas a demografía, diagnóstico, operación realizada y días de hospitalización fueron estudiadas.

Resultados: Del total de pacientes estudiados 419 corresponden a intervenciones de cirugía abdominal (40%), de los cuales 277 pacientes corresponden a cirugía digestiva alta, hígado, vías biliares y páncreas, y 99 pacientes a patología de pared abdominal. Sólo 22 enfermos fueron intervenidos por lesiones de colon, recto y ano. Luego en orden de frecuencia aparece la cirugía de piel y tegumentos con 364 pacientes (34,5%), fundamentalmente biopsias de piel y extirpación de lesiones cutáneas neoplásicas. Las intervenciones

cardioquirúrgicas se realizaron en 95 pacientes (9%) y las vasculares periféricas en 98. Las cirugías de cabeza y cuello, plástica y tórax representan porcentajes menores. El promedio de días de hospitalización fue de 7,2 con un rango de 1 a 124.

Conclusiones: 1. El paciente senescente operado en este hospital representa un porcentaje mayor en relación al resto de la población intervenida, comparado con la población nacional mayor de 80 años. 2. La patología abdominal y dermatológica son la causa más frecuente de intervenciones quirúrgicas en este grupo etario. 3. El riesgo de complicaciones y hospitalización prolongada es mayor.

RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA EN MODELO PORCINO: DESARROLLO DE UN MODELO EXPERIMENTAL

Drs. *Alex Escalona P., Felipe Bellolio R., Nicolás Jarufe C., Jorge Martínez C., Gustavo Pérez B., Luis Ibáñez A.* Int. *Matías Guajardo*
(Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Centro de Investigaciones Médicas (CIM). Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido incorporar esta tecnología al tratamiento quirúrgico de diversas patologías. La segmentectomía lateral izquierda (segmentos II y III de Couinaud) es la resección hepática más frecuentemente realizada por vía laparoscópica en humanos. El objetivo de este estudio es evaluar la factibilidad de realizar una segmentectomía lateral izquierda laparoscópica en modelo porcino y comparar los resultados con la técnica abierta.

Material y Método: Diez cerdos de edad, peso y talla similares, fueron sometidos a una segmentectomía lateral izquierda, previo análisis y homologación de la segmentación hepática porcina. En 4 casos se realizó el procedimiento por técnica clásica (grupo 1) y en 6 por vía laparoscópica (grupo 2). Se registró en forma prospectiva el tiempo operatorio, sangrado y peso del segmento resecado. En todos los casos se realizó autopsia al séptimo día postoperatorio donde se registró la presencia de complicaciones.

Resultados: El tiempo operatorio fue de 77±19 min en el grupo 1 y de 52±38 min en el grupo 2 (p= 0,21). Se cuantificó un sangrado intraoperatorio de 185±67 y de 70±52 ml en los grupos 1 y 2 respectivamente (p= 0,01). El peso del segmento resecado fue de 128±27 y de 128±16 g para grupos 1 y 2 respectivamente (p= ns). Un animal operado por vía clásica presentó infección de la herida operatoria. No se observaron otras complicaciones en el resto de los animales. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusiones: La segmentectomía lateral izquierda laparoscópica en modelo porcino es un procedimiento factible de realizar. En esta serie se observa un menor sangrado operatorio en los animales operados por vía laparoscópica. El tiempo operatorio y tamaño del segmento resecado es comparable en ambas técnicas. La implementación de este procedimiento en un modelo animal puede ser de utilidad en el desarrollo de protocolos de investigación, adquisición de destreza laparoscópica en cirugía hepática e implementación de la técnica en humanos.

HISTOPATOLOGÍA DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL

Drs. *F. Mucientes, C. Delgado y R. Klaassen.* Ints. *P. Mucientes, L. Mercado, F. Muñoz, C. Mora*
(Sección Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción y CD. Patológico, Concepción)

Introducción: Se trata de la persistencia del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico que comunica la vesícula umbilical con el intestino primitivo medio, ubicado aproximadamente a 1 metro de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico del íleon. En el desarrollo embriológico normal, éste involuciona entre la 5ª y 7ª semana de vida intrauterina. Un fracaso en la regresión produce varias anomalías, siendo el divertículo de Meckel el más frecuente. Se encuentra en 1 a 4% de la población, siendo en la mayoría de los casos sintomático.

Objetivo: Conocer las características histopatológicas de los divertículos de Meckel resecados, junto con algunos datos epidemiológicos.

Material y Método: En 201.823 biopsias, entre 1979-2003 en la Sección Patología y CD Patológico, se encontraron 73 casos de divertículo de Meckel resecados. Se revisaron las láminas histológicas y se analizó edad, sexo, tamaño y alteraciones histopatológicas.

Resultado: La edad promedio fue 14 años (0-76 años), 66% menores de 15 años. 71,02% en hombres. Tamaño medio 3,3 cm (0,69). Asociado a diverticulitis (53%), heterotopía gástrica fúndica (37%), heterotopía pancreática (5,5%), úlcera tipo péptica (13,7%), hiperplasia linfoide (11%), infarto hemorrágico (5,48%). No se observaron tumores asociados.

Conclusiones: Se trata de una malformación

observada de preferencia en hombres, en el grupo pediátrico, asociado principalmente a diverticulitis, mucosa gástrica heterotópica y ulceración de tipo péptica. Se enfatiza tener presente esta patología en el diagnóstico diferencial de cuadros abdominales agudos pediátricos. Los hallazgos concuerdan con lo señalado en la literatura.

¿CUÁL ES EL NIVEL DE EVIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS DE TERAPIA PUBLICADOS EN LA REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA?

Drs. *C. Manterola, V. Pineda, M. Vial, H. Losada*
(Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera)

Introducción: Hipótesis: El nivel de evidencia de los artículos de terapia publicados en la Revista Chilena de Cirugía es bajo. El objetivo de este trabajo es determinar el nivel de evidencia de los artículos de terapia publicados en la Revista Chilena de Cirugía y establecer eventuales diferencias según año de publicación.

Material y Método: Estudio bibliométrico. Se realizó un muestreo no-probabilístico, consecutivo de los volúmenes 52 al 55, correspondientes a los años 2000 al 2003 de la Revista Chilena de Cirugía. Se incluyeron todos los artículos referentes a terapia publicados en el período mencionado. Se excluyeron editoriales y cartas al editor. Se utilizó la clasificación de niveles de evidencia de Sacket. La revisión se realizó en forma cruzada por 2 equipos de 2 investigadores cada uno. Las situaciones de discrepancia se resolvieron por consenso. Se calcularon porcentajes y se aplicó Chi^2 de Pearson y exacto de Fisher para comparación entre los grupos según año de publicación.

Resultados: Se estudiaron 477 artículos de los cuales, 224 eran referentes a terapia (46,9%). Los diseños de investigación más frecuentemente encontrados fueron los reportes de casos, series de casos (retrospectivas y prospectivas) y artículos de revisión (210 artículos, 93,8%). Se constató la ausencia de artículos de nivel de evidencia tipo 1; un 4,9% de artículos de nivel de evidencia tipo 2 ó 3; un 76,3% de artículos de nivel de evidencia tipo 4; y, un 18,8% de artículos de nivel de evidencia tipo 5. Por otra parte, se verificó que el 95% de los artículos eran de recomendación C o D, 5% eran de recomendación B y no se encontraron artículos de recomendación A. Al efectuar una comparación entre los diversos tipos de diseño y los años de publicación de los artículos, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas (p= 0,102) hecho que se puede apreciar en la tabla adjunta.

Año de publicación	*Revisiones sistemáticas (%)*	*Ensayos clínicos (%)*	*Estudios de cohortes (%)*	*Casos y controles (%)*	*Series de casos (%)*	*Artículos de revisión (%)*
2000	0,0	0,0	2,1	2,1	74,5	21,3
2001	0,0	3,6	7,3	0,0	65,5	23,6
2002	0,0	0,0	4,8	0,0	82,3	12,9
2003	1,7	1,7	1,7	0,0	76,6	18,3
Total	0,4	1,3	4,0	0,4	75,0	18,8

Conclusiones: El nivel de evidencia de los artículos de terapia publicados en la Revista Chilena de Cirugía en el período 2000-2003 es bajo, no observándose diferencias según año de publicación. La mayor parte de los artículos corresponden a diseños de tipo descriptivos (nivel de recomendación C de Sacket). Los resultados encontrados nos obligan a aceptar la hipótesis nula.

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA A TRAVÉS DE LOS GRUPOS RELACIONADOS AL DIAGNÓSTICO (GRD)

Drs. *Lombardi S. Juan; Altamirano C. Carlos; E.U. Villalón Evelyn, Hurtubia Ricardo, Acevedo F. Alberto, E.U. Costabal R.,* Mat. *Cabello C., E.U. Rusica Amelia,* Al. *Lombardi A. Juan José*
(Servicio de Cirugía. Hospital del Salvador)

Introducción: La gestión clínica moderna no puede medirse sólo por el número de prestaciones que se realizan, sino que por la casuística que resuelve, la complejidad asociada al paciente y por los recursos que utiliza. Uno de los sistemas validados para mejorar ésta gestión es el análisis de la ficha clínica al Egreso hospitalario a través del modelo de los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD). El objetivo de esta presentación es dar a conocer esta herramienta de trabajo y analizar sus resultados.

Material y Método: Se evaluaron todos los egresos hospitalario del Servicio de Cirugía desde el 01/01/03 al 31/12/03 los que se codificaron con el sofware Sistema de clasificación Clínica GRD versión 2.0 (AP-GRD).

El concepto de Grupo relacionado al diagnóstico se origina en la Universidad de Yale, *agrupando* a los pacientes al momento del egreso (653 grupos) de acuerdo a: 1) Su patología de base (diagnóstico principal) relacionada a un sistema y/o etiología común (coherencia clínica); 2) Que tengan un patrón similar de consumo de recursos (isoconsumo). Al agrupar a los pacientes por su patología de base,

su GRD va cambiando de grupo de acuerdo a la complejidad que éste presente y según parámetros establecidos por el modelo: edad, sexo, situación al alta, intervenciones quirúrgicas, diagnósticos secundarios, según comorbilidad o complicaciones (CC-CCM), y los incluye en su respectivo GRD. Así agrupados el sistema automáticamente le asigna una expresión numérica preestablecida que es resultante de los recursos utilizados para la resolución de dicho grupo, de acuerdo a estudios realizados por los autores del modelo y que se reactualizan anualmente. Esta expresión se denomina Peso del GRD, que viene a representar la cuantía de recursos utilizados y por ende la complejidad de la patología resuelta.

Resultados: Se analizaron 17.794 egresos en el Hospital del Salvador durante el año 2003, siendo el Peso global de los GRD de 1,64. Los egresos del Servicio de Cirugía fueron 5.480 de los cuales 4.137 fueron intervenidos quirúrgicamente con un Peso GRD promedio de 1,89, mayor que el del Hospital. Hubo 1.343 egresos (24,5%) con diagnósticos médicos con un Peso GRD 1,15, relacionado con el alto número de ingresos efectuados por el Servicio de Urgencia. El Peso global de Servicio fue de 1,71. Los pacientes presentaron un promedio de 4,1 diagnósticos asociados (comorbilidad). Las cirugías de mayor frecuencia y su Peso GRD correspondiente fueron colecistectomía laparoscópica (0,86), apendicectomía (0,88), colecistectomía abierta (1,30), hernias (0,66 a 0,91). Las cirugías de mayor complejidad correspondieron a: Transplante hepático (GRD 35,5), Vasculares mayores (GRD 10), páncreas, hígado y vías biliares (GRD 7,40); manejo de infecciones (GRD 7) y tubo digestivo (GRD 5,82). Al desagregar las cirugías sobre colelitiasis, éstas se agrupan en 7 GRD relacionados con la variabilidad de los pacientes. Su Peso fluctúa entre 0,86 (colecistectomía laparoscópica sin complicaciones) hasta 3,98 (colecistectomía con comorbilidad y complicaciones mayores).

Comentario: La implementación y análisis del Sistema GRD ha permitido no sólo conocer la productividad de Servicio sino que asociarla a la complejidad, variabilidad y, por ende, al consumo de recursos, objetivados por un Peso GRD de 1,89 y con una gran carga de comorbilidad (4,1 diagnósticos secundarios). Esto le permitirá efectuar una mejor y más adecuada programación de sus actividades y para la obtención de recursos. Definitivamente son las personas pacientes y no las enfermedades u operaciones las que se comportan distintas por lo tanto la programación de atenciones y la distribución de recursos debe ser efectuada con criterios más modernos y reales como los que se proponen en éste modelo de los GRD.

Conclusión: El análisis efectuado en nuestro Servicio del Sistema GRD, ha demostrado ser válido y utilizable en los hospitales chilenos. El conocimiento de estas nuevas metodologías de la gestión clínica asociado a la distribución y al consumo de recursos, se tornan indispensables para un mejor manejo de los Hospitales y servicios complejos. Los médicos tenemos la obligación de incorporarnos a la mejor administración de nuestros Servicios, empezando por familiarizarnos con estos nuevos léxicos como son GRD, Peso del GRD, etc.

Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA

BY PASS GÁSTRICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN LA CIUDAD DE IQUIQUE

Drs. *J. Widerstrom, J. Brito, M. Moya, M. Danilla*
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Iquique, Clínica Iquique)

Introducción: La obesidad es un problema de salud pública creciente en Chile, y un grupo especial lo constituyen los Obesos mórbidos, siendo la cirugía el único tratamiento consistente demostrado, duradero y efectivo.

En nuestro país, el By pass gástrico tiene la mayor difusión y mejores resultados. La incorporación con éxito de este tratamiento representa un desafío para los centros hospitalarios locales. El propósito de esta presentación es mostrar nuestra experiencia clínica en una serie de casos de By pass gástrico abierto en obesos mórbidos.

Material y Método: 118 pacientes con obesidad mórbida (julio de 1998 a julio de 2003), 71 en el Hospital de Iquique (modalidad institucional) y 41 en Clínica Iquique (modalidad privada). Todos estudiados de acuerdo a protocolo estándar de evaluación para cirugía bariátrica. El protocolo quirúrgico incluyó: técnica anestésica mixta, profilaxis antitrombótica y técnica quirúrgica estandarizada: laparotomía media, sección alta del estómago con stapler lineal, reservorio de 20 cc, gastroyeyunoanastomosis transmesocólica retrogástrica terminolateral 20 mm con sutura manual monoplana corrida, Y de Roux con asa alimentaria de 150 cm, cierre de mesos y laparorrafia en un plano.

Se logró seguimiento en el total de pacientes, controlando la baja de peso a los doce meses.

Fueron registradas las siguientes variables: tiempo operatorio, estadía hospitalaria, morbilidad postoperatoria, IMC inicial e IMC final.

Resultados: Sexo femenino mayoritario 91,5%, edad promedio: 35 años (rango 16-58 años), tiempo operatorio promedio: 143 min (Rango 120-180 min), estadía hospitalaria media: 5,03 días (rango 4-7 días).

Morbilidad postoperatoria precoz presentada fue un 11,8%. Seroma 5,9%, fístula controlada de anastomosis 3,4%, HDA 1,7%, atelectasia 0,8%.

Morbilidad tardía fue de un 15,2%. Hernia incisional 10,2%, estenosis de la anastomosis 3,4%, fístula gastrogástrica 0,8% y neuropatía periférica 0,8%. La mortalidad perioperatoria fue de 1,7% (sepsis por filtración de anastomosis y TEP).

El IMC inicial promedio fue 44,6 kg/m^2 (rango 36-58) y el IMC final 28,1 kg/m^2 (rango 20-38).

Conclusiones: El By pass gástrico abierto, en esta serie regional, muestra efectividad en términos de baja de peso en obesos mórbidos, con morbimortalidad similar a la reportada en otras series de casos nacionales. Los pacientes mayoritariamente demandantes de esta cirugía han sido mujeres de edad joven.

BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Drs. *M. Berry, L. Urrutia, V. Aravena*
(Clínica Las Condes, Clínica Indisa)

Introducción: El balón intragástrico de bioenterics (BIB), ha sido un efectivo método para el tratamiento de la obesidad moderada y severa asociada con una dieta supervisada.

Método: Desde abril de 2002 a junio de 2004, 135 BIB se colocaron en 123 pacientes obesos, 95 fueron mujeres y 28 hombres; la edad promedio fue 36,5 años (15-68); el IMC promedio fue 32,6 kg/m^2 (29-42). El balón fue insertado y removido endoscópicamente bajo sedación o anestesia general, 113 pacientes han completado el tratamiento después de 6 meses. De éstos, a 4 se les realizó un Banding gástrico ajustable laparoscópico después de la remoción del balón.

Resultados: Después del tratamiento, la pérdida de peso fue la siguiente: pérdida de peso promedio 12,2 kg (0-29), porcentaje de exceso de pérdida de peso (% WEL) de 44,6% (0-129%), y una reducción

de su IMC de 4,2 kg/m^2. La pérdida de peso fue acompañada de una disminución de las comorbilidades asociadas. Se presentaron 6 (4,4%) complicaciones: 1 perforación gástrica (paciente con una fundoplicatura de Nissen laparoscópica previa), 1 síndrome de retención gástrica, 2 espasmos laríngeos que requirieron intubación, 2 rupturas del balón por falla de válvula; 7 (5,2%) intolerancias con remoción del balón precozmente; 1 retiro por embarazo.

Conclusiones: BIB aparece como un tratamiento con buenos resultados bajo una supervisión nutricional adecuada. Las complicaciones fueron bajas, sin embargo algunas pueden ser graves. BIB debiera ser considerado como una útil herramienta en los pacientes obesos moderados sin indicación quirúrgica, y también en aquellos obesos candidatos a cirugía que la rechazan.

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: EXPERIENCIA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Drs. *Gustavo Pérez B., Alex Escalona P., Fernando Crovari E., María A. García-Huidobro, Sergio Guzmán B., Ibáñez A.,* E.U. *Sylvia Navarro C.*
(División de Cirugía, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: En Chile y el mundo la obesidad es un importante problema de salud pública. El bypass gástrico en Y de Roux (BPG) realizado por vía laparoscópica, es actualmente una de las alternativas de elección en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. El objetivo de esta presentación es presentar la experiencia en el tratamiento de la obesidad en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile con este método.

Material y Método: Se revisó el registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a BPG laparoscópico desde agosto de 2001 a julio de 2004. Se registraron los datos demográficos de cada paciente, características clínicas y la evolución postoperatoria. Complicaciones tardías fueron definidas como aquellas que se presentaron dentro de los primeros 30 días y tardías las posteriores a este período. Se realizó seguimiento de todos los pacientes a través de médicos tratantes, ficha clínica o evaluación clínica.

Resultados: La serie está compuesta por 457 pacientes. La edad es de 36±10 años, 352 pacientes (79%) son mujeres. El índice de masa corporal (IMC) es de 41±5 (kg/m^2). Cirugía abdominal previa presentaban 181 pacientes (39,6%). La presencia de HTA, DM II, y dislipidemia se observó en 124 (27%), 56 (12%) y 183 (40%) pacientes respectivamente. Se realizó una colecistectomía en 46 pacientes (10%). En 10 pacientes (2,1%) hubo necesidad de conversión. El tiempo operatorio es de 121±52 minutos. La estadía hospitalaria fue de 4,1±2,9 días. Complicaciones precoces presentaron 36 pacientes (7,8%), 16 de ellos (3,5%) fueron reintervenidos. No hubo mortalidad. La mediana de seguimiento postoperatorio es de 11 meses. El porcentaje de pérdida del exceso de peso a los 6 y 12 meses es de 79 y 97% respectivamente. Complicaciones tardías que requirieron reintervención se observaron en 19 pacientes (4,1%).

Conclusión: El bypass gástrico laparoscópico es una buena alternativa de tratamiento quirúrgico de la obesidad. En esta experiencia presenta morbilidad comparable a series internacionales.

BY PASS GÁSTRICO CLÁSICO ASOCIADO A GASTRECTOMÍA DEL REMANENTE POR VIDEO LAPAROSCOPIA

Drs. *Juan Carlos Díaz J., Patricio Burdiles P., Attila Csendes J., Italo Braghetto M., Mauricio Recio, Fernando Malvenda G., Karin Papapietro V., Anamaría Burgos, Guillermo Rencoret.* Nut. *Ema Díaz*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La obesidad mórbida (OM) se ha transformado en un problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados y también en nuestro país. La cirugía bariátrica (CB) ha probado ser una buena herramienta para solucionar el problema. Uno de los procedimientos quirúrgicos más aceptados es el By pass gástrico (BPG), sin embargo en nuestro Departamento el BPG siempre se ha asociado a gastrectomía del remanente por vía abierta (BPGR).

Objetivo: Mostrar la experiencia del nuestro Departamento en BPG y BPGR en aspectos técnicos, tiempos quirúrgicos, morbilidad-mortalidad y seguimiento alejado del Índice de Masa Corporal (IMC) del grupo global y de la GYA manual y con Stappler.

Material y Método: Entre febrero de 2002 y julio de 2004, 100 pacientes fueron sometidos indistintamente a BPG o BPGR por vía laparoscópica dependiendo de las características endoscópicas de cada uno. Cincuenta y nueve se le practicó BPGR y 41 BPG. Hubo 82 mujeres y el IMC promedio fue de 40,1 con un rango entre 32 y 49. La anastomosis gastroyeyunal (GYA) fue hecha manualmente en 52 y con Stappler en 48.

Resultados: El tiempo quirúrgico varió entre 8 horas al comienzo de la serie hasta 3 horas al final. El asociar gastrectomía del remanente gástrico subió en promedio 30 minutos el tiempo total. Hubo morbilidad en 19 pacientes, siendo la más frecuente la fístula de la GYA en 7 y la obstrucción intestinal en 4. Nueve pacientes fueron convertidos. Un paciente falleció por tromboembolismo pulmonar. No hubo diferencias significativas en el IMC a los 6 y 12 meses de seguimiento en los grupos de GYA manual y con Stappler.

Conclusión: El BPG y el BPGR son procedimientos reproducibles por vía laparoscópica y ambos comparables para conseguir adecuado control del peso en pacientes con OM.

RESULTADOS INMEDIATOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN TALCA

Drs. *A. Tapia, R. Cabrera, J. Llanos, L. Insunza, A. Huidobro, V. Mujica, T. Rojas, M. Toro, C. Piña, N. Barrios, M. Ormazábal, S. Arancibia*
(Servicio de Cirugía y Medicina. Unidades de Nutrición, Kinesiología y Salud Mental. Hospital Regional de Talca)

La obesidad es una enfermedad multifactorial, de incidencia en aumento y en cuyo tratamiento la cirugía ha adquirido un rol fundamental en los últimos años. Para llevar a cabo la cirugía se ha enfatizado en la necesidad de equipo multidisciplinario y adecuado entrenamiento de los cirujanos para minimizar las complicaciones. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados inmediatos de la cirugía bariátrica como parte del manejo multidisciplinario de la obesidad en la ciudad de Talca.

Material y Método: Se realiza un registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la ciudad de Talca desde mayo de 2003 a agosto de 2004. Todos los pacientes fueron sometidos a evaluación multidisciplinaria (nutriólogo, nutricionista, psicólogo) y/o psiquiatra y kinesiólogo) y operados por cirujanos con experiencia en cirugía digestiva. En cada uno se registró el IMC al ingreso y el previo a la cirugía, las patologías concomitantes relacionadas a la obesidad, la intervención quirúrgica realizada, sus variaciones según IMC, los tiempos quirúrgicos y las complicaciones observadas.

Resultados: Se estudiaron 27 pacientes. De ellos, 24 (89%) eran mujeres. La edad promedio fue 41,9 años (margen 21 a 62) y el IMC de ingreso al programa de tratamiento de 44,7 kg/m^2 (margen 36,5 a 55). En ellos se hicieron 21 bypass gástrico abiertos (BP) y 6 gastroplastias laparoscópicas con banda ajustable (BGA) con un IMC promedio que disminuyó a 42,9 kg/m^2 previo a la cirugía. El promedio de edad y el IMC previo a la cirugía fue de 40,8 y 47,6 años y 43,8 y 37,5 kg/m^2, para los pacientes con BP y BGA, respectivamente. Las patologías asociadas más frecuentes fueron resistencia insulínica (12), dislipidemias (9), hígado graso (8), hipertensión arterial (6) y diabetes mellitus (4). Se realizaron 6 colecistectomías por litiasis junto al BP y una herniorrafia infraumbilical con malla junto a la BGA. El tiempo promedio de la cirugía fue 180 minutos para el BP y 120 para la BGA. La principal diferencia estuvo al dividir la serie en dos grupos de acuerdo al tiempo transcurrido desde el inicio del programa. En la primera mitad, el tiempo promedio del BP fue 193 minutos y en la segunda mitad de 168 minutos, con igual número de colecistectomías en ambos grupos. La morbilidad global fue de 22,2%. Sólo hubo complicaciones entre los pacientes con BP y no fueron graves: seroma de herida operatoria (3), atelectasias (2), varicoflebitis (1) e infección de herida operatoria (1). La realimentación se hizo entre el 3er y 4º día en los pacientes con BP y al 1 día en aquellos con BGA. El promedio de hospitalización fue 6,8 días (margen 6 a 11) en BP y 1 día en BGA. No hubo mortalidad.

Conclusión: Los resultados de esta serie inicial muestran que en centros de provincia también es posible llevar a cabo con éxito y mínima morbilidad la cirugía bariátrica cuando existe un equipo multidisciplinario y cirujanos entrenados en cirugía digestiva.

BALÓN INTRAGÁSTRICO PARA PACIENTES OBESOS: NUESTRA VERDAD

Drs. *I. Braghetto, A. Rodríguez, H. Valladares, A. Csendes, K. Papapietro, E. Díaz, L. Brunet, D. Oksenberg, D. Reyes, P. Riffo, C. González, R. Ramírez, H. von Schakman*
(Departamento de Cirugía y Centro de Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile)

La colocación endoscópica de balón intragástrico ha sido sugerida como una de las alternativas terapéuticas de tipo restrictivo para pacientes obesos. En la literatura se ha mencionado que sus resultados son limitados en cuanto a reducción de peso y falta de resultados permanentes. En este trabajo se presenta la experiencia en pacientes obesos en los cuales se indicó un balón intragástrico y manejo dietético. El objetivo es evaluar la disminución de peso absoluto, reducción del exceso de peso expresado en porcentaje y en reducción del IMC, evaluando estos resultados al momento de

retiro del balón y su mantención después de al menos 6 meses de retirado el balón.

Resultados: 47 pacientes entre 15 y 54 años, con un promedio de edad de 34 años. 11 hombres y 36 mujeres. Todos los pacientes presentaron fracaso al manejo dietético previo como tratamiento único. El promedio de IMC fue 34,6 presentando la siguiente distribución: 9 pacientes con IMC entre 25 y 30, 20 pacientes entre 30 y 35, 10 pacientes con IMC entre 35 y 40 y 8 pacientes con IMC mayor de 40. La expectativa de baja de peso esperada por los pacientes antes de la instalación era bajar un promedio de 17 kilos de peso, con un rango entre 6 y 35 kilos. La instalación se realizó de manera ambulatoria en los 47 pacientes presentando sólo 1 paciente depresión respiratoria transitoria. El balón se retiró con un promedio de 7 meses de duración (rango entre 4 y 13 meses). Al momento del retiro 45 pacientes (96%) bajaron de peso en un promedio de 11,25 kilos (rango 3 y 64 kilos). Dos pacientes (4%) mantuvieron el mismo peso que tenían al momento de la instalación. 24 pacientes tenían más de 6 meses de retirado el balón, con un promedio de 10 meses (entre 7 y 17 meses) de seguimiento. En 18 de ellos (75%) continuaban con un peso corporal igual o menor al momento del retiro, siendo en promedio 12,9 kilos menor que el peso inicial (rango entre 5 y 64 kilos), en 6 (25%) pacientes presentaron un aumento de peso respecto al momento de retiro del balón, en promedio 5 kilos (rango 1-14) y a 3 de ellos se les indicó algún tipo de cirugía bariátrica.

Conclusión: El balón intragástrico es una alternativa para el manejo de pacientes con obesidad y que cumplen el tratamiento multidisciplinario requerido. En el 75% de los pacientes se observa una mantención de esta pérdida a los 6 meses del retiro.

EFECTO DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX Y SWITCH DUODENAL EN LA RESISTENCIA A INSULINA EN MODELO PORCINO

Drs. *Alex Escalona P. Int. Pablo Becerra H., Gustavo Pérez B., Luis Ibáñez A., Sergio Guzmán B.*
(Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Centro de Investigaciones Médicas (CIM), Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la obesidad presenta buenos resultados en el control de enfermedades asociadas como la diabetes mellitus. Esta mejoría obedece en parte a la disminución del exceso de peso, sin embargo, existen elementos que sugieren que factores anatómicos y fisiológicos de los distintos procedimientos pueden tener un rol en el control metabólico de esta enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de dos procedimientos que determinan ausencia de tránsito alimentario a través del duodeno, como son el bypass gástrico en Y de Roux y el switch duodenal, en la resistencia a la insulina.

Material y Método: Quince cerdos de edad, peso y talla similares, fueron sometidos a tres procedimientos distintos. En 5 casos se realizó un bypass gástrico en Y de Roux (grupo 1), en 5 un switch duodenal (grupo 2) y en 5 se realizó una resección intestinal como procedimiento control (grupo 3). En todos se realizó glicemia e insulinemia de ayunas, a los 30, 60, 90 y 120 minutos post 2 g/kg de glucosa oral, antes de la cirugía, a los 7, 14 y 30 días. La determinación del índice de resistencia a insulina se realizó a través de HOMA (homeostasis model assessment).

Resultados: Los valores de glicemia postcarga de glucosa oral fueron mayores en los grupos 1 y 3. Los valores de HOMA basal fueron similares en los tres grupos en todas las tomas. Los valores de HOMA postcarga de glucosa oral fueron menores en los grupos 1 y 2 comparados con el grupo 3. Esta diferencia fue mayor para el grupo 2 (p= NS).

Conclusiones: El switch duodenal y en menor grado el bypass gástrico en Y de Roux modifican la respuesta fisiológica a la carga oral de glucosa. Esta modificación se relaciona con alteraciones de los niveles de insulina.

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE VERSUS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Drs. *Alex Escalona P., Gustavo Pérez B., Luis Ibáñez A., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Sergio Guzmán B., E.U. Sylvia Navarro C.*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La cirugía constituye un elemento muy importante en el tratamiento de la obesidad mórbida. Existen varias alternativas de tratamiento quirúrgico, sin embargo, se discute acerca de cuál es el procedimiento más efectivo y seguro en el tratamiento de la obesidad. El objetivo de este estudio es comparar los resultados postoperatorios de pacientes sometidos a instalación de banda gástrica ajustable y bypass gástrico laparoscópico.

Material y Método: Del total de pacientes sometidos a instalación de banda gástrica ajustable (Grupo 1) desde septiembre de 2002 a marzo de 2004,

se seleccionaron aquellos con índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 40, ó 33 con alguna enfermedad asociada, en total 56 pacientes. Estos fueron pareados con pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico (Grupo 2) en el mismo período de acuerdo a edad, sexo e IMC. Se evaluó como objetivos primarios el tiempo operatorio, estadía hospitalaria, complicaciones postoperatorias, evolución ponderal y mejoría de enfermedades asociadas en el seguimiento. Se realizó seguimiento de todos los pacientes a través de médicos tratantes, ficha clínica o evaluación clínica.

Resultados: El tiempo operatorio promedio fue 75±22 min en pacientes grupo 1 y 125±56 minutos en grupo 2 (p< 0,0001). Conversión a cirugía abierta fue necesario en 4 pacientes del grupo 2. La estadía hospitalaria promedio fue menor en los pacientes del grupo 1 (2,1±0,6 días *versus* 4,5±3,1 días (p< 0,0001). Seis pacientes del grupo 2 y ninguno en el grupo 1 presentaron alguna complicación postoperatoria. Una reintervención fue necesaria en un paciente del grupo 2 y en ninguno en el grupo 1. No hubo mortalidad. El porcentaje de pérdida del exceso de peso promedio al año es de 51% en pacientes del grupo 1 y 83% en los pacientes del grupo 2 (p= 0,007).

Conclusión: El bypass gástrico laparoscópico tiene una pérdida del exceso de peso al año significativamente mayor que la banda gástrica ajustable. Presenta un mayor tiempo operatorio, estadía hospitalaria y morbilidad postoperatoria.

CIRUGÍA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA POR BANDA GÁSTRICA

Drs. *William Awad F.*[1], *Víctor Oñate M.*[1], *Julio Yarmuch G.*[2], *Alvaro Garay M.*[3], *Iván Turu K.*[3], *y* Srta. *María de los Ángeles Oñate P.*[4]
([1]Cirujano de Integramédica, [2]Sub Jefe Servicio de Cirugía, Hospital J. J. Aguirre y Cirujano Integramédica. [3]Cirujano Hospital San Juan de Dios y Cirujano Integramédica. [4]Interno de Medicina)

Introducción: El principio fundamental de la Cirugía Bariátrica es establecer una técnica que logre como objetivo el control de sobrepeso con la menor morbimortalidad y que mejore la calidad de vida. La presente comunicación preliminar muestra la efectividad de la Banda Gástrica Ajustable.

Material y Método: Hemos operado 40 pacientes con 3 tipos de Banda Gástrica Ajustable en pacientes con IMC promedio de 39. Se estableció un control seríado con ajuste variable de la banda, de acuerdo a la evolución de la curva de peso.

Resultados:

Meses de operado	*0*	*1 a 6*	*6 a 12*	*12 a 18*	*18 a 24*
n pacientes	4	17	10	0	9
% pérdida sobrepeso	–	34,83	59,32	–	72,13

No hubo mortalidad en el grupo analizado. Tuvimos un hemoperitoneo postoperatorio inmediato, que se manejó con laparoscopia. Una paciente presentó deslizamiento de la pared gástrica después de una crisis de vómitos (slipage). Podía ser reposicionada por laparoscopia, pero la paciente pidió su retiro.

Conclusiones: El cirujano debe tener formación y experiencia en cirugía laparoscópica y en el procedimiento.

Es muy trascendente el adecuado y paciente seguimiento, con ajustes bien calibrados y sin apresuramiento para no generar disconfort con la ingesta alimentaria reducida.

La banda gástrica ajustable resultó efectiva al conseguir un porcentaje de pérdida de sobrepeso considerado muy satisfactorio con un tiempo de evolución superior a 12 meses (más de 59%). No debe considerarse un fracaso los descensos del sobrepeso que superen el 50%.

Además de su baja morbimortalidad, la banda gástrica es ajustable (graduable), reversible, siempre laparoscópica, de muy corta hospitalización (1 día) y pronta rehabilitación y reintegro a las actividades laborales. Permite el estudio posterior del tracto digestivo y la factibilidad de recibir fácilmente nuevos tratamientos que surjan del avance de la tecnología.

Exige al paciente adherencia al control con dedicación del grupo operador y fiel cumplimiento de las indicaciones. El éxito se verá en pacientes disciplinados y con voluntad por alcanzar los resultados.

BANDING GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: UNA EFECTIVA Y SEGURA TÉCNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Drs. *M. Berry, L. Urrutia, H. Coñoman, V. Aravena, A. Botinelli*
(Clínica Las Condes, Clínica Indisa, Hospital Naval)

Objetivo: Evaluar los resultados y la morbimortalidad de la Banda Gástrica Laparoscópica Ajustable en el tratamiento de la Obesidad.

Introducción: De las técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento de la obesidad mórbida, la

banda gástrica laparoscópica ajustable es considerada la menos invasiva y con resultados comparables con las demás técnicas. Es un procedimiento potencialmente reversible, muy seguro y con una baja morbimortalidad.

Método: Entre noviembre de 2001 y julio de 2004, 134 pacientes fueron sometidos a un Banding gástrico laparoscópico ajustable (LAP-BAND de Inamed®), 88 fueron mujeres y 46 hombres; la edad promedio fue 33,4 años (14-64). El peso preoperatorio promedio fue 108 kg (72,5-161). El IMC promedio de los pacientes fue 38,8 (32 a 62). Se utilizó la técnica pars fláccida. A todos los pacientes se les realizó un tránsito esofágico de control al día siguiente de la cirugía.

Resultados: El tiempo quirúrgico varió entre 30 y 180 minutos (X: 75 min). La estadía hospitalaria fue de 2,1 días (1-6). No hubo mortalidad ni conversión de la técnica laparoscópica. El porcentaje de pérdida de exceso de peso (% EWL) ha sido: 55,1% a los 6 meses, 49,8% a los 12 meses, 52% a los 18 meses y 56% a los 24 meses. A medida que los pacientes pierden peso sus comorbilidades mejoran. Las complicaciones registradas fueron: 4 deslizamientos (2,9%), 1 deslizamiento agudo (a las 24 horas) reintervenido por vía laparoscópica con reposicionamiento; y 3 deslizamientos tardíos, 2 de los cuales se reposicionaron por laparoscopia y 1 retiro de la Banda también por vía laparoscópica; 3 retiros de Banda por intolerancia (2,2%), en uno de los cuales se demostró histológicamente una reacción adversa a silicona (todas laparoscópicas); 3 problemas con el reservorio (2,2%) 1 cuadro febril precoz (0,7%), el cual se reexploró por laparoscopia siendo negativa; 6 edema de la unión gastroesofágica (4,4%) que respondieron a tratamiento médico y resueltas antes del 6º día postoperatorio; 1 trombosis venosa profunda (0,7%).

Conclusiones: La banda gástrica laparoscópica ajustable es un procedimiento bariátrico efectivo y seguro, con baja morbilidad, mejoría importante de las comorbilidades y con una pérdida del porcentaje de exceso de peso mayor al 50% a 18 meses en el seguimiento.

BYPASS GASTROYEYUNAL LAPAROSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. *C. Farías, C. Ovalle, J.I. Fernández, K. Kosiel, C. Villagrán*
(Hospital FACH, Clínica Alemana)

Introducción: La cirugía es el tratamiento más efectivo disponible en la actualidad para pacientes con obesidad mórbida (Consenso 1992). No existe evidencia científica hasta el momento que permita afirmar cual es la mejor técnica quirúrgica. El bypass gastroyeyunal es una de las técnicas más ampliamente utilizadas, y existen trabajos que demuestran que la vía laparoscópica tiene ventajas en término de disminución de la morbilidad de la pared abdominal y menor hospitalización.

Objetivo: Describir la técnica laparoscópica empleada y los resultados de 3 años de seguimiento.

Material y Método: Se estudian los pacientes en forma prospectiva. Se describen sus características demográficas, patologías asociadas, tiempos quirúrgicos, hospitalización e incapacidad laboral, y complicaciones. Se describe la técnica quirúrgica empleada.

Resultados: Un total de 75 pacientes, 24 varones y 51 mujeres, operados entre julio 2001 y julio 2004. El promedio de edad fue 42 años, e IMC 42. Las patologías asociadas más frecuentes fueron hipertensión 46%, diabetes 32%, resistencia insulínica 67%, dislipidemia 42%, apnea del sueño 25%, patología osteomuscular 20%. El tiempo quirúrgico fue 147±51 min, promedio de hospitalización fue 5,5 días e incapacidad laboral 15 días. Complicaciones perioperatorias se presentaron en un 10,7% siendo la más frecuente hemorragia 5,3%, estenosis 1,3%, fístula anastomótica 1,3%, embolia pulmonar 1,3% y pancreatitis 1,3%. Complicaciones tardías 5,3%: estenosis 2,7%, obstrucción intestinal 1,3% y úlcera péptica 1,3%. Ninguno de los pacientes requirió conversión, 4 requirieron ser reoperados, y no se registra mortalidad en la serie. Todos los pacientes obtuvieron una baja de exceso de peso > a 50% y el 76% logra un IMC < a 30 al año.

Conclusiones: El bypass gastroyeyunal laparoscópico es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida, debe ser realizada por equipos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, ya que existe una importante curva de aprendizaje, donde están las principales complicaciones. La vía laparoscópica aparece como una excelente alternativa, que por los resultados iniciales será la vía de elección.

BYPASS GÁSTRICO CON Y SIN ANILLO DE CALIBRACIÓN: EFECTO EN LA BAJA DE PESO Y EN CALIDAD DE VIDA

Drs. *W. Awad, A. Garay, V. Oñate, I. Turu, J. Yarmuch*
(Universidad de Chile, Integramédica)

Introducción: Hay evidencias de que en la técnica habitual de bypass gástrico, la gastroyeyunos-

tomía se puede dilatar. Por esta razón la técnica de bypass de Capella y Fobi, incluye la instalación de una banda de silastix u otro material alrededor del bolsillo gástrico, con el objeto de evitar que la pasada se dilate y permita una ingesta más rápida y abundante. Sin embargo no hay evidencias claras de que sea significativo para la baja de peso el instalar o no un anillo. Este trabajo prospectivo se diseñó con el objetivo de mostrar en nuestros pacientes los resultados de un grupo con y sin anillo.

Material y Métodos: Se seleccionaron dos grupos de pacientes 109 con anillo y 83 sin anillo, operados en el mismo período entre enero 2002 y marzo 2004. A todos se les hizo bypass gástrico dejando un bolsillo de 15-20 cc y un asa desfuncionalizada de 150 cm. La selección no fue randomizada, sino que se separaron según el centro en que se operaron: en tres clínicas no se instaló banda (grupo A) 83 pacientes, 12 hombres 71 mujeres y en otras tres se instaló (grupo B), 109 pacientes, 18 hombres, 91 mujeres. La banda en todos los casos es un anillo de gorotex de 6 cm de largo que se sutura alrededor del bolsillo con dos puntos de prolene, con lo que el diámetro queda de 1,9 cm. Las características de la población de pacientes son del todo similares en cuanto a peso, estatura, comorbilidades y sexo. Con una encuesta simple se investigó la dificultad de la ingesta. Se hicieron controles de peso a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Para analizar las diferencias se prefirió como índice el porcentaje de baja de IMC, se usó la prueba t de student, y se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: A tres meses grupo A y B tiene 14 y 17% de baja IMC respectivamente, lo que es significativo. A seis meses 23,4 y 22,5 diferencia no significativa. A nueve meses, 29,8 y 27%, no significativo. A 12 meses 31, y 34% respectivamente, lo que no es significativo, a dieciocho meses, es de 29,7 y 38,5, significativo, a los veinticuatro meses 26 y 43% significativo. La diferencia entre los dos grupos completos considerando IMC al inicio y actual sin importar tiempo transcurrido es de 31 y 35% que es también significativo. Lo mismo ocurre si se compara el porcentaje de baja de exceso de peso. El grupo tiene distribución similar de tiempo de postoperado. En toda la evolución los pacientes con anillo relatan mayor dificultad de ingesta.

Conclusión: La evolución del peso parece ser mejor en el largo plazo en los pacientes con anillo agregado, durante el período de este estudio. Es necesario continuar el estudio a 5 años para definir con mayor precisión estos resultados. Los pacientes con anillo mantienen un cierto grado de disfagia permanente, especialmente a carnes y arroz, aunque no es considerado por ellos como una alteración de su calidad de vida.

Seccional: CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES QUEMADOS POR ALTO VOLTAJE

Drs. *J. Piñeros, W. Calderón, R. Roa, H. Roco, S. Llanos, P. Léniz, G. Correa, M. Steiner, A. Eulufi, P. Fuentes, Srta. A. Quintas*
(Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador Santiago, Asociación Chilena de Seguridad)

Objetivo: Evaluar el tratamiento quirúrgico de pacientes que sufren quemaduras por alto voltaje.

Material y Método: Estudio retrospectivo serie de casos, descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados al Hospital del Trabajador de Santiago entre 1993 y 2003, pertenecientes a Ley de accidentes del trabajo, que sufren quemaduras por alta tensión, atendidos desde la fase aguda en este centro.

Resultados: Se estudian 36 pacientes, se excluyó uno que ingresó a nuestro centro a los 25 días de evolución, todos hombres, edad promedio 37 años (rango 18 a 63).

El mecanismo de Lesión (28/36) presentan quemaduras por alto voltaje puro y los 8 restantes presentan un mecanismo mixto dado por alto voltaje y llamarada (5) e ignición de ropas (3). La SCQ con promedio de 15,47% con rango de (1,5 a 44%). Con alta tasa de complicaciones y secuelas.

La localización de la entrada de la corriente más frecuente fue la extremidad superior en 33/36 casos, de ellas la extremidad superior izquierda fue la más afectada (25/33). La localización de la salida de la corriente más frecuente fue la extremidad inferior en 25/36 casos, de ellas la extremidad inferior derecha fue la más afectada (19/25).

Veinte pacientes (56%) presentan amputación de extremidades, de ellos catorce (39%) presentan una o más amputaciones mayores de extremidades (sobre muñeca o sobre pie), con total de 24 amputaciones. La localización más frecuente fue extremidad superior (19/24). Seis pacientes sufren dos amputaciones mayores y de ellos cinco sufren la pérdida de ambas extremidades superiores. Dos pacientes sufren tres amputaciones mayores –dos sobre rodilla y una bajo codo–, uno de los pacientes fallece a las 24 horas del ingreso. De las 24 amputaciones realizadas, cinco se realizaron antes de las 48 horas del accidente y el resto en promedio 20 días después.

El período de tratamiento fue 8,8 ±7,7 meses (1 día a 40 meses). En los pacientes que presentaron quemaduras sin amputación o con amputación menor el tiempo promedio fue 6,4 meses, mientras que los que presentaron una amputación mayor fue de 9,6 meses y en los casos que sufrieron múltiples amputaciones mayores el período de tratamiento se prolongó a 19,1 meses.

Durante su hospitalización se realizaron un total de 388 visitas a pabellón quirúrgico, presentando un promedio de 10,7 visitas a pabellón por paciente, con un total de 572 procedimientos. Alta tasa de morbilidad y mortalidad de (2,7) un paciente que fallece a pocas horas del accidente.

Conclusiones: Nuestra serie trata de pacientes víctimas de accidentes laborales, hombres jóvenes, que presentan bajo porcentaje de superficie corporal quemada, alta tasa de complicaciones y de secuelas dadas principalmente por las amputaciones, además de una prolongada estadía hospitalaria y significativo número procedimientos quirúrgicos, más sin embargo una tasa de mortalidad baja a pesar de la gran magnitud de las lesiones. Todo lo anterior es posible a la participación de un equipo multiprofesional.

CONE FLAP COMO COLGAJO FASCIOCUTÁNEO PARA COBERTURA EN SITIOS ESPECIALES DE QUEMADURAS

Drs. *W. Calderón[1], M. Steiner[2], P. Léniz[1], J.L. Piñeros[1], S. Llanos[1], H. Roco[1], R. Roa[1], G. Correa[1], S. Benítez[3],* Int. *A. Quintas,[4]* Al. *D. Calderón[5]*
([1]Hospital del Trabajador de Santiago. [2]Universidad de Valparaíso, [3]Universidad de Chile, [4]Universidad de los Andes, [5]Universidad Mayor)

Introducción: Existen distintos tipos de cobertura para quemaduras, cuando ocurren en sitios especiales, como lugares de apoyo y de flexión, constituyen un desafío para el cirujano plástico, ya que las carac-

terísticas del tipo de cobertura, puede condicionar, la función posterior de la zona. Hasta ahora los métodos utilizados tradicionalmente tienen algunas falencias como diferencias con las características tisulares locales (estéticas y funcionales), problemas de irrigación, alteraciones de sensibilidad, la posibilidad de retracción o pérdida de los injertos o el costo del procedimiento, tanto en infraestructura como en tiempo. Tratando de solucionar estas falencias se diseñó un nuevo tipo de colgajo fasciocutáneo que comprende la utilización de dos colgajos combinados, uno de rotación y otro de avance en V-Y para cubrir el defecto creado por el primero de tal forma de no dejar zonas injertadas en forma secundaria. Debido a la forma que resulta de su realización, es que le llamamos colgajo en cono o Cone Flap.

Objetivo: Mostrar el beneficio del uso del Cone Flap como tipo de cobertura de elección en sitios especiales de quemaduras.

Material y Método: Muestra de diferentes casos clínicos de quemaduras en sitios especiales y su tratamiento mediante cobertura con Cone Flap en el Hospital del Trabajador de Santiago.

Resultados: Todos los colgajos realizados, sobrevivieron, presentaron una evolución favorable, con una función conservada, tanto motora, como estética. No hubo necrosis ni dehiscencias y se conservó la sensibilidad.

Conclusiones: El colgajo fasciocutáneo tipo Cone Flap es un método útil, simple, económico y seguro para quemaduras de sitios especiales.

RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES QUEMADOS POR ALTO VOLTAJE

Drs. *G.I. Correa, J. Piñeros, W. Calderón, R. Roa, H. Roco, S. Llanos, P. Léniz, A. Mujica, J. Dote, M. Salazar, M. Steiner, A. Quintinas*
(Hospital del Trabajador Santiago, Asociación Chilena de Seguridad)

Objetivo: Evaluar los resultados funcionales de pacientes que sufren quemaduras por alto voltaje.

Material y Método: Estudio retrospectivo serie de casos, descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados al Hospital del Trabajador de Santiago entre 1993 y 2003, pertenecientes a Ley de accidentes del trabajo, que sufren quemaduras por alta tensión y sobreviven a etapa aguda. Todos los pacientes fueron sometidos a Programa de Rehabilitación integral, precoz, continuo y progresivo.

Resultados: Se estudian 36 pacientes, todos hombres, edad promedio 37 años (rango 18 a 63), 58% casados al momento del accidente, nivel de escolaridad promedio: 8,4 años, 12 (33%) trabajaba en rubro eléctrico-19% como maestro liniero-7 (19%) rubro industrial, 6 (17%) construcción y 11 otras ocupaciones.

Diecinueve pacientes (53%) presentan amputación de extremidades, de ellos trece (36%) presentan una o más amputaciones mayores de extremidades (sobre muñeca o sobre pie), con total de 21 amputaciones. La localización más frecuente fue extremidad superior (18/21). Seis pacientes sufren dos amputaciones mayores y de ellos cinco sufren la pérdida de ambas extremidades superiores. Un paciente sufre tres amputaciones mayores, dos sobre rodilla y una bajo codo. En todos los pacientes con grandes amputaciones se intentó la protetización, siendo ésta efectiva en 92% de los casos. En la actualidad todos los pacientes protesados usan activamente sus prótesis.

El período de tratamiento fue 8,8 ± 7,7 meses (1 día a 40 meses). Según la escala de evaluación de discapacidad, 26/36 pacientes presentan secuelas permanentes, ocho (22%) casos de cuantía leve, 7 (19%) moderadas, 8 (22%) severas y tres (8%) casos presentaron secuelas muy severas, dependiendo permanentemente de terceros en sus actividades diarias; 33/36 pacientes (92%) son independientes total o parcialmente en sus actividades de vida cotidiana; 83% de pacientes esta laborando en trabajo competitivo post-alta.

Conclusiones: Los pacientes quemados por alto voltaje corresponden a hombres jóvenes, que presentan frecuentemente una lesión severa producto de este tipo de agente. Los resultados obtenidos con el Programa de Rehabilitación realizado son considerados muy buenos resultados, alcanzando los pacientes un alto nivel de independencia personal y de reinserción laboral. La disfunción residual presentada por los pacientes se relaciona principalmente con las amputaciones sufridas como consecuencia de las quemaduras.

QUITOSANO, UNA NUEVA OPCIÓN EN COBERTURA CUTÁNEA

Dr. *C. Rojas*
(Cirujano Plástico, Hospital Naval de Talcahuano)

El problema de cobertura cutánea que principalmente se da en quemados y otras lesiones de la piel, hasta ahora no ha sido totalmente solucionado a pesar del desarrollo de materiales de alta eficacia y costo como por ejemplo la piel sintética. Una característica de este tipo de materiales es que no son definidos, su colocación y retiro implica tiempos

quirúrgicos inevitables para dar paso al injerto definitivo. Cultivo de queratinocitos, piel de cadáver, etc., son otros intentos para cubrir superficies cruentas, de menor costo que la piel sintética pero de difícil disposición inmediata cuando se hacen necesarios.

Por lo anterior, se pensó dadas sus características físico-químicas, que el quitosano (poli-beta-D-glucosamina) podría ser una alternativa en esta búsqueda de materiales biológicos que ayuden a solucionar el problema de la cobertura cutánea.

Material y Método: Pacientes con quemaduras tipo AB/B y pacientes con superficies cruentas (donadoras de piel) del Servicio de Cirugía del Hospital Naval de Talcahuano).

Láminas de quitosano.

Método: Colocación de lámina de quinosano directamente sobre el área cruenta y control fotográfico de la evolución de la cicatrización.

Selección: Pacientes quemados o con áreas cruentas que no presentaran patologías agregadas, sin infección local y sin antecedentes de alergias importantes.

Nº de pacientes. Desde abril hasta julio de 2004: 7 pacientes.

Resultados: Cinco pacientes con resultados buenos presentaron cicatrización sin necesidad de cambiar la lámina de quitosano, disminución del dolor local y epitelización entre el 6º a 8º día. Uno de los pacientes presentó infección local por *Staphylococo* con pérdida de la lámina de quitosano y el otro la perdió por desplazamiento de la misma (Efectividad sobre un 70%).

Conclusión: La aplicación de láminas de quitosano para sustituir pérdidas de piel, ha demostrado ser de gran efectividad, de bajo costo y de fácil manipulación en los pacientes sometidos a este estudio. Aunque la casuística es baja, es un indicio para continuar la experiencia ya que no se aprecian efectos nocivos, derivados de la aplicación de este biomaterial en fase de perfeccionamiento.

PACIENTES LESIONADOS MEDULARES AMPUTADOS POR ÚLCERAS POR PRESIÓN

Drs. *G.I. Correa, M. Bravo, L. Burnier, W. Calderón, R. Roa, K. Rotter, P. Rebolledo, D. Schweitzer*
(Hospital del Trabajador Santiago, Asociación Chilena de Seguridad)

Introducción: Existen múltiples factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión (UPP), uno de ellos es la lesión de médula espinal (LM). Las UPP se presentan en el 80% LM, la mayoría de ellas ceden con tratamiento conservador. La minoría requiere de tratamiento quirúrgico, evolucionando generalmente de manera favorable. Sin embargo, el 2% de los LM presentan UPP recidivantes que terminan en la amputación de la extremidad. Nuestro objetivo es estudiar a estos pacientes y analizar los factores que influyeron en su evolución prolongada y evaluar su comportamiento posterior a la amputación.

Material y Método: Estudio de serie de casos clínicos de cuatro pacientes con LM y UPP, que fueron sometidos a amputación del miembro comprometido debido a UPP. Corresponden a la totalidad de pacientes en esta condición que se atienden en nuestra institución. Se estudian aspectos biológicos, psicológicos y sociales, evolución de UPP, tiempo hospitalización, resultados de rehabilitación y evolución postamputación.

Resultados: P1: hombre, 21 años, 8 años escolaridad, caída altura 06/02/88, paraplejía completa nivel T11. Rehabilitación completa. Trastorno severo personalidad, familia disfuncional, no bipedesta con aparatos ortopédicos. Entre 1988 y 2003 presenta 36 UPP, total 4,4 años de hospitalizaciones y 108 cirugías, colostomizado. 04/04/02 se realiza hemipelvectomía y amputación miembro inferior izquierdo por osteomielitis crónica. Hasta la actualidad se mantiene herida crónica en tratamiento con curaciones.

P2: hombre, 24 años, 11 años educación, caída altura 25/11/75, paraplejía completa nivel T8. Rehabilitación completa. Trastorno severo personalidad, no bipedesta. Entre 1975 y 2003 presenta 81 UPP, total 9,7 años hospitalización y 122 cirugías, colostomizado. 01/09/03 se realiza hemipelvectomía y amputación miembro inferior izquierdo. No ha presentado nuevas UPP que hallan requerido hospitalización ni cirugía durante el año postamputación.

P3: hombre, 24 años, 12 años escolaridad, sufre herida por arma blanca 21/09/87, paraplejía completa nivel T5. Rehabilitación completa. Trastorno severo personalidad, no bipedesta. Entre 1988 y 2003 presenta 39 UPP, total 3,5 años de hospitalización y 57 cirugías, 28/02/96 se realiza desarticulación de cadera y amputación miembro inferior derecho. En los 8 años posteriores a amputación ha presentado una UPP isquiática que requirió 2 meses de hospitalización y dos cirugías para su cobertura.

P4: hombre, 38 años, 10 años escolaridad, caída altura 31/08/88, paraplejía completa nivel T11. Rehabilitación completa. Trastorno severo personalidad, no bipedesta. Entre 1988 y 2003 presenta 7 UPP, total 2 años hospitalización y 97 cirugías,

colostomizado, 21/12/95 se realiza desarticulación de cadera y amputación del miembro inferior izquierdo. En los 8 años posteriores, presentó una UPP isquiopubiana que requirió 6 meses hospitalización y 13 cirugías.

Discusión: Todos los pacientes estudiados son hombres, con paraplejía completa, trastorno severo personalidad y que no bipedestan. En el seguimiento posterior a la amputación, es posible observar una disminución significativa de las hospitalizaciones y de las cirugías por UPP. Las observaciones de este estudio nos hacen plantear el considerar la amputación en algunos pacientes LM con UPP recidivantes y refractarias a tratamiento quirúrgico.

TRAUMA NASAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR DE SANTIAGO

Drs. *Patricio Andrades, Montserrat Fontbona, Rodrigo Villalobos, Rodrigo Hernández, Jorge Lankin, Javier Arechaga, René Rojas, Juan Pablo Ziegler*
(Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital del Trabajador, Santiago)

Introducción: El trauma nasal es el más frecuente de los traumatismos que afectan la cara. Existe gran discrepancia en el manejo agudo de estas lesiones. La incidencia de deformaciones posteriores al tratamiento varía de 14 a 50%.

El Hospital del Trabajador constituye un importante centro de derivación de pacientes con traumatismos de diversa índole y dentro de la patología maxilofacial, este tipo de lesiones constituye una de las causas más frecuentes de consulta. El objetivo de este trabajo fue evaluar el diagnóstico y manejo del trauma nasal.

Pacientes y Método: Se revisaron las fichas de todos los traumatismos nasales que consultaron en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Trabajador entre el 1º de marzo de 2002 y el 28 de febrero de 2003. Se registraron sexo, edad, antecedentes de traumatismo, trauma nasal previa, cuadro clínico, fracturas faciales asociadas, diagnóstico radiológico y tratamiento. En los paciente que requirieron cirugía se consignó tiempo desde el diagnóstico a la resolución quirúrgica, tiempo de hospitalización y reincorporación laboral. Los pacientes fueron seguidos mediante controles en policlínico y por vía telefónica hasta julio de 2003.

Resultados: Durante el período estudiado consultaron 236 pacientes con trauma nasal. El 29,4% fueron mujeres y el 70,6 hombres. La mediana de edad fue de 36 años. Diecisiete casos presentaron traumatismo nasal previo, 4 de ellos requirieron manejo quirúrgico. Dos pacientes tenían antecedente de cirugía nasal estética. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor (100% de los casos) y epistaxis (67%). Se evidenciaron alteraciones del tabique en forma aguda en 15% de los casos y en forma crónica en 35%. Se asociaron otras fracturas faciales en el 14% de los casos, siendo la más frecuente la fractura dentoalveolar. Radiográficamente la alteración más frecuente fue la fractura de huesos propios desplazada (50%). En 4 casos se presentó además fractura septal. Requirió manejo quirúrgico el 49% de los pacientes. La mediana de tiempo desde el diagnóstico a la cirugía fue de 4 días (rango de 0 a 17). En el 66% de los casos la cirugía fue ambulatoria. La mediana de hospitalización fue de 0 días (rango 0 a 27 días). El resultado fue evaluado como aceptable por el 96% de los pacientes con manejo conservador y el 86% de los pacientes operados.

Conclusiones: El trauma nasal constituye un desafío en términos de diagnóstico y manejo. El manejo adecuado y oportuno permite reducir las secuelas así como la necesidad de revisión quirúrgica posterior.

COLGAJO GLÚTEO MÁXIMO *V* EN *Y* EN LA COBERTURA DE ÚLCERAS ISQUIÁTICAS

Drs. *S. Llanos, W. Calderón, J. Piñeros, R. Roa, P. Léniz, H. Roco, S. Benítez, M. Steiner, A. Quintas*
(Servicio de Cirugía Plástica y Quemaduras. Hospital del Trabajador de Santiago)

Las úlceras isquiáticas presentan la máxima recidiva y lechos sinuosos. Tienen hospitalización prolongada, aseos quirúrgicos repetidos, antibioterapia múltiple, y retraso de la rehabilitación. La cobertura se realiza con colgajos miocutáneos de glúteo máximo, bíceps femoris, gracilis, tensor de fascia lata, semimembranoso y semitendinoso, fasciocutáneos, etc.

Hipótesis: El colgajo de glúteo máximo es de elección en la cobertura de úlceras isquiáticas.

Objetivo: 1) Demostrar que el colgajo de glúteo máximo es adecuado en relleno e irrigación. 2) Demostrar que el avance cutáneo V en Y produce cierre sin tensión. 3) Evaluar la presencia de morbilidad y recidiva.

Material y Métodos: Se realizaron 13 colgajos miocutáneos de glúteo máximo de avance y rotación con cierre V en Y como cobertura de úlceras isquiáticas grado III y IV. Seguimiento de cohorte, análisis de presencia de morbilidad y recidiva.

Técnica: Paciente en decúbito prono. Resec-

ción de bursa e isquiectomía parcial. Diseño de triángulo cutáneo sobre la proyección del músculo glúteo máximo. Elevación según líneas demarcadas, seccionando la piel hasta la fascia. Liberación hacia proximal y distal subfascial, llegando hasta el límite superior e inferior del músculo. Liberación del lado profundo hasta la línea rugosa del fémur. De esta forma tenemos una unidad musculocutánea con pedículo medial muscular y perforantes musculocutáneas. Se lleva la unidad al isquión residual suturándose por planos.

Resultados: Seguimiento de 6 meses a 7 años. Ausencia de morbilidad y recidiva hasta la actualidad.

Conclusiones:

El colgajo miocutáneo de glúteo máximo es de elección para el cierre de úlceras isquiáticas por su volumen de relleno e importante irrigación.

– La cobertura cutánea con un triángulo que avanza V en Y logra un cierre sin tensión.

– El seguimiento demuestra la ausencia de morbilidad y recidiva.

Discusión: El colgajo miocutáneo de glúteo máximo realizado para la cobertura de úlceras isquiáticas es actualizado y se incorpora como variante la utilización de una isla cutánea irrigada por perforantes y que avanza al lecho con cierre V en Y sin tensión. El músculo glúteo máximo es de excelente relleno sobre el muñón isquiático, aportando una rica irrigación, necesaria para el control infeccioso y óptima cicatrización de la zona. Además por tratarse de un colgajo proveniente de cefálica no estaría sometido a movimientos por tracción. La ausencia de recidivas reafirma las ventajas de este colgajo. La liberación completa en su inserción lateral provee un amplio arco de rotación que permite llevarlo hasta el periné.

QUEMADURAS AUTOINFERIDAS, REALIDAD LOCAL

Dra. *Iside Bravo Yubini*
(Servicio de Quemados, Hospital de Urgencia Asistencia Pública)

Introducción: Los pacientes con quemaduras autoinferidas (QAI), si bien son menos frecuentes en el occidente que en los países del medio oriente y oriente, se ha observado un aumento durante las últimas décadas. En la literatura internacional se describe que son entre el 1 al 10% de ingresos en un Servicio especializado, en su mayoría mujeres y en edades productivas con claros fines suicidas y con patología psiquiátrica agregada.

El objetivo de este trabajo fue revisar las características epidemiológicas, clínicas y de sobrevida de los pacientes con QAI que ingresan al Servicio de Quemados del Hospital de Urgencia Asistencia Pública y en lo posible compararlos con lo descrito a nivel mundial.

Material y Método: Se revisan en forma retrospectiva las fichas de los pacientes con QAI que ingresaron al Servicio de Quemados del Hospital de Urgencia Asistencia Pública durante tres años (enero de 2000 a diciembre de 2002), registrándose el sexo, edad, agente, época del año, motivo, antecedentes, índices de gravedad (IG) al ingreso, superficie corporal total (SCT) quemada, sobrevida y tratamiento.

Resultados: De los 715 pacientes que ingresan por quemaduras (se excluyen otras causas) 51 corresponden a QAI (7,1%), el 76,4% son hombres y 33 se encuentran entre 21 a 40 años, el 100% son por fuego. En el 27% se consignan enfermedades psiquiátricas y el 68% tiene antecedentes de alcoholismo o drogadicción. En 41 se consigna el intento de suicidio. En 23,5% tiene índice de gravedad mayor a 150 al ingreso y no sobreviven el 53%.

Conclusión: El porcentaje de pacientes con QAI que ingresan a nuestro Servicio, se encuentran dentro de los rangos internacionales, concuerdan también las edades en que se producen y el antecedente de patología psiquiátrica y abuso de alcohol o drogas, con respecto a que sean más hombres que mujeres esto es comparable a algunos países europeos como España (2,5 hombres). La mortalidad es alta al igual que lo publicado internacionalmente.

NASOMETRÍA EN EL PRE Y POSTOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A RINOPLASTIA ABIERTA

Drs. *Patricio Andrades, Arturo Prado, Pamela Wisnia*
(Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico J. J. Aguirre, Universidad de Chile. Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital del Trabajador de Santiago)

Introducción: Los resultados en rinoplastia dependen en gran medida de la planificación preoperatoria. En este sentido, la cefalometría de partes blandas es un método comprobado y objetivo muy útil en la evaluación de las proporciones faciales. La “Nasometría” intenta analizar las proporciones y relaciones faciales útiles en la valoración del paciente que va a ser sometido a una rinoplastia.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la utilidad de la Nasometría en estos pacientes.

Pacientes y Métodos: Se aplicó estudio nasométrico a 20 pacientes sometidos a rinoplastia abierta entre enero y diciembre de 2003. Utilizando fotografías se midieron relaciones faciales longitudinales (tercios faciales, longitud nasal, altura del mentón), transversales (quintos faciales, distancia intercantal, ancho ocular y ancho nasal), y de proyección (proyección del radix, de la punta y del mentón). Estas medidas fueron comparadas con medidas ideales para cada paciente calculadas según Guyuron, para obtener las medidas más adecuadas después de la cirugía. En el postoperatorio se hicieron las mismas mediciones para evaluar el cumplimiento de los objetivos quirúrgicos. Todos los pacientes fueron controlados en julio de 2004.

Resultados: La nasometría comprobó ser un método objetivo en la evaluación perioperatoria en rinoplastia. No todos los objetivos planteados se lograron debido a opciones de cada paciente, imposibilidad anatómica o por curva de aprendizaje. Los resultados estéticos fueron aceptables y no se presentaron complicaciones mayores.

Conclusiones: La nasometría requiere de un adecuado manejo fotográfico, tiempo y paciencia. Sin embargo, es una técnica dinámica que permite un análisis individual definido en forma ordenada y completa los objetivos de la cirugía y acelerando la curva de aprendizaje.

CIRUGÍA ESTÉTICA DE PÓMULOS CON IMPLANTES SÓLIDOS

Drs. *De Carolis Vicente, Sepúlveda Sergio, Sciaraffia Carlos, Shultz Rolando, Ocampo Claudia*
(Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía, Hospital J. J. Aguirre)

Introducción: El realce de los pómulos es un procedimiento estético de gran efectividad si está bien indicado. En Chile esta técnica ha sido subutilizada tanto en cirugía reconstructiva como particularmente cosmética. Se analiza una serie clínica de 15 años con énfasis en las indicaciones para conseguir un buen resultado.

Material y Método: Comenzando la presente serie en 1990 se han operado 17 pacientes con implantes bilaterales de pómulos. Se ha dejado fuera del estudio 6 pacientes unilaterales con Síndrome de Romberg.

El material utilizado fue silicona sólida de grado ultra blanda. En 15 casos el tallado fue a mano y en los últimos dos fue con modelos preformados. Las indicaciones fueron deficiencia del tercio medio facial: 7 pacientes; realce estético del pómulo en caras normales: 10 pacientes.

En dos pacientes netamente estéticos se utilizó una variante nueva denominada submalar cuya máxima proyección se establece por debajo del arco cigomática.

La vía de implantación fue por vestíbulo superior.

Resultados: Los resultados estéticos fueron ampliamente satisfactorios en todos los casos con perfecta simetría.

Complicaciones: No hubo complicaciones mayores ni menores. Ningún paciente presentó signos de infección postoperatoria y ningún paciente requirió reoperación.

Conclusiones: La cirugía de implante de pómulos es una técnica sencilla de alto rendimiento y bajísimas complicaciones, la cual ha sido subutilizada creemos porque la industria de implantes no ofrecía variabilidad suficiente para volver versátil esta técnica.

LIFTING DE CARA MEDIAL DE MUSLO CON LA FASCIA DE COLLES

Drs. *W. Calderón, S. Benítez, P. Léniz, G. Israel, A. Rodríguez, R. Sandoval*
(Hospital del Trabajador Santiago, Universidad de Chile, Universidad Diego Portales, Hospital Militar, Santiago, Chile)

Introducción: El lifting de cara medial de muslo es un procedimiento con un alto grado de insatisfacción principalmente dado por la migración inferior de la cicatriz y la recurrencia de la ptosis medial del muslo. El plano profundo de la fascia perineal superficial, también conocida como Fascia de Colles, es una capa firme ubicada en continuidad con la rama isquiopubiana. La cara interna del muslo debe ser suturada a esta fascia para prevenir su ptosis.

Material y Métodos: Estudio clínico prospectivo entre enero de 1995 y diciembre de 2003 con una etapa previa de estudio anatómico en cadáveres.

Estudio anatómico. Mediante disección cadavérica se describe la Fascia de Colles. Esta se encuentra íntimamente unida al pubis correspondiendo a la continuación de la aponeurosis del oblícuo externo. Tiene un recorrido de cefálico a caudal terminado en el borde posterior del diafragma urogenital.

Técnica quirúrgica. Consiste en una resección de 10 cm de longitud piel y grasa redundante de 10

cm de anterior a posterior en el pliegue inguinal de la cara medial del muslo, a lo que se le agrega lipoaspiración complementaria. Posteriormente se sutura el tejido celular subcutáneo del muslo anclándolo a la fascia de Colles con material irreabsorbible.

Resultados: Se operaron 63 pacientes de sexo femenino con un rango de edad entre 36 y 60 años de enero 1995 a diciembre de 2003. En todas se realizó lifting de ambos muslos de acuerdo a la técnica estandarizada. El tiempo de seguimiento fue de 8 años a 6 meses. A largo plazo hubo migración inferior de la cicatriz de 1 cm a un lado en tres pacientes. En todos los demás pacientes se obtuvo una cicatriz bien escondida en el pliegue inguinal. No hubo recurrencia de la ptosis ni deformidad de la vulva.

Conclusiones: El Lifting de cara medial de muslo con la Fascia de Colles es una técnica adecuada en términos de obtener una adecuada cicatriz sin recurrencia de la ptosis a largo plazo.

EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE SOFTWARE PARA RECONSTRUCCIÓN Y MANIPULACIÓN 3D EN PLANIFICACIÓN PREQUIRÚRGICA, EVALUACIÓN POSTQUIRÚRGICA Y PREPARACIÓN DE MATERIAL DE DOCENCIA

Drs. *C. Erazo, M. González P., J. Drews.[1], G. Quezada , P. Paladines, G. Astroza*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Campus Sur, Universidad de Chile. [1]Servicio de Imagenología, Hospital Barros Luco-Trudeau)

El avance de los métodos de diagnóstico por imágenes permite al cirujano contar con potentes herramientas para la planificación y evaluación de sus procedimientos quirúrgicos. Los equipos de tomografía axial computada (TAC) de última generación, permiten obtener reconstrucciones tridimensionales que en forma práctica se nos presentan como imágenes estáticas obtenidas según el criterio del operador del equipo. Si bien estas imágenes son de gran ayuda para tener una idea de la distribución espacial de los elementos reconstruidos, carecen de la posibilidad de interactuar con éstos. Por ejemplo en el campo de la cirugía Máxilo-facial la posibilidad de esta interacción sería ideal, ya que muchos de los procedimientos quirúrgicos están orientados a modificar la distribución espacial de los elementos óseos, cuya reconstrucción tridimensional es relativamente fácil por el buen constante radiológico entre éstos y los tejidos blandos circundantes. En el último tiempo, el aumento de la capacidad de procesamiento de los computadores personales, la estandarización de los formatos de almacenamiento digital de imágenes médicas (DICOM), y el desarrollo de poderosos software libre para el tratamiento y reconstrucción tridimensional de imágenes médicas, permiten al usuario último de esta información, en nuestro caso los cirujanos, reconstruir y manipular en forma virtual los elementos reconstruidos, a costos accesibles. El presente trabajo pretende mostrar la experiencia inicial llevada a cabo por el equipo de Cirugía de Cabeza, Cuello y Plástica Máxilo-facial del Hospital Barros Luco-Trudeau, apoyados por el Servicio de Imagenología, en este tipo de procedimientos en los que se utilizan series de imágenes 2D obtenidas por medio de un TAC las que son reconstruidas tridimensionalmente y manipuladas en tiempo real por el software 3D Slicer para ser usadas en el planeamiento prequirúrgico, evaluación postquirúrgica y/o exportadas al software de animación Blender, para la confección de material de docencia. Esta experiencia incluye patologías diversas como: trauma máxilo-facial, tumores y malformaciones congénitas craneofaciales. En el futuro la protocolización y estandarización de las mediciones obtenidas mediante estos procedimientos, nos permitirán validar a esta novedosa herramienta y expandir sus usos.

REDUCCIÓN MAMARIA VERTICAL CON PEDÍCULO MEDIAL: EXPERIENCIA INICIAL CON TÉCNICA DE HALL FINDLAY

Drs. *R. Guridi, P. Borquez, A. Baeza, N. Bello*
(Servicio de Cirugía del Hospital Base de Osorno)

La reducción mamaria, es una cirugía difícil de aprender y ejecutar, para la que existen infinidad de técnicas publicadas. La técnica más difundida es la de cicatriz en T invertida con pedículo inferior por ser segura y reproducible, pero tiene el problema de dejar una gran cicatriz horizontal y producir una pseudo ptosis con el paso del tiempo. Las técnicas de cicatriz vertical como la de Lejour, evitan en parte estos problemas pero no son fáciles de aprender y realizar. La Doctora Elizabeth J. Hall Fyndlay publica en 1999 una serie de modificaciones a la técnica de Lejour que la hace mucho más simple y reproducible, por lo que comenzamos a realizarla en octubre del año 2002. Nuestro objetivo es presentar los resultados preliminares de una serie de casos de reducción mamaria con la técnica de Hall Findlay. Desde octubre del año 2002 se han opera-

do 14 pacientes (27 mamas), con una distancia medioclavicular/pezón promedio de 31 cm en un rango de 25 a 40 cm, con un promedio de resección por mama de 552,3 g, en un rango de 150 a 948 g, con un promedio de edad de 29 años en un rango de 14 a 38 años. Distancia promedio de clavícula a pezón de 31 cm en un rango de 25 a 40 cm. Tiempos operatorios de 2,5 horas para ambas mamas en un rango de 2,25 a 3,0 horas. La técnica consiste en una marcación a mano alzada que se adapta a cada mama y que usa un pedículo superomedial para aréola-pezón. La mama se arma con puntos de hilo reabsorbible no dejando puntos que retirar. Se dejan drenajes exteriorizados por la cicatriz vertical o por contraabertura. Se presentaron tres complicaciones, un seroma infectado, un sufrimiento de bordes de herida y aréola visualmente alta. Hay buena aceptación de resultados por parte de las pacientes. La técnica es reproducible, de bajo tiempo operatorio, deja menos cicatrices, permitiría reducciones de más de 1000 g, el pedículo es seguro y fácil de colocar, se obtiene una buena proyección. Un defecto es que es fácil que las mamas queden más grandes de lo deseado.

SILICONOMAS MAMARIOS. MANEJO QUIRÚRGICO

Drs. *A. Troncoso, P. Castillo, J. Villamán*
(Unidad de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros de Chile)

Introducción: La inyección de silicona líquida para aumento mamario está proscrita, debido a las complicaciones asociadas a su empleo y a la dificultad para realizar un estudio de imágenes para detección de cáncer mamario. Sin embargo, por su bajo costo económico todavía es empleada como material de relleno, por personas sin conocimiento o entrenamiento médico. El manejo de estas pacientes es controvertido, existiendo diferentes alternativas terapéuticas. Estas dependen del cuadro clínico, del tipo de silicona infiltrada (grado médico o industrial) y de la experiencia del equipo quirúrgico. Presentamos nuestros resultados, mediante adenomastectomía subcutánea y reconstrucción con prótesis.

Material y Métodos: Se revisó retrospectivamente 5 pacientes con siliconomas mamarios bilaterales, tras la inyección masiva de este biopolímero con fines cosméticos. La edad media de las pacientes es de 34 años. Todas presentaban nódulos mamarios dolorosos, reacción inflamatorio cutánea y mamográficamente se evidenció compromiso difuso del parénquima mamario. Se realizó adenomastectomía subcutánea por vía periareolar y reconstrucción inmediata con prótesis de silicona texturizadas redondas. El seguimiento postoperatorio varía entre 3 meses y 1 año y todos los casos fueron tratados por los autores.

Resultados: La hospitalización fue de entre 1 a 3 días y no hubo complicaciones precoces. El resultado cosmético evaluado por el equipo médico ha sido óptimo y todas las pacientes han manifestado un alto grado de satisfacción. La calidad de las cicatrices periareolares ha sido buena en todas las pacientes, comparándose a las de una mamoplastia de aumento. Como complicación a largo plazo se evidenció una disminución de la sensibilidad del complejo aréola pezón en todas las pacientes, sin embargo, ningún caso presentó pérdida total de la sensibilidad. Aunque el tiempo de seguimiento es limitado tampoco hemos evidenciado contractura capsular.

Conclusión: Consideremos que la adenomastectomía subcutánea y reconstrucción inmediata con prótesis mamarias, es una buena alternativa terapéutica en pacientes con infiltración difusa de silicona en las mamas. Permite eliminar el parénquima comprometido y reconstruir la mama en un sólo tiempo quirúrgico, con una rápida recuperación y óptimo resultado estético. No hubo pérdida completa de la sensibilidad del complejo aréola-pezón, ya que se conservó un adecuado colchón de tejido graso subcutáneo.

QUELOIDES AURICULARES. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y COMPRESIVO

Drs. *P. Castillo, A. Troncoso, J. Villamán*
(Unidad de Cirugía Plástica. Hospital de Carabineros de Chile)

Introducción: Los queloides auriculares pueden ser secundarios al empleo de aros, traumatismos y quemaduras. Además de las repercusiones estéticas, suelen causar dolor y prurito. Su manejo es controversial, habiéndose descrito diferentes modalidades terapéuticas, destacando la cirugía, compresión, corticoides intralesionales y radioterapia. Aunque ninguna de ellas es efectiva en todos los casos, su asociación parece tener mejores resultados. Se presenta una serie de 9 pacientes con 13 queloides, en que empleamos cirugía y compresión como pilares del tratamiento.

Material y Métodos: Se revisó retrospectivamente 9 pacientes, con queloides auriculares. Se trata de 7 mujeres y 2 hombres con edades de entre 7 y 78 años (media de 34 años). Las etiologías,

corresponden al empleo de aros en las 7 mujeres (3 bilaterales). En uno de los hombres el queloide se encontraba el tercio superior del pabellón y era secundario a una herida cortante por arma blanca y en un caso en la región posterior de ambos pabellones como consecuencia de una auriculoplastia. Los queloides de los lóbulos (10) fluctuaron entre 1,5 y 3,5 cm y en todos los casos se realizó su resección completa, reparando el lóbulo con nylon 6-0. El queloide del tercio superior auricular requirió un injerto de piel y los queloides retroauriculares fueron cerrados primariamente. El retiro de puntos se realizó entre 7 y 14 días, iniciando el empleo de compresión con un dispositivo especialmente diseñado de acuerdo a los requerimientos de cada paciente. La compresión fue mantenida por al menos 6 meses.

Resultados: El tiempo de seguimiento fluctúa entre 6 meses y 3 años (media 18 meses). Todos los pacientes emplearon el aparato de compresión con buena tolerancia. En sólo un caso se evidenció una recidiva precoz (cuarto mes) del queloide que se resolvió mediante 2 infiltraciones de corticoides intralesionales. En todos los casos el resultado estético ha sido favorable y todos los pacientes han manifestado un alto grado de satisfacción.

Conclusión: La resección quirúrgica de los queloides auriculares, seguida por compresión prolongada demostró ser una buena asociación terapéutica y aunque se evidenció una recidiva esta remitió con corticoides intralesionales. Se destaca que el pabellón auricular ofrece condiciones anatómicas ventajosas para su compresión.

LIPECTOMÍA SUBFASCIAL SUPRAUMBILICAL

Drs. *J. Villaman G.,*[1,2] *E. Saá S.*[3], *A. Troncoso R.*[1], *P. Castillo D.*[1]
(1Unidad de Cirugía Plástica. Hospital de Carabineros, [2]Hospital del Salvador. [3]Hospital Sótero del Río)

Introducción: Los objetivos de la abdominoplastia son mejorar el contorno y apariencia externa de la pared abdominal, a través de incisiones ocultables y apariencia umbilical natural. Todos los pacientes candidatos a abdominoplastia van a presentar en grados variables, redundancia o flaccidez de piel, exceso de tejido adiposo, diástasis muscular y laxitud musculoaponeurótica y cicatrices. Las deformidades adiposas de la pared abdominal pueden encontrarse en forma predominante sobre o bajo el ombligo o en la línea de la cadera. En la pared abdominal, el tejido subcutáneo está constituido por 2 capas histológicas: superficial y profunda, las que se encuentran separados por la Fascia de Scarpa. La capa superficial es más compacta, con bolsillos adiposos más densos y con septos bien organizados. Por otra parte la capa profunda es más areolar, menos densa y con organización septal más azarosa. En la abdominoplastia, clásicamente, se realiza el decolamiento supraaponeurótico hasta el reborde costal en forma previa o posterior a la resección dermograsa infraumbilical. No es infrecuente que una vez que se desciende el colgajo dermograso superior hasta nivel pubiano se determine una incongruencia de espesor con respecto al componente inguinopubiano.

El objetivo de este estudio es presentar nuestra técnica de lipectomía supraumbilical, la que hemos denominado subfascial.

Material y Método: Estudio descriptivo, prospectivo, no secuencial.

Desde enero de 2002 se ha aplicado la lipectomía subfascial supraumbilical en 40 pacientes de sexo femenino. Rango edad: 23-60 años (promedio 41 años).

Resultados: Evaluación de resultados, tanto por paciente como por equipo tratante con resultados buenos o muy buenos. No se han apreciado complicaciones mayores en esta serie. Se ha presentado seroma clínico, que ha requerido de drenaje por punción en 5 pacientes (promedio 2 sesiones por paciente). Por otra parte, una paciente presentó necrosis mínima de borde de colgajo abdominal, que cerró por segunda intención.

Conclusión: La lipectomía subfascial supraumbilical es una técnica simple, segura, aumenta en forma no significativa el tiempo quirúrgico y no aumenta la tasa de complicaciones propias de la abdominoplastia. Esta técnica proporciona un plano anatómico confiable desde el punto de vista de irrigación, resultados reproducibles y minimiza las irregularidades resultantes de una disección imprecisa.

EXPERIENCIA CON EL USO DE LÁSER DE ERBIO

Dr. *Llamil Kauak*
(Cirujano Plástico)

Se presenta la experiencia del autor en la utilización del láser de Erbio en el resurfacing facial tanto en pacientes portadores de arrugas en la cara que se sometieron a esta técnica, como en aquellos que fueron sometidos a un lifting facial quirúrgico, en las cuales se usó el láser de Erbio como un complemento.

El autor describe las características de este tipo de instrumento, muestra los casos tratados en que hace una selección de los pacientes clasificándolos en tres categorías de acuerdo al tipo y cantidad de arrugas faciales que presentaban, lo cual consideró necesario para definir cómo sería aplicado el láser de Erbio en cada caso.

Finalmente describe lo que considera ventajas y desventajas del uso de esta tecnología y el estado actual de esta técnica con láser de Erbio.

UN NUEVO CONCEPTO PARA RECONSTRUCCIÓN ÓRBITO PALPEBRAL CON COLGAJOS PREFORMADOS MODELO EXPERIMENTAL

Drs. *C. Ocampo, M. Geishauser, M. Klöpel, E. Biemer*
(Departamento de Cirugía Plástica, Klinikum Rechts der Isar, Universidad Técnica de Munich, Alemania)

Introducción: La reconstrucción de párpados y cavidad orbital para la inserción de una prótesis ocular, después de trauma o cirugía resectiva representa un gran desafío quirúrgico por la extrema complejidad del defecto anatómico resultante así como también por el alto riesgo de complicaciones debido a la frecuente radioterapia previa del área.

La propuesta de este estudio experimental es evaluar la reconstrucción órbito-palpebral a través de colgajos preformados mediante prelaminación y prefabricación.

Material y Método: 18 conejos chinchilla bastard fueron asignados en 4 grupos:

A1: Prefabricación con transplantación libre microquirúrgica de la Neo-órbita.

B1: Prelaminación con transplantación libre microquirúrgica de la Neo-órbita.

A2: Prefabricación con disección y reposición de la Neo-órbita.

B2: Prelaminación con disección y reposición de la Neo-órbita.

Una reconstrucción órbito-palpebral completa fue realizada en tres etapas:

En la primera operación se preforma el recubrimiento interno de la cavidad a través de implantación de vasos femorales con anastomosis arteriovenosa del extremo distal bajo la piel abdominal (Grupos A1 y A2) y de injerto de piel sobre colgajo abdominal basado en vasos epigástricos superficiales (Grupos B1 y B2).

A las cuatro semanas se levanta el colgajo y con éste se forma la cavidad protésica y se inserta el cartílago auricular simulando un esqueleto tarsal.

4 semanas más tarde se realiza la apertura de la cavidad y se traslada en forma microquirúrgica al lado contralateral en el grupo A1 y A2 o se diseca y se repone en los grupos B1 y B2.

Examinamos la reconstrucción en forma macroscópica, angiográfica, microscópica y mecánica con la finalidad de evaluar la vascularización, vitalidad, elasticidad y retracción de los tejidos así como la apariencia estética.

Resultados: Encontramos completa perfusión de todos los colgajos. Las propiedades mecánicas, representadas en la calidad de los tejidos y la mantención de la prótesis en posición adecuada fue buena sin encontrar diferencia en los grupos. La retracción de la cobertura interna fue de un 19,8% en el grupo de colgajo prefabricado y 28% en colgajo prelaminado. No se demuestra reabsorción del cartílago en el estudio histológico.

Conclusión: A pesar de una tendencia mejor en el grupo de colgajo prefabricado, ambas técnicas quirúrgicas probaron un buen resultado mecánico y estético, por lo que se recomienda el uso prelaminación debido a su menor dificultad técnica. Futuros estudios son requeridos en especial para establecer el tiempo de transplantación al sitio receptor.

PARÁLISIS BRAQUIAL INFANTIL. ESTRATEGIAS RECONSTRUCTIVAS

Drs. *C. Ocampo, H. Noaman, J. Bahm*
(Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía, St. Franziskus Krankenhaus, Aquisgran, Alemania)

Introducción: Lesión del plexo braquial en niños sucede en su mayoría como consecuencia de trauma durante el parto. Presenta una incidencia 1 de cada 2000 nacimientos, el 90% de los pacientes se recupera sin mayor déficit funcional y cerca del 10% requiere tratamiento quirúrgico.

La microcirugía de nervios periféricos (neurólisis, injerto y transferencia interfasciculares) y un espectro de intervenciones secundarias con transposición de músculos y tendones, así como corrección de contracciones articulares han mejorado en forma considerable el pronóstico en los últimos 15 años. El presente estudio pretende dar una visión general de las posibilidades reconstructivas y en relación a una serie clínica se discute un espectro de procedimientos quirúrgicos y de rehabilitación para mejorar el pronóstico funcional y estético de la extremidad afectada.

Material y Método: Se presenta una serie de 250 pacientes operados entre el año 2000 y 2003

en nuestro centro, que resumen la estrategia de tratamiento quirúrgico actual primario y secundario. En 50 reconstrucciones de plexo microquirúrgicas se analiza el resultado funcional postoperatorio.

En relación a esta serie se revisa en forma resumida procedimientos diagnósticos, indicaciones, técnica quirúrgica, diagnóstico anatomopatológico, complicaciones y evaluación postoperatoria inclusive análisis de movimiento.

Resultados: Debido a la complejidad anatómica que presenta el plexo braquial sólo después de muchos años se puede repetir los modelos de lesión que permita un análisis estadístico. La tendencia encontrada en nuestros resultados afirman que la cantidad de avulsiones, la calidad histológica de la raíz donante, el límite de resección distal, precisión de la transplantación y la kinesioterapia postoperatoria condicionan el resultado funcional. La función del músculo bíceps después de trasplantación dirigida al nervio musculocutáneo alcanza M3-4, 90-120° y es mejor cuando el triceps no se reinerva tempranamente y si la mano funciona. El movimiento del hombro requiere una transplantación masiva del nervio axilar para sostener la extremidad en período de crecimiento. La neurotización del nervio supraescapular a través del nervio accesorio distal ayuda a disminuir la contractura en rotación interna del hombro.

Conclusión: Las posibilidades reconstructivas de la parálisis braquial infantil requieren una evaluación individual para permitir una mejoría funcional que lleve a una mejor integración de la extremidad al esquema corporal. Las grandes series presentadas en la literatura demuestran que lesión grave del plexo braquial se beneficia con el tratamiento quirúrgico y que el tiempo de reconstrucción juega un rol importante en los resultados postoperatorios. La discusión e investigación interdisciplinaria es necesaria para en primera instancia bajar la frecuencia de estas lesiones y después asegurar un mejor resultado terapéutico.

REIMPLANTE DE EXTREMIDADES: A PROPÓSITO DE TRES CASOS. EXPERIENCIA HOSPITAL DEL COBRE, CALAMA

Drs. *Alejandro Torres A., Alexis Inzulza C., Giancarlo Roma Ch.*
(Hospital del Cobre, Calama)

Uno de los avances más importantes en los últimos 20 años es la microcirugía vascular, esto ha sido fundamental en la cirugía reconstructiva siendo posible el trasplante de tejido libre y también el reimplante de extremidades. Se describe nuestra experiencia en reimplante en los últimos 3 años.

Caso 1: Niño de nueve años, con caída de container, sección completa de tercio inferior antebrazo izquierdo, Shock hipovolémico, compromiso de conciencia. Es reanimado en urgencia extremidad en bolsa de nylon y traslado a pabellón donde se realiza reimplante de antebrazo con un bypass húmero humeral con vena safena invertida.

Reparación de venas y nervios más osteosíntesis humeral. Presenta pulso de inmediato, con Doppler positivo. Seguimiento a 3 años con artrosis de codo, que ha requerido cirugía en dos oportunidades, buena movilidad.

Caso 2: Hombre 39 años, accidente automovilístico volcamiento con brazo hacia fuera de ventana conductor. Trasladado de San Pablo hasta nuestro centro en helicóptero, con una amputación completa grado 5 (colgajo cutáneo de 3 cm), shock hipovolémico realiza un aseo más arteriorrafia término-terminal venorrafia, neurorrafia de número mediano, osteosíntesis de codo. Evolucionó con pulso radial negativo y cubital positivo, injerto dermoepidérmico de codo. Completa dos años de seguimiento con atrofia parcial de músculos antebrazo, buena movilidad y limitación a la extensión.

Caso 3: Trabajador 63 años, sufre atropello en vehículo menor por camión (270 toneladas) con lesión compleja y atrición tercio inferior muslo. En angiografía muestra un stop. En arteria femoral, se realizó bypass con vena safena invertida contra lateral, con pulso tedio leve distal, que al cabo de 2 horas desaparece. Ecodoppler y arteriografía intraoperatoria muestra vasos peroneos y poplíteo y tibio-peroneos trombosados. Se realizó una amputación suprarotuliana derecha.

Nuestros resultados demuestran que los reimplantes o la transferencia de tejidos libres pueden ser una opción de un tratamiento seguro y viable. Aún cuando en nuestros casos limitados no permite concluir resultados.

RADIOTERAPIA EN LA NEOMAMA RECONSTRUIDA CON TEJIDO AUTÓLOGO. EFECTO EN LA COSMÉTICA, COMPLICACIONES Y CONTROL LOCAL

Drs. *R. Iglesis*[1], *A. Eulufí M., R. Cabello P., R. Schwartz J.,* Al. *G. Zamboni*
(Servicio de Cirujano Oncológica y Cirugía Plástica. Hospital Militar de Santiago. [1]Unidad de Mastología, Clínica Tabancura)

Introducción: Un subgrupo de pacientes sometidas por cáncer de mama a mastectomía y recons-

trucción mamaria inmediata (RMI) con colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen (TRAM Flap), necesitará de radioterapia externa para el control de su enfermedad. El efecto de la radiación sobre los colgajos usados para RMI está poco dilucidado.

Material y Método: Estudio retrospectivo entre abril de 1994 y diciembre de 2003. Se confeccionaron dos grupos. El grupo 1: Catorce (14) mujeres sometidas a mastectomía con conservación de piel y RMI con TRAM Flap pediculizado a las que se les realizó radioterapia fraccionada adjuvante. Grupo 2: Treinta mujeres (30) sometidas a mastectomía con conservación de piel y RMI con TRAM Flap pediculizado sin radioterapia adyuvante. Se compararon los resultados cosméticos, la morbilidad y el control local de la enfermedad entre ambos grupos.

Resultados: El seguimiento mínimo fue de 6 meses postradioterapia y/o cirugía. En ambos grupos el resultado cosmético fue comparable. No hubo pérdida de colgajos ni reducción importante de volumen por contractura en el grupo irradiado. Dos pacientes del grupo 1 y dos pacientes en el Grupo 2 requirieron de biopsia por necrosis grasa sospechosa de recidiva tumoral. Ninguna de las 44 pacientes ha presentado recidiva locorregional. Una paciente del Grupo 2 falleció por diseminación a distancia.

Conclusión: Los efectos de la radioterapia sobre una neomama reconstruida con tejido autólogo son menores y sin relevancia estadística. La posibilidad de radioterapia postoperatoria después de un Tram Flap no debe ser obstáculo para la RMI.

COLGAJO TORACOEPIGÁSTRICO DE COBERTURA EN MASTECTOMÍAS

Drs. *O. Jury, Z. Pizarro,* Mat. *S. Sepúlveda*
(Unidad Patología Mamaria. Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Gmo. Grant Benavente, Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: Existen circunstancias en que la mastectomía deja un lecho amplio que requiere de algún colgajo de cobertura. Existen diversos colgajos para lograr este objetivo. El colgajo Toracoepigástrico (CTE), también denominado colgajo transverso abdominal descrito originalmente por Tai y Hasegawa, es un colgajo fasciocutáneo con circulación tipo C cuyo pedículo dominante está dado por el territorio de la arteria epigástrica superior y por las arterias intercostales. Este colgajo sirve para dar cobertura a la región anterior del tórax y abdomen y entre sus características está que es fácil de aprender, rápido de realizar y presentaría pocas complicaciones.

La hipótesis de este trabajo es demostrar que el CTE puede ser una alternativa satisfactoria en lechos de mastectomías que requieran cobertura.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de cinco pacientes sometidas a mastectomía y que requirieron de un colgajo de cobertura inmediato, tratados en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Gmo. Grant Benavente de Concepción entre los años 2001 y 2004. Se trata de tres pacientes que presentaron recidiva de cáncer de mama y que previamente habían recibido tratamiento conservador (cirugía conservadora y radioterapia), un caso de una paciente que presentó un cáncer de mama inflamatorio que luego de quimioterapia y radioterapia persistía enfermedad local y otra paciente que presentó un tumor Filodes gigante.

Resultados: La edad de las pacientes fluctuó entre los 36 y 79 años con un promedio de 56 años. La recidiva local de los tres cánceres se diagnosticó entre los 2 y 8 años de haber sido tratados. El diseño del colgajo varió de 15 a 20 cm de longitud y de 8 a 12 cm de ancho. No hubo complicaciones quirúrgicas ni médicas mayores. No hubo necesidad de transfusión perioperatoria. Se logró cobertura satisfactoria en todos los casos. Hubo sólo una complicación menor que correspondió a isquemia de un borde con pérdida mínima de tejido hacia la zona más distal y que cicatrizó espontáneamente. El seguimiento va de 6 meses a tres años. Una paciente falleció por progresión sistémica de su enfermedad. Las cuatro restantes no presentan complicación a la fecha.

Conclusión: El colgajo fasciocutáneo toracoepigástrico es una alternativa satisfactoria para cobertura de lecho de mastectomías.

COLGAJO SURAL EN ÚLCERAS VENOSAS CRÓNICAS

Drs. *P. Castillo, A. Troncoso, J. Villamán*
(Unidad de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros de Chile)

Introducción: Las úlceras venosas de las extremidades inferiores afectan a entre 1 y 2% de la población occidental, causando discapacidad importante y grandes costos para los sistemas de

salud. En pacientes con ulceración y lipodermatoesclerosis el tratamiento conservador es decepcionante, ya que la recidiva supera el 65%. Consideramos que estos enfermos deben ser tratados quirúrgicamente, resecándose la úlcera, ligándose las venas perforantes insuficientes y eliminando el tejido lipodermatoesclerótico. La cobertura cutánea es realizada con un colgajo sural. En este trabajo describiremos la técnica quirúrgica que utilizamos, así como presentamos nuestros resultados.

Material y Métodos: Se revisó retrospectivamente 6 pacientes portadores de úlceras venosas tratados quirúrgicamente entre abril de 2003 a octubre de 2004, correspondiendo a úlceras con una evolución promedio de 4,8 años (2-10). En la cirugía se resecó la úlcera y la mayor extensión posible de tejido lipodermatoesclerótico, hasta un plano subfacial, ligándose bajo visión directa las venas perforantes insuficientes. El defecto primario fue reparado con un colgajo sural en isla con pedículo distal. Los pacientes permanecieron en reposo hasta descubrirse el injerto, iniciando deambulación progresiva con venda elástica a partir del séptimo día.

Resultados: La resección de la úlcera y del tejido lipodermatoesclerótico hasta un plano subfacial, permitió en todos los enfermos ligar bajo visión directa gruesa venas perforantes insuficientes, corrigiéndose el factor hemodinámico causal. En ningún caso hubo sufrimiento o pérdida del colgajo sural y en todos los enfermos fue posible reparar el defecto, dando una cobertura cutánea de buena calidad y estéticamente aceptable. Como complicaciones menores, en 2 pacientes, hubo pérdida parcial de piel del túnel subcutáneo, cicatrizando por segunda intención. El tiempo de seguimiento de nuestros pacientes fluctúa entre 3 y 15 meses y todos se encuentran asintomáticos y sin evidencia de recidiva de sus úlceras. Todos los enfermos han manifestado un alto grado de satisfacción con el procedimiento y sus resultados.

Conclusiones: Consideramos que en pacientes portadores de úlceras crónicas y lipodermatoesclerosis, deben ligarse las venas perforantes insuficientes, resecarse la úlcera y el tejido lipodermatoesclerótico patológico y dar cobertura tisular con un colgajo. Este no sólo aporta una cobertura cutánea de buena calidad, sino que además aporta microcirculación sana al lecho receptor. Esto asociado a la ligadura directa de las venas perforantes insuficientes, permite corregir las alteraciones macro y microcirculatorias.

COLGAJO LIBRE OSTEOFSCIOCUTÁNEO DE PERONÉ. DESCRIPCIÓN TOPOGRÁFICA DE SUS PERFORANTES EN POBLACIÓN CHILENA

Drs. *C. Erazo, G. Astroza, R. Montes, I. Galleguillos, J. Gaete, M. González P.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Campus Sur, Universidad de Chile)

El colgajo libre de peroné goza de gran popularidad en cirugía reconstructiva. Para efectos complejos, es posible elevarlo con una paleta cutánea, como colgajo osteofaciocutáneo (CLOFCP) cuya irrigación depende de pequeños vasos perforantes septocutáneos y/o musculocutáneos. La distribución de dichas perforantes se encuentra estudiada en poblaciones anglosajonas, sin embargo estudios en otros colgajos basados en perforantes ha mostrado variabilidad racial, no existiendo a la fecha comunicaciones a nivel nacional ni latinoamericano para el CLOFCP. El objetivo del presente trabajo es describir topográficamente las perforantes del CLOFCP mediante ultrasonido y disecciones en cadáveres frescos.

Desde abril de 2004 a la fecha se realiza en los Servicios de Cirugía y Anatomía Patológica del HBLT un estudio descriptivo prospectivo que incluye pacientes hospitalizados. Ingresan al protocolo en forma aleatoria pacientes hospitalizados que no presenten alguno de los criterios de exclusión. El número y distribución topográfica de las perforantes se obtiene mediante un Doppler portátil (Microdop IEC 601,1 con transductor de 8 Mhz), y se expresa en relación al peroné y a puntos de reparo anatómico de la pierna. Se constata además en cada paciente edad, sexo, comorbilidad y hábito tabáquico. Paralelamente los resultados se complementan con un estudio anatómico en cadáver fresco en el que se diseca el CLOFCP bajo magnificación según técnica standard, diseñando una paleta cutánea que en sentido longitudinal abarca la totalidad del peroné utilizable. Algunos de los colgajos elevados son preservados en solución de conservación para posterior estudio de la trama microvascular mediante técnica de diafanizado. El análisis de la distribución de los datos se realizó mediante un gráfico de frecuencia y la prueba de Shapiro-Wilk.

Hasta la fecha se ha realizado el mapeo con Doppler a un total de 30 pacientes, 16 hombres y 14 mujeres con un promedio de edad de 42 años (rangos entre 15 y 70 años). El promedio de perforantes por procedimiento encontradas fue de 6,7 (ds 2,33, con rangos entre 2 y 11). Al analizar la distribución por tercios en relación a la longitud del

peroné, se encontró que el mayor número de perforantes se encontraba en el tercio medio, con un promedio de 3 (ds 1). Paralelamente a la fecha se han realizado 6 disección cadavérica de colgajos, con pérdida de uno de ellos para efectos de medición por destrucción del septum lateral durante la disección.

La ubicación y distribución de las perforantes del CLOFCP son similares a las descritas en la literatura internacional.

MANEJO DE LA PTOSIS PALPEBRAL

Drs. *M. Fontbona, R. Cabello, W. Calderón, C. Guerra, G. Israel, D. Calderón*
(Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Militar, Santiago)

Introducción: El manejo de la ptosis palpebral ha sido ampliamente discutido. Se han planteado diversas clasificaciones así como múltiples alternativas quirúrgicas. Su evaluación y manejo por el cirujano plástico es poco frecuente dado que habitualmente el paciente es derivado al oftalmólogo. El objetivo de este trabajo fue evaluar el manejo quirúrgico de la ptosis palpebral en nuestro medio.

Material y Método: Se revisaron las fichas de los pacientes que consultaron por ptosis palpebral en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar entre junio de 1995 y junio de 2004. Se excluyeron los pacientes que consultaron por pseudoptosis aislada, uni o bilateral. Se consignaron sexo, edad, lateralidad, grado de ptosis, función del músculo elevador del párpado, técnica quirúrgica, tiempo de hospitalización, complicaciones y recidiva.

Resultados: Cumplieron con los requisitos 24 pacientes, 13 de ellos mujeres. La edad promedio fue de 47 años (rango de 3 a 73). Dieciséis casos fueron unilaterales. Se consignaron 32 párpados en el total de pacientes. Seis pacientes presentaban ptosis congénita. En los casos adquiridos, la etiología más frecuente fue la ptosis senil. El grado de ptosis fue leve en 5 casos, moderada en 18 y severa en 9. En los casos leves con buena función del elevador se utilizó la técnica de Fasanella Servat (3 párpados); con moderada función, la plastia del elevador (2). En los casos moderados con buena función del elevador se utilizó la primera técnica (4); con moderada función, la segunda (14). En los casos severos con moderada función del elevador, se realizó plastia del músculo (7) y con mala función, suspensión frontal (2). El promedio de días de hospitalización fue de 2 días. Se produjo hematoma intraoperatorio en 1 caso. Se presentó sobrecorrección de la ptosis en 2 casos, subcorrección en uno e infección en otro. Presentaron recidiva 3 casos (4 párpados).

Conclusión: La ptosis palpebral requiere un manejo individualizado del paciente, considerando la etiología y hallazgos anatómicos. Las posibles complicaciones intraoperatorias deben ser diagnosticadas y manejadas oportunamente. Las complicaciones postoperatorias relacionadas con la técnica quirúrgica deben ser evaluadas adecuadamente para ofrecer al paciente la mejor alternativa posible de resolución del problema.

Importancia e interés del tema investigado. La ptosis palpebral actualmente es causa poco frecuente de consulta al cirujano plástico. Existe escasa información del manejo y evaluación de los resultados en nuestro medio.

PUNTOS DE TENSIÓN PROGRESIVA EN LA PREVENCIÓN DE SEROMA POSTABDOMINOPLASTIA. ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIO Y DOBLE CIEGO

Drs. *Patricio Andrades, Arturo Prado, Claudio Guerra, Miguel Umaña, Sergio Sepúlveda, Carlos Sciaraffia, Vicente Decarolis*
(Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico J. J. Aguirre, Universidad de Chile)

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes de la abdominoplastia es el seroma postoperatorio. Se considera que la incidencia de esta complicación es de un 10-11%. Su etiología es desconocida y por esto se han intentado múltiples técnicas para prevenirlo ninguna de las cuales ha demostrado utilidad. Los puntos de tensión progresiva entre el colgajo y la pared abdominal podrían ser una opción válida de prevención.

El objetivo de este trabajo es evaluar la capacidad de prevención de seroma post-abdominoplastia de los puntos de tensión progresiva.

Pacientes y Método: Entre abril de 2003 y mayo de 2004, 30 pacientes se distribuyeron en forma aleatoria en dos grupos: Grupo 1 (sin puntos) y Grupo 2 (con puntos). Todas presentaban un abdomen tipo IV según Matarasso y se sometieron a una abdominoplastia clásica en la cual se disecó con electrocauterio, se dejó doble drenaje aspirativo cerrado y se determina el tiempo operatorio. El paciente registra el débito diario de los drenajes los que se retiran al 7º día. A los 15 días, evaluadores ciegos, realizan Ecografía de pared abdominal y evaluación clínica de la presencia de seroma. Todas las pacientes fueron controladas en julio de 2004. También se comparó resultado estético usan-

do la escala de Strasser y la evaluación subjetiva de cada paciente. Para el análisis estadístico se usó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la distribución de los datos, el test de Fisher para variables categóricas y t-student o Wilcoxon para variables continuas. Se consideró un error alfa igual o inferior a 0,05.

Resultados: Los grupos resultaron comparables desde el punto de vista de la edad, IMC y hábitos. El tiempo operatorio para el Grupo 1 fue de 3,2 horas versus 4,1 horas para el Grupo 2 ($p < 0,005$). El débito de los drenajes fue estadísticamente inferior los primeros 7 días para el grupo con puntos de tensión progresiva. Sin embargo no existió diferencia entre los grupos al comparar porcentaje de seroma clínico (34 vs 27%) ni seroma ecográfico (87 *vs* 93%). En el Grupo 1 los seromas fueron difusos pero en el Grupo 2, fueron localizados en varios puntos. Las complicaciones y los resultados estéticos (seguimiento promedio 6 meses) no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los puntos de tensión progresiva aumentan el tiempo operatorio y no disminuyen el seroma clínico ni ecográfico, sólo disminuyen el débito de los drenajes. Tampoco disminuyen las complicaciones y no mejoran los resultados estéticos. Se requieren estudios sin drenajes para determinar su real utilidad en la prevención de seroma.

Seccional: CIRUGÍA VASCULAR

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS ABDOMINALES: RESULTADOS PRECOCES Y ALEJADOS EN 77 CASOS

Drs. *F. Valdés, R. Mertens, A. Krämer, M. Bergoeing, R. Olguin, R. Sagües,* EU. *M. Valdebenito y* EU. *J. Vergara*
(Cirugía Vascular y Endovascular. Departamento de Enfermedades Cardiovasculares y División de Cirugía, Facultad de Medicina y Hospital Clínico. Pontificia Universidad Católica de Chile)

La cirugía endovascular (CE), reduce la morbilidad operatoria y la hospitalización de pacientes (pac) portadores de aneurisma, siendo una alternativa efectiva a la operación abierta.

Objetivo: analizar los resultados precoces y alejados en pac con aneurismas abdominales (AA) tratados con esta técnica, en nuestro hospital.

Pacientes y Métodos: Revisamos los datos de pac con aneurismas tratados por vía endovascular, registrados prospectivamente en nuestra base de datos computacional. El estudio preoperatorio incluyó tomografía computada helicoidal (TC) en todos los pac y aortografía biplanar selectivamente. El procedimiento se efectuó en el quirófano, bajo anestesia mixta o regional, usando un angiógrafo digital Siemens Siremobil 2000 o GE/OEC 9800. Se usó endoprótesis modular por vía transfemoral (81% Cook®). El seguimiento incluyó TC. Los resultados se expresan como promedio ± 1 DE.

Resultados: Desde 1997 tratamos con CE a 117 pac con aneurismas, 77 corresponden a AA, objeto del presente estudio (24,3% de 317 de AA tratados en el período). Son 4 mujeres y 73 hombres (edad x 73 años, rango 52-91) con AA de 5,8±1,1 cm. Todos los pac presentaron 1 o más comorbilidades: Cardiopatía 56%, hipertensión 39%, LCFA 34%. Se completó el procedimiento en 76 pac (1 conversión, éxito técnico 98,7%). En 62 pac (81%) instalamos endoprótesis bifurcada, en 9 pac asociamos operación extraanatómica y 13 requirieron embolización hipogástrica. No hubo endoleak tipo I. El procedimiento duró 153±75 min. La permanencia en UTI fue x 19,6 horas y la estadía postoperatoria total fue en x 76 horas. El 90% no requirió transfusión. Un pac fallece antes de 30 días (1,3%) por IAM. El seguimiento promedio (98,6% de los pac) es 21,4 meses (1-82), 6 pac han fallecido entre 3,5 y 52 meses sin relación con su AA. La sobrevida a 5 años es 67,8%, y la sobrevida libre de nuevos procedimientos (1 por endoleak) o conversión a cirugía abierta es 79% y 98,7% a 5 años respectivamente.

Conclusión: El tratamiento endovascular es una técnica mínimamente invasiva, que excluye el AA efectivamente, evitando su expansión y ruptura. Reduce la envergadura del procedimiento y permite una hospitalización más breve. La sobrevida observada es satisfactoria considerando la elevada edad y comorbilidades asociadas en esta serie. El seguimiento con imágenes es fundamental para la corrección de posibles alteraciones tardías.

ANEURISMA AORTA ABDOMINAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA EN EL PERÍODO 1982-2003

Drs. *Alfonso Sánchez H., Sebastián Soto G.* Int. *Gonzalo Sánchez C.* Dr. *Pablo Mariangel P.* Al. *Rocío Sánchez C.* Drs. *Roberto Oettinger W., Luis Jiménez V.*
(Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Valdivia)

Introducción: El aneurisma aórtico, de cualquier localización, evoluciona naturalmente a la ruptura, traduciéndose en una hemorragia exangüinante altamente letal. Su localización más frecuente es en la aorta abdominal infrarrenal, aumentando su incidencia progresivamente con la edad, alcanzando un máximo a alrededor de los 80 años. Actualmente las opciones terapéuticas van desde la cirugía al tratamiento endovascular, disponible sólo en algunos centros a lo largo del país. En nuestro hospital esta patología se trata en forma quirúrgica desde

1982, siendo el objetivo del trabajo presentar los resultados obtenidos durante 21 años.

Material y Método: Retrospectivamente se analizan las fichas clínicas de 34 pacientes atendidos por el equipo de Tórax y Vascular del Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Regional de Valdivia entre 01/01/1982 y 31/12/2003. Los datos se ingresan a planilla Excel® incluyendo sexo, edad, cirugía electiva o de urgencia, tipo de cirugía, tiempo operatorio, estadía en UCI, complicaciones y tiempo de hospitalización. El análisis se realiza con las opciones del mismo programa.

Resultados: Se tratan 34 pacientes, 15 de sexo femenino y 19 de sexo masculino, relación 1,3:1. Edad media 68,8 años con rango entre 47 y 84 años. Treinta pacientes se operan, 25 en forma electiva y 5 de urgencia. Cuatro se observan por rechazar cirugía, por alto riesgo debido a edad avanzada y patologías asociadas. En 15 casos (44,1%) el estudio imagenológico fue ecografía exclusiva y en 14 (41,1) asociada a otros métodos. Tamaño medio 7 cm, fluctuando entre 4,5 y 22 cm. Un caso se localizaba por sobre las renales y otro con localización torácica asociada, la ubicación infrarrenal aislada fue la más frecuente en 22 casos (64,7%). La patología asociada más frecuente fue hipertensión arterial en 25 casos (73,5%). Tiempo operatorio fluctuó entre 135 y 480 minutos, media de 247,7 minutos. La cirugía más frecuente fue aneurismectomía y by-pass aortobiilíaco en 11 casos. La complicación más frecuente fue shock hipovolémico en 6 casos. La mortalidad operatoria fue de 6,6% (2 casos electivos). La hospitalización media fue de 12,4 días.

Discusión: Mortalidad similar al estándar internacional como también a nivel nacional. La cirugía de urgencia es aislada, resultando la nula mortalidad gratificante. A pesar de los pocos casos creemos haber logrado una experiencia suficiente para ofrecer una terapia segura y efectiva a esta patología, siendo esto muy importante por la carencia de terapia endovascular que sería de elección en la actualidad sobre todo en pacientes añosos.

REANASTOMOSIS PROXIMAL EN FAV DISFUNCIONALES, ALTERNATIVA AL CDL TRANSITORIO

Dr. *Mauricio Muños Z.*
(Cirujano, Hospital Regional Rancagua)

Introducción: La alternativa actual para las fístulas arteriovenosas (FAV) que presentan flujo insuficiente o ausencia de flujo es la instalación de un catéter doble lumen (transitorio o permanente) y la construcción de un nuevo acceso vascular autólogo o heterólogo.

La finalidad de este trabajo es presentar nuestra experiencia realizando una reanastomosis proximal y punción precoz del acceso, evitando así las alternativas tradicionales.

Material y Método: Entre febrero de 2001 y julio de 2004 se operaron 18 pacientes que estando en hemodiálisis presentaron ausencia de flujo o flujo menor a 200 ml/min (promedio 160 ml/min). Se intervinieron solo pacientes con FAV radiocefálica, con presiones venosas normales (promedio 125). Cumplidos los requisitos, se protocoliza realizar la reanastomosis a nivel del codo (vena comunicante o mediana del codo con arteria humeral o nacimiento de la radial). Se suprime hemodiálisis del día siguiente o subsiguiente a la operación, se reinicia rutina de diálisis puncionando precozmente (en promedio a las 48 horas). Se consignó el porcentaje de Diabetes Mellitus en el universo de pacientes operados.

Resultados: En 17 pacientes (94%) se consigue reiniciar diálisis según programa, logrando flujos arteriales adecuados (promedio 280 ml/min).

Un paciente (6%) presentó un hematoma del codo, obligando a la instalación de CDL para proseguir sus diálisis, pero al cabo de tres semanas pudo usar su FAV autóloga.

Once pacientes (61,1%) eran portadores de Diabetes Mellitus. La edad promedio fue de 59,4 años con un 72,2% de varones (13 pacientes).

Discusión: En el 94% de los pacientes se pudo evitar el uso de CDL, destaca el alto porcentaje de pacientes diabéticos, lo que se correlaciona con fenómenos de ateroesclerosis de vasos distales propio de esta patología.

Si bien el universo observado no permita análisis de validación estadística, parece ser la reanastomosis proximal, un procedimiento quirúrgico a considerar en pacientes con FAV disfuncional.

SECUELAS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES LUEGO DE UN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CONTROLADO

Drs. *Juan Bombin F., Alejandro Kotlik A., Alejandra Díaz G., Ruth Vera O., Jaime Contreras T.* Int. *Darío Vásquez Z.*
(Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso)

Objetivo: Con el fin de evaluar el tratamiento anticoagulante en la prevención de las secuelas en

el sistema venoso profundo luego de un episodio de trombosis venosa profunda (TVP), se efectuó un control clínico y con doppler-color a 55 pacientes, los que habían sufrido una TVP, al término de un tratamiento anticoagulante controlado.

Material y Método: Los pacientes (43 mujeres y 12 varones, promedio de edad: 54,1 años, D.S.: 16,1) fueron tratados en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, durante el período inicial de trombosis, confirmando la TVP mediante un doppler-color y tratados con heparina sódica o de bajo peso molecular. Luego se les sometió a un prolongado tiempo de tratamiento anticoagulante oral) (TACO) controlado. Fueron clasificados en trombosis distales en 10 pacientes (20%), fémoro-poplíteas 16 pacientes (32%) e ílio-fémoro-poplíteas 24 pacientes (48%). Se constató el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el inicio del tratamiento (promedio: 10,9 días, D.S.: 10,2). Se consideró un TACO eficaz, aquel con un Internacional Normalized Ratio igual o mayor a 2,0. Se encontró un buen TACO en 32 pacientes (60,3%) (INR eficaz sobre el 75% de los controles realizados), un TACO regular en 11 pacientes (20,7%) (INR eficaz menor de 75%, pero mayor de 50% en sus controles) y un TACO malo en 10 pacientes (18%) (INR eficaz en menos de la mitad de los controles).

Entre 9 y 12 meses después del episodio inicial de TVP, se efectuó un control clínico y con dupplex-color en estos pacientes. La evaluación clínica se realizó según la Clasificación de Casanueva del Síndrome post-trombótico. Las secuelas evaluadas con doppler-color fueron la insuficiencia valvular, la obliteración venosa, fibrosis parietales, bandas fibrosas y estenosis con flujo venoso parcial.

Resultados: Dieciocho pacientes (36,7%) se encontraban asintomáticos (Grado 0 de Casanueva), 24 (48,9%) presentaban edema (Grados 1 y 2), 3 pacientes (6,1%) tenían edema y várices secundarias (Grado 3) y 4 pacientes (8,1%) presentaban además lipodermatoesclerosis (Grado 4). En el doppler-color, en 9 casos (16,6%) no se encontró ningún signo de daño venoso, en 25 casos (46,3%) existía fibrosis, estenosis u obliteración venosa, 11 pacientes (20,3%) tenían insuficiencia valvular y en 9 casos (16,6%) había ambos tipos de daño en sus venas profundas.

Conclusión: Con el tratamiento anticoagulante en la TVP de las extremidades inferiores, en nuestros pacientes, encontramos ausencia de secuelas clínicas o sólo edema, aún cuando se observaron claras secuelas imagenológicas en la mayoría de los casos.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TVP DE EEII EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE (2000-2003)

Drs. *A. Campos,[1,2] J. Herskovic[1], R. Urrutia,[1] M. Ramírez,[1] C. Sarmiento,[3] M.J. Bastías,[3] J.L. Calderón,[3] D. Reyes,[4] P. Riffo,[4] C. Suárez[4]*
([1]Cirugía Vascular HCUCh, [2]Hospital San Pablo de Coquimbo, [3]Becadas de Cirugía HCUCh, [4]Internos HCUCh)

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) es causa frecuente de morbimortalidad en nuestra población; su manejo adecuado, evita las complicaciones agudas y permite la reinserción precoz del paciente al ámbito laboral. Por la importancia de esta patología decidimos hacer una revisión epidemiológica del tema en nuestro Hospital.

Objetivo: Caracterizar a la población que ingresa con el diagnóstico de TVP a nuestro hospital, lo cual nos permitirá uniformar criterios y comparar las cifras con la realidad hospitalaria de otros centros en cuanto al cuadro clínico, sus complicaciones y manejo intrahospitalario.

Materiales y Métodos: Se revisaron las fichas de todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de TVP entre el año 2000 al 2003 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, extrayéndose datos del paciente, del cuadro clínico, su estadía y evolución.

Resultados: 253 casos de TVP entre el 2000 y 2003; 60,5% mujeres y 39,5% hombres; la edad promedio fue de 55 años.

La estadía intrahospitalaria promedio fue de 9,29 días; 39,5% no presentaban comorbilidad, 26% eran HTA, 16,9% con antecedentes de TVP previas, 15,8% con neoplasias coexistentes o como antecedentes. Un 19,7% de los pacientes tenían antecedentes de reposo mayor a 3 días. Un 15% de los pacientes habían sido operados recientemente.

Con respecto a los síntomas: 89,2% presentó dolor, y 71,9% edema. En todos los pacientes se confirmó el diagnóstico con eco-Doppler.

El compromiso proximal fue del 60,8%, y distal 25,6%.

Con respecto al manejo anticoagulante al ingreso 51,7% se inició tratamiento con heparina y un 45% con heparina de bajo peso molecular. Se instalaron 14 filtros de vena cava; 3 pacientes presentaron complicación del tratamiento anticoagulante en su hospitalización.

Conclusiones: En el período establecido se encontró 253 casos de TVP en este centro con predominio de mujeres y compromiso proximal, al igual que la revisión realizada en el HUAP; la información

en relación a manejo y complicaciones nos permitirá uniformar criterios de manejo de esta patología en nuestro hospital.

SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA (SVT) T3 VERSUS T2 PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR (HHP). ¿DISMINUYE LAS COMPLICACIONES CON IGUAL EFECTIVIDAD?

Dr. *C. Suárez C.* Al. *F. Suárez V.*
(Clínica Santa María, Universidad de Chile)

Introducción: La simpatectomía videotoracoscópica (SVT) es un procedimiento de demostrada efectividad para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar (HHP). Durante las últimos 15 años se han presentado numerosos trabajos respecto a esta operación, su rendimiento y complicaciones. El porcentaje de éxito de la SVT en HHP varían de 90 a 100%. Los mayores problemas de la técnica son: la sudoración compensatoria (70% en la mayoría de las series, de diversa intensidad), el síndrome de Horner (1 a 8% en la literatura) y las reinervaciones (1 a 10% en series internacionales). El 2003 presentamos los resultados de 100 SVT de nuestro grupo respecto al control de la sudoración de miembros superiores (palmar y axilar), que fueron muy satisfactorios. Actualmente en todo el mundo se discute la ventaja o no de la SVT a nivel T3 sobre SVT a nivel T2 por menor riesgo de Horner y menor severidad de la sudoración compensatoria. Les presentamos un estudio comparativo prospectivo secuencial, no randomizado comparando los resultados de la SVT T2 versus SVT T3 para apoyar o rechazar esta hipótesis.

Material y Método: Se presentan las primeras 100 simpatectomías T2 realizadas para tratamiento de la HHP y se comparan con las primeras 100 simpatectomías T3 para control HHP, todos fueron operados por el mismo cirujano, no se excluyeron pacientes por ninguna causa. Son 50 pacientes en cada rama, todos tratados por videotoracoscopia bilateral en un tiempo quirúrgico, extirpando el ganglio T2 ó T3, bajo anestesia general con tubo de doble lumen. Los resultados obtenidos se registraron prospectivamente en una base de datos Excel.

Resultados: El grupo sometido a SVT T2 presentó un caso de Horner, 2 casos de sudoración compensatoria severa y 12 moderada, el grupo SVT T3 no presentó Horner y no hubo sudoración severa, 6 moderados. La satisfacción con el control de la HHP fue 100% en ambos grupos (aunque requirieron retoques 2 pacientes T2 y una T3).

Conclusión: La SVT T3 demuestra ser igualmente efectiva que T2 en el control de la HHP, pero con menos efectos secundarios y/o complicaciones en nuestro grupo (15 *vs* 6%, p< 0,01).

MODELO *IN VITRO* DE INFECCIÓN DE PRÓTESIS VASCULARES: ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO MICROBIOLÓGICO DE LA IMPREGNACIÓN CON ANTIBIÓTICOS Y NITRATO DE PLATA

Drs. *Víctor Bianchi[1], Javier Chapochnick[1], Rodrigo Matamala[2], José Flores[2], Luis Fábrega,[2] Oscar Giaverini[3], Eugenio Marín,[4] Miguel Ángel Cumsille[5], Cristal Julliet,[3] Carolina Olivares,[1] Mario Uribe[1]*
([1]Unidad de Cirugía e Investigación Experimental, Facultad de Medicina Oriente, Universidad de Chile. [2]Interno de Medicina, Facultad de Medicina Oriente, Universidad de Chile. [3]Laboratorio de Microbiología, Hospital del Salvador. [4]Laboratorio SDA Ltda. [5]Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: El comportamiento microbiológico *in vitro* de prótesis vasculares con distintas cubiertas no ha sido descrito en la literatura.

Objetivos: Desarrollar un modelo *in vitro* de infección de prótesis vasculares con *Staphylococcus aureus* (SA). Analizar el comportamiento microbiológico de las prótesis con y sin cubierta de nitrato de plata impregnadas con rifampicina. Lograr concluir qué tipo de tratamiento de la prótesis logra un mejor resultado microbiológico *in vitro* en cuanto a la prevención de la infección por SA.

Material y Método: Etapa I: Trozos de prótesis de Dacrón de 6 mm de diámetro con y sin cubierta de nitrato de plata se impregnaron con rifampicina en diferentes concentraciones para luego ser colocadas en un medio Müller Hinton (MH) contaminado con SA Américan Type Culture Collection (ATCC) 25923 y realizar antibiograma. *Etapa II:* Se colocó cada grupo de prótesis (prótesis sin nitrato de plata ni rifampicina (grupo 1, control), prótesis con nitrato de plata (grupo 2), prótesis con rifampicina (grupo 3) y prótesis con rifampicina + nitrato de plata (grupo 4) en un medio MH contaminado con SA ATCC 25923 y se realizó antibiograma. *Etapa III:* Se repitieron los mismos pasos de la etapa II contaminando, esta vez el medio MH con una cepa de SA clínica. *Etapa IV:* Prótesis de los grupos 2, 3 y 4 se traspasaron a un medio pectonado realizando a las 24 horas análisis por turbimetría. *Etapa V:* Las prótesis se traspasaron a un medio agar sangre observando a las 24 horas el desarrollo de colonias bacterianas. *Análisis estadístico:* Análisis de varianza y comparación de porcentajes.

Resultados: Etapa I: Los halos producidos por trozos de prótesis fueron diferentes entre sí de manera directamente proporcional a la concentración de antibiótico utilizada, y todos ellos iguales o mayores al generado por un sensidisco estándar de rifampicina. *Etapas II y III:* En ambas etapas la diferencia entre los grupos 3 y 4 al comparar cada uno con los grupos 1 y 2 fue estadísticamente significativa ($p < 0,00001$). No hubo diferencia significativa entre los grupos 1 y 2, ni entre los grupos 3 y 4 entre sí. *Etapa IV:* La turbimetría para el grupo 2 fue positiva mientras que para los grupos 3 y 4 fue negativa. *Etapa V:* Todas las prótesis correspondientes al grupo sin rifampicina desarrollaron crecimiento bacteriano no así las prótesis correspondientes a los grupos con rifampicina.

Conclusiones: Desarrollamos un modelo *in vitro* de infección de prótesis vasculares que permite evaluar el comportamiento microbiológico de éstas. Demostramos que la impregnación protésica con rifampicina inhibe el desarrollo bacteriano al someterla a un medio contaminado con SA. El nitrato de plata no demostró beneficios.

REPARACIÓN DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. *J. Torres[1], C. Lagos[2], G. La Rosa[3], M. Rivera[3], J. Villalón[1], R. Julio[1], J. Fuenzalida[1], E. Quintana[2], D. Benavente[2], R. Orozco[2], A. Stockins[1]*
([1]Cirugía Vascular, Hospital Padre Hurtado, [2]Nefrología, Unidad de Diálisis, Hospital Padre Hurtado, [3]Interno Universidad de Santiago)

Introducción: Existen pocas publicaciones nacionales sobre reparación de accesos vasculares para hemodiálisis.

Se presenta la experiencia del Hospital Padre Hurtado en reparación de accesos vasculares para hemodiálisis (FAV).

Material y Método: Desde abril de 2000 a junio de 2004 se diagnosticaron 148 complicaciones consecutivas de FAV en 129 paciente, que requirieron reparación. Un 55,8% correspondió a mujeres y el 44,2% a hombres. La edad promedio fue 54,77 años, con un rango entre 19 y 86.

La extremidad reparada fue de 33 a derecha y 115 a izquierda. Se consideraron criterios de complicación: Flujo menor de 250 ml/min, presión venosa mayor de 150 mmHg, longitud venosa menor de 5 cm entre punciones, profundidad venosa mayor de 10 mm, diámetro venoso menor de 5 o mayor de 10 mm, recirculación mayor del 10%, isquemia distal o circulación colateral en tórax.

Resultados: Se observaron 76 trombosis, 24 estenosis venosas, 12 fístulas cortas, 11 estenosis/oclusión venosa central, 11 aneurismas venosos, 5 infecciones, 3 robos arteriales, 3 mal desarrollo venoso, 2 con bajo flujo y un pseudoaneurisma.

No se observan diferencias significativas de edad ni sexo entre los grupos estudiados, pero si en la lateralidad de la extremidad afectada.

Se logra un rescate de 72/148 accesos vasculares (48,6%). Destacando un 42,1% (32/76) de las trombosis, un 79,2% (19/24) de las estenosis y un 83,3% (10/12) de las fístulas cortas. Un 72% de las FAV trombosadas rescatadas presentaba estenosis como causa subyacente.

La totalidad de las FAV con lesión venosa central y robo arterial no pudieron ser rescatadas.

Conclusiones: La estenosis antecede a la trombosis de FAV en nuestra casuística. La pérdida de accesos vasculares trombosados podría reducirse mediante una derivación precoz a control y estudio de la estenosis subyacente, ya que su reparación permite un alto porcentaje de rescate como se observó en nuestra serie clínica.

ALTERNATIVAS EN LA REVASCULARIZACIÓN DISTAL POR ENFERMEDAD OCLUSIVA ARTERIAL DE EXTREMIDADES INFERIORES

Drs. *C. Grosso, Nelson Sepúlveda, R. Candia, E. Vera, G. Orellana, F. Morales, A. Sánchez y R. Sánchez*
(Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant B. Concepción, Chile)

Antecedentes: La revascularización distal por amenaza de pérdida, es un procedimiento frecuente en la actividad de un cirujano vascular general. De eficacia comprobada, se han descrito distintas modalidades en la confección de un puente distal (PD).

Objetivo: Evaluar las alternativas de confección y resultados de los PD efectuados en el Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile, entre enero de 1990 y diciembre de 2001.

Material y Método: Se revisaron los registros de 130 PD realizados en 126 pacientes. De ellos 93 eran varones (74%). La edad promedio fue 69 años (45-90 a). Como conducto se utilizó la vena safena interna invertida (70), *in situ* (26), avalvulada *ex situ* (23); asociada a otros segmentos de vena (7) o con prótesis (2). En dos casos sólo prótesis. El implante proximal fue a nivel inguinal (puente largo) en 74

pacientes (57%), y a nivel femoropoplíteo o tibial (puente corto) en 56 (43%). El implante distal fue el tronco tibioperoneo (2), la tibial anterior (44), la tibial posterior (22), la peronea (46) y la pedia (16). El trayecto fue lateral en 55 casos (42%). El seguimiento promedio fue de 20,6 meses logrado en el 93%. Se estudió la permeabilidad primaria y secundaria, índice de salvamento y sobrevida global, comparando los distintos tipos de PD. Se utilizó el método de Kaplán Meier y el Test de Log Rank.

Resultados: La mortalidad fue de un 1,6% (2/126). La permeabilidad primaria global fue de 68% y 62% (error st= 0,050) a 24 y 48 meses respectivamente, y la secundaria fue de un 72% y 64% (error st= 0,057). A 48 meses, la permeabilidad secundaria fue mayor en los puentes cortos que en los largos (78% vs 50%) (p= 0,035). Aunque no significativa, fue mejor la permeabilidad de los puentes de trayecto interno que los laterales (70% *vs* 48%) (p= 0,728). El salvamento fue de un 63% (error st= 0,059) y la sobrevida global de un 80% (error st= 0,065).

Conclusión: En nuestra experiencia, los mejores resultados se obtienen con puentes cortos, no necesariamente de un trayecto anatómico, utilizando al máximo el eje femoropoplíteo. Las posibilidades técnicas de revascularización son múltiples las que pueden adaptarse a cada caso en particular. Se ratifica la validez de la revascularización distal en el salvamento de extremidades inferiores.

TRANSPOSICIÓN DE VENA BASÍLICA VERSUS PTFE BRAQUIOAXILAR PARA HEMODIÁLISIS

Drs. *I. Galleguillos O., J. Aguiló M., J. Vergara C., C. Vallejos L., B. Monje,* Al. *C. Schiele, G. Schönffeldt, K. Tirado*
(Departamento de Cirugía Sur. Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: La transposición de vena basílica en el brazo (TB) es una opción al empleo de material protésico en pacientes con agotamiento de venas superficiales para la construcción de accesos para hemodiálisis.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue comparar los resultados obtenidos entre un grupo de pacientes sometidos a TB y un grupo similar de pacientes sometidos a PTFE braquio axilar (PTFE BA), en términos de morbilidad y permeabilidad a largo plazo.

Material y Método: Se seleccionó un grupo de 29 pacientes sometidos a TB entre enero de 2000 y enero de 2002 en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau, que se comparó con un grupo de 29 pacientes sometidos a PTFE BA durante el mismo período, escogiendo para ésto al paciente que seguía en orden secuencial al paciente sometido a TB. Se hizo un seguimiento prospectivo de ambos grupos con control clínico al mes y cada 3 ó 4 meses y estudio por imágenes en aquellos con disfunción clínica. Para el cálculo de diferencias estadísticas se utilizó el test de Fisher y para el cálculo de la permeabilidad actuarial el método de Kaplan Maier.

Resultados: El Grupo TB se compone de 18 (62,07%) hombres y 11 (37,93%) mujeres. La edad promedio fue de 54,19 años (rango entre 27 y 88 años). Se encuentran 8 (27,59%) pacientes diabéticos. El Grupo PTFE BA y se compone de 15 (51,72%) hombres y 14 (48,28%) mujeres. La edad promedio fue de 61,3 años (rango entre 33 y 82 años). Se encuentran 12 (41,38%) pacientes diabéticos. La tasa de complicaciones precoces fue de 3,44% en el Grupo TB y de 13,79% en el grupo PTFE BA (NS). La tasa de complicaciones tardías fue de 20,68% en el grupo TB y de 55,17% en el grupo PTFE BA (p< 0,05). La permeabilidad actuarial a los 12 y 24 meses fue de 92,86% y 81,25% en el Grupo TB y de 71,62% y 71,62% en el Grupo PTFA BA.

Conclusiones: La transposición de vena basílica proporciona mejores resultados a largo plazo que la interposición de PTFE en el brazo como acceso vascular para hemodiálisis.

REPARACIÓN DE FÍSTULA AV PROXIMAL CORTA CON TRANSPOSICIÓN BASÍLICA MODIFICADA

Drs. *I. Galleguillos, J. Aguiló, J. Vergara, C. Vallejos, B. Monje, Al. K. Tirado, E. Schönffeldt, C. Schiele*
(Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: La reparación de accesos vasculares para hemodiálisis permite prolongar su permeabilidad evitando el uso de catéteres transitorios y de material protésico. La fístula arteriovenosa proximal corta es una entidad relativamente frecuente que produce varios problemas de disfunción clínica como hipertensión de retorno, tendencia a la hemorragia postpunción y aumento de la recirculación. Este estado se puede corregir utilizando una modificación de la técnica de Transposición Basílica del brazo.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue realizar un análisis descriptivo de la reparación de fístulas

arteriovenosas proximal corta con la técnica de transposición basílica modificada en términos de morbilidad y permeabilidad.

Material y Método: Entre enero de 2000 y octubre de 2002, 25 pacientes con fístula arteriovenosa proximal corta fueron sometidos a reparación quirúrgica con la técnica de transposición modificada con anastomosis veno-venosa. Se realizó un seguimiento prospectivo de estos 25 pacientes mediante control clínico cada 2 ó 3 meses y estudio con Eco Doppler color y/o flebografía en aquellos con disfunción del acceso vascular.

Resultados: El grupo se compone de 18 (72%) hombres y 7 (28%) mujeres, con edad promedio 58,08 años; 9 (36%) pacientes eran diabéticos. No hubo complicaciones precoces ni mortalidad. En todos los pacientes se logró prolongar la longitud del acceso y corregir la disfunción clínica como la hipertensión de retorno y la tendencia a la hemorragia postpunción. Al término del seguimiento 19 (76%) estaban permeables; 1(4%) se había ocluído por trombosis, 1(4%) se debió cerrar por hipertensión venosa de la extremidad, 4 (16%) pacientes fallecieron por su enfermedad de base. Se observó una complicación tardía (4%) que consistió en una estenosis de vena proximal alta. La permeabilidad actuarial fue de 95% a los 24 meses y de 79% a los 36 meses.

Conclusiones: La técnica de transposición basílica modificada es un buen procedimiento para la corrección de los problemas de disfunción inherentes a la fístula arteriovenosa proximal corta. Las complicaciones tardías son raras y la permeabilidad a largo plazo es excelente.

COMPARACIÓN ENTRE PTFE EN MUSLO Y PTFE EN BRAZO PARA HEMODIÁLISIS

Drs. *I. Galleguillos, J. Aguiló, J. Vergara, C. Vallejos, B. Monje.* Al. *G. Schönffeldt, C. Schiele, K. Tirado*

(Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: La extremidad inferior sólo se usa cuando se han agotado las posibilidades de usar la extremidad superior para la construcción de accesos para hemodiálisis.

Objetivo: Compara los resultados en cuanto a permeabilidad y complicaciones un grupo de pacientes sometidos a PTFE Braquio axilar recto (PTFE BA) y un grupo de pacientes sometidos a PTFE Femoro Safeno recto (PTFE FS).

Material y Método: Entre enero de 2000 a diciembre de 2003 se intervinieron 22 pacientes con PTFE FS en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau grupo que se comparó con 22 pacientes sometidos a PTFE BA seleccionado para ésto al paciente que seguía a un procedimiento de PTFE FS del listado de intervenciones. Todos los pacientes tenían indicación de acceso vascular protésico por agotamiento de sus venas superficiales. En ambos se descartó enfermedad arterial oclusiva. Los pacientes del grupo en estudio tenían contraindicación de acceso vascular en extremidad superior por accesos múltiples o lesión venosa central. Se hizo un seguimiento prospectivo con control clínico al mes y luego cada 3 ó 4 meses además de estudio por imágenes en aquellos con disfunción clínica. Se determinó la tasa de complicaciones precoces y tardías usando el test de Fisher para determinar diferencias estadísticas, además de la permeabilidad actuarial con el método de Kaplan Meier.

Resultados: Las características demográficas fueron similares en ambos grupos. La tasa global de complicaciones precoces fue de 2 (9,1%) en el grupo PTFE BA y de 3 (14,64%) (NS) en el grupo PTFE FS. La tasa global de complicaciones tardías fue de 7 (31,83%) y de 5 (22,73%) (NS) respectivamente. La permeabilidad actuarial a los 12 y 24 meses fue de 77,27% y 72,7% en el Grupo PTFE BA y de 81,28% y 73,15% en el grupo PTFE FS (NS).

Conclusiones: En este estudio los resultados observados en accesos vasculares con PTFE FS son similares a los resultados observados en PTFE BA, en cuanto a complicaciones y permeabilidad a largo plazo. La técnica de PTFE FS parece ser tan segura como la técnica de PTFA BA en pacientes seleccionados.

Seccional: CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y PLÁSTICA MÁXILO-FACIAL

CÁNCER DE TIROIDES. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN 15 AÑOS

Drs. *J. Amat V., R. Rossi F., P. Gac S., F. Huidobro G., C. Ferrada, L. Moyano, F. Cardemil, F. Rodríguez, E. Ortuondo, P. Covarrubias.* Als. *C. Cárcamo, E. Miranda, J. López, N. Melgarejo*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer papilar de tiroides está en aumento gradual en todo el mundo, se ha preconizado el uso de tiroidectomía bilateral total o casi total como procedimiento ideal en la mayor parte de los casos.

Objetivo: Evaluar las características clínicas, anatomopatológicas, acciones terapéuticas y complicaciones de la enfermedad, para conocer resultados terapéuticos.

Material y Método: Se revisan en forma retrospectiva la experiencia de los autores durante el período comprendido entre 1 enero de 1985 y 31 de diciembre de 2000. Para el estudio se diseñó un protocolo que comprendía los siguientes factores: sexo, edad, motivo de consulta, estudios clínicos específicos, tipo de cirugía, clasificación TNM, tipo histológico, complicaciones operatorias y postoperatorias, terapia coadyuvante, supresora y sobrevida.

Resultados: Se incluyen 291 pacientes, 240 son mujeres (82,4%) y 51 son hombres (17,5%), con un promedio de edad de 44 años (16 a 90 años). 210 pacientes (72%) consultaron por nódulo tiroideo asintomático, y 69 (23%) fueron sintomáticos (principalmente disfagia y disfonía). Los hallazgos más frecuentes para cada uno de los estudios preoperatorios, fueron: Nódulo sólido para las ecotomografías tiroideas en 94 pctes (84%) positividad para células neoplásicas de las punciones citológicas en 62 de 85 pacientes (73%), nódulo tiroideo hipocaptante para la cintigrafía tiroidea en 154 pacientes (95%), y eutiroideos para la determinación hormonal en 132 pacientes (93%). La tiroidectomía total fue el procedimiento quirúrgico más utilizando realizándose en 240 pacientes (83%). En 35 pacientes (12%) se agregó algún tipo de resección linfonodal. Se realizaron un total de 38 reoperaciones (13%); teniéndose que completar la tiroidectomía total en 18 pactes (discordancia en la biopsia definitiva) y ampliar la disección ganglionar en 19 pacientes (6%), por reaparición de la enfermedad. El tipo histológico de cáncer más frecuente fue el cáncer papilar (66%), cifra que aumentó de 55% durante el período 1985-1995 a 79% en el período 1995-2000. Se presentaron 2 complicaciones intraoperatorias que correspondieron a neumotórax y lesión de vía aérea (0,6%) y 34 postoperatorias (11,6%), siendo la hipocalcemia clínica transitoria la más frecuente, con 13 casos (4%) y 5 pacientes (1,7%) con lesión no intencional del nervio laríngeo recurrente. Fallece 1 paciente (0,3%) en el postoperatorio por AVE hemorrágico. El I^{131} y levotiroxina se utilizaron en todos los pacientes.

Conclusión: La tiroidectomía total es el tratamiento de elección para el cáncer de tiroides o el bocio multinodular, ya que disminuye las posibilidades de reintervención. Se demuestra que es un procedimiento seguro, con muy baja morbimortalidad.

HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A TIROIDECTOMÍA TOTAL

Drs. *P. Gac S., R. Rossi F., J. Amat V., F. Huidobro G., F. Cardemil, F. Rodríguez, E. Ortuondo, P. Covarrubias. Als. E. Miranda, J. López, N. Melgarejo, C. Cárcamo*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La tiroidectomía total (TT) o casi total ha suplantado gradualmente a operaciones parciales o subtotales en el manejo de enfermeda-

des benignas y malignas del tiroides. El hipoparatiroidismo clínico se presentó en estudios retrospectivos y con cirugía para cáncer en el 4% de nuestros pacientes operados entre 1985 y el 2000.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de hipocalcemia secundaria a TT a través de la medición de calcemias en el postoperatorio.

Material y Método: Estudio prospectivo entre mayo y agosto de 2004. Se estudió calcemias preoperatorias, a las 24 y 48 horas postoperatorias, en los pacientes que desarrollaron hipocalcemias se les controló en 1 semana. Impresión subjetiva del cirujano de la vitalidad de las paratiroides. Sintomatología y signos clínicos asociados. Tratamiento utilizado. El punto de corte para definir hipocalcemia fue de 8.0 mg/dl.

Resultados: Se realizaron 45 TT. Las calcemias postoperatorias variaron entre 6,8 y 9,3, con un promedio de 8,1 mg/dl. Hubo 19 pacientes (42%) con calcemia menor a 8 durante su postoperatorio, de los cuales 17 (84%) se produjeron a las 24 horas y 2 (16%) a las 48 horas. Se describió vitalidad de las 4 paratiroides en 42 pacientes de los cuales 14 presentaron hipocalcemia (33%). En 2 pacientes se describió como vitalidad duodosa de una de las paratiroides y en 1 paciente fue necesario reimplantar 1 paratiroides, estos 3 pacientes presentaron hipocalcemias. Se obtuvo la calcemia preoperatoria en 18 pacientes, de los cuales en el 100% se produjo una baja en los niveles que varió entre 0,2 y 2,2 mg/dl, con un promedio de 1,32 mg/dl. Siete pacientes (15%) presentaron sintomatología (parestesias principalmente) y/o Chvostek, que fue significativa en 2 pacientes (4%) y leve en 5 pacientes (11%). No hubo tetenias. Todos los pacientes con calcemia menor a 8 recibieron tratamiento con calcio oral y asociado a veces a calcitriol, de los cuales 6 (31%) recuperaron en 24 horas, 10 (52%) en 1 semana y 3 (16%) en más de 1 semana. No hubo hipoparatiroidismos definitivos y en ningún paciente fue necesario terapia con calcio endovenoso.

Conclusión: Un porcentaje alto de pacientes sometidos a TT desarrolla hipocalcemia transitoria mayoritariamente asintomática durante las primeras 48 horas. Síntomas o signos se presentaron en 15% de los casos y fueron significativas en 4%. Algunos factores no considerados, como la hidratación endovenosa durante el intra y postoperatorio, la estandarización de la toma de muestras y método de calcemia podrían estar influyendo en dar hipocalcemias no secundarias a hipoparatiroidismo. El signo de Chvostek, es poco sensible. La impresión subjetiva de la vitalidad de las paratiroides en el intraoperatorio, es un predictor limitado. La mayoría de los pacientes pueden ser manejados con terapia oral de forma exitosa, que puede ser retirada durante el primer mes. Es posible que sea más costo-efectivo realizar calcemias en pacientes sintomáticos o con signología en las primeras 48 horas.

EVALUACIÓN DEL VALOR DEL HBME-1 APLICADOS A MUESTRAS DE PUNCIÓN CON AGUJA FINA (PAF) DE TIROIDES EN CASOS DE NEOPLASIAS FOLICULARES (NF) O DE HURTHLE. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARÁNDOLO CON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE LA PIEZA OPERATORIA

Drs. *C. Franco,[1] R. Rossi M.[2], R. Rossi F.[3], E. Horvath[4], J.P. Neidman[3,4] M. Domínguez,[4] L. Castro[4], S. Majlis[4], R. Volpato,[5] H. Rojas[2,1]*
([1]Clínica Santa María, [2]Hospital Padre Hurtado, [3]Hospital Clínico Universidad de Chile, [4]Clínica Alemana Santiago, [5]Hospital San Juan de Dios)

Introducción: La mayor limitación de la PAF en el estudio preoperatorio está en el diagnóstico diferencial de adenoma versus carcinoma folicular y sus variedades, dificultad que se presenta entre el 10-20% de los PAF. En nuestro medio se ha estudiado la sensibilidad y especificidad de la técnica de inmunohistoquímica (IHQ) en forma retrospectiva usando HBME-1 aplicándolo a piezas operatorias de tiroidectomías con diagnóstico histológico ya conocido (Moyano L., *et al*).

Objetivo: Evaluar la utilidad del HBME-1 como complemento al estudio citológico/histológico de la PAF preoperatoria, comparando en forma prospectiva su resultado con el de la biopsia definitiva de la pieza operatoria.

Material y Método: Desde enero de 2003 a julio de 2004 se operaron 41 pacientes en los que se habían hecho IHQ para HBME-1 por una neoplasia folicular. Treinta y un casos tenían marcadores positivos y diez pacientes tenían marcadores negativos. De los 31 pacientes con marcadores positivos, se encontraron 13 cánceres papilares (variedad folicular), 7 cánceres foliculares, 5 cánceres de Hürthle, 2 adenomas foliculares y 2 nódulos hiperplásticos. De los diez pacientes con HBME-1 negativos, 6 fueron operados siendo el diagnótico final 1 adenoma folicular o de Hurthle, 1 tiroiditis de Quervain, 1 bocio coloideo y 2 tiroiditis de Hashimoto. La sensibilidad y especificidad para el HBME-1 fue de 100% y 71,4%, respectivamente, con un valor predictivo positivo de 86% y valor predictivo negativo de 100%.

Conclusiones: El marcador HBME-1 es útil

como estudio adicional en pacientes sometidos a PAF con diagnóstico de neoplasia folicular o de células de Hürtle. Este marcador presenta una excelente sensibilidad y buena especificidad. Tuvimos sólo un 14% de falsos positivos. No tuvimos ningún falso negativo, sin embargo falsos negativos están bien documentados en la literatura. El uso de estos marcadores en la toma de decisiones terapéuticas debe basarse en el contexto de la clínica, los hallazgos radiológicos, con el seguimiento adecuado de los casos que no sean operados.

RESULTADOS DE LA PARATIROIDECTOMÍA TOTAL MÁS AUTOINJERTO EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

Drs. *D. Cohn, D. Ojeda, M. Barría, M. Salvatierra, A. Gallego,* Int. *J. Cuevas*
(Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador)

Introducción: Los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis presentan en su mayoría algún grado de hiperparatiroidismo, el cual es manejado de manera médica con buenos resultados. Sin embargo, existe aproximadamente un 3-8% de estos pacientes que fracasan a este tratamiento y deben ser manejados quirúrgicamente. Las dos técnicas más utilizadas son la paratiroidectomía subtotal y la paratiroidectomía total más autoinjerto en antebrazo.

Objetivo: Analizar los resultados clínicos y bioquímicos de la paratiroidectomía total más autoinjerto antebraquial.

Material y Método: Desde mayo de 1994 hasta noviembre de 2003 se operaron 24 pacientes con IRC que fracasaron al manejo médico de su hiperparatiroidismo.

Técnica: Cervicotomía transversa (Kocher), sección de músculos pretiroideos, ubicación y extirpación de las cuatro glándulas con confirmación histológica intraoperatoria. Colocación en frío (4º) de trozo de glándula paratiroides durante 20-30 minutos, sección del tejido en trocitos del 1x1 mm, colocación de 3 a 5 trocitos glandulares en 3 a 4 bolsillos en músculo braquiorradial del antebrazo contrario a la fístula A-V, marcación de éstos con sutura irreabsorbible. Manejo postoperatorio en SAIM o UCI. Control de calcemias seriadas cada 4-6 horas dependiendo de la tendencia a hipocalcemia, gluconato de calcio ev cada 6-8 horas, diálisis 24 ó 48 horas postoperatorio. Inicio de calcio oral y vitamina D3 a las 48-36 horas.

Resultados: En total se operaron 24 pacientes, 15 mujeres (62,5%) y 9 hombres (37,5%). La edad promedio fue de 32,3 años para las mujeres y de 43 años para los hombres. Dentro de las causas de IRC que se presentaron, las más comunes fueron idiopática (16,6%) y uropatía obstructiva (8,3%). La indicación quirúrgica en el 100% de los casos fue la PTH elevada sobre los 1000 mg/dl y dolor óseo intratable. El promedio de PTH preoperatoria fue de 1765 mg/dl y promedio postoperatorio de 250,3 mg/dl. En el 95% de los casos hubo mejoría clínica de la enfermedad ósea. Dos pacientes permanecieron hipocalcémicos, lo que se atribuye a falla del injerto. Una paciente presentó recurrencia a nivel del injerto, debiendo ser reintervenida en tres oportunidades.

Conclusión: La paratiroidectomía total con autoinjerto es un tratamiento eficaz para el tratamiento el hiperparatiroidismo secundario, produciendo una mejoría clínica en la gran mayoría de los pacientes.

CIRUGÍA DEL TIROIDES. ¿EXISTE EQUIVALENCIA ENTRE USO Y NO USO DE DRENAJE?

Drs. *A. Encina[1], P.P. Ulloa[1], Mª E. Burgos[1], J. Mora[1], M. Vergara[1], F. Valdés[1], A. Sanhueza[2]*
([1]Residentes Cirugía Universidad de La Frontera, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco. [2]Doctor Bioestadística, Departamento Cirugía y Traumatología, Universidad de La Frontera)

Introducción: El uso de drenaje en la cirugía por patología del tiroides es una práctica habitual. Su principal indicación es la detección precoz de hemorragias y la prevención de hematomas. Sin embargo, su utilización se asocia con mayor estadía hospitalaria y disconfort postoperatorio. El objetivo de este estudio es determinar la equivalencia entre el uso y no uso de drenaje en pacientes sometidos a cirugía del tiroides.

Método: Meta-análisis. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios (ECA) de pacientes adultos sometidos a cirugía del tiroides con o sin drenaje, publicados entre 1988 y 2004; en las bases de datos MEDLINE, LiLACS y COCHRANE, utilizando para la búsqueda de los artículos términos MeSH y palabras libres. Los estudios seleccionados fueron analizados con un escore de calidad metodológica (CM) previamente validado (que consta de 3 ítems con una puntuación final entre 6 y 36 puntos y cuyo puntaje de corte para calidad metodológica aceptable es de 18). Se analizó la frecuencia de los eventos hemorrágicos (hematomas y hemorragia) y hemorragias como evento único según uso o no de

drenaje en cada ECA aplicando test de heterogeneidad y cálculo de Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%.

Resultados: Se encontraron 12 ECA relacionados a la temática en estudio, seleccionándose 7 que cumplían con los criterios de inclusión. Se logró acceder a 5 ECA con texto completo, con una muestra de 700 pacientes, constatándose un escore de CM promedio de 18 puntos. Se verificó una heterogeneidad de 1.055 (p= 0,9) con un OR de 0,9 (0,421; 1.820), para los eventos hemorrágicos y una heterogeneidad de 1.046 (p= 0,9) con un OR de 1.082 (0.282; 4.154), para las hemorragias.

Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a eventos hemorrágicos y hemorragias al comparar el uso y no uso de drenaje en la cirugía del tiroides.

PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA DE TIROIDES. VALOR DIAGNÓSTICO. REVISIÓN DE 28 AÑOS EN EL HOSPITAL RAMÓN BARROS LUCO-TRUDEAU

Drs. *M. González P., G. Astroza E., J. Román F. y C. Erazo,* Ints. *M. Bravo M., R. Casas C., R. Valenzuela M.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Equipo de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial, Santiago, Chile)

Los nódulos tiroideos clínicamente detectables se presentan en el 4-10% de la población, correspondiendo un 5-10% de ellos a patología neoplásica. La punción aspirativa con aguja fina (TAAF) es un método ampliamente empleado en el estudio de estos pacientes. Es una técnica que en manos experimentadas es confiable para indicar la cirugía, presentando una baja morbilidad. Es también utilizado para la diferenciación de formas benignas y malignas de nódulos tiroideos y una referencia importante para la selección preoperatoria de los pacientes. Considerando las distintas cifras publicadas para cada centro sobre su sensibilidad y especificidad, y debido a la información que puede aportar este examen, nos parece pertinente que cada hospital estudie su rendimiento en relación a su sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Podrá tenerse así una información según la experiencia del patólogo y otros elementos.

Entre 1975 y 2003 se intervinieron 1730 pacientes por patología tiroidea –tanto benigna como maligna– en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau. De estos pacientes, se revisaron para nuestro estudio un total de 899 pacientes, los cuales contaban con estudio de punción aspirativa con aguja fina (PAAF) y su resultado histopatológico diferido. Para determinar el valor diagnóstico de nuestras punciones, se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Para el análisis de los datos se consideraron los resultados de PAAF sospechosos de proceso neoplásico en conjunto con los positivos para neoplasia.

Los resultados obtenidos fueron de una sensibilidad de 58,7%, especificidad de 83,7%, VPP de 56,38 y VPN de 84,9. Dentro de los falsos negativos el grupo que representó el mayor número de cánceres correspondió al cáncer papilar de tiroides.

Conclusión: Los resultados obtenidos en nuestra serie, resultan en una baja sensibilidad y bajo valor predictivo positivo para la PAAF, siendo importante buscar la forma para optimizar su resultado y alcanzar así cifras similares a las descritas en la literatura.

HIPOPARATIROIDISMO POSTQUIRÚRGICO: NUEVAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Drs. *Patricio Cabané T., Pablo Caviedes F., Ricardo Rossi F.* Ints. *Carolina Heresi V., Sebastián Silva V.*
(Departamentos de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile. Laboratorio de Cultivo de Tejidos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: El hipoparatiroidismo postquirúrgico puede presentarse como transiente (< a 6 meses) 6,9-46% de la tiroidectomías o permanente (> 6 meses) en 0,4-33%. Es una complicación que a pesar de las nuevas herramientas de laboratorio e imágenes para evitar la lesión o resección inadvertida de estas, no ha disminuido su incidencia.

Se reconocen como factores de riesgo la patología de base, la extensión de la tiroidectomía, la resección de 2 o más paratiroides, la ligadura periférica de la arteria tiroidea inferior, la experiencia del cirujano.

En el Hospital Clínico se han realizado 448 tiroidectomías totales en un período de 10 años, teniendo como principal indicación es la patología neoplásica. La incidencia de hipoparatiroidismo transiente es de un 21,5% y de hipoparatiroidismo permanente 1,96%. El tratamiento habitual de estos pacientes es la administración oral de calcio o calcio más vitamina D. Esta terapia evita las complicaciones de la hipocalcemia pero no corrige la hipercalciuria que puede llevar a nefrocalcinosis e insuficiencia renal.

La utilización de Paratohormona no ha logrado mejorar la hipercalciuria, y es un método no autorregulado.

Incluso hay evidencias de un efecto carcinogénico a nivel óseo.

La terapia celular en cambio es un sistema autorregulado. Sin embargo, las distintas investigaciones no han logrado optimizar adecuadamente el cultivo de tejido paratiroideo.

Objetivo: Establecer cultivos de tejido paratiroideo e inmortalizar una línea celular para utilización en trasplante celular.

Método: Cultivos primarios de paratiroides de pacientes operados por hiperparatiroidismo primario, e inmortalización según método de Caviedes y cols.

Resultados: En nuestro laboratorio hemos realizado 12 cultivos primarios de tejido paratiroideo humano, logrando mantener la sobrevida y función endocrina por 5 meses. Hemos inmortalizado una línea de células paratiroideas mediante una técnica de inmortalización no tumorigénica, que mantiene la función endocrina normal a largo plazo (secreción de PTH y respuesta secretoria normal frente a distintas concentraciones de calcio extracelular). El cromograma muestra las variaciones características de las líneas inmortalizadas. Presenta un período de duplicación de 48 horas.

Conclusiones: Esta es la primera línea celular de paratiroides humana con función endocrina persistente. Esto permitirá contar con una fuente inagotable de tejido paratiroideo para caracterización *in vitro* y aplicación en terapia celular en hipoparatiroidismo postquirúrgico.

CIRUGÍA DE TIROIDES EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. *R. Torres, H. Rojas, M. Veloso, G. La Rosa, R. Concha, R. Ares, J. Hamilton*
(Hospital Padre Hurtado)

Objetivo: Mostrar la experiencia inicial en cirugía de tiroides en el Hospital Padre Hurtado y validar la técnica.

Material y Método: El material de esta serie está constituido por 120 cirugías de tiroides. Se revisaron en forma prospectiva los resultados de la tiroidectomía en pacientes desde enero de 2001 a junio de 2004.

Resultados: La edad promedio fue de 47 años, con un rango de 17 a 78. El sexo correspondió a 113 mujeres y 8 hombres. Las cirugías realizadas fueron: 43 lobectomías, 20 tiroidectomías subtotales, 50 tiroidectomías totales y 8 tiroidectomías totales con linfadenectomías cervicales. Las complicaciones fueron hipoparatiroidismo transitorio 3 (2,5%) y permanente 0 (0%), hematoma postoperatorio 5 pac (4,16%), lesión nervio laríngeo permanente 0 pac (0%) y transitorio 2 pac (1,6%); seromas 1 pac (0,83%); infección de herida operatoria 0 pac. (0%). Los diagnósticos definitivos fueron bocio multinodular coloideo 62, bocio difuso hiperplásico 7; adenoma 15; cáncer papilar 32; cáncer folicular 2; cáncer medular 0; cáncer anaplástico 0.

Conclusión: Los resultados del reporte son comparables con lo publicado en la literatura, lo que permite concluir que la cirugía de tiroides es segura en el HPH.

CÁNCER DE PARÓTIDA: EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO EN 10 AÑOS

Drs. *Claudio Borel B., Miguel González P.* Ints. *Soledad Alfieri, Pamela Aránguiz*
(Departamento de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial, Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile, Santiago, Chile)

El 3% de los tumores de cabeza y cuello están representados por neoplasias de las glándulas salivales, que corresponden al 0,6% de los tumores del organismo. La incidencia de cáncer en glándulas salivales es de 1-2 x 100.000 habitantes al año en USA. La glándula salival que con mayor frecuencia se compromete es la parótida, 70-80% tumores benignos, 15-25% de tumores malignos.

El objetivo del presente trabajo es revisar la experiencia en el tratamiento de los cánceres de parótida en los últimos 10 años (1994-2004) en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT).

Se revisan retrospectivamente todos los tumores de parótida tratados en el Servicio de Cirugía del HBLT entre los años 1994-2004, seleccionando para el análisis los pacientes con diagnóstico histológico confirmado de cáncer parotídeo. Se confecciona una base de datos que tabula: edad, sexo, tiempo de evolución, cuadro clínico, examen físico al ingreso, tratamiento quirúrgico efectuado, complicaciones peroperatorias, histología (tipo, grado de diferenciación, compromiso linfático), tratamiento complementario postcirugía, evidencia de recidiva y sobrevida libre de enfermedad a 10 años.

Se trataron en este período 170 tumores parotídeos, de los cuales 24 (14,1%) corresponden a cáncer de parótida, con una relación de 1:1= masculino:femenino. El promedio de edad fue de 58 años y el de la evolución del cuadro clínico de 29

meses, siendo lo más frecuente el aumento de volumen, dolor, compromiso del nervio facial y compromiso cutáneo. El tamaño tumoral promedio preoperatorio fue de 3,2 cm. En 5 casos se presentaron ganglios palpables al examen físico, todos ipsilaterales.

El estudio se realizó con ECO-TAC y punción con aguja fina en casos seleccionados.

El tratamiento de elección fue el quirúrgico, en el 100% de los casos. Se realizaron 25 procedimientos quirúrgicos: 14 parotidectomías totales, 8 parotidectomías suprafaciales, 12 vaciamientos de cuello, 3 rotaciones de colgajo para cubrir defectos cutáneos. En 12 casos fue necesario seccionar el nervio facial a distintos niveles por su compromiso tumoral. Se analizan los días de estada hospitalaria y las complicaciones peroperatorias.

Los tipos histológicos más frecuentes en nuestra serie correspondieron a: adenocarcinoma, Ca mioepitelial maligno, Ca escamoso, Ca mucoepidermoide, linfomas no Hodking y otros más infrecuentes.

En 15 pacientes (62,5%) se realizó radioterapia complementaria postoperatoria, con un promedio de 4 meses posterior a la cirugía. En 2 pacientes se realizó quimioterapia postoperatoria. Se encontró un 16,6% de recidiva en la serie total.

Se analiza (a) la mortalidad global de la serie a 10 años de seguimiento, con un 16,6% de mortalidad, y (b) la mortalidad según el tipo histológico y tamaño tumoral. Se presenta la sobrevida al primer año, a los 5 y 10 años de tratamiento.

Seccional: COLOPROCTOLOGÍA

CORRELACIÓN ENTRE LA MANOMETRÍA Y ENDOSONOGRAFÍA ANORRECTAL EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

Drs. *F. León[1], G. Pinedo[1], F. López-Köstner[1], M. Molina[1], A. Zárate[1], I. San Francisco[1], A. Zúñiga[1], Sra. P. Viviani[2]*
([1]Departamento de Cirugía Digestiva. [2]Departamento de Salud Pública, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile)

La incontinencia fecal (IF) puede ser secundaria a múltiples patologías, por lo que objetivarla es importante para determinar su etiología y alternativas terapéuticas.

Objetivo: Evaluar la manometría y endosonografía en pacientes con IF.

Hipótesis: La presión disminuida generada por contracción esfinteriana deficiente no necesariamente se correlaciona con daño muscular en pacientes con IF.

Material y Método: Se revisaron los informes de pacientes con IF y manometría anal con baja presión máxima de contracción del esfínter (rango normal: 200±70), realizados en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre enero de 2000 y julio de 2004. Se comparó con el porcentaje de daño muscular en la endosonografía anal, y con el tiempo de evolución y Score de incontinencia según la clasificación de Browning y Parks. Las variables continuas se analizaron mediante test de correlación de Spearman, y las discretas *vs* continuas mediante test de Kruskal-Wallis, considerando significativo un valor $p< 0,05$.

Resultados: Se analizaron 34 pacientes con IF estudiados con manometría y endosonografía anal. El 100% son mujeres, con un promedio de edad de 69 años. La mediana de la presión máxima de contracción del esfínter (PMCE) fue de 90 mmHg (I: 60-120). En la endosonografía, la mediana del porcentaje de alteración del esfínter anal externo fue de 75% (I: 0-100), encontrando en un 8,8% de los registros un esfínter sin alteraciones, y en un 5,8% alteración de ambos esfínteres. La mediana del tiempo de IF fue de 15 meses (I: 0,25-120), y el 56,2% de las pacientes presentaban incontinencia a sólidos (score 3) previo al examen. No hubo correlación de la PMCE con el porcentaje de alteración muscular del esfínter (coef. 0,04; p= 0,79) ni con el tiempo de incontinencia fecal (coef. 0,19; p= 0,34). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de la PMCE analizadas según el score de IF (p= 0,77).

Conclusiones: En el presente trabajo no es posible demostrar que la magnitud de hipotensión en la manometría anal se relacione con un mayor daño anatómico o sintomático en pacientes con IF. Esto sugiere que ambos exámenes cumplen roles independientes en el estudio de estos pacientes.

CIRUGÍA COLORRECTAL VIDEOASISTIDA

Drs. *Aldo Cúneo, Christian Jensen, Mario Abedrapo, Rogelio Garrido, Gunther Bocic, Pamela Wisnia, J. Pablo Hidalgo*
(Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Se presenta la experiencia desarrollada en la unidad en los últimos tres años utilizando la técnica laparoscópica videoasistida para el manejo de patología colorrectal electiva. Describimos el procedimiento utilizado, sus resultados y se discuten desde la perspectiva de series históricas de cirugía convencional.

Material y Métodos: Se describen los resultados obtenidos en el tratamiento de 38 pacientes; 23 mujeres, con edades que fluctúan entre los 24 y 68 años. Las patologías tratadas por frecuencia fueron: enfermedad diverticular, megacolon, inercia

colónica, pólipos y dos casos de cáncer. Se excluyen del análisis otros 8 casos de reconstituciones de tránsito post Hartmann. La técnica utilizada, corresponde a la modalidad videoasistida, que realiza anastomosis extracorpóreas, habitualmente a través de laparotomías de Pfannenstiel.

Resultados: Los tiempos medios quirúrgicos fueron de 200 minutos; el íleo cedió al 2º día postoperatorio, momento en que se reinició la alimentación. Tránsito intestinal se observó a los 3,5 días. La mediana de tiempo del alta fue de 5,5 días. Se presentó un caso de dehiscencia anastomótica. No hubo mortalidad.

Conclusiones: La cirugía videoasistida se presenta como una técnica útil en el manejo de seleccionados casos de patología colorrectal. Los resultados obtenidos en términos de dolor postoperatorio, íleo, restablecimiento del tránsito y alta son comparables con técnicas laparoscópicas tradicionales y significan una discreta mejoría para el paciente cuando se compara con la cirugía tradicional.

ROL DE LAS CITOQUINAS PROINFLAMACIÓN (IL-1β Y TNF-α) Y DEL INHIBIDOR DEL CICLO CELULAR p21, EN LAS ALTERACIONES DE LA MUCOSA ASOCIADAS A INFLAMACIÓN INTESTINAL

Drs. *Mario Abedrapo, Madhu Malo, Richard Hodin*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Departamento de Cirugía, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA)

Introducción: Las citoquinas proinflamación, como la Interleukina 1β (IL-1β) y Factor de Necrosis tumoral-α (TNF-α), tienen un rol en las enfermedades inflamatorias intestinales como enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa; condiciones que a su vez, se asocian a atrofia de la mucosa y sus vellosidades. Está previamente identificado el fenotipo molecular que se presenta al producirse la atrofia de las vellosidades, por ejemplo, la disminución de la expresión del gen de la Fosfatasa alcalina intestinal (IAP), uno de los marcadores de diferenciación celular de los enterocitos.

Objetivo: Nuestro objetivo es probar la hipótesis de que el efecto de IL-1β y/o TNF-α en los cambios producidos en la mucosa, es mediado por la represión de la transcripción del gen de la IAP. Además evaluamos el rol que juega la proteína p21 sobre el efecto de dichas citoquinas en la mucosa intestinal.

Métodos: Células HT29 tratadas con Butirato de sodio (NaBt) fueron usadas como modelo *in vitro* de diferenciación celular. Las citoquinas fueron estudiadas en concentraciones desde 0,01 a 10 ng/ml, pre y postestímulo de diferenciación. Northern Blots fueron realizados utilizando primero para IAP, NKCC1 y p21. Un plasmido de luciferasa que contiene parte del gen IAP (IAP-LUC), fue transfectado en células HT29 y HCT116 (nativas y con deleción de p21).

Resultados: Northern Blots confirmaron la inducción de IAP luego de 24 horas de tratamiento con NaBt (20 veces). Las células que fueron pretratadas con citoquinas mostraron una disminución de los niveles de IAP-mRNA que fue dosis dependiente. La represión del gen IAP se vio cuando las citoquinas se agregaron 6 horas antes del NaBt, pero no cuando se agregaron al mismo tiempo o después del NaBt. Estos cambios fueron específicos para IAP, mientras que otros marcadores como NKCC1 o p21 se mantuvieron sin variación. Las transfecciones en HT29 muestran una marcada inducción de IAP-LUC por el NaBt, pero cuando las células fueron pretratadas con citoquinas el nivel de avivación fue significativamente menor. Ambas citoquinas disminuyen la activación de IAP en células HCT116 nativas, sin embargo en aquellas células con deleción de p21, IL-1β mantiene su efecto inhibitorio, mientras que TNF-α lo pierde. El efecto inhibitorio de TNF-α es recuperado al realizar cotransfeción con plasmido de expresión para p21 en las células portadoras de la deleción.

Conclusión: Las citoquinas proinflamación, IL-1β y TNF-α, específicamente inhiben la expresión del gen de la IAP, mecanismo que podría explicar el fenotipo alterado de los enterocitos que habitualmente vemos en condiciones de inflamación intestinal. El inhibidor del ciclo celular, p21, es necesario en el caso del TNF-α, pero el efecto de la IL-1β es independiente de p21.

PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA, ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Drs. *A. Zárate C., A. Gederlini G., M.E. Molina P., F. Vergara H., N. Badilla M., M. García-Huidobro D., C. Aranis J., A. Zúñiga D., G. Tapia N., G. Pinedo M., F. López K.*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La incontinencia fecal (IF) y urinaria (IU) pueden ser una de las condiciones sicológicas y socialmente más debilitantes de un individuo. Su

prevalencia depende de la población estudiada y de los factores de riesgo de tales personas.

Hipótesis: La prevalencia de IF y de IU sería elevada en la población general y estaría asociada a ciertos factores de riesgo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de IF e IU en personas que acuden a consulta en un centro de salud (CDS) y en residentes de casas de reposo (CDR).

Material y Método: Estudio prospectivo, multicéntrico, desarrollado en 3 centros de salud y 16 casas de reposo de Santiago. Se desarrolla entre marzo y julio de 2004, mediante un sistema de encuestas realizada por personal de salud. El análisis estadístico se realizó mediante los test de ANOVA y análisis de regresión multivariados. Se considera significativo un $p< 0,05$.

Resultados: En el período mencionado se realizaron 618 encuestas en centros de salud y 161 en casas de reposo que fueron ingresadas para análisis. La prevalencia de IF en CDS fue de 20,6; 2,1 y 1,3% a gases, líquidos y sólidos respectivamente. La prevalencia de IF en CDR fue de 20 y 40% a líquidos y sólidos respectivamente. La prevalencia de IU fue de 30 y 60% en CDS y CDR respectivamente.

En el análisis univariado en CDS se observa relación con la IF a gases, líquidos y deposiciones con la edad, y la IU. Al analizar el subgrupo de IF a gases en CDS se demuestra asociación además con sexo femenino, diabetes mellitus, colon irritable, cirugía perineal previa. En el análisis univariado de IF a líquidos y sólidos en las CDR resulta asociación con edad, pobre estado general de salud e IU. En el análisis multivariado en CDS para IF, existe asociación con edad e IU y la misma asociación se observa en CDR. En el subgrupo compuesto por mujeres en CDS se demuestra asociación significativa con IF a gases con el número total de hijos y el número de hijos por vía vaginal. Además de lo anterior en el análisis de IF a sólidos en el mismo subgrupo se aprecia asociación con haber tenido hijos por vía vaginal mayor de 4000 g y el uso de fórceps durante el parto. Para pacientes con IF a líquidos o sólidos destaca el hecho que el 40% comente su problema con otra persona y que sólo un 25% comente su problema al personal de salud.

Conclusión: El problema de la incontinencia es un hecho frecuente, que alcanza un 2,1 y 1,3% para IF a líquidos y sólidos en CDS respectivamente, siendo mayor en CDR (20 y 40%). La IU es aún más frecuente siendo de 30 y 60% en CDS y CDR respectivamente. Los factores asociados más importantes son la edad, la IU y el estado general de salud. En Santiago esta patología está subdiagnosticada ya que solamente un 25% de los afectados comenta su problema con el personal de salud.

NÓDULOS TUMORALES EN EL MESORRECTO EN PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER DE RECTO: IMPACTO EN LA SOBREVIDA

Drs. *M.E. Molina P., G. Tapia N., J.M. Zúñiga A., F. Bellolio R., F. León G., A. Zárate C., F. López K., A. Rahmer O., G. Pinedo M., I. Duarte G., A. Zúñiga D. EU. E. Pinto. Lic Est. A. Gerdelini G.*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La penetración del tumor en la pared rectal y el compromiso ganglionar son los principales predictores de sobrevida en los pacientes sometidos a resección curativa por cáncer de recto. Se ha sugerido que la presencia de nódulos tumorales extranodales en el mesorrecto (NTM), que se encuentran en discontinuidad con el tumor primario y con los ganglios linfáticos, le confieren un peor pronóstico al cáncer de recto.

Objetivo: Analizar las características clínicas, anatomopatológicas y sobrevida de los pacientes operados por cáncer de recto que presentan NTM y compararlos con un grupo de pacientes sin NTM.

Material y Método: Estudio retrospectivo de pacientes operados por cáncer de recto, entre los años 1985 y 2003. Se analizaron las biopsias de la pieza operatoria de 250 pacientes. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con NTM y se seleccionaron al azar 65 pacientes sin NTM. Se analizaron datos demográficos, clínicos y anatomopatológicos buscando factores que se asocien con la presencia de nódulos tumorales. Se analiza la sobrevida comparando ambos grupos. Para el análisis de sobrevida se excluyeron los pacientes en etapa IV en el momento de la cirugía y aquellos sometidos a resección paliativa.

El análisis estadístico se realizó con Test de Anova y Test de regresión logística. Se consideró significativo un $p< 0,05$.

Resultados: La muestra está constituida por 106 pacientes operados por cáncer de recto. Hombres 56 (53%). Edad x: 64,5 años (i: 30-88). Cuarenta y un pacientes (38,6%) presentan NTM y 65 no presentan NTM Etapa I-II: 59 pacientes, etapa III: 34 y etapa IV: 13. Se realizó cirugía con intención curativa en el 97% de los pacientes (103). En 39 pacientes (37%) se encontraron linfonodos comprometidos por cáncer. La presencia de NTM es más frecuente en pacientes en etapa III y IV, en

tumores indiferenciados y presencia de permeaciones linfáticas y perineurales, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En el análisis de sobrevida libre de enfermedad no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.

Conclusión: La presencia de NTM se relaciona con una etapa tumoral más avanzada y con factores anatomopatológicos de mal pronóstico; sin embargo, no afectó la sobrevida libre de enfermedad a largo plazo, lo podría estar influenciado por el tamaño de la muestra.

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Drs. *F. López-Kotner, A. Zárate C., M.A. García-Huidobro, F. León, G. Pinedo, M. Molina, G. Soto*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Han pasado 14 años desde la primera cirugía laparoscópica por cáncer colorrectal (CLCC) y finalmente pareciera que la evidencia la apoya e incluso para algunos autores se obtendrían mejores resultados. El año 1998 se dio inicio a un protocolo en cirugía laparoscópica de color en nuestra institución, decidiéndose al comienzo a partir con casos paliativos y tumores pequeños con intención curativa.

Hipótesis: El desarrollo de la CLCC en el marco de un protocolo permite obtener resultados oncológicos comparables a los observados en la cirugía convencional.

Objetivo: Analizar los resultados inmediatos y seguridad de la resección oncológica en pacientes sometidos a una CLCC.

Material y Método: Entre 1998 y el año 2000 sólo se operaron pacientes con intención paliativa continuándose con pacientes con tumores pequeños hasta el año 2002 (cáncer en pólipos) y con posterioridad sólo se han excluido a pacientes con tumores localmente avanzados, obstructivos, cáncer del recto medio y grandes tumores (mayores de 8 cm). Todos los datos han sido ingresados en forma prospectiva en una base de datos.

Resultados: Entre septiembre de 1998 y agosto de 2004 se efectuaron 131 cirugías laparoscópicas colorrectales. En 32 de los 131 pacientes el motivo de la intervención fue un cáncer colorrectal. La edad promedio fue 64 años (i: 26-88) y el 47% correspondió al sexo femenino. El tumor se encontraba localizado en el recto en 9 pacientes y en los 23 restantes en el colon (derecho 6, izquierdo 7 y sigmoides 10). La resección del tumor fue realizada con intención curativa en 29 pacientes. Las operaciones practicadas fueron: resección de colon sigmoides en 10 pacientes, hemicolectomía izquierda en 7, hemicolectomía derecha en 6, resección anterior baja en 4, resección abdominoperineal en 3 y proctocolectomía más reservorio ileal en 2 pacientes. En 4 pacientes fue necesario convertir a cirugía convencional (12%) por dificultad anatómica. Una o más complicaciones se observaron en 9 pacientes (morbilidad de 28%) y sólo un paciente fallece en la serie. El promedio de ganglios recuperados en la pieza operatoria fue 23 (4-86) y en ningún paciente se observó un margen microscópico positivo. El 31%, 28%, 28% y 13% de los pacientes fueron clasificados como etapa I, II, III y IV respectivamente. La mediana del restablecimiento del tránsito a gases, realimentación con sólidos y estadía hospitalaria fue 2 días, 3 días y 5 días. Todos los pacientes han acudidos a controles postoperatorios regulares (promedio 11 meses) sin observarse implantes en sitios de trócares en ninguno de ellos. No se ha observado progresión tumoral en ninguno de los pacientes etapa I y II.

Conclusión: Un trabajo protocolizado permite obtener resultados quirúrgicos satisfactorios. Considerando los resultados en las piezas operatorias y un seguimiento a corto plazo, se sugiere que la CLCC mantiene los criterios de seguridad oncológica observados con la cirugía convencional.

TÉCNICA DE LOMAS-COOPERMAN MODIFICADA EN EL PACIENTE SENIL CON PROLAPSO RECTAL COMPLETO

Drs. *J.A. Mansilla, G. Bannura, J. Contreras, A. Barrera, C. Melo, D. Soto*
(Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Central, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: Existen múltiples procedimientos quirúrgicos para tratar el prolapso rectal completo (PRC), ya sea por vía abdominal o perineal. Las técnicas perineales se prefieren en pacientes seniles con alto riesgo quirúrgico. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados inmediatos y alejados de la técnica de Lomas-Cooperman modificada en el manejo del PRC sintomático en pacientes seniles portadores de graves enfermedades asociadas.

Material y Método: Se analiza en forma retrospectiva todos los pacientes portadores de PRC in-

tervenidos quirúrgicamente con dicha técnica en un período de 13 años. La técnica consiste en colocar un trozo de malla de polipropileno que rodea completamente el canal anal por vía perineal.

Resultados: Se trata de 22 pacientes (20 mujeres) con un promedio de edad de 84 años (extremos 72-93) y con graves patologías asociadas (cardiopatía hipertensiva en el 36%, deterioro senil en 18%, cardiopatía coronaria en 9% y secuelas de AVE en 9%). Todos los pacientes fueron sometidos al cerclaje anal mediante anestesia regional sin incidentes con un tiempo operatorio promedio de 35 min (extremos 20-60). La estadía hospitalaria promedio fue de 4,5 días (extremos 2-17) y la complicación postoperatoria inmediata más frecuente fue la infección urinaria en el 18%. El seguimiento promedio fue de 32 meses (extremos 4-84). En este período de observación se pesquisa 4 casos (18%) de exteriorización de la malla que requirió recorte en forma ambulatoria. Dos pacientes presentan una recidiva del PRC, uno de los cuales se maneja con un nuevo cerclaje con evolución satisfactoria. De este modo la recidiva en cuanto a intención de tratamiento alcanza al 4,5%. El ensuciamiento anal disminuyó del 73 al 32% de los pacientes y globalmente en el 86% de los casos hubo alguna mejoría en relación a la continencia.

Conclusión: El cerclaje anal mediante la técnica de Lomas-Cooperman modificada es un procedimiento quirúrgico simple, reproducible, de morbilidad aceptable y con baja recidiva que está indicado en pacientes seniles con alto riesgo quirúrgico.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. *Christian Jensen, Rodrigo Azolas M., Mario Abedrapo, Aldo Cúneo, Rogelio Garrido C., Gunther Bocic, Héctor Chiong,* Int. *César Cortés*
(Equipo de Coloproctología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico, de causa desconocida, que puede afectar cualquier segmento del aparato digestivo, es poco frecuente, alcanzando su máxima frecuencia entre los 20 y 40 años; afecta por igual a ambos sexos. El objetivo del presente trabajo es analizar los pacientes operados con diagnóstico de enfermedad de Crohn, su manejo quirúrgico y evolución.

Pacientes y Método: Se incluyeron en esta serie 36 casos con diagnóstico anatomopatológico de enfermedad de Crohn entre los años 1986 y 2004. Se consignaron antecedentes generales, tratamiento y complicaciones. Los pacientes se dividieron en 4 grupos según compromiso anatómico en: Grupo 1 (Crohn de Colon), Grupo 2 (Ileocecal) y Grupo 3 (Intestino delgado) y Grupo 4 (perineal).

Resultados: La edad promedio del grupo estudiado fue de 41 años (14 a 68) siendo el 56% de sexo femenino y 44% masculino.

	n	*%*	*Edad prom*	*F*	*M*	*Cir. resec*	*%*	*Rec inm*	*%*	*Cir. derivat*	*Otra cir*	*No se opera*	*Comp.*	*Falle*
Grupo 1	17	47	47	8	9	15	88	5	33	1	0	1	4	1
Grupo 2	12	33	45	8	4	10	83	10	100	2	0	0	2	1
Grupo 3	2	6	54	2	0	2	100	2	100	0	0	0	0	0
Grupo 4	5	14	36	2	3	1	20	0	0	1	2	2	1	0
Total	36		46	20	16	28	0	17	61	4	2	3	7	2

Rec inm: Reconstitución inmediata. Comp. Complicaciones, Falle: fallecidos, cir: Cirugía, F: Femenino, M: Masculino.

Discusión: A diferencia de lo descrito en la literatura, el Crohn de colon fue el más frecuente en nuestra serie (47%). En relación al tratamiento quirúrgico en la mayoría se realiza cirugía resectiva con reconstitución inmediata. En esta serie la mortalidad fue de 6% (2).

OPERACIÓN DE KARYDAKIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA

Drs. *Bannura G., Barrera A., Melo C., Contreras J., Soto D., Mansilla J.A.*
(Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Antecedentes: La técnica quirúrgica ideal en el tratamiento de la enfermedad pilonidal sacrococcígea es controversial. El objetivo de este estudio es dar a conocer los resultados de la técnica de Karydakis en el manejo de esta condición.

Método: Estudio prospectivo que incorpora todos los pacientes con EPSC intervenidos en forma electiva. Se excluyen los pacientes con compromiso glúteo o múltiples orificios fistulosos. La técnica empleada es la descrita por el autor que se describe como una resección asimétrica con cierre primario en que la cicatriz queda desplazada de la línea media.

Resultados: En un período de 28 meses se trataron 30 pacientes, con una relación hombre: mujer de 1:1 y un promedio de edad de 26 años (extremos 15-63). La forma clínica de presentación fue en 29 casos el aumento de volumen seguido de una descarga purulenta crónica intermitente. La

técnica clásica se empleó en 29 pacientes y la modificación de Kitchen en 1. Se empleó un drenaje aspirativo cerrado en el 30% de los casos. El tiempo operatorio fue 34 minutos como promedio y el tiempo de hospitalización promedio fue 1,3 días (extremos 0-3). Dos pacientes presentan una infección superficial manejada con curaciones simples y el 93% logra una cicatrización definitiva en el lapso de 14 días. Una paciente con supuración persistente es reoperada a los 10 meses con una técnica de rotación de colgajo. El tiempo de seguimiento promedio de la serie alcanza los 16 meses (extremos 8-40) con una recidiva de 3%.

Conclusión: La técnica de Karydakis intenta corregir los dos factores anatómicos responsables de la EPSC: la profundidad del surco interglúteo y la vulnerabilidad de la línea media que favorece la inserción de pelo. La resección asimétrica es simple, reproducible y consigue bajos índices de recidiva sin recurrir a rotaciones de colgajo o procedimientos de mayor envergadura.

INDICACIONES Y RESULTADOS ALEJADOS DE LA CIRUGÍA ELECTIVA POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON SIGMOIDES

Drs. *Bannura G., Contreras J., Melo C., Barrera A., Soto D., Mansilla J.A.*
(Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Antecedentes: Las indicaciones de cirugía electiva por la enfermedad diverticular (ED) del colon sigmoides ha sido un tema de controversia y no existe una categorización universal.

Propósito: Analizar las indicaciones y los resultados inmediatos y alejados de la cirugía electiva por ED sigmoidea.

Material y Método: Análisis retrospectivo de 100 pacientes intervenidos en forma consecutiva en un período de 22 años. La intervención programada fue la sigmoidectomía con anastomosis colorrectal por debajo del promontorio.

Resultados: Se trata de 51 hombres y 49 mujeres, con un promedio de edad de 61,1 años (extremos 25-86). Hubo una mayor concentración de varones en los menores de 50 años y un mayor porcentaje de mujeres en los mayores de 70 (p= 0,01). La principal indicación quirúrgica fue la diverticulitis recurrente en el 54% de los casos, seguida de la fístula diverticular en 19 casos (colovesical 13, colovaginal 3, coloentérica 2, colocutánea, 1). La sigmoidectomía se efectuó en el 91% de los casos, la mitad con anastomosis grapada. En nueve pacientes se realizó una colectomía izquierda por estenosis o signos inflamatorios en el colon proximal. No hubo reoperaciones ni mortalidad operatoria en la serie. El seguimiento a largo plazo es de 80 meses como promedio (extremos 8-280), durante el cual fallecen 28 pacientes por otras causas y 5 se pierden del seguimiento. Al corte del estudio los 67 pacientes encuestados se encuentran asintomáticos desde el punto de vista digestivo, sin nuevos episodios de diverticulitis ni reoperaciones por la ED.

Conclusión: Los resultados funcionales a largo plazo de la cirugía electiva por la ED sigmoidea son satisfactorios si la indicación quirúrgica está bien fundamentada por cuadros recurrentes de diverticulitis, la presencia de una fístula, de masa palpable o deformación anatómica persistente.

TÉCNICA DE DELORME EN PROLAPSO RECTAL TOTAL. ESTUDIO PROSPECTIVO A LARGO PLAZO EN EXPERIENCIA PRELIMINAR. ANÁLISIS CRÍTICO

Drs. *M. Rocha, E. Decinti*
(Departamento y Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Clínica Dávila, Santiago)

Introducción: En el tratamiento del prolapso rectal total se han propuesto diversas técnicas quirúrgicas. La rectopexia posterior con malla ha sido una de las más utilizadas por su menor recurrencia comunicada, aunque se han descrito resultados funcionales no satisfactorios, principalmente con respecto a constipación secundaria. Dado que un número importante de estos pacientes son de edad avanzada, y el mayor riesgo potencial de la cirugía abdominal en algunos casos de este grupo, se ha llevado a buscar nuevas alternativas de tratamiento en esta patología.

Material y Método: Se estudian 13 casos de prolapso rectal total grados II y III, en forma prospectiva, tratados quirúrgicamente con técnica vía perineal descrita. Se analizan parámetros como incontinencia incluyendo una clasificación clínica y constipación pre y postoperatoria, complicaciones, recurrencia, con una media de seguimiento a largo plazo de 28 m, de acuerdo a ficha confeccionada para cada paciente. Para análisis estadístico se empleó test exacto de Fisher.

Resultados: Nueve casos (69%) correspondieron a mujeres y cuatro (31%) a hombres. La edad media del grupo fue 67 años, con 45% > 70 años.

Antecedentes médicos, según ASA II y III, en 46% de los casos. Un paciente (7,6%) presenta descompensación cardíaca en postoperatorio, recuperada. Otro caso (7,6%) presenta hemorragia leve de anastomosis, autolimitada. Se pesquisa una estenosis anular (7,6%) relativa, a las 3-4 sem en zona de plicatura, que cede progresivamente a defecación. Susceptibles de seguimiento a largo plazo 11 casos. Dos pacientes habían fallecido a los 8 y 12 meses de intervención, sin recurrencia y por causas ajenas a la misma. Dos casos recidivan dentro del año, de 79 y 88 años de edad. Una parcial, practicándose nuevo Delorme en este último, con buenos resultados. Un 67% recupera continencia en forma progresiva, con mejoría global en todos los casos de acuerdo a clasificación clínica. En constipación, 60% de los casos con este síntoma previo mejoraron después de intervención. Ningún caso no constipado desarrolló este síntoma en postoperatorio.

Conclusión: La operación de Delorme es una técnica perineal de baja morbilidad, aún en pacientes de edad avanzada y antecedentes médicos de importancia, con recurrencia aceptable al seguimiento, susceptible de repetirse en caso de ocurrir ésta, con buenos resultados. Asimismo la intervención mejora la continencia y la constipación previa sin empeorar esta última, a la evaluación en postoperatorio y seguimiento alejado.

TRATAMIENTO DE QUISTE SACROCOCCÍGEO CON OPERACIÓN DE DUFOURMENTEL

Drs. *G. Pinedo, M. Csori, M.E. Molina*
(Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Regional de Iquique)

Introducción: El quiste sacrococcígeo (QS) es una patología frecuente en nuestro medio. Frecuentemente presenta complicaciones, por lo cual requiere resolución quirúrgica. Por la anatomía de la zona muchas veces deben dejarse abiertas estas heridas lo cual implica un largo proceso de cicatrización por segunda intención y curaciones frecuentes. Las técnicas plásticas que cubren la herida posterior a la resección pueden acortar significativamente el proceso cicatricial.

Objetivos: Presentar la casuística en el tratamiento del QS con técnica de Dufourmentel y mostrar la efectividad de esta cirugía.

Pacientes y Métodos: Se revisa en forma retrospectiva los resultados del tratamiento de 31 pacientes sometidos a una resección de QS con operación de Dufourmentel, en un período de 10 años (1994-2004). La selección de los pacientes fue en aquellos con QS que no presentaban fístula en el momento del diagnóstico y su tamaño fue considerado muy grande para resección y cierre primario. En todos los pacientes se instaló drenaje por contrabertura el cual fue retirado en el postoperatorio. Apósito compresivo con Tensoplast a la herida. Los pacientes fueron citados a control a los 7 y a los 14 días o el tiempo que fuese necesario si presentaron complicaciones.

Resultados: Durante el período analizado fueron tratados 31 pacientes; 17 (54,8%) mujeres. La edad promedio fue de 23 años. El 83,9% (26) de los pacientes evolucionó favorablemente, logrando buena cicatrización antes de los 14 días. El 16,1% (5) de los pacientes presentó infección de la herida operatoria, en quienes la herida cicatrizó en promedio a los 29 días. Los pacientes tuvieron un seguimiento en promedio de 3 años. Recurrencia se presentó en un paciente (3,2%), requiriendo recirugía.

Conclusiones: La operación de Dufourmentel para el tratamiento de QS en nuestra experiencia es una buena técnica, simple y fácilmente reproducible, con una cicatrización antes de los 14 días en la mayoría de los casos, con una cicatriz aceptable y una tasa de recurrencia baja.

RECTOPEXIA SUTURADA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PROLAPSO RECTAL

Drs. *F. López-Köstner, F. León, G. Pinedo, M. Molina, A. Zúñiga,* Int. *C. Viaux*
(Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile)

El prolapso rectal (PR) es una patología poco frecuente para la cual se han descrito múltiples alternativas de tratamiento con resultados muy variables (tasa de recidiva entre 3% y 30%).

Hipótesis: El trabajo en el marco de un protocolo (selección de pacientes y técnica quirúrgica) permite reducir la tasa de recidiva del PR.

Objetivo: Analizar los resultados de los pacientes operados por un PR.

Material y Métodos: En 1998 se definió un protocolo en el cual todo paciente con PR sería sometido a una rectopexia suturada por vía laparoscópica y en caso de presentar constipación severa con evidencia radiológica de un sigmoides redundante se complementaría con su resección concomitante. Se diseñó una base de datos y se registró la información en forma prospectiva.

Resultados: Entre los años 1998 y 2003 fueron operados por PR 10 pacientes (todas de sexo femenino) con una edad promedio de 75 años (i: 35-90). Sólo un paciente debió ser convertida por dificultad anatómica derivada de una cirugía previa. El antecedente de constipación severa asociada a anormalidad anatómica en la enema baritada se observó en las 4 pacientes que fueron sometidos a una rectopexia suturada y resección de colon sigmoides laparoscópica (RSRSL). En todas estas pacientes se resolvió su constipación después de la cirugía. Tres de las restantes 6 pacientes que fueron sometidos a una rectopexia suturada laparoscópica (RS) tenían antecedente de constipación que se resolvió después de la cirugía. El antecedente de incontinencia se encontraba presente en 3 pacientes y remitió después de la cirugía en dos de ellas.

El tiempo operatorio promedio para la RS y la RSRSL fue de 145 y 202 min respectivamente. No se observaron complicaciones intraoperatorias y sólo una paciente presentó un seroma en la herida suprapúbica que se resolvió en forma espontánea. No hubo mortalidad operatoria. La mediana del tránsito a gases, realimentación con líquidos y estadía hospitalaria fue 2, 3 y 6 días, respectivamente.

En una mediana de seguimiento de 24 meses (i: 12-67) no se ha observado recidiva del PR.

Conclusión: El trabajo en el marco de un protocolo permite resultados satisfactorios en término de una baja recidiva. Se sugiere que el acceso laparoscópico es factible, seguro y se asocia a una breve estadía hospitalaria.

ADENOCARCINOMA MUCINOSO COLORRECTAL EN EL HOSPITAL BARROS-LUCO TRUDEAU. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Drs. *Ricardo Villalón C., Carlos Hermansen T., Héctor Chiong T., José L. Román F.* Ints. *Rodrigo Castillo I., Rodrigo Carvajal G., Sergio Valenzuela R.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT), Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer de colon es la cuarta neoplasia maligna diagnosticada más frecuentemente en EEUU. En Chile la incidencia es de 6,9/100.000 hab, siendo la 6ª causa de mortalidad por cáncer. El adenocarcinoma mucinoso de colon es un subtipo histológico del adenocarcinoma. Representa el 10 a 20% de todos los cánceres colorrectales. En diversos estudios este subtipo histológico se presenta al momento del diagnóstico en etapa más avanzada que los adenocarcinomas de colon no mucinoso. El propósito de este trabajo es describir las características principales de los adenocarcinomas mucinosos colorrectales atendidos en el HBLT.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso colorrectal atendidos entre febrero 1980 y agosto de 2003 en el equipo de coloproctología del HBLT. Para su análisis se usó el software computacional SPSS 8.0 (SPSS Inc. Chicago, III) y los resultados se expresan en promedio, porcentaje y la sobrevida en meses.

Resultados: El total de pacientes fue de 67 (8,4% del total con diagnóstico de cáncer colorrectal), edad promedio 58 años (margen 26 a 89 años), 56% mujeres (38). La localización más frecuente fue recto con un 53% (36), seguido de colon derecho con 26% (18). La morfología macroscópica más habitual fue circunferencial con 53% (36) seguido de proliferativo con 38% (26). El 21% (14) debutó de urgencia, siendo la obstrucción intestinal, la manifestación más frecuente con un 78% de las urgencias (11). En la etapificación un 48% (34) se presenta con compromiso local o localmente avanzado, un 34% (23) con compromiso ganglionar. El 82% (55) de los pacientes fue sometido a algún tipo de cirugía resectiva sin especificar si fueron con intento curativo o paliativo. El 64% (43) no recibió ninguna terapia adyuvante. Del total de pacientes con cirugía resectiva, 33 (60%) presentó recidiva y en sólo 6 de ellos (18% de las recidivas) se realizó algún tipo de procedimiento quirúrgico. La sobrevida general promedio del grupo, según curva de Kaplan-Meier, fue de 21±5 meses, con una media de 13±2 meses.

Conclusión: Los resultados obtenidos se asemejan a lo descrito por la literatura internacional.

RESERVORIO ILEAL POR COLITIS ULCEROSA. COMPARACIÓN DE CIRUGÍA EN 1 Ó 2 TIEMPOS

Drs. *M.E. Molina P., A. Zárate C., F. León G., M. Arancibia G., G. Pinedo M., G. Soto D., F. López K., A. Rahmer O., A. Zúñiga D., EU. E. Pinto,* Lic. Est. *A. Gerdelini G.*
(Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El reservorio ileal con anastomosis reservorio anal (RIARA) es el tratamiento quirúrgico de elección en pacientes operados por colitis

ulcerosa (CU). El RIARA puede realizarse en el mismo acto quirúrgico que la proctocolectomía (1 tiempo) o bien, después de 6 meses de haber realizado una colectomía total + ileostomía terminal (2 tiempo).

Objetivo: Comparar la morbilidad operatoria y resultados funcionales de los pacientes con RIARA operados en 1 ó 2 tiempos.

Material y Método: Estudio retrospectivo, de pacientes con RIARA por CU, operados entre los años 1983 y 2004. Se analizaron datos demográficos, clínicos preoperatorios, morbilidad quirúrgica y resultados funcionales del RIARA. Los datos clínicos y el seguimiento se obtuvieron de la revisión de registros clínicos, por información aportada por el médico tratante y por los pacientes. La función se evaluó mediante una encuesta escrita o telefónica. Para el análisis estadístico se utilizó el test de ANOVA, exacto de Fischer y test T de Student. Se consideró significativo un valor $p< 0,05$.

Resultados: En el período mencionado se practicó un RIARA por CU en 88 pacientes, 38 hombres (43,2%) y 50 mujeres (56,8%). Se operaron en 1 tiempo 11 pacientes (12,5%) y 77 en 2 tiempos (87,5%). En los pacientes con RIARA en 1 tiempo la edad promedio al momento de la cirugía fue de 40 años y la edad de inicio de la CU fue en promedio a los 29 años, lo cual no presenta una diferencia estadística significativa con los pacientes operados en 2 tiempos (43 y 30 años respectivamente). El número de crisis previo a la cirugía fue mayor en el grupo operado en 1 tiempo (3,4 *vs* 1,4). El número de pacientes operados durante una crisis de CU fue significativamente mayor en el grupo operado en 2 tiempos (78% *vs* 18%). Complicaciones abdominales se presentaron en 3 pacientes (27%) en el grupo operado en 1 tiempo y en 17 pacientes operados en 2 tiempos (22%), lo cual no presenta una diferencia estadística significativa ($p> 0,05$). No hubo mortalidad. La estadía hospitalaria postoperatoria es de 15 días para el grupo operado en un tiempo y de 14 días para el grupo operado en 2 tiempos ($p> 0,05$). En el seguimiento se encuentran 76 reservorios funcionantes, el 92% presentan continencia satisfactoria. No hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados funcionales de los pacientes operados en 1 tiempo al compararlos con los operados en 2 tiempos.

Conclusiones: En los pacientes operados por CU la realización del RIARA en 1 tiempo no presenta más complicaciones abdominales ni tienen mayor estadía hospitalaria que los pacientes operados en 2 tiempos. Los resultados funcionales son similares en ambos grupos.

PÓLIPOS COLORRECTALES DIMINUTOS. ¿SON REALMENTE IMPORTANTES?

Drs. *Leonardo Espíndola S., Juan I., Vergara B., Andrés Marín G., José L. Figueroa, Hernán Norambuena e Ints. Jessica Presler* y *Francisco Pooley*
(Cirugía Vascular

Poca atención ha sido dirigida hacia los pólipos diminutos, menores de 5 mm, de colon y recto incluso algunos autores han sugerido que estos no necesitarían tratamiento ni seguimiento alguno ya que no incrementan el riesgo de cáncer colorrectal metacrónico.

El objetivo de este estudio es evaluar nuestra experiencia con los pólipos diminutos y determinar su frecuencia y su implicancia clínica.

Material y Método: Se revisaron todas las colonoscopias realizadas por el equipo de coloproctología del hospital entre 1999-2003 y todas aquellas que presentaban los pólipos diminutos se revisaron las fichas clínicas para saber su localización, histología y seguimiento.

Resultados: Durante el período de tiempo comprendido entre 1999 y 2003 se realizaron 1313 colonoscopias de las cuales 160 (12,2%) presentaban pólipos diminutos. El promedio de edad de los pacientes con estos pólipos es de 63 años con rango entre 34-97; con un porcentaje de mujeres de 53,1% y de 46,9% para hombres. La localización principal en orden decreciente fue sigmoides, recto y colon derecho. En el 13,1% de los pacientes tenían más de un pólipo en el colon. Desde el punto de vista histológico en un 64,3% de los casos eran pólipos adenomatosos, 32,1% a hiperplásticos, 1,8% a un adenocarcinoma intramucoso y 1,8% a tumor carcinoides. Al revisar el grado de displasia en los adenomatosos un 56% presenta displasia moderada, un 40% displasia leve y un 4% displasia severa. En el 3,3% de los casos que tenían pólipos diminutos distales, se encontró un carcinoma avanzado hacia proximal.

Se realizó colonoscopia control entre uno a dos años después siendo normal en un 90% de las veces.

Conclusiones: Los pólipos diminutos en un porcentaje no despreciable presentan histología no favorable, lo que asociado a su fácil extirpación durante el procedimiento endoscópico, hace que estos no debieran ser ignorados. A los pacientes con pólipos diminutos distales siempre hay que realizarles una colonoscopia por los hallazgos hacia proximal.

EVALUACIÓN DE LA MUCOSECTOMÍA CIRCUNFERENCIAL (PPH) EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL: EXPERIENCIA UC

Drs. *G. Pinedo[1], G. Olivares[2], A. Rahmer[1], M.E. Molina[1], F. López[1], A. Zúñiga[1]*
([1]Staff de Cirugía Digestiva. [2]Interno 7º año. Servicio de Cirugía, Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La patología hemorroidal tiene una alta prevalencia. El tratamiento quirúrgico tradicional tiene buenos resultados, pero importante dolor en el postoperatorio. Se ha reportado el uso de engrapadora circular en el tratamiento de ésta patología, asociada a menor dolor en el postoperatorio y una temprana incorporación a la actividad normal. El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados de la mucosectomía circunferencial con engrapadora en pacientes con prolapso hemorroidal y/o mucoso.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo de pacientes con patología hemorroidal sintomática, enrolados entre agosto del 2001 y julio de 2004. Los pacientes bajo anestesia general fueron sometidos a mucosectomía circunferencial con engrapadora sin resección de plicomas. Todos los pacientes recibieron cuidados preoperatorios estándares y regímenes de analgesia con antiinflamatorios no esteroidales en el postoperatorio. Los pacientes completaron encuestas de escalas análogas de dolor (1-10) en forma diaria la primera semana durante el postoperatorio. Después de 14 meses (rango 1-36) de seguimiento los pacientes son evaluados con un cuestionario estandarizado por teléfono.

Resultados: Un total de 34 pacientes fueron evaluados, 24 eran hombres. El promedio de edad fue de 47 años (rango 25-80). Los síntomas preoperatorios fueron: Hemorragia en el 85,3% de los pacientes, prolapso hemorroidal en el 82,4%, ano húmedo en el 35,3% y dolor en el 11,8%. Se clasificaron en: Grado 4 en el 76,5% de los pacientes, grado 3 en el 14,7% y prolapso mucoso en el 8,8%. El promedio de dolor en el postoperatorio fue de 2,8; 2,4; 1,6; 1,3; 1,3; 1,4; 1,2 en los días 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 respectivamente. El promedio de días hospitalizados fue de 1,8 días (rango 1-4). El promedio de días de reincorporación a la actividad normal fue de 10 días (rango 7-20). Las complicaciones en el postoperatorio inmediato fueron: Tres pacientes requirieron reexploración quirúrgica por persistencia de sangrado, un paciente presentó retención urinaria y un paciente presentó trombosis de un hemorroide externo. Durante el seguimiento 3 pacientes presentaron sangrado escaso 2 pacientes dolor anal limitado después de 7 días del postoperatorio, 2 pacientes prolapso hemorroidal y un paciente debió ser reoperado por recidiva de la patología hemorroidal.

Conclusión: En esta serie la mucosectomía circunferencial con engrapadora demostró ser una técnica segura, efectiva y con escaso dolor en el postoperatorio inmediato. Sin embargo, no está exenta de complicaciones que deben considerarse al ofrecer este tipo de procedimientos a nuestros pacientes.

MUCOSECTOMÍA CON ESTAPLER (PPH) COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA LOS HEMORROIDES

Drs. *Ernesto Melkonian T., Víctor Villar M., Gonzalo Campaña V., Patricio Opazo S., Hugo Parada L., Marcelo Rodríguez*
(Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile, Clínica Alemana de Santiago, Clínica Indisa)

Introducción: La hemorroidectomía es una excelente solución para los hemorroides Grado III-IV, sin embargo va asociada invariablemente a dolor postoperatorio que suele ser con frecuencia moderado a severo, a pesar de variados intentos por minimizarlo.

La mucosectomía con estapler (PPH), es una técnica de introducción reciente habiendo series que han demostrado una evolución postoperatoria menos dolorosa y recuperación más rápida.

El objetivo del presente trabajo es presentar nuestra experiencia con la aplicación de esta técnica evaluando sus resultados en términos de dolor postoperatorio, complicaciones y recidiva a mediano plazo.

Material y Método: Se analizan los protocolos clínicos de los pacientes operados por los autores con esta técnica entre julio de 2001 y julio de 2004. Fueron seleccionados aquellos pacientes que presentaban hemorroides grado III ó IV, que pudieran adquirir el estapler PPH y consintieran el uso de este procedimiento quirúrgico.

Resultados: Se estudian 62 pacientes, con una edad promedio de 53,5 años (28-77). Se operaron 29 hombres y 33 mujeres. El promedio de días de hospitalización fue de 1,44 días y el tiempo quirúrgico de 39 minutos. Hubo necesidad de puntos hemostáticos intraoperatorios en 70% de los pacientes y resección de plicomas en 6.

El 94% de los pacientes no refirieron dolor postoperatorio o este fue leve (EVA 1-3). Tres pacientes (5%) presentaron dolor intenso en el post-

operatorio, uno de ellos presentó una fisura anal que requirió cirugía posteriormente. En 4 de los 6 pacientes a quienes se les resecó plicomas hubo EVA 3. No hubo complicaciones infecciosas.

Seis pacientes (10%) presentaron sangrado postoperatorio, que fueron leves siendo manejados solo con observación. Un paciente presentó trombosis de los hemorroides externos siendo operado con técnica clásica a los 7 días. En control más alejado (hasta 3 años) una paciente presentó incontinencia leve por 1 mes, y 1 paciente presentó recidiva del prolapso a los 5 meses. La biopsia operatoria demostró fibras musculares lisas en el 21% de las muestras.

Conclusión: La mucosectomía con estapler es una técnica segura y poco dolorosa para resolver los hemorroides grado III-IV. La presencia de patología hemorroidal externa limita la ventaja de esta técnica. Los resultados a más largo plazo y la selección adecuada de los pacientes podrán confirmar su verdadera efectividad y utilidad.

ANÁLISIS DE LA ESFINTEROPLASTIA ANAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL

Drs. *F. López-Kostner, A. Zárate C., G. Pinedo, M. Molina, A. Zúñiga*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Se estima que un 2% de la población mayor de 60 años sufre de incontinencia fecal (IF), cifra que posiblemente subestime la real prevalencia. Cuando la causa de la IF es traumática (obstétrica, iatrogénica), la esfinteroplastia anal (EA) sería el tratamiento de elección. Sin embargo, el éxito alcanzado por este procedimiento es variable (60 a 100%) y posiblemente se va comprometiendo en la medida que se prolonga el seguimiento. El uso de la endosonografía anal (EUS) en el estudio de estos pacientes ha permitido grandes avances en la localización del daño, su magnitud y su seguimiento posterior.

Hipótesis: La EUS tiene un buen rendimiento en detectar el daño anatómico del esfínter. El conocimiento del defecto anatómico observado en la endosonografía permite un tratamiento más exitoso.

Objetivo: Analizar los resultados de los pacientes sometidos a una EA para el tratamiento de la IF.

Material y Método: Diseño prospectivo. Todo paciente con IF fue estudiado con EUS y la mayoría con manometría anal. Se indicó cirugía sólo a aquellos pacientes con IF a deposiciones en quienes se detectó alteración de las presiones del esfínter asociado a un defecto anatómico por EUS. En pacientes con doble incontinencia y/o sospecha de daño neurológico se realizó una electromiografía con latencia del pudendo. En la cirugía se realizó una reparación de todo el canal anal con sobreposición de los cabos musculares y sutura interrumpida de prolene 2-0. Los pacientes fueron mantenidos con medidas constipantes los primeros 3 días y luego después de obrar fueron dados de alta.

Resultados: Entre 1999 y el 2003 se realizó una esfinteroplastia a 24 pacientes. De ellos 22 fueron mujeres y 2 hombres. El promedio de edad fue de 56 años (i:27-76). En el 100% de los pacientes se demostró una alteración en la EUS, en todos hubo una alteración del esfínter anal externo (EAE) y en 4 pacientes (16%) se asoció a disrupción del esfínter anal interno (EAI). La manometría demostró hipotensión, siendo la presión basal del esfínter 56 mmHg en promedio (i: 15-78 mmHg) y la presión máxima de contracción del esfínter de 80 mmHg en promedio (i: 70-100 mmHg). La evaluación clínica con el Test de Wexner (TW) fue de 12 puntos promedio (i:4-20) y el tiempo promedio de la IF previo a la cirugía fue de 53 meses. Ningún paciente desarrolló fístulas posterior a la cirugía, en el postoperatorio se aprecia un 50% de retardo de la cicatrización. La evaluación postoperatoria con EUS en 10 pacientes, demostró una reparación satisfactoria en el 100% de los casos. El puntaje del TW en el seguimiento fue de 3,2 puntos, con un tiempo promedio posterior a la cirugía de un 1,5 años. De los pacientes con IF mayoritariamente a gases un 50% no remite totalmente. El 100% de los con IF a sólidos presenta ostensible mejoría.

Conclusión: La EUS es efectiva en detectar el daño anatómico del esfínter. Se sugiere que los resultados satisfactorios observados pueden explicarse porque EA contribuya en una mejor selección de pacientes y entrega el detalle al cirujano para determinar la profundidad de la reparación a realizar.

CÁNCER COLORRECTAL: VARIABLES ANATOMOPATOLÓGICAS PRONÓSTICAS

Drs. *Juan Carlos Roa, Oscar Tapia, Paula Carrasco, Mariano Flores, Iván Roa*
(Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera)

Introducción: La incidencia del cáncer de colon y recto va en continuo aumento en nuestra población. Ocupando actualmente la cuarta posición como causa de muerte por cáncer en Chile.

Objetivo: Identificar la importancia pronóstica de variables morfológicas de uso rutinario en el informe de anatomía patológica; en la sobrevida de pacientes sometidos a resección quirúrgica de colon por cáncer colorrectal.

Material y Método: Se seleccionaron de los archivos del Departamento de Anatomía Patológica de la Universidad de La Frontera, 305 pacientes sometidos a colectomía por colon por cáncer colorrectal entre los años 1987-2003. Se diseñó un estudio retrospectivo de seguimiento, cuyo análisis incluyó variables morfológicas rutinarias obtenidas del informe anatomopatológico y de la revisión de las láminas histológicas. Para el análisis estadístico y la confección de curvas de sobrevida se utilizó el software Winstat para Excel, considerando estadísticamente significativo un $p< 0,05$.

Resultados: Nuestro grupo de estudio se distribuyó en un 51% mujeres y 49% hombres con un promedio de edad de 64 años (25-99 años). El seguimiento promedio fue de 42,6 meses con un rango entre 1 y 203 meses, siendo la probabilidad de sobrevida general a 5 y 10 años de 60% y 50% respectivamente. Las variables que mostraron un valor pronóstico estadísticamente significativo fueron etnia mapuche, edad (grupo <60 años), localización anatómica, forma y tamaño tumoral, tipo histológico, grado de diferenciación, compromiso ganglionar linfático y presencia de metástasis.

Conclusiones: La mayoría de las características morfológicas rutinariamente registradas en el informe de biopsia tienen importancia pronóstica y, por lo tanto, este debe ser cuidadosamente evaluado por el Oncólogo con el objeto de ofrecer alternativas terapéuticas adecuadas a perfiles tumorales específicos.

COLECTOMÍA TOTAL E ILIEORRECTOANASTOMOSIS MECÁNICA: ANÁLISIS DE 45 PACIENTES CONSECUTIVOS

Drs. *Bannura G., Barrera A., Contreras J., Melo C., Soto D., Mansilla J.A.*
(Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Propósito: Analizar los resultados inmediatos y alejados de la colectomía total seguida de anastomosis ileorrectal (CT+IRA) con sutura mecánica.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a CT+IRA grapada en forma consecutiva. Se analiza la morbilidad operatoria y los resultados funcionales alejados.

Resultados: Se trata de 45 pacientes (28 mujeres) con un promedio de edad de 47 años (extremos 17-77). La principal indicación de la CT fue el megacolon (62%), seguido del cáncer de colon (18%). La técnica de la IRA fue latero-terminal en todos los casos con anastomosis grapada simple en 42 casos y doble en 3, quedando entre 12 y 15 cm del margen anal en el 96% de los casos. El tiempo de hospitalización promedio fue 11,6 días (extremos 5-64) durante el cual se reoperan 2 pacientes (4,4%) por complicaciones de la IRA y una de ellas debe convertirse a una ileostomía. La morbilidad global fue 18% y no hubo mortalidad en la serie. El seguimiento promedio es 42 meses (extremos 8-82) y al corte del estudio hay 38 pacientes evaluables. La endoscopia de control efectuada en 36 pacientes reveló una estenosis en 5 (13%), 4 de ellas asintomáticas. Por este motivo, 4 pacientes fueron sometidos a una dilatación endoscópica con buenos resultados finales. El número de evacuaciones diurnas promedio es de 3 (extremos 1-10), el 95% de los pacientes no tiene evacuaciones nocturnas, el 92% refiere tener deposiciones formadas o cremosas y la incontinencia alcanza al 10,5%.

Conclusión: La principal indicación de CT en nuestro medio es el megacolon, seguido del cáncer de colon. La IRA mecánica tiene resultados funcionales a largo plazo satisfactorios en el 90% de los casos.

SOBREVIDA DE PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

Drs. *Jean Michel Butte B., Fernanda Bellolio A., Francisca Fernández L., Nicolás Jarufe C., Michel Bergoing R., Francisco López K., Alvaro Zúñiga D., Alejandro Rahmer O., Sergio Guzmán B., Jorge Martínez C.*
(Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico de la Universidad Católica. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Las metástasis hepáticas (MH) son la principal causa de muerte en los pacientes con cáncer de colon y recto (CCR). La resección quirúrgica de MH es el único tratamiento conocido que ha logrado mejorar las tasas de sobrevida.

Objetivo: Evaluar la sobrevida específica por cáncer de aquellos pacientes tratados por CCR con MH.

Material y Método: Se estudiaron todos los casos tratados por MH de CCR entre los años 1978 y 2002 en el Departamento de Cirugía Digestiva; analizando características clínicas y terapéuticas tanto del primario como de las MH. Se evaluó la

recurrencia local y a distancia así como la sobrevida a 5 años. El seguimiento fue actualizado a junio de 2004. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan-Meier y las diferencias comparadas con el test de log-rank. Se consideró significativo un p< 0,05.

Resultados: El grupo se compone de 117 pacientes, 69 hombres (59%) y 48 mujeres (41%), con una edad de 64±1,4 años. En 63 (59,4%) enfermos la MH fue sincrónica. En 43 (36,8%) pacientes la MH comprometió ambos lóbulos hepáticos. Veintinueve pacientes tenían 1 MH, 9 presentaron 2, 8 tres y 42 cuatro o más en el momento del diagnóstico. En 64 (62,1%) pacientes, el tratamiento quirúrgico del primario fue con intención curativa. La MH fue tratada en 63 (53,9%) pacientes y resecada en 37 (58,7%) pacientes. Se observó que de estos últimos pacientes, 32 (86,5%) presentaron recurrencia en un promedio de 17,7 meses. La recurrencia fue hepática en 19/37 (51,4%) pacientes. En sólo 2 pacientes se realizó una resección hepática. El seguimiento promedio es de 30 meses. La sobrevida de todo el grupo a 5 años fue de 14,6%. Cuando se presentó una MH fue de 18,4% y cuando se presentaron más de una MH de 11,8% (p= 0,001). Cuando la MH comprometió un lóbulo hepático la sobrevida fue de 19,5% y cuando comprometió los 2 fue de 6,8% (p= 0,0001). Cuando la MH tuvo tratamiento la sobrevida fue de 22,2% y cuando no fue tratada fue de 4,1% (p< 0,0001). La sobrevida fue de 28,5% cuando la MH fue resecada y de 3,4% cuando no se resecó (p< 0,0001). Cuando la resección fue curativa, la sobrevida alcanzó un 36,6%.

Conclusiones: El número, la ubicación, el tipo de tratamiento y la intención de éste son factores que inciden en la sobrevida de los pacientes con MH por CCR en esta serie. Los mejores resultados se observan con la cirugía.

CÁNCER DE COLON: ANÁLISIS DE SOBREVIDA Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Drs. *Emilio Flores A., Rodrigo Kusanovich B., Ignacio García Huidobro H., Marcel Sanhueza G., Jorge Martínez C., Hugo Richter R., Marcelo Torres C. Int. Pamela Briones N., M. Fernanda Bellolio A., EU. Claudia Aguayo S., Dr. Julio Reyes R.*

(Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Dr. Sótero del Río, Secretaría de Investigación Clínica. División de Cirugía Universidad Católica)

Introducción: El cáncer colorrectal representa el 13% de todos los cánceres humanos y es responsable del 10% de las muertes producidas por neoplasias malignas. La incidencia aumenta con la edad desde la segunda a octava década. Las cifras internacionales revelan sobrevida global a 5 años del 50%. La cirugía de colon de urgencia en USA es del 20%. El MINSAL señala que la mortalidad por Cáncer de colon 5,7/100.000 habitantes.

Objetivos: Analizar la sobrevida y resultados quirúrgicos del cáncer de colon en el Hospital Dr. Sótero del Río.

Método: Estudio retrospectivo del año 1995 a agosto de 2003. Obtención de datos a través de la ficha clínica, llamados telefónicos y Registros Civil. Análisis de sobrevida a través de Kaplan-Meier.

Resultados: Se atendieron en el Servicio de Cirugía en el período de la serie 212 pacientes con diagnóstico de cáncer de colon, su promedio de edad fue de 61,7 años. Localización: Derecho 96 (45,3%), transverso 10 (4,7%), descendente 35 (16,5%) y sigmoides 68 (32,1%). Histología: El adenocarcinoma representa el 93,5% de la serie. La muestra corresponde a 212 pacientes, de los cuales 204 fueron operados, sólo 4 pacientes no lo fueron. La serie se divide en 146 pacientes electivos y 66 pacientes de urgencia. La mortalidad global es de 5,6%, desglosándose en 3,4% electivo y 10,6% urgencia. La morbilidad de la serie es del 32,5%. Resultados de sobrevida en 212 pacientes operados: Sobrevida global 51,8% a 5 años. Según factor T: T1 (N:6) 83,33% a 5 años, T2 (N:13) 76,92%, T3 (N:136) 60,29%, T4 (N:54) 27,78% con p< 0,0000. Según Estadio Etapa I (N:13) 84,62% a 5 años, Etapa II (N:47) 82,98%, Etapa III (N:55) 50,91%, Etapa IV (N:50) 20%, por falta de número de ganglios significativo se excluyeron 46 pacientes cuya sobrevida es de 56,52% a 5 años, con un p< 0,000. Según cirugía electiva (N:146) 58,90% a 5 años, versus Urgencia (N:66) 42,2%. Según ubicación del tumor: derecho 51,04% a 5 años, transverso 60,00%, descendente 62,86% y sigmoides 54,41%.

Conclusiones: En nuestra serie destaca la alta prevalencia de tumores de colon derecho. La serie muestra una mayor proporción de cirugía de colon de urgencia que trabajos internacionales. Nuestra morbilidad está dentro de rangos aceptables. En cambio nuestra mortalidad global es elevada, destacando una diferencia significativa entre cirugía de urgencia y electiva. Nuestros estadios son más avanzados, sin embargo la sobrevida global es comparable a otras series reportadas. Los factores pronósticos para la sobrevida son el compromiso transmural, compromiso nodal y metástasis a distancia.

EXPERIENCIA RESERVORIO ILEAL EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Drs. *Ignacio García Huidobro H., M. Fernanda Bellolio A., Rodrigo Kusanovich B., Marcel Sanhueza G., Alejandro Raddatz O., Julio Reyes R.*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Hospital Dr. Sótero del Río, Secretaría de Investigación Clínica. División de Cirugía Universidad Católica)

Introducción: La proctocolectomía con reservorio ileal y anastomosis reservorio-anal (RIARA) es el procedimiento de elección en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con colitis ulcerosa y poliposis familiar. Permitiendo una mejor calidad de vida a estos pacientes al no depender de una ostomía. En nuestro hospital, está técnica quirúrgica se inició el año 1996, contando actualmente con 26 pacientes sometidos a un reservorio ileal.

Objetivo: Evaluar los resultados en pacientes sometidos a RIARA por colitis ulcerosa y PAF.

Material y Método: Se analizaron los registros clínicos de todos aquellos pacientes sometidos a RIARA por colitis ulcerosa o poliposis familiar hasta noviembre de 2003. Se realizó una encuesta durante el control clínico: función anal, urgencia, uso de medicamentos antidiarreicos y disfunción sexual.

Resultados: El grupo se compone de 19 pacientes, 7 hombres (36,8%) y 12 mujeres (63,1%), con una edad media de 35 años (18-51 años). La indicación de proctocolectomía fue por: falla tratamiento médico 11, megacolon tóxico 4, hemorragia digestiva baja 3, peritonitis 1, y por PAF 3. El tiempo de evolución entre la proctocolectomá y RIARA fue 6 meses promedio (0-17 meses). Siete pacientes (29%) requirieron dos tiempos quirúrgicos, uno de los reservorios se dejó sin ileostomía de protección. De las complicaciones al corto plazo, se vieron íleo mecánico 1 (4%), estenosis ostomía 1 (4%), dehiscencia parcial anastomosis 1 (4%), infección herida operatoria 1 (4%). Un paciente con CU presentó cáncer de sigmoides (T2NoMo) y posteriormente colangitis esclerosante. Funcionalmente, el promedio de evacuaciones intestinales fue de 4,1 día (i: 2-7), y de 1,4 noche (i: 0-4), incontinencia a gases y encopresis 1 paciente, ningún paciente refirió urgencia, sólo un paciente utiliza medicamentos antidiarreicos más de una vez a la semana un años después de RIARA, una paciente refiere dispareunia leve persistente, y un paciente disfunción sexual transitoria durante 8 meses. Existe una gran satisfacción en los pacientes con esta técnica quirúrgica.

Conclusiones: RIARA es una técnica quirúrgica compleja, que logra resolver en forma global los síntomas y complicaciones alejadas de los pacientes con CU y PAF, con resultados del punto de vista funcional y de satisfacción de los pacientes muy buenos a excelente en la gran mayoría de ellos.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER RECTAL CON RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Drs. *C. García[1], M. Ocares[2], J. Madariaga[2], C. Benavides[2], A. Vila[1], J. Aguilera[1], O. Arévalo[1], M. Schorwer[1], A. Fernández[1], A. Rossle[1], C. Pérez[1]*
([1]Servicio de Oncología-Radioterapia. [2]Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía)

En nuestro hospital tradicionalmente se realizaba la radioterapia en la modalidad postoperatoria, en febrero de 2001 basados en la evidencia médica, iniciamos el tratamiento preoperatorio de nuestros pacientes con radioquimioterapia, en el marco de un estudio prospectivo no randomizado.

Objetivos: Estandarizar el manejo del cáncer rectal en nuestro hospital.

Mejorar los resultados en relación a: aumento del control local, mejorar la sobrevida, y preservar el esfínter anal.

Comparar los resultados con la experiencia internacional.

Material y Métodos: Entre febrero de 2001 a mayo de 2004, ingresaron 54 pacientes con cáncer rectal en etapas II y III, la localización: 13 recto alto (24%), 14 recto medio (26%), 27 recto bajo (50%). Etapificados con rectoscopia - biopsia, TAC de abdomen y pelvis, ECO endorrectal, Rx de tórax.

Tratamiento: radioquimioterapia preoperatoria, dosis de 45 Gy en 5 semanas, quimioterapia concomitante (5-FU). Posteriormente en 4 a 6 semanas se realizó la cirugía, tipo de cirugía según la localización tumoral y decisión del Comité Onco-Coloproctológico, finalmente se realizó quimioterapia complementaria en base a 5FU-Leucovorina por 4 ciclos.

Resultados: 54 pacientes cumplieron el tratamiento con radioquimioterapia preoperatoria, hubo toxicidad gastrointestinal grado I, 40 pacientes (74%); grado II, 5 pacientes (9%); y grado IV, 1 paciente (1,8%); toxicidad genitourinaria grado I, 7 pacientes (13%); toxicidad hematológica grado I, 3 pacientes (5%).

Hasta julio de 2004 se han operado 47 pacientes, 2 irresecables, 45 resecables de los cuales 40 son R0 y 5 son R1, 1 paciente se negó a la cirugía, 6 pacientes pendientes. Complicaciones postquirúr-

gicas en 11 pacientes (24%), la mayoría infección y dehiscencia de la herida operatoria, 1 dehiscencia de la anastomosis colorrectal, y 1 muerte por sepsis y TEP (2%). Quimioterapia postoperatoria: 66% completaron el tratamiento. Preservación esfínter anal del 69% en general, 36% en recto bajo. Recidiva local en 5 pacientes (11%) con una mediana de seguimiento de 16 meses (rango 1-41 meses). Actualmente hay 87% de pacientes vivos.

Conclusiones: La radioquimioterapia preoperatoria tiene una morbilidad baja en nuestra experiencia, permite preservar el esfínter anal en 36% en aquellos pacientes candidatos a Miles, y hasta el momento tenemos un 11% de recurrencia local, comparable con lo publicado internacionalmente.

SATISFACCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS AL PROCEDIMIENTO DE LONGO

Drs. *M. Ocares U., J. Madariaga B., C. Benavides Y., M. Vera F., C. Rocha A.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente, Servicio de Salud, Concepción)

Introducción: La enfermedad hemorroidal es un proceso prevalente en la población, cuyo tratamiento quirúrgico clásico se basa en la técnica de Milligan y Morgan y posteriores modificaciones. No obstante, el hecho de que se generen molestias y dolor postoperatorios han motivado la propuesta de métodos alternativos. En 1998 Longo propuso una nueva técnica, la mucosectomía circular endoanal, como tratamiento eficaz de la enfermedad hemorroidal.

Objetivo: caracterizar un grupo de pacientes sometidos al procedimiento de Longo y el grado de satisfacción respecto de los resultados.

Material y Método: Se eligieron al azar 30 pacientes sometidos a la operación de Longo por los autores, durante el período 2002-2004 en diferentes centros privados de Concepción y se les aplicó una encuesta telefónica entre los 3 y los 24 meses posteriores a la cirugía. Diecisiete pacientes eran mujeres y 13 hombres con promedio de edad de 49 años (32-68). La analgesia y los controles postoperatorios fueron aplicados según protocolo.

Resultados: Diecinueve pacientes calificaron el método como excelente, 10 bueno y 1 regular, otorgándole una nota promedio de 6,3. No refirieron dolor alguno 5 pacientes y dolor leve en 20.

Conclusión: En esta experiencia la mucosectomía suprahemorroidal de Longo obtuvo buenos resultados, con 77% de pacientes asintomáticos, sin complicaciones de importancia, con una disminución considerable del dolor postoperatorio, acortamiento de baja laboral y un altísimo grado de satisfacción por parte del paciente, concordante con la literatura nacional y extranjera.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL: EXPERIENCIA INICIAL

Drs. *M. Ocares, J. Madariaga, Cl. Benavides, A. Díaz, Cl. Zúñiga*[1]
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Gran Benavente". Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. [1]Servicio de Cirugía, Sanatorio Alemán, Concepción)

Hay acuerdo general que el abordaje laparoscópico en cirugía colorrectal es técnicamente factible. Además parece haber un número de ventajas en términos de menos pérdida de sangre, menos analgesia, menos inmunosupresión, morbilidad y un rápido retorno laboral.

Objetivo: Mostrar la experiencia del equipo de coloproctología en cirugía colorrectal videolaparoscópica, analizando la morbimortalidad hospitalaria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Período junio 1995 a diciembre de 2003. La serie está compuesta por 56 casos, 37 mujeres (66%) y 19 hombres (34%), con una edad promedio de 60 años con un rango de 37 a 76 años.

Resultados: El 71% de la serie correspondió a patologías neoplásicas, en 28 (50%) cáncer de recto inferior, colon izquierdo en 4 pacientes (7%). Dieciséis pacientes (29%) eran portadores de patología benigna siendo la principal el dolicomegacolon en 9 casos (16%) seguido por el prolapso rectal en 6 casos. La resección abdominoperineal de recto (operación de Miles) videoasistida se realizó en 31 pacientes (55%), seguida por la colectomía izquierda en el 25% de la serie.

La estadía hospitalaria promedio fue de 7 días con un rango entre 5 y 25 días, la alimentación oral definitiva se logró en promedio al 4º día postoperatorio.

La morbilidad hospitalaria alcanzó al 21,4%; la dehiscencia perineal se presentó en 4 pacientes, correspondiendo al 13% de los Miles realizados, infección del sitio quirúrgico en el 5% e insuficiencia renal aguda en 3 pacientes. No fue necesario reintervenir a ningún paciente.

La tasa de conversión alcanzó el 5% (3 pacientes). Falleció 1 paciente.

Conclusiones: La cirugía colorrectal videolaparoscópica es factible de realizar, con tasas de conversión bajas y morbimortalidad adecuada y comparable a la de la cirugía abierta.

FACTORES DE RIESGO PARA METÁSTASIS LINFÁTICAS EN CÁNCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Drs. *F. López K.*[1], *U. Kronberg*[1], *D. Fullerton*[1], *I. Wistuba*[2], *G. Soto*[1], *A. Zúñiga*[1], *G. Aguayo*[2], *C. Risueño*[3], *P. Viviani*[4], *G. Marshall*[4]
([1]Departamento de Cirugía Digestiva. [2]Departamento de Anatomía Patológica. [3]Laboratorio de Oncología Molecular. [4]Departamento de Salud Pública)

Introducción: Una mayor tasa de detección precoz del cáncer colorrectal (CRC) y mayores conocimientos sobre modalidades terapéuticas menos invasivas (mucosectomía endoscópica, resección local transanal, etc.), han llevado a un mayor interés en realizar un tratamiento conservador del CRC. La predicción de la presencia de metástasis linfáticas (ML) podría representar un elemento crucial en la toma de decisiones.

Objetivo: Evaluar la acuciosidad de marcadores histológicos y moleculares predictivos de ML.

Métodos: En este estudio prospectivo se incluyeron todos los pacientes consecutivos que fueron operados en nuestra institución por un CRC con intención curativa sin terapia neoadyuvante. El examen histopatológico fue realizado por dos patólogos especializados de acuerdo a un protocolo preestablecido que incluye la evaluación de las variables componente mucosecretor, índice mitótico (mitosis/10 campos), invasión linfática, vascular y perineural, patrón de crecimiento (expansivo vs invasivo), infiltración linfocítica peritumoral y porcentaje del patrón microlobular. Como marcadores moleculares se consideraron la detección inmunohistoquímica de nm-23 y CD44v6, el análisis de inestabilidad genómica amplificando los marcadores Bat-25 y Bat-26 en el tumor, y la detección de VEGF-1 en suero mediante ELISA. El análisis estadístico incluyó en análisis uni y multivariado con regresión logística, considerando un valor $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Entre marzo de 2000 y junio de 2003, se incluyeron 134 pacientes, el 51% de ellos de sexo femenino, con una edad promedio de 64,6±14,8 años (promedio ± DE). El número promedio de linfonodos examinados fue de 36 (i: 3-162). En 55 pacientes se encontró compromiso ganglionar (41%). En el análisis multivariado se encontraron 4 variables con una correlación significtiva con ML.

Variable	*OR*	*Intervalo de confianza 95%*	
Invasión linfática	4.177	1.790	9.744
Nm23	3.146	1.040	9.517
Bat25	0,353	0,141	0,884
Patrón microtubular	1.119	1.021	1,226

Cabe destacar que Bat-25 fue un factor protector de ML.

Conclusión: Este estudio prospectivo permite identificar factores predictivos para metástasis linfáticas, Bat-25 fue el único factor protector lo que podría explicar parcialmente el mejor pronóstico que se observa en pacientes con inestabilidad microsatelital.

Seccional: DIGESTIVO

COMPARACIÓN ENTRE ASPECTO ENDOSCÓPICO DEL CARDIAS, PARÁMETROS MANOMÉTRICOS Y pHMETRÍA DE 24 HORAS EN PACIENTES CON RGE

Drs. *M. Falavigna, A. Csendes, A. Henríquez, R. Luengas, G. Rencoret*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Existe una sugerencia que el aspecto endoscópico del cardias puede tener una correlación con la competencia manométrica del esfínter esofágico inferior (EEI) y el reflujo gastroesofágico patológico. En 1998 Hill propuso una clasificación endoscópica del cardias. El objetivo del estudio es comparar la clasificación endoscópica del cardias con los resultados de la manometría esofágica y la pHmetría de 24 horas en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico.

En 170 pacientes con molestias sugerentes de reflujo gastroesofágico en un período de 3 años fue realizada endoscopia digestiva alta por un único examinador y posteriormente manometría esofágica y pHmetría de 24 horas. El criterio de inclusión fue los pacientes que hicieron los tres exámenes en este período. El estudio de los datos fue retrospectivo. La comparación estudiada fue entre los cuatro tipos de cardias endoscópicos y la presión del EEI, la competencia del EEI y el reflujo ácido patológico. La clasificación endoscópica del cardias fue entre grado I, II, III, y IV. La presión del EEI es considerada normal >12 mmHg. La incompetencia del esfínter fue determinada por una o más de las tres características: presión EEI ≤6 mmHg, largo total del EEI <20 mm y largo abdominal ≤10 mm. La pHmetría fue considerada anormal cuando pH <4 en >4% del tiempo. Para el análisis de los resultados los grados endoscópicos I y II juntos fueron comparados con los grados III y IV agrupados.

Entre los 67 (39,4%) pacientes con cardias tipo I y II la presión del EEI fue normal en 42 (62,6%), el EEI incompetente en 59 (88%), y la pH anormal en 26 (38,9%). Entre los 103 (60,6%) pacientes con cardias tipo III y IV la presión del EEI fue normal en 19 (18,4%), el EEI incompetente en 98 (95,1%), y la pH anormal en 72 (70%). En el grupo de pacientes cardias tipo I y II y pHmetría normal, 68,2% presentaban presión EEI normal. En el grupo de pacientes con cardias tipo III y IV y pHmetría anormal, 88,8% presentaban presión EEI anormal.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden sugerir que el cardias normal endoscópicamente no tiene una buena correlación con la competencia del EEI y reflujo patológico. En los casos del cardias muy dilatado existe una buena relación con la incompetencia del esfínter y el reflujo patológico.

LESIONES PSEUDOTUMORALES DE PÁNCREAS. ESTUDIO CLÍNICO PATOLÓGICO

Drs. *R. Rossi F.*[1,2], *R. Rossi M.*[3], *C. Franco*[4], *L. Moyano*[1], *P. Gac*[1], *J. Rosai*[5]
([1]Hospital Clínico de la Universidad de Chile. [2]Clínica Alemana, Santiago. [3]Hospital Padre Hurtado. [4]Clínica Santa María. [5]Instituto di Tumori de Milano, Italia, Memorial Sloan Kettering Hospital, NY)

Introducción: Publicaciones de centros especializados muestran que hasta un 5% de los pacientes sometidos a una resección pancreática por un presunto cáncer, no tienen un carcinoma en histopatología postoperatoria.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia con lesiones pseudotumorales de páncreas y analizar los aspectos clínicos, radiológicos, quirúrgicos e histopatológicos.

Material y Método: Se estudian los pacientes sometidos a resección pancreática entre 1995 y 2004 con diagnóstico presuntivo de cáncer, cuyo diagnóstico patológico final fue discordante. Se des-

cartaron pacientes operados con el diagnóstico clínico y/o radiológico sugerente de pancreatitis crónica.

Resultados: Se encontraron 7 casos operados por presunto cáncer de páncreas, con edades entre 33-72 años, 4 eran hombres y 3 mujeres. De 6 pacientes con lesiones cefálicas, 4 se presentaron con ictericia obstructiva y 2 con dolor; el paciente con presunto cáncer distal también presentó dolor. Ninguno de los pacientes tenía historia o síntomas sugerentes de pancreatitis crónica. Todos se estudiaron con TC abdominal, 2 con RNM, 1 con endosonografía (ES) y 2 con CPER, con instalación de endoprótesis biliar. Los hallazgos radiológicos mostraron una masa sólida de la cabeza del páncreas de 2-5 cm, media de 3 cm. En 4 pacientes había dilatación de la vía biliar. El resto del páncreas era normal, sin calcificaciones ni hallazgos sugerentes de pancreatitis crónica y ninguno presentaba colelitiasis. La ES fue sugerente de carcinoma. La lesión de distal fue de 5 cm. Ningún caso tenía signos de irresecabilidad. El CA19-9 estaba elevado en un paciente. Se realizaron 6 pancreatoduodenectomías (PD), una de ellas asociada a resección segmentaria y reconstrucción de la unión portoesplénica. Se hizo una pancreatectomía distal. La biopsia diferida demostró: pancreatitis esclerosante linfoplasmocitaria autoinmune (similar a colangitis esclerosante) en 2 pacientes, una pancreatitis focal de la cabeza (pancreatitis de la hendidura "groove pancreatitis") con invasión perineural, una fibroesclerosis focal inflamatoria de páncreas (homólogo a fibrosis retroperitoneal, lesión sarcomatosa de bajo grado) confirmado por el Dr. J. Rosai (Mem. Sloan Kettering Hosp., NY) y 3 pancreatitis crónicas inespecíficas no calcificadas. Seis pacientes están libres de enfermedad con un seguimiento medio de 3,5 años (1-8 años); 1 paciente con diagnóstico de pancreatitis crónica inespecífica falleció a los 14 meses con carcinomatosis peritoneal con biopsia de epiplón altamente sugerente de un primario pancreático, probablemente no reconocido en el estudio diferido de la pieza de la PD. No se realizó necropsia.

Conclusión: Algunos pacientes con patología benigna tienen clínica e imagenología indistinguibles con las de un cáncer de páncreas. Son conocidas las limitaciones diagnósticas de la ES, de las biopsias endoscópicas, percutáneas e intraoperatorias. El estudio histológico diferido puede ser muy difícil, y en ocasiones la evolución clínica define la naturaleza benigna o maligna de una masa. Para minimizar el error diagnóstico se requiere de un grupo multidisciplinario de experiencia. Se detallarán las características histológicas de estas lesiones.

ENFERMEDAD DE DIEULAFOY. MANEJO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Drs. *Gonzalo Fernández R., Owen Korn B., Manuel Meruane M.* Ints. *César Cortés M., Francisco Pérez M., Cristián Artigas P.*
(Departamento de Cirugía, Servicio de Emergencia y Sección Gastroenterología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La enfermedad de Dieulafoy (ED) descrita desde hace más de un siglo se considera actualmente como una anomalía congénita. La ED, clínicamente se manifiesta como hemorragia digestiva alta (HDA), severa y recurrente. Endoscópicamente la lesión de Dieulafoy tiene características propias que permiten su diagnóstico. El tratamiento de ED era fundamentalmente quirúrgico, sin embargo con la introducción de la endoscopia (EDA) ha surgido como un método terapéutico muy útil pero no siempre efectivo.

Objetivo: El objetivo de éste trabajo es describir las características clínicas endoscópicas, anatomopatológicas y el manejo médico y quirúrgico de la enfermedad de Dieulafoy.

Pacientes y Método: Se revisaron todas las endoscopias realizadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el año 1995 y el año 2003 y se seleccionaron aquellas con diagnóstico presunto de ED.

Resultados: Se encontraron 27 pacientes con diagnóstico endoscópico de ED, 18 hombres y 9 mujeres con edades entre los 19 y 90 años. Dieciséis casos presentaron hematemesis, 10 sólo melena y 1 sólo caso anemia. Al ingreso, 9 pacientes tenían compromiso hemodinámico. Se transfundieron en promedio 3,8 u. GR por paciente. En la endoscopia se encontraron 17 de las lesiones en región subcardial y 9 en el fondo, 15 sangraban activamente en la EDA. Se realizaron un total de 67 endoscopias (promedio 2,4 por paciente) efectuándose el diagnóstico de ED en la primera endoscopia en 13, en 9 en la segunda, y en 5 casos en la tercera. Veintiuna fueron tratadas endoscópicamente y 5 fueron operados. Se efectuó tratamiento quirúrgico en 5 pacientes: gastrectomía total 2 casos, gastrotomía más sutura 2 casos, resección en losanjo 1 caso. No hubo mortalidad operatoria. En promedio los pacientes estuvieron 13,2 días hospitalizados, con 4 muertes durante la hospitalización.

Discusión: La HDA continúa siendo una patología de manejo complejo y que mantiene una mortalidad entre el 5 y 10%. Si bien la enfermedad de Dieulafoy es un diagnóstico infrecuente, se desprende de éste estudio que es una patología grave,

de diagnóstico no siempre fácil, que requiere politransfusiones, hospitalizaciones prolongadas. Su manejo es actualmente endoscópico, pero parece tener una tasa mayor de tratamiento quirúrgico que la HDA habitual (18% en este estudio). Se efectuaron tratamientos quirúrgicos diversos, todos los cuales fueron exitosos. La mortalidad intrahospitalaria se concentró en los casos manejados endoscópicamente y correspondió a un 14% del grupo.

BYPASS GÁSTRICO CON RESECCIÓN DEL ESTÓMAGO DISTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA: EXPERIENCIA EN 60 CASOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. *P. Burdiles, J.C. Díaz, F. Maluenda, A. Csendes, A.M. Burgos, G. Rencoret, J. Castillo, M. Falavigna, F. Parada, M. Recio, C. Cárcamo, O. Korn, J. Rojas, G. Watkins, I. Braghetto*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El bypass gástrico es el método más eficaz para el tratamiento definitivo de la obesidad mórbida. Sin embargo, el dejar estómago distal abandonado representa problemas como úlcera y hemorragia, fístula gastrogástrica y desarrollo alejado de cáncer gástrico, con la desventaja que no se puede explorar por endoscopia ni radiología. Después de realizar Bypass gástrico abierto con resección del estómago distal en más de 530 pacientes, comenzamos nuestra experiencia por vía laparoscópica en agosto de 2002.

Objetivo: Mostrar los resultados de esta cirugía en un grupo seleccionado de pacientes con obesidad.

Material y Método: Son 60 pacientes (54 mujeres; 6 varones) con edad promedio de 38 años (20-61). Treinta y cinco casos tenían obesidad severa y 25 casos obesidad mórbida (rango IMC: 36-50 kg/m^2). Las causas de gastrectomía fueron: Gastritis crónica atrófica, úlcera duodenal recurrente, metaplasia intestinal, pólipos gástricos y/o temor por estómago abandonado y ciego. Los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia general y mediante técnica laparoscópica se construyó un reservorio gástrico de 20 ml y asa en Y de Roux de 150 cm, dejando un drenaje al muñón duodenal y otro a la anastomosis gastroyeyunal. El manejo peroperatorio protocolizado incluyó analgesia peridural, kinesia respiratoria y levantada precoz, heparina y medias antitrómbicas, control radiológico de anastomosis a las 48 horas y alta al tercer o cuarto día.

Resultados: Las complicaciones se presentaron en la primera fase de la serie. Hubo conversión a técnica abierta en 4 casos por insatisfacción de la hermeticidad gastroyeyunal. Hubo 3 pacientes con dehiscencia precoz de la gastroyeyunoanastomosis (primeras 48 horas) y dos de ellos fueron reoperados por vía abierta siendo el caso restante manejado en forma conservadora. Tres pacientes presentaron fístula tardía en su domicilio (5º-6º día) y que fueron manejados con alimentación enteral. Hubo 2 pacientes que presentaron obstrucción intestinal alta precozmente y que fueron reintervenidos abiertos y dos casos con obstrucción intestinal tardía por hernia transmesocólica que fueron resueltos por vía laparoscópica. Hubo una fístula de muñón duodenal de bajo débito manejada en forma conservadora. No hubo mortalidad en la serie y en los últimos 35 pacientes no ha ocurrido morbilidad. El tiempo operatorio fue de 5 horas en los primeros 5 casos y actualmente es de 2,5 a 3 horas.

Conclusiones: En el grupo de pacientes con obesidad severa o mórbida con indicación de cirugía, hay condiciones de enfermedad gástrica que hacen aconsejable la extirpación del estómago distal remanente. Este procedimiento de Bypass gástrico resectivo puede ser realizado mediante videolaparoscopia, que después de un período de aprendizaje nos permite efectuarla con mínimo riesgo para estos pacientes.

TÉCNICA PARA DETERMINACIÓN DE CANULACIÓN SELECTIVA DE VÍA BILIAR DURANTE CPER Y SU INCIDENCIA EN EL CONTROL DE PANCREATITIS POSTPROCEDIMIENTO

Drs. *Hein G., De Aretxabala X., Fasce G., Urrejola G., Court I., Cassorla G., Ints. Pilasi J.[1], Hermosilla J.[1], Deza C.[1], González V.[1], Guixé C.[1]*
(Servicio de Cirugía. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso. [1]Internos de Medicina, Universidad Mayor)

Introducción: La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) constituye hoy una técnica ampliamente aceptada para contraste y acceso a la vía biliar para efectuar diferentes procedimientos terapéuticos en cirugía endoscópica. La CPER continúa representando, sin embargo, un riesgo de complicaciones graves para un grupo de pacientes. Entre las variables que se cuentan como factores de riesgo, se describen la canulación y contraste no deseados del conducto pancreático,

con pancreatitis aguda (PA) secundaria en porcentajes entre 1 a 12% según distintos autores (CP). En el presente trabajo, se describe la técnica de determinación de canulación selectiva de la vía biliar, previo a la inyección de contraste, por medio del posicionamiento de una guía hidrofílica en colédoco y su visualización radioscópica en posición anatómica.

Objetivo: Demostrar que la técnica de determinación de canulación selectiva de la vía biliar con guía, previo a la inyección de medio de contraste, constituye una alternativa segura de localización anatómica de la vía biliar, evitando la canulación y contraste del CP, reduciendo así el porcentaje de complicaciones pancreáticas postprocedimiento.

Material y Método: Se efectúa estudio prospectivo, desde enero 2001 a agosto de 2004, en un grupo consecutivo de 522 pacientes en los cuales se utilizó técnica de canulación con papilótomo de triple lumen (TriTome® Boston Scientific Corp) y guía hidrofílica (guia Metro® Wilson Cook, 0,035 pulg.) con pacientes en decúbito lateral izquierdo, asegurando ubicación anatómica de vía biliar cuando la guía avanza suavemente en forma ascendente hacia el duodenoscopio, cruzándolo en posición proximal. Se asume canulación de CP cuando la guía se aleja del duodenoscopio hacia lateral, se la retira sin inyectar contraste y se reposiciona hacia la vía biliar. Se definió PA como cuadro de dolor abdominal que aparece dentro de las 48 horas postprocedimiento, con elevación de lipasas plasmáticas 3 veces sobe el valor normal. PA grave se consideró, aquella que se presentó con SIRS grave o necrosis pancreática de más de 30% de la glándula.

Resultados: Del total de 522 CPER realizadas, 3 (0,57%) presentaron complicaciones pancreáticas de las cuales no hubo PA graves y se presentaron 3 casos de PA leves. Sólo se canuló con guía o contrastó el conducto pancreático a baja presión en 43 pacientes (8,23%), realizando aspiración del contraste de su interior.

Conclusiones: Con el presente estudio descriptivo se puede observar que la técnica antes descrita, aplicada a una población de más de 500 pacientes, es segura dada la baja tasa de complicaciones encontradas. Se constituye así, en una alternativa a considerar en los pacientes que requirieran una CPER dado resultados más auspiciosos que los obtenidos por otras técnicas descritas en la literatura. Se demuestra la necesidad de desarrollar estudios comparativos para confirmar lo antes descrito.

¿ES EL ABSCESO HEPÁTICO DE ORIGEN HIDATÍDICO UN FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD POSTOPERATORIA?

Drs. *C. Manterola, M. Vial, A. Sanhueza, V. Pineda, P. Schneeberger*
(Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera)

Introducción: Una de las complicaciones evolutivas de la hidatidosis hepática (HH) es la infección del quiste, y la consecuente formación de un absceso hepático de origen hidatídico (AHH). Esta entidad, es de diagnóstico difícil y pronóstico incierto. La hipótesis de este estudio es que la cirugía en pacientes con AHH se asocia a mayor riesgo de desarrollar morbilidad postoperatoria que la cirugía en pacientes sin AHH. El objetivo de este estudio es determinar el riesgo de morbilidad postoperatoria en pacientes intervenidos quirúrgicamente por AHH.

Material y Método: Estudio de cohorte concurrente. Se estudiaron todos los pacientes intervenidos en forma consecutiva por HH por el primer autor entre 1994 y 2002. La variable de exposición fue tener un AHH, y la variable resultado, el desarrollo de morbilidad postoperatoria (que registrada con un seguimiento mínimo de 24 meses, se consideró en forma dicotómica). El tamaño de la muestra se calculó considerando un nivel de significación de 5% potencia de 85%, riesgo de morbilidad para pacientes con AHH de 30% y sin AHH de 10%, relación pacientes con AHH y sin AHH de 1:2; 10 que determinó una muestra mínima de 51 pacientes con AHH y 101 sin AHH. Se controló el efecto de variables clínicas (edad, género, enfermedades concomitantes y antecedentes de cirugías previas por HH), de laboratorio (recuento total de leucocitos, bilirrubina total, fosfatasa alcalina, transaminasas) evolutivas del parásito (número de quistes, diámetro de la lesión principal, comunicaciones biliares y coexistencia de otras lesiones), y quirúrgicas (tipo de cirugía, tratamiento de la cavidad residual y otras cirugías realizadas en forma simultánea), de forma de determinar el eventual efecto que pudiesen tener éstas, en la asociación en estudio. Se aplicaron análisis bivariados paramétricos y no paramétricos, utilizando Chi^2 de Pearson y exacto de Fisher para variables categóricas, t-test y Kruskal Wallis para variables continuas; y, finalmente se aplicó un modelo de regresión logística multivariada, calculando riesgo relativo (RR) de la asociación en estudio e intervalos de confianza de 95%.

Resultados: La cohorte está compuesta por 178 pacientes intervenidos por HH (52 con AHH y 126 sin AHH). Ciento cinco mujeres (59%) y 73 hombres (41%), con una edad promedio de 44,9±17,3 años.

Diecisiete pacientes (9,6%) presentaban alguna enfermedad coexistente y en 18 pacientes (10,1%) se verificaron antecedentes de cirugías previas por HH. Del laboratorio general, sólo destacó un discreto incremento de los valores promedios de fosfatasas alcalinas (480,5 U/L) y transaminasas (ASAT 51,1 U/L y ALAT 50,1 U/L). La mayoría de los pacientes presentaban lesiones únicas (118 casos, 66,3%); por otra parte, el diámetro promedio de las lesiones fue de 14,6±6,6 cm. Ciento doce sujetos presentaban al menos una comunicación biliar; y 51 pacientes (28,8%), presentaban lesiones quísticas coexistentes en alguna otra localización. Al 78,1% de los pacientes (139 casos) se le practicó una quistectomía subtotal, al 9,6% una periquistectomía, y al 12,4% una lobectomía hepática. La morbilidad observada para el grupo con AHH fue de 28,9% *vs* 11,1% para el grupo sin AHH, por lo que se verificó una asociación cruda estadísticamente significativa (p= 0,0036), con un RR de 2,6 (1,35; 4,99). Las causas más frecuentes de complicaciones fueron respiratorias (12 casos, 6,7%), seguida por infección de sitio operatorio (7 casos, 3,9%). Cinco variables, se asociaron en forma significativa en los análisis bivariados (edad, hidatidosis en otra localización, recuento total de leucocitos, fosfatasa alcalina y existencia de comunicaciones biliares). Al aplicar el modelo multivariado, se constató que la variable fosfatasa alcalina, interactuaba en la asociación (p= 0,0182), razón por la que se controló por ésta, obteniéndose un RR ajustado de 2,45 (1,29; 5,01).

Conclusiones: Se verificó que la variable AHH es un factor de riesgo de morbilidad en la cirugía de HH. Antecedente que nos otorga mayor información al momento de la toma de decisiones en este tipo de pacientes.

LESIONES ELEVADAS DE LA VESÍCULA BILIAR

Drs. *I. Silva D., A. Díaz H., O. Torres R., R. Klassen P., R. Álvarez U., H. Molina Z.,* Als. *C. Olmedo G., C. Muñoz A., L. Gebauer W., G. Gutiérrez J.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Concepción, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

La prevalencia de lesiones elevadas de la vesícula biliar (LEV) varía entre el 1 al 8,5%. Las LEV, con y sin pedículo, pueden corresponder a tumores benignos o malignos, como el cáncer vesicular, lesiones hiperplásicas de la pared o depósitos de colesterol. Se realizó un estudio retrospectivo con el objeto de caracterizar las LEV y ver su relación clínica con enfermedad biliar. Se analizaron los resultados de 3.683 estudios histopatológicos de vesícula obtenidas de colecistectomías realizadas durante el período enero de 2000 hasta abril de 2004 en el Hospital Regional de Concepción, y se correlacionaron con historias clínicas de estos pacientes.

Se pesquisaron 28 LEV, todas ellas benignas con una prevalencia de 0,8%. Las piezas operatorias se obtuvieron por colecistectomía videolaparoscópica en un 92,9%; 22 pacientes eran de sexo femenino (78%), la edad promedio fue de 49,4 años (rango 27-71). El 92,9% se asoció a litiasis, 75% de todos los pacientes presentaban cólicos biliares como síntoma principal y 10,7% eran asintomáticos. El principal diagnóstico de ingreso correspondió a colecistitis crónica litiásica y colelitiasis 64,3%, solo dos pacientes ingresaron con diagnóstico de pólipos vesiculares. La LEV más frecuente fue el adenomioma (53,6%), el 75% de las lesiones eran únicas, la localización más frecuente fue en el fondo vesicular 46,4%. El tamaño promedio fue de 8 mm (rango 1-17), encontrándose cinco lesiones ≥10 mm y cuatro microscópicas. El 75% de las LEV se trataban de lesiones tipo Yamada I. El diagnóstico histológico asociado más frecuente fue el de colecistitis crónica 67,9% y colesterolosis 28,6%.

Las LEV coexisten con la colelitiasis en alto porcentaje, por lo que no se puede responsabilizar únicamente a estas lesiones de la sintomatología.

Si bien el LEV se asocian con cánceres vesiculares en la literatura, en esta serie no existe esta relación.

TRATAMIENTO ELECTIVO CON CISTOPERIQUISTECTOMÍA DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO

Drs. *G. La Rosa[2], M. Buchheister[1], A. Mercado[1], G. Wiedmaier[1], C. Cavalla[1], R. Rossi[1], E. Rivas[1], L. Urrutia[1], R. Mege[4], B. Rinaldi[3], N. Vidal[2], J. Hamilton[5]*
([1]Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado. [2]Interno de Cirugía, Universidad de Santiago. [3]Becado Cirugía, Universidad del Desarrollo. [4]Hospital Sótero del Río. [5]Jefe Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado)

Introducción: El tratamiento de la hidatidosis hepática tiene morbimortalidad elevada, lo que se asocia a estadías hospitalarias prolongadas y costos elevados. En el año 2000 diseñamos un protocolo prospectivo que definía como técnica la cistoperiquistectomía teniendo como hipótesis de trabajo el que ésta permitiría morbimortalidad postoperatoria

baja y estadía hospitalaria breve. El objetivo fue evaluar la factibilidad técnica de realizar la cistoperiquistectomía en los pacientes portadores de quiste hidatídico hepático y sus resultados. Se analizó asimismo el porcentaje de cambio de técnica, días de hospitalización, tiempo operatorio, requerimientos de hemoderivados y complicaciones postoperatorias.

Material y Método: Se realizó análisis de corte transversal definiendo como grupo de estudio a todos los pacientes intervenidos por un quiste hidatídico hepático en el Hospital Padre Hurtado dentro del período enero de 2000 a julio de 2004, obteniendo los datos de la base computacional del Hospital y de la revisión de las fichas clínicas respectivas. Se analizó técnica quirúrgica aplicada días de hospitalización, tiempo operatorio, requerimientos de transfusión y complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se intervinieron 40 pacientes con una edad promedio de 43 años (18-74 años), 55% mujeres. La intervención más frecuente (85%) fue una cistoperiquistectomía total. Se efectuó ecografía intraoperatoria en el 100%. La mediana del tiempo operatorio fue de 130 minutos (50-340 minutos), y sólo 9 pacientes (22,5%) requirieron transfusión de glóbulos rojos o sangre total con un promedio de 2,3 unidades con un máximo de 4U. El promedio de estada fue de 6,8 ±2,5 días, con un rango entre 2 y 14 días. No hubo reintervenciones y las complicaciones mayores en el postoperatorio fueron tres (7,5%): neumotórax secundario a apertura de diafragma (2 casos) y una fístula biliar de bajo débito, que requirió el único reingreso de la serie.

Conclusión: Nuestro estudio muestra que es posible realizar en un número significativo de pacientes electivos no seleccionados, portadores de hidatidosis hepática, una cistoperiquistectomía total con buenos resultados en términos de baja morbilidad perioperatoria y con estadía hospitalaria breve.

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR

Drs. *R. Julio[1], J.C. Justiniano[2], H. Sánchez[3], C. Carvajal[2], J.E. Contreras[2], M. Bustamante[2],* Als. *Srtas. F. Navarrete, T. Tenhamm[4]*

([1]Hospital Salvador, Hospital Padre Hurtado. [2]Hospital Salvador. [3]Hospital Padre Hurtado. [4]Universidad de Chile)

Introducción: La perforación es la segunda complicación en frecuencia de la úlcera péptica. Se busca determinar factores de riesgo de mortalidad en el contexto de pacientes con perforación de úlcera péptica.

Material y Método: Estudio retrospectivo mediante protocolo previamente elaborado. Se analizan datos de 215 pacientes ingresados y operados en el Servicio de Urgencia del Hospital del Salvador entre 1983 y 2002. El análisis tanto univariado como multivariado se realiza a través del programa Stata. Se estudia la mortalidad y se la correlaciona con los antecedentes del paciente, estudio preoperatorio, hallazgos quirúrgicos, tipo de cirugía, y evolución postoperatoria.

Resultados: La mortalidad postoperatoria en la serie es de 6,93% (14). Sexo y edad, no presentan diferencias estadísticamente significativas. El tabaco aparece como un factor de riesgo de mortalidad presentando 3,3 veces más mortalidad (p= 0,05). La presencia de 2 patologías crónicas asociadas o más genera un riesgo de mortalidad de 5 veces mayor (p= 0,05) respecto a patologías únicas independiente de cual sea. La espera preoperatoria desde que el paciente se hospitaliza hasta que se opera, los lapsos de espera de 24 horas y más se presentan 5 veces más mortalidad que los pacientes operados precozmente (p= 0,05). En el estudio preoperatorio se evalúa la presencia de signos clínicos de abdomen agudo, aire subdiafragmático en la radiología, hematocrito y recuento de glóbulos blancos, sin predominancia estadística en alguno de estos factores. En los hallazgos quirúrgicos se estudia la cantidad estimada de líquido peritoneal, tamaño y ubicación de la úlcera. Perforaciones de tamaño mayor de 20 mm presenta 5 veces más mortalidad (p= 0,04), la úlcera de tercio inferior del estómago presenta una mortalidad 7,3 veces mayor (p= 0,009) que las restantes ubicaciones (incluyendo la duodenal). El hallazgo de una cantidad estimada de líquido de más de 2000 cc intraperitoneal presenta 7,7 veces más mortalidad que otros volúmenes estimados. No hay diferencias significativas en cuanto al tipo de cirugía realizada.

Conclusiones: Los factores de riesgo más importantes en la mortalidad de úlcera péptica perforada son: El tabaco, la presencia de 2 o más patologías crónicas asociadas, la espera preoperatoria de 24 horas y más, la perforación de mayor de 20 mm, la ubicación de la úlcera en el tercio inferior del estómago y la cantidad estimada de líquido intraperitoneal de 2 lt y más establecen un riesgo de mortalidad considerable lo que invariablemente establece las condiciones de manejo en el postoperatorio de este tipo de pacientes.

ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICO: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Drs. *Carlos García C., Carlos Benavides C., Juan F. Guerra C., Patricio Rubilar O., Francisco Ricaurte M. y Carlos Perales G.,* Int. *Paloma Robles C.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán y Departamento de Cirugía, Campus Centro Universidad de Chile)

Introducción: Se define adenocarcinoma gastroesofágico como aquellos tumores cuyo centro está dentro de los 5 centímetros proximales o distales al cardia. Siewert los subdividió en tres categorías, basándose en características morfológicas y epidemiológicas. Esta clasificación además permite definir las alternativas terapéuticas disponibles. Hay aún muchas controversias en estos tipos de tumores, como la extensión de la resección y disección linfática y valor de las terapias adyuvantes. En nuestro medio no hay publicaciones recientes sobre el tema que tomen en cuenta estas consideraciones. El objetivo del presente trabajo es mostrar los resultados inmediatos y alejados del tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma gastroesofágico (AGE) en base a la clasificación propuesta por Siewert.

Material y Método: Estudio descriptivo de todos los pacientes tratados en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico San Borja-Arriarán, en el período comprendido entre enero de 1996 y mayo del 2004. En este grupo se estudian variables demográficas, métodos de estudio, tratamiento realizados, anatomía patológica, complicaciones quirúrgicas y sobrevida. Se analizan 95 pacientes. El estudio estadístico se realiza mediante el programa STATA 7.0.

Resultados: En el período mencionado, se han operado con diagnóstico de cáncer gástrico 502 casos, de los cuales 95 cumplieron con la definición de AGE (19%). La distribución de casos de acuerdo a la clasificación de Siewert, fue: Tipo 1 10 casos (10,5%), Tipo II 11 casos (11,58%) y Tipo III 74 casos (77,89%). Promedio de edad 62 años (SD 11,3 mediana 64), con 66 años promedio para el tipo I, 63,3 para el tipo II y 61 para el tipo III. Predominio del sexo masculino en todos los tipos, con 77,9% del total. La resecabilidad fue distinta según los tipos: Tipo I 33%, Tipo II 80% y Tipo III 70,8%. Todos los tumores fueron avanzados, predominando el Tipo III (Bormann III) con el 50,5% y Tipo II (Bormann II) con 24,21%. La distribución de los tipos histológicos fue diferenciados en el 58,3% e indiferenciados en el 48,42%. Cirugías realizadas: resección curativa 64 (67,3%), con 6' gastrectomías totales mediante laparotomía, y 4 esofagogastrectomía. Hubo una resección total paliativa y 30 cirugías no curativas (20 derivaciones o bypass y 10 laparotomías). Distribución por estadios definitivos: IB 3 pacientes (3,16%), II 17 pacientes (17,89%), IIIA 24 (25,26%), IIIB 11 (11,58%) y Estadio IV 40 (42,11%). Morbimortalidad: Grado 1: 8%, Grado 2: 15,7%, Grado IIIa: 3,16%, IIIb: 5,26%, IVa: 1,05% y V (mortalidad operatoria) 4,21%. Mortalidad operatoria en el grupo de resecados con intención curativa 4,92%. Sobrevida global a 5 años 27,5%. Sobrevida por localización: Tipo I: 13% a 5 años, Tipo II: 20% y Tipo III: 31,5% (Log rank test p= 0,19).

Conclusiones: El AGE representa actualmente el 20% de los pacientes con cáncer gástrico en la presente serie. La clasificación propuesta por Siewert ayuda a determinar la terapia quirúrgica y podría tener un valor pronóstico. La sobrevida del AGE es pobre a 5 años, alcanzando al 27%. Es importante determinar nuevas estrategias de manejo: Diagnóstico precoz, resección con baja morbimortalidad y posiblemente terapias adyuvantes.

ESTRATEGIA DE MANEJO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE. ¿TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO?

Drs. *L. Barreda[1], J. Targarona[2], C. Arroyo[3], C. Belleza[4]*
([1]Médico Jefe del Servicio 4B Cirugía de Emergencia, Jefe de la Unidad de Pancreatitis Aguda Grave. [2]Médico del Servicio 3AII Cirugía de Hígado Vías Biliares y Páncreas, Miembro de la Unidad de Pancreatitis Aguda Grave. [3]Médico del Servicio 4B Cirugía de Emergencia. [4]Médico Asistente de la Unidad de Cuidados Intensivos, UCI. Departamento de Cirugía General, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú)

Objetivo: Evaluar la efectividad de las distintas indicaciones quirúrgicas en la pancreatitis aguda con necrosis y demostrar que el tratamiento quirúrgico en la necrosis estéril es de muy poca utilidad.

Material y Método: Entre enero de 2000 a diciembre de 2003 se evaluaron a 93 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda con necrosis demostrada por tomografía. Se dividió a los pacientes en dos grupos, según la presencia de infección en la necrosis (Necrosis estéril vs necrosis infectada).

Resultados: Cincuenta y cinco pacientes presentaron necrosis pancreática estéril mientras que en treinta y ocho casos se encontró infección de la necrosis.

La incidencia de falla orgánica fue mucho mayor en los pacientes que presentaron necrosis infectada (63%) a diferencia de los que presentaron necrosis pancreática estéril (34%).

Al evaluar las indicaciones quirúrgicas se encontró que la punción (PAF) fue superior a la indicación por sepsis en ausencia de foco infeccioso extrapancreático que no respondía al tratamiento en UCI, debido a que en la primera el porcentaje de necrosis infectada encontrado fue de 96% mientras que la otra indicación presentó un 44% de necrosis estériles que recibieron tratamiento quirúrgico.

La morbilidad y mortalidad fueron superiores en el grupo de necrosis infectada en relación a la necrosis estéril.

Conclusiones: La indicación quirúrgica debe de reservarse casi exclusivamente para los pacientes con necrosis infectada. Existiendo un reducido número de casos con una aparente "necrosis estéril" que debido a la gravedad de la enfermedad y al fracaso de la terapia médica pudieran beneficiarse con la cirugía.

MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO NO CARDÍACO

Drs. *G. Rencoret, A. Henríquez, A. Csendes, F. Parada*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

El dolor torácico es un síntoma alarmante debido a las causas potencialmente letales que lo pueden originar. La cardiopatía coronaria es frecuente, sin embargo no hay que olvidar las patologías esofágicas destacando en este grupo los trastornos motores y el reflujo gastroesofágico, que también pueden presentarse con dolor torácico. Este trabajo tiene como objetivo analizar los resultados manométricos y determinar las causas más frecuentes de dolor torácico no cardíaco de pacientes derivados a este servicio. Se estudió a un total de 99 pacientes derivados desde distintos centros a la Unidad de Manometría y pHmetría del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en un período de nueve años. Todos habían sido estudiados previamente por dolor torácico y se descartó una patología coronaria como causa de su síntoma. El estudio se realizó con una manometría esofágica y en aquellos con sospecha de reflujo gastroesofágico se complementó con una pHmetría de 24 horas. La manometría esofágica fue normal en ocho pacientes y anormal en noventa y uno. No se observaron alteraciones en el esfínter esofágico superior. Con respecto al estudio del cuerpo esofágico el trastorno más frecuente fue el esófago en cascanueces (35) de los cuales 6 pacientes presentaron un promedio de amplitud de las ondas distales mayor a 180 mmHg y 29 con a lo menos un 20% de ondas con amplitud sobre 180 mmHg. El segundo trastorno más frecuente fue el esfínter hipotensivo (28). En éste se identificaron dos grupos, aquellos sin trastorno motor asociado (10) y aquellos EEI hipotensivo asociado a un trastorno motor inespecífico (17). Se encontró un trastorno inespecífico en 16, Espasmo esofágico difuso en nueve pacientes y aperistalsis en dos pacientes. A 21 pacientes se les realizó además una pHmetría esofágica, de éstos siete presentaron un reflujo ácido (30%), dos pacientes con EED, cuatro pacientes con trastornos inespecíficos, y un paciente con un esófago en Cascanueces. Si bien es cierto la patología más frecuente corresponde al esófago en cascanueces, es de vital importancia identificar a aquellos con esfínteres hipotensivos y RGE ya que tiene una importancia terapéutica que determinaría la disminución del dolor torácico. El RGE puede asociarse con los trastornos motores por lo que una conducta quirúrgica en estos casos puede contribuir a agravar la sintomatología. Esto recalca la importancia de un estudio completo en pacientes con dolor torácico antes de iniciar alguna conducta terapéutica.

COMPORTAMIENTO POSTOPERATORIO DE INMUNOGLOBULINAS ESPECÍFICAS PARA HIDATIDOSIS

Drs. *C. Manterola, P. Schneeberger, A. Sanhueza, M. Vial, J.L. Peña*
(Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera)

Introducción: Hipótesis: Las técnicas de inmunodiagnóstico permiten realizar un seguimiento apropiado de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por hidatidosis hepática (HH). El objetivo de este estudio es determinar la utilidad de las inmunoglobulinas específicas para hidatidosis en el seguimiento de pacientes intervenidos quirúrgicamente por HH.

Material y Método: Cohorte concurrente. Se estudió una muestra aleatoria de pacientes intervenidos por HH, con ELISA-IgG y ELISA-IgE preoperatorios positivos, quienes fueron controlados en el postoperatorio en forma clínica, con laboratorio general, de función hepática, determinación de ELISA-IgG y ELISA-IgE, radiología de tórax y ecotomografía abdominal a los meses 12, 24, 36 y 48. La determinación de inmunoglobulinas específicas se realizó en el laboratorio clínico del Hospital Temuco. Para IgG, se aplicó técnica de ELISA (enzimoinmunoanálisis) con buffer de carbonato de sodio a 9,6 y una solución de antígeno a una con-

centración de 5 μg de proteínas/ml. Para IgE se empleó técnica de ELISA, con PBS a una concentración de 3 μl de antígeno/ml de PBS. Se consideró como positivo toda muestra con lectura igual o mayor al valor de corte de densidad óptica (0,700). Se utilizó estadística descriptiva para la determinación del comportamiento de las mediciones a lo largo del tiempo.

Resultados: Se estudiaron 48 sujetos, 34 de género femenino (70,8%) y 14 masculino (29,2%); con una mediana de edad de 40,5 años (16 a 75 años). En éstos, se observó el siguiente comportamiento de inmunoglobulinas específicas, en lo que a negativización del marcador se refiere.

	Año 1 (% negativización)	*Año 2 (% negativización)*	*Año 3 (% negativización)*	*Año 4 (% negativización)*
ELISA-IgE	77,7	80,7	94,7	100,0
ELISA-IgG	24,2	29,6	25,0	44,4

Por otra parte, se verificó que un 12,5% de los pacientes viraron ELISA-IgG de negativo a positivo, en algún momento del seguimiento, en ausencia de imágenes quísticas radiológicas o ecotomográficas del tórax y el abdomen.

Conclusión: Se constató un alto porcentaje de negativización de ELISA-IgE en el corto plazo, aún cuando el 100% de ésta se alcanza tardíamente. Se observó un comportamiento errático de ELISA-IgG, difícil de interpretar, que podría corresponder a falsos positivos.

EFECTO DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Drs. *Luis Ibáñez A., Alex Escalona P., Fernando Crovari E., Julieta Klaassen L., Alberto Maiz G., Sergio Guzmán B. Int. Francisca Fernández L., Valeria Jeanneret M.*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM) es una enfermedad directamente relacionada con la obesidad, de difícil control y tratamiento en el largo plazo. Un adecuado tratamiento de la obesidad permite una mejoría y eventual curación de la diabetes. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto del tratamiento quirúrgico de la obesidad en pacientes obesos diabéticos.

Material y Método: Se seleccionaron los pacientes con DM del total de pacientes sometidos a cirugía por obesidad desde agosto de 1992 a marzo de 2004. Se registró datos demográficos, evaluación nutricional, presencia de otras enfermedades asociadas, tipo de cirugía, evolución postoperatoria precoz y tardía. Se consideró curación de la DM una glicemia de ayuno normal sin requerimientos de insulina ni hipoglicemiantes y mejoría, una disminución de los requerimientos de insulina o hipoglicemiantes orales.

Resultados: De 1.162 pacientes operados, 138 presentaban DM como enfermedad asociada (11,8%). Siete pacientes (5%) eran insulinorrequirentes. La edad promedio es de 45±10 años, 86 son mujeres (62%). El índice de masa corporal (IMC) promedio es de 44±7 (kg/m^2). En 94 pacientes (68%) el bypass fue realizado por técnica abierta y en 44 (31%) por vía laparoscópica. La presencia de hipertensión arterial y dislipidemia se detectó en 89 (64%) y 93 (69%) pacientes respectivamente. La mediana de seguimiento postoperatorio es de 20 meses. El porcentaje de pérdida del exceso de peso promedio a los 6 y 12 meses es de 74 y 76% respectivamente. Todos los pacientes presentan una mejoría en el control de la DM y el 90% presenta una curación de la enfermedad. El valor de HOMA pre y postoperatorio es de 8,7 y 2,2 respectivamente. La hemoglobina glicosilada pre y postoperatoria es de 17,8 y 5,8 respectivamente.

Conclusión: El bypass gástrico en pacientes diabéticos obesos tiene una respuesta favorable en la pérdida del exceso de peso con un eficaz control metabólico precoz.

CLASIFICACIÓN DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA: EN BÚSQUEDA DE UNA ESTANDARIZACIÓN

Drs. *Carlos García C., Carlos Benavides C., Juan Guerra, Patricio Rubilar O., Francisco Ricaurte M., Carlos Perales G. Int. Paloma Robles C.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán y Departamento de Cirugía, Campus Centro Univ. de Chile)

Introducción: No existe un método universalmente aceptado del modo de presentar y publicar las complicaciones quirúrgicas. Clásicamente se reporta la morbilidad específica para cada procedimiento, como el porcentaje del total de pacientes operados. Sin embargo, este método no siempre consigue el objetivo que es medir el impacto de la morbilidad en los resultados finales de la cirugía, o los costos involucrados de dichos eventos adversos o el impacto sobre el paciente. Tampoco permite

una comparación de resultados, ya sea con distintos centros o con el mismo centro pero en diferentes épocas. Además, en un estudio reciente se deja en evidencia la falta de consenso para definir en forma específica las distintas complicaciones en cirugía digestiva. Un método ideal es clasificar las complicaciones quirúrgicas en grados de acuerdo a la gravedad de estas, basándose en el impacto terapéutico que implican. El objetivo de este trabajo es presentar y validar una clasificación de complicaciones en cirugía, en una serie de pacientes operados por cáncer gástrico.

Método: La clasificación de complicaciones propuestas por Clavien y modificada por Dindo, se basa en grados de severidad basado en el impacto terapéutico que dichos eventos adversos implican en la evolución de los pacientes. Esta clasificación tiene 7 grados. En resumen las complicaciones grado I, son aquellas desviaciones del curso normal postoperatorio sin requerir terapia específica. Grado II son aquellas que requieren medicamentos específicos, transfusión o nutrición parenteral. Grado III son aquellas complicaciones que requieren resolución endoscópica, radiológica o quirúrgica. Se subdivide en a ó b, de acuerdo a si necesitan o no anestesia general. Grado IV son aquellas que requieren ingreso a Unidad de Tratamiento Intensivo, subdivididas en a ó b, de acuerdo a si existe falla de un órgano o sistema o falla multiorgánica. Grado V constituye la muerte del paciente. Se analiza una serie de 502 pacientes, registrados en la base de datos de cáncer gástrico entre enero de 1996 y mayo de 2004. Todas las complicaciones registradas fueron reclasificadas de acuerdo a la propuesta de Dindo. Estos resultados se compararon con la longitud de días de hospitalización.

Resultados: Promedio de edad= 61,8 años (SD 12,4 mediana 64), 64,6% hombres. Operaciones realizadas: Cirugía con intención curativa 318 pacientes (63,5%), resección paliativa 37 casos (7,4%), paliación sin resección 56 (11,2%), laparotomía 90 (18%). El 62,6% de los pacientes evolucionó sin complicaciones. Complicaciones grado I= 48 pac (9,6%), Grado II 83 (16,6%), Grado IIIa 10 (2%), Grado IIIb 11 (2,2%), Grado IV a 12 (2,4%) y Grado V 20 pacientes (4%). Para los pacientes sin complicaciones, el promedio de días de hospitalización fue de 11,8 días (SD 5,18, mediana 12), Grado I 16,8 días (SD 7,2 mediana 17), Grado II 24,14 días (SD 13,2 mediana 21 días), Grado IIIa 27 días (SD 10,65, mediana 22,5), Grado IIIb 31 días (SD 19,26, mediana 23), Grado IVa 26 (SD 14,53, mediana 21) y Grado IVb 88 (SD 39,05, mediana 108 días). El promedio de días en que ocurrió la muerte de los pacientes fue de 18,3 días.

Conclusiones: Este sistema de clasificación de complicaciones es capaz de separar en distintos grados los efectos adversos (morbimortalidad) de pacientes operados por cáncer gástrico. Discrimina la gravedad de las complicaciones en base a la complejidad del método terapéutico empleado para su resolución, y se correlaciona directamente con los días de hospitalización. Esta clasificación de complicaciones propuesta, es reproducible en nuestro medio, y podría convertirse en un método universal de reporte de complicaciones.

LA COLESTEROLOSIS: ¿UN FACTOR PREDICTIVO DE CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR?

Drs. *I. Roa[1], X. de Aretxabala[2], G. Ibacache[1], J. Araya[1], J. Roa[1], O. Tapia[1], S. Muñoz[3]*
([1]Departamento de Anatomía Patológica. [2]Departamento de Cirugía. [3]Unidad de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco)

Introducción: La colesterolosis corresponde a presencia de histiocitos espumosos en el corion de la mucosa, secundaria a la saturación de colesterol. La colesterolosis se observa frecuentemente en colecistectomías por litiasis o inflamación vesicular. No existen estudios en que relacionen a la colesterolosis y el cáncer de la vesícula biliar.

Objetivo: Determinar el grado de asociación e importancia entre la colesterolosis y el cáncer vesicular.

Material y Método: Se analizan las colecistectomías procesadas en nuestro departamento entre 1993-2002. En dicho período se procesaron 23.304 vesículas biliares. Se determinó la homogeneidad del diagnóstico de la colesterolosis por distintos patólogos. Se determinó la relación entre colesterolosis y colecistitis crónica, adenomas, displasia y cáncer de la vesícula biliar.

Análisis estadístico: Prueba de Chi cuadrado para tablas de contingencia, análisis de la varianza para los promedios y modelo de regresión logística. Se consideró como significativo un $p< 0,05$.

Resultados: El grupo total fue de 23.304 pacientes. El 86,6% eran mujeres (18.352) con un promedio de edad de 45,2 años (SD 15,8). Los hombres (4.871), tuvieron un promedio de edad de 53,4 años (16,3) ($p= 0,019$). Se observó colesterolosis en 3.120 casos (13,4%), la máxima frecuencia se observó en la tercera década (26,2% de las vesículas biliares). La colesterolosis fue más frecuente en mujeres (14,2%) que en hombres (10,2%) ($p<0,001$). En el mismo período se diagnosticaron 29 pacien-

tes con adenomas (0,12%), 179 casos con displasias no asociadas a cáncer (0,77%) y 739 cánceres de la vesícula biliar (3,17%). La frecuencia de colesterolosis en colecistitis crónicas fue de 13,8%, en adenomas (13,7%) y displasias (12,13%), en cambio en los pacientes con cáncer fue de 1,75% ($p<0,0001$). De los 13 casos con cáncer vesicular y colesterolosis, 10 fueron carcinomas incipientes. La razón de Odds en sujetos con cáncer y sin colesterolosis fue de 11,65 más que los sujetos sin cáncer y con colesterolosis (intervalo de confianza 6,1-26,1). En el modelo de regresión logística ajustada por sexo y edad razón de Odds fue de 9,2 veces más.

Discusión: La colesterolosis se observan en alrededor del 15% de las colecistectomías y presenta una asociación negativa con el cáncer de la vesícula biliar. Existe un mayor riesgo de encontrar pacientes con cáncer si en su vesícula biliar no existe colesterolosis. La presencia de colesterolosis contribuiría a descartar la mayoría de los cánceres vesiculares durante el acto operatorio.

Seccional: HERNIAS

HERNIA INCISIONAL GIGANTE. ROL DEL NEUMOPERITONEO TERAPÉUTICO

Drs. *J. Rappoport, R. de La Cuadra, F. Huidobro, J. Bezama, L. Gutiérrez y EU. E. Vidal*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La hernia incisional gigante, con pérdida de derecho a domicilio, en que gran parte del contenido abdominal está fuera de la cavidad abdominal, representa un desafío terapéutico. Diversas técnicas como el empleo de mallas protésicas, incisiones de relajación, resección de epiplón e incluso de intestino, han sido utilizadas. El neumoperitoneo ha sido empleado empíricamente en estos casos.

Objetivo: El propósito del presente trabajo es analizar el rol del neumoperitoneo (Np), con monitorización de la presión intraabdominal, en la reparación de estos defectos complejos.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, no randomizado. Criterio de Inclusión: pacientes con hernia incisional (HI) con anillo mayor de 10 cm y/o saco mayor de 15 cm en los cuales la evaluación preoperatoria plantea dudas sobre la factibilidad de reintroducir las vísceras al abdomen. Se analizan 7 pacientes, 3 hombres y 4 mujeres, edad 37 a 88 años, portadores de HI con anillo herniario de 14 x 17 a 20 x 25 cm. Se coloca catéter Arrow de poliuretano ES-0440 16 Ga, bajo anestesia local, en flanco izquierdo, a través del cual se introduce aire ambiental, diariamente, en volúmenes de 500 a 1.500 cc. Se midió perímetros abdominales, presión intraabdominal (PIA) antes y después de cada Np. Se estableció como máximo permitido una PIA de 15 mm. Si el paciente sobrepasaba este valor al inicio, se difería el Np, y si era el valor postneumoperitoneo, se observaba al paciente, vaciando el aire si el paciente presentaba descompensación hemodinámica, dificultad respiratoria y/o dolor abdominal. Se registró el volumen total de aire introducido en la cavidad abdominal.

Resultados: Se efectuaron de 6 a 21 Np preoperatorio a cada paciente, (x 12 ± 3). El volumen total fue 4650 a 17.700 cc (x 9400 ± 3.300). Los perímetros abdominales aumentaron entre 10 a 24 cm (x 15 ± 3,3). Los valores máximos de la PIa preoperatoria variaron entre 13 y 25 cm de agua (x 17 ± 4,4). Un paciente presentó descompensación cardiovascular al neumoperitoneo Nº 7 (volumen total de 9,8 l). En 2 pacientes fue necesario vaciar parcialmente el neumoperitoneo por intolerancia transitoria. Los 7 pacientes fueron operados, practicando herniorrafia con prótesis de reemplazo aponeurótico sin afrontar los bordes de anillo herniario.

Conclusión: El neumoperitoneo terapéutico con monitorización de la PIA permite objetivar el uso de esta técnica empleando parámetros objetivos de tolerancia al incremento de volumen intraabdominal.

HERNIA FEMORAL, TRATAMIENTO MEDIANTE TÉCNICA DE LICHTENSTEIN MODIFICADA

Drs. *A. Acevedo, M. Bravo, A. García*
(Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria CRS Cordillera Oriente)

Introducción: El abordaje anterior de la hernia femoral ha demostrado que en un 60% de los casos la pared posterior del canal inguinal esta debilitada. El presente estudio da cuenta de la técnica de hernioplastia del tracto iliopubiano ya comunicada anteriormente, incorporando una malla de Lichtenstein modificada.

Material y Métodos: Dieciocho pacientes, 15 mujeres y 3 hombres, operados de hernia femoral no complicada entre los años 2001 y 2002; con anestesia local y en forma ambulatoria en el CRS Cordillera. Tras incidir la pared posterior y reducir el saco herniario, se expuso el ligamento pectíneo o de Cooper. Se colocó una malla de prolene similar a la usada en la técnica de Lichtenstein, a la que se ha incorporado al cortarla, una extensión que per-

mite suturarla al ligamento de Cooper con 4 puntos de prolene 2.0. El resto de la hernioplastia se realizó con la técnica habitual.

Resultados: En todos los pacientes se comprobó un desplazamiento hacia medial de la aponeurosis del músculo transverso y del tracto iliopúbico, con debilitamiento de la pared posterior. La reparación mediante la técnica de Lichtenstein modificada se realizó con facilidad y sin complicaciones, y fue bien tolerada por los pacientes.

Conclusión: 1) La hernia femoral se acompaña de debilidad de la pared posterior del canal inguinal. 2) La técnica de Lichtenstein soluciona en forma satisfactoria la hernia femoral y la debilidad de la pared posterior del canal inguinal. 3) El procedimiento efectuado en forma ambulatoria con anestesia local tuvo buena aceptación por parte de los enfermos.

HERNIOPLASTIA INGUINAL CON TÉCNICA PHS (PROLENE HERNIA SYSTEM): RESULTADOS A 67 MESES

Drs. *Claudio Wainstein G.*[1], *Jaime Rappoport S.*[1], *Cristián Bardavid S.*[1], *Horacio Díaz B.*[2]
([1]Instituto Internacional de la Hernia, Clínica Arauco. [2]Clínica Avansalud Providencia)

Introducción: La cirugía de las hernias inguinales es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en nuestro país y en el mundo. En la actualidad las técnicas que se basan en el principio de "reparación libre de tensión" son las más utilizadas. En 1998 iniciamos nuestra experiencia con el uso de Prolene Hernia System (PHS) (Ethicon Inc), prótesis tridimensional de polipropileno monofilamento desarrollada por A. Gilbert en USA, para el tratamiento quirúrgico de hernias inguinales. El PHS, puede ser usado para repara hernias inguinales tanto primarias como recidivadas. Nuestro protocolo de trabajo se ha basado en la aplicación de esta técnica en la modalidad de cirugía con hospitalización menor de 24 horas.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el uso del PHS en el tratamiento de las hernias inguinales con hospitalización menor de 24 horas y resultados con seguimiento postoperatorio de hasta 67 meses (más de 5 años).

Pacientes y Métodos: Nuestra serie consta de 211 hernioplastias con la técnica de PHS en 193 pacientes consecutivos, realizadas entre los meses de octubre de 1998 a julio de 2004 (67 meses).

La serie está constituida por 179 hombres y 14 mujeres, con edad promedio de 49 años, con un rango de 16 a 81 años. En 18 pacientes se realizó hernioplastia bilateral simultánea. En todos los casos se utilizó anestesia regional. Se utilizó de rutina antibiótico profilaxis con Cafazolina 1 g ev. Se les explicó a los enfermos la técnica a utilizar.

Resultados: No hubo complicaciones intraoperatorias en la serie. El tiempo operatorio promedio fue de 40 minutos con un rango de 20 a 60 minutos. La hospitalización fue de 8 a 23 horas, excepto en 10/18 pacientes del grupo en quienes se realizó hernioplastia bilateral simultánea, quienes se mantuvieron hospitalizados por hasta 48 horas. En el postoperatorio inmediato se presentaron 9 pacientes con retención urinaria, sin afectar su alta; durante los controles postoperatorios: 8 seromas; 2 hematomas y 1 paciente presenta infección de herida operatoria tratada médicamente. No se registraron rehospitalizaciones por complicaciones postoperatorias.

Seguimiento:

– Seguimiento 55 a 67 meses: 23 pacientes.
– Seguimiento 43 a 54 meses: 27 pacientes.
– Seguimiento 31 a 42 meses: 60 pacientes.
– Seguimiento 24 a 40 meses: 42 pacientes.
– Seguimiento 12 a 24 meses: 41 pacientes.

La recidiva en nuestra serie es 0% a la fecha, (0/211 hernioplastias).

Conclusiones: La técnica de PHS, permite tratar en forma satisfactoria a los pacientes portadores de hernia inguinal. La opción de hospitalización menor de 24 horas es factible y no reviste mayor riesgo para los pacientes. El seguimiento de nuestra serie muestra ausencia de recidiva a la fecha (0/229 hernioplastias).

TÉCNICA DE PÉREZ FONTANA: UNA ALTERNATIVA FRENTE A LA HERNIOPLASTIA CON MALLA DE POLIPROPILENO (LICHTENSTEIN)

Drs. *Manuel Barroso V., Pablo Frindt F., Eduardo Molina V., Carlos Manterola D., Felipe Panussis F., Sara Mir C., Miguel Gatica I.*
(Departamento y Servicio de Cirugía, Universidad de La Frontera, Hospital Dr. H. Henríquez, Temuco)

Introducción: La hernia inguinal, constituye una condición patológica de gran impacto socioeconómico por su alta incidencia (15% en EEUU). Pese a la diversidad de técnica quirúrgicas ideadas para su corrección, no se ha logrado el 0% de recidiva. En la incesante búsqueda de este ideal, han sidos propuestos una infinidad de procedimientos, entre los que se destaca por su lógica y simplicidad, el

ideado por el Profesor uruguayo Velardo Pérez Fontana, en 1954. Dada la experiencia que hemos adquirido con este método desde 1979, y los esperanzadores resultados a largo plazo, hemos querido compararlo con la denominada "Hernioplastia Libre de Tensión", usando malla de polipropileno (Operación de Lichtenstein). En este trabajo, se pretende comparar estas dos técnicas, basadas ambas en el principio: Hernioplastia libre de tensión, pero diferenciadas en que el método de Liechtenstein usa una malla, y el de Pérez Fontana, una bandeleta proporcionada por la aponeurosis del oblicuo mayor. Nuestros objetivos, son demostrar la equivalencia de ambas técnicas, reportar morbilidad comparativa, tiempo operatorio, estancia hospitalaria postoperatoria y recurrencia.

Material y Método: Se de una cohorte retrospectiva de 188 pacientes operados por el Equipo de Cirugía General del Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. H. Henríquez" de Temuco, entre los años 1999 y 2003. Se efectuó análisis estadístico con test de Fisher, considerando como significativa una $p < 0,05$. Son 161 pacientes operados con la técnica de Pérez Fontana (85,6%), Grupo I, y 27 (14,4%) con técnica de Lichtenstein Grupo II. En el Grupo I, 126 (78,3%) eran varones, y 35 (21,7%), mujeres. La edad promedio del Grupo I, fue de 54 años, con una dispersión entre 17 y 87 años. En el Grupo II, 20 pacientes fueron hombres (74,0%) y 7 mujeres (26,0%) siendo su edad promedio 72,8 años, con una dispersión comprendida entre 45 y 85 años.

Resultados: El tiempo operatorio promedio, fue de 79,7 minutos en el Grupo I, y de 97,5 minutos, en el Grupo II. La morbimortalidad del Grupo I fue de 7,5% (12 pacientes), y de 11% (3 pacientes), en el Grupo I. La estancia postoperatoria fue de un promedio de 1,5 días en el Grupo I y de 2,3 días, en el Grupo II. Hubo 2 recidivas en el Grupo I (1,24%), y ninguna, en el Grupo II (0,0). En ninguna de las series hubo mortalidad. Tanto en el Grupo I, como en el Grupo II, tiempo operatorio, mortalidad, estancia hospitalaria postoperatoria, fueron sensiblemente similares, lo que confirma la similitud de ambos procedimientos.

COMPLICACIONES DE HERNIOPLASTIA CON MALLA

Drs. *M. Rojas,* Als. *F. Allegro, P. Cortez, F. Ferrada*
(Servicio de Cirugía, Hospital de Tomé)

Introducción: La utilización de material protésico para la reparación de hernias ha reducido significativamente las tasas de recidiva, pero esto se ha asociado a una mayor morbilidad quirúrgica.

El objetivo de la presente revisión es describir y comparar las complicaciones derivadas desde la introducción de las técnicas con malla *vs* técnicas tradicionales en el Hospital de Tomé.

Material y Método: Se revisan retrospectivamente las hernioplastias realizadas entre abril de 1999 y abril de 2003. De un total de 213 pacientes, 80 (37,6%) se intervinieron con mallas, realizando 88 procedimientos.

El grupo con malla presenta una edad promedio de 58,4 años *vs* 48,3 años. En ambos predominan los hombres.

Las principales indicaciones de malla fueron la recidiva herniaria 35%, inguinal primaria 30%, la incisional 25% y la inguinal bilateral 8%.

La patología asociada estaba presente en el 26%, destacando la LCFA, obesidad, alcoholismo e hipotiroidismo.

Se utilizó malla de polipropileno. Se asoció profilaxis antibiótica en el 100% (cloxacilina IV por 24 horas) y se utilizó un drenaje aspirativo cerrado según necesidad.

Resultados: La estadía hospitalaria promedio fue de 4,5 días cuando se usó malla *vs* 3,2 días. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 23 (28,7%) operados con malla *vs* 10 (7,5%) sin malla. Correspondiendo en su mayoría a serohematomas de la herida en 16/23 *vs* 5/10 respectivamente, siendo todos de manejo local ambulatorio. Cabe notar que todos los seromas se produjeron en pacientes con hernias incisionales y en 4 de estos (33,3%) no se utilizó el drenaje.

La infección de la herida operatoria se presentó en 4 (5%) hernioplastia con malla vs 2 (1,5%) de cirugías tradicionales. Destacando la presencia en las primeras de obesidad y origen incisional en el 50%. Cabe notar que todas se manejaron con antibióticos y drenaje, sin necesidad de retiro de malla.

Conclusiones: La tasa de infección de la herida operatoria en la hernioplastia con malla es baja y está dentro de los estándares para la cirugía limpia. Cuando se produce, es manejable con antibióticos y drenajes de colecciones.

Debido a que la tasa de seroma es alta cuando se usa malla, y se presenta en la mayoría de los pacientes con hernias incisionales. Se justifica en ellos el uso rutinario del drenaje aspirativo.

La obesidad es otro factor a considerar, ya que contribuyó al 50% de las infecciones cuando se utilizó malla.

HERNIOPLASTIA INGUINAL. TÉCNICA DE TAPÓN Y MALLA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

Drs. *Claudio Vallejos O., Marcelo Ríos M., Félix Torres B., Rodrigo López E., Francisco Hernández G., Carlos Loyola R.*
(Hospital de Coyhaique)

La hernioplastia con uso de mallas protésicas para todas las hernias inguinales se fundamenta en el principio de la reparación sin tensión del defecto herniario. Se han descrito varias técnicas. En nuestro país la más difundida es la técnica de Lichtenstain, pero en la literatura internacional se han descrito otras también con buenos resultados. En nuestro Servicio incorporamos las técnicas sin tensión con uso de mallas protésicas el año 2000. El autor se inclinó exclusivamente por realizar la técnica descrita por Rutkow de tapón y malla. El objetivo de este trabajo es describir y analizar los resultados de 70 pacientes consecutivos de herniorrafia inguinal con técnica de Tapón y malla realizados entre enero de 2000 y enero de 2004. En el período de estudio en nuestro Servicio se intervinieron 186 hernias inguinales de las cuales 75 fueron con técnica de Rutkow y son motivo de este estudio, 66 hombres, 4 mujeres, edad 22 a 92 años. Se operaron un total de 75 hernias, indirectas 44, directas 23 y en pantalón 2. De urgencia 4 y 65 electivos. Recidivadas 10. El tiempo quirúrgico fue de una media de 40,6 minutos rango 20 a 110 minutos. Complicaciones se observaron en 3 pacientes, infección de la herida solo en 1 paciente. El 100% de los casos se encontraba en condición de alta antes de las 24 horas. Con un seguimiento de 55 pacientes hasta la fecha no hay recidiva.

REEVALUACIÓN DE HERNIOPLASTIAS CON MALLA DE POLIAMIDA

Drs. *R. Valenzuela, R. Meza, P. Toro, P. Radich, S. Bustos, C. Heine*
(Servicio de Cirugía, Hospital Carlos Cisternas de Calama)

Introducción: El uso de materiales protésicos para la reparación de hernias ha sido validado como una procedimiento eficiente y útil, en su evolución se han presentado diferentes opciones que van desde los materiales biológicos como Duramadre, Tendon de Fascia Lata, Saco herniario, hasta otros como los materiales sintéticos Dacrón, Polipropileno poliglactina, Dexón. Nuestro grupo ha usado desde 1988 una malla de Poliamida que hemos evaluado en trabajos previos, dicha malla se caracteriza por sus propiedades de ductilidad, flexibilidad tolerancia a la infección escasa reactividad del huésped y un costo accesible en comparación a las mallas disponibles en forma habitual. En los años de estudio de este material hemos encontrado otros diseños de trama de la malla original de Muselina que al usarlos en el tratamiento de las hernias han mejorado nuestros resultados previos. El objetivo de esta presentación es evaluar una serie de 176 pacientes implantados con malla de Muselina. En 80 pacientes se usó una malla formada por monofilamentos en lugar de multifilamentos de la malla original ello ha incidido en una mejor evolución caracterizada por un peel de cicatriz más delgado menor incidencia de seromas y cicatrices menos voluminosas, acortándose también la evolución postoperatoria.

Material y Método: Se incluyen en un protocolo prospectivo 176 pacientes con indicación de implante de malla operados entre junio de 1996 y julio de 2004. Estos representan el 29,9% de un total de 587 hernias operadas durante este período. Las cirugías fueron realizadas por todos los cirujanos del servicio. Se evalúan los tipos de hernia operados, las complicaciones postcirugía y se realiza un seguimiento programado de los pacientes. Se analizan muestras anatomopatológicas de pacientes a diferentes tiempos del implante. Se describen diferentes tramas de la malla original y sus usos eventuales.

Resultados: Hubo 101 mujeres y 75 varones, se operaron 92 hernias incisionales; 58 hernias inguinales y 26 hernias umbilicales la edad promedio de los pacientes fue de 59 años, las cirugías originarias de la hernia más frecuentes fueron cesárea, colecistectomía y hernia inguinal y los factores herniógenos encontrados fueron obesidad, mala calidad de los tejidos y bronquitis crónica. Las complicaciones que se produjeron fueron poco relevantes y consistieron en seroma, infección de la herida y recidiva de la hernia. No hubo rechazo de la malla ni tampoco hubo que retirar ninguna de éstas por otras complicaciones. El seguimiento promedio es de 74 meses. En la presente serie disminuyeron en más del 50% las complicaciones de la serie original se redujo la hospitalización a un tercio.

Conclusiones: Derivado de este estudio concluimos que la malla de muselina ha demostrado ser un recurso muy útil y promisorio para la reparación de todo tipo de hernias y que la trama de malla con monofilamentos ha mejorado nuestros propios resultados obtenidos con la malla multifilamentos.

HERNIAS INCISIONALES, REVISIÓN DE DOS AÑOS, HOSPITAL RAMÓN BARROS LUCO-TRUDEAU

Drs. *Gastón Astroza E., Cristián Cortés V.* Ints. *Raúl Casas C., Francisca Bravo M., Rodrigo Castillo I., Rodrigo Carvajal G.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía, Campus Sur, Universidad de Chile)

Siendo la hernia incisional una complicación que se presenta en el 3 a 13% de las laparotomías y una patología frecuente del quehacer de nuestro servicio de cirugía, nos parece importante revisar algunas características de los pacientes afectados por esta patología, junto a evaluar las conductas terapéuticas realizadas y las complicaciones asociadas, para así poder en un futuro cercano delinear conductas establecidas de enfrentamiento a esta patología.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del total de pacientes intervenidos por hernias incisionales en el período comprendido entre 01 enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2001. Se revisaron los expedientes clínicos y protocolo operatorio junto a la evolución postoperatoria.

El grupo total estudiado comprendía 198 pacientes intervenidos por hernia incisional, los que se conformaron por 164 mujeres (82,83%) y 34 hombres (17,17%). El promedio de edad global correspondió a 56,67 años (con rango entre 25 y 83). En el grupo en estudio existían 23 pacientes con DM, 60 con HTA, 11 con EBOC y 4 nefrópatas. De estos pacientes sólo 7 (3,53%) fueron intervenidos de urgencia. La ubicación del defecto herniario más prevalente fue xifoumbilical (50,5%). El 71,72% correspondieron a hernias primarias, 24,75% secundarias.

En el 66,17% de los casos fue colocado material protésico de polipropileno, con un 4,55% de los casos en que se colocó doble malla. El tiempo operatorio promedio del total de pacientes fue de 96,86 minutos.

Un 12,62% de los pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, siendo la infección del sitio operatorio la más frecuente. Sólo dos pacientes requirieron ser reintervenidos durante el postoperatorio inmediato debido a un hematoma del sitio operatorio y a una evisceración respectivamente.

El tiempo postoperatorio de estadía hospitalaria fue de 5,5 días promedio. No se observó mortalidad en la serie analizada.

Conclusiones: Los resultados muestran una buena evolución postoperatoria, con una corta estadía hospitalaria promedio, complicaciones menores de fácil manejo en su mayoría, sin observarse mortalidad.

HERNIA PARAOSTÓMICA. DISEÑO DE UNA NUEVA TÉCNICA, COMUNICACIÓN PRELIMINAR

Drs. *C. Bardavid S., J. Saba*
(Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca)

Introducción: La hernia paraostómica es un problema frecuente y constituye la principal causa de reintervención quirúrgica en pacientes ostomizados. Al revisar la literatura se encuentra una gran variedad de modificaciones a las técnicas quirúrgicas originales, sin embargo, la mayoría de dichos estudios son retrospectivos, no randomizados, con un escaso número de pacientes y breves períodos de seguimiento, por lo que es difícil establecer una conclusión sobre resultados, las tasas de recidiva se encuentran cercanas al 30% apreciando una insatisfacción quirúrgica en este tema.

Objetivo: Es proponer una técnica de reparación con malla, en la que esta no se encuentra en contacto ni con el peritoneo ni con el asa exteriorizada.

Material y Método: Se diseña una técnica de reparación con una cincha de malla ajustable subaponeurótica periostómica.

Técnica quirúrgica: (Secuencia fotográfica) A 2 cm del margen del anillo herniario, se incinde circularmente la hoja anterior de la aponeurosis con el objeto de crear un túnel subaponeurótico que alojará posteriormente la cincha. Se utilizó una malla de polipropileno de 5 x 16 cm la que es rotada sobre su eje mayor para quedar conve en un cilindro de 1,5 cm de grosor apto para su manipulación y que hará el efecto de cincha ajustable. A continuación se cierra la aponeurosis con prolene 2-0 continuo quedando oculta la malla. De esta forma la malla se dispone como una cincha alrededor del defecto con 2 extremos libres cuya tracción cruzada determinará la calibración final de 3,5 cm de diámetro del orificio aponeurótico, los extremos se entrecruzan, fijándolos y estabilizándolos con puntos separados del mismo material los cuales son sumergidos en el mismo plano que el resto de la prótesis. La recolocación del ostoma en la piel se realiza en forma habitual.

Resultados: Se han realizado 3 controles en un plazo de 1 año, no observando problemas regiona-

les y la calibración original del anillo aponeurótico se mantiene constante desde la cirugía, la exploración digital del ostoma permite palpar el anillo aponeurótico circular uniforme y firme.

Conclusiones: Pareciera existir consenso en que los mejores resultados se obtienen con la utilización de material protésico, sin embargo, el uso de malla no está exenta de morbilidad, sobre todo sépticas. Este diseño técnico, parece evitar varios problemas: primero al estar la malla tunelizada en un plano subaponeurótico queda alejada del asa exteriorizada y del peritoneo. Segundo, al diseñar una cincha ajustable permite calibrar la reparación, generando un anillo no extensible. Una situación adicional es la menor posibilidad de formar hematomas y seromas al ubicarse en un plano con mejor irrigación.

EXPERIENCIA DE LA REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES EN EL HOSPITAL BASE DE OSORNO

Drs. *P. Bórquez, R. Guridi, N. Bello, A. Baeza, M. Salinas, I. Blanco, I.M. Henríquez*
(Equipo de Cirugía General y Plástica. Servicio de Cirugía, Hospital Base de Osorno)

La hernia incisional ocurre entre un 2 y un 11% de las laparotomías. Es un problema de salud pública por el número de pacientes afectados que limita la posibilidad de resolución quirúrgica. Con el cierre simple se describen tasas de recurrencia > al 50%, pero con la introducción de técnicas de reparación con malla esta cifra se ha reducido a menos del 10%. Nuestro objetivo es describir el perfil biodemográfico y analizar cómo fueron reparadas las hernias incisionales por los cirujanos del Hospital Base de Osorno entre enero de 2000 y julio de 2004 y secundariamente analizar a los pacientes con recidiva de hernia incisional en el mismo período. Se presenta una serie de casos de 201 pacientes intervenidos por hernia incisional, 35 hombres (17,4%) y 166 mujeres (82,6%) con edad promedio de casi 60 años, obesidad severa y sus hernias son reparadas mayoritariamente de urgencia. Un 96% no presentó infecciones del sitio operatorio. La inmensa mayoría de las hernias incisionales ocurrieron en laparotomías verticales y fueron reparadas con cierre primario y sólo un 11,5% de los pacientes reparados fue reforzado con malla. La recidiva de la hernia incisional previa ocurrió en 36,8% de los pacientes. No hay diferencias biodemográficas entre la población con hernia incisional pura y la población con recidiva de hernia incisional. Nuestros resultados no son buenos en la reparación de hernias incisionales. Son en parte el reflejo de las características propias de los pacientes como son la obesidad y las enfermedades crónicas. Además son pacientes que se reparan en su gran mayoría de urgencia donde las condiciones no siempre son las mejores. Debemos aumentar el número de pacientes con hernia incisional reparados con malla.

URGENCIAS ABDOMINALES POR HERNIAS COMPLICADAS

Drs. *L. Gutiérrez, R. De la Cuadra, J. Hernández, F. Maldonado, G. Ross, T. Martinac, J. González, C. Larraín*
(Departamento de Cirugía. Servicio de Emergencia, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: Las hernias son una patología prevalente en la población general. Pueden presentarse a cualquier edad de la vida y son un motivo importante de consulta quirúrgica. Un número de estos pacientes presentan complicaciones que obligan a adoptar conductas de urgencia.

El objetivo de este trabajo es efectuar un análisis de los casos de hernias abdominales complicadas que consultan y son ingresadas en el Servicio de Emergencia de un Hospital Clínico Universitario.

Material y Método: Se revisaron los registros de todos los pacientes operados por hernias abdominales desde enero de 1996 hasta diciembre de 2003. De este grupo se obtiene todos los pacientes que fueron ingresados y operados en el Servicio de Emergencia de nuestro hospital. Se excluyeron del estudio los menores de 15 años. No hubo limitaciones por sexo en este estudio. Aspectos relacionados al diagnóstico, técnica quirúrgica, días de hospitalización y complicaciones son considerados.

Resultados: En este período 5425 pacientes fueron operados por hernias abdominales, de los cuales 829 se intervinieron de urgencia (15,3%). De estos, 460 pacientes (55,4%) presentaron una hernia incisional complicada, pero que las condiciones locales permitieron reparaciones primarias con malla o bien reemplazo protésico. En 37 pacientes (4,5%) hubo una hernia incisional complicada que las condiciones locales no permitió el uso de prótesis. En 331 pacientes (39,9%) hubo hernia inguinal o femoral complicada, con reparación primaria y en general sin el uso de prótesis. La edad promedio de los pacientes fue de 48 años con un rango desde 15 a 95 años. El promedio de días de hospitalización fue de 3,1 con un rango de 1 a 122 días.

Del total de operaciones de urgencias 12 pacientes presentaron complicaciones que prolongaron la estadía hospitalaria.

Conclusiones: 1) Un porcentaje importante de las intervenciones de hernias son realizadas de urgencia. 2) El motivo de consulta principal es dolor, atascamiento y en un pequeño porcentaje estrangulación. 3) La tasa de complicaciones en los pacientes intervenidos de urgencia es baja, contrariamente a lo que se pudiera esperar.

RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTIA DE LICHTENSTEIN DESPUÉS DE MÁS DE 4 AÑOS Y 6 MESES DE SEGUIMIENTO: DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE MEDICIÓN

Drs. *Marcelo Beltrán[1], Celeste Burgos[1], Mauricio Paredes[2], Hugo Martínez[1], Rodolfo Larenas[1], Tito Tapia[1], Jorge Almonacid[1], Tatiana Danilova[1], Alfonso Vicencio[1], Gustavo Sosa[1],* Sras. *Gloria Araya[3], Karina Cruces[3]*

([1]Departamento de Cirugía. [2]Unidad de Psiquiatría y Salud Mental. [3]Enfermeras Departamento de Cirugía, Hospital de Ovalle)

Introducción: La hernioplastia de Lichtenstein fue introducida en el Hospital de Ovalle en 1997. Actualmente 100% de las hernias inguinales se operan en nuestro servicio mediante esta técnica. La evaluación de los parámetros habituales de éxito en la hernioplastia de Lichtenstein no refleja sus resultados reales. Es posible evaluar estos resultados desde el punto de vista del cirujano y del paciente, utilizando un instrumento diseñado para ello. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein en pacientes mayores de 15 años de edad (Seguimiento 54-90 meses), que representan los primeros 3 años de la técnica de Lichtenstein en nuestro hospital.

Material y Método: Para lograr este objetivo se desarrolló un instrumento de evaluación cualitativa y cuantitativa de resultados, en base al concepto de calidad de vida. Se diseñó un estudio en dos fases. Inicialmente se realizó un análisis retrospectivo de las fichas clínicas. En una segunda fase los pacientes fueron citados al hospital para entrevista y examen físico. Se aplicó el test *t* de Student para las variables continuas y el X^2 para las variables categóricas, el nivel de significación se estableció en $p<0,05$. Los ítems del instrumento desarrollado fueron evaluados con el test Kappa, los resultados fueron corregidos con el test Phi y comparados con los días de hospitalización y recurrencia de la hernia.

Resultados: El promedio de edad general fue 54,9. El 65,2% fueron hernias del lado derecho, 63,8% correspondieron a hernias indirectas, 87,8% fueron hernias primarias. El puntaje obtenido por el instrumento, demostró que 83% de los pacientes siente que los resultados de su cirugía son excelentes (10 a 11 puntos), 9,7% siente que los resultados son muy buenos (8 a 9 puntos) y 9 pacientes (3,8%) siente que son malos o muy malos. Objetivamente, 15,7% presentaron complicaciones en postoperatorias y se produjo una recurrencia (0,4%).

Conclusiones: La información recopilada en este estudio puede verse como parte del mejoramiento continuo en la calidad de atención. La evaluación de los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein no debe reflejar únicamente la capacidad técnica de los cirujanos sino también los aspectos más íntimos de la experiencia del paciente. Nuestro estudio representa un aporte en ese sentido. Mediante la utilización del instrumento de medición, la evaluación de los resultados de la hernioplastia con malla sin tensión pueden ser comparados entre diversos grupos de cirujanos dedicados a la patología herniaria.

ESTUDIO COMPARATIVO DE CIRUGÍAS DE HERNIAS INGUINALES CLÁSICAS VERSUS CON MALLA DE POLIPROPILENO

Drs. *Ernesto Chacón G., Samuel Durán*

(Servicio de Cirugía. Hospital Las Higueras de Talcahuano. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

La hernia inguinal es una patología frecuente y un gran desafío para el cirujano. Nosotros pretendemos demostrar que los cambios en el tratamiento de éstas, se consiguen resultados favorables.

Objetivo: Es determinar la realidad a nivel local, de si la incorporación de la técnica con prótesis “sin tensión” (Lichtenstein) tiene ventajas objetivas con respecto a las técnicas clásicas “con tensión”.

Material y Método: Se analizan 392 operaciones de hernia inguinal, en forma retrospectiva, 166 con malla y 226 sin malla (técnica de plicatura), en 346 pacientes cuya edad promedio fue de 55 años (varía de 16 a 86 años). Hernias derechas fueron 222 (56%) y 170 izquierdas (44%). Operadas entre enero de 2000 y diciembre de 2003 el número de hombres superó a las mujeres en 6:1 se aplica en todos los casos técnica abierta; 343 hernias primarias y 49 recidivadas, de las cuales 11 son dentro del período de observación (8 sin malla y 3 con malla).

Resultados: El motivo de consulta más frecuente fue el aumento de volumen (70,9%) y el dolor en un 13%. Un 37% de los pacientes presentaba alguna patología crónica asociada. La estadía postoperatoria fue en un 88% menor a 2 días, sin variación entre ambos grupos. La recidiva global determinada en el período fue de 12%, de la cual es 1% en malla y 17% en sin malla (p> 0,01), con un seguimiento promedio de 1,3 años (de 1 mes hasta 2,8 años). De las complicaciones la mayor fue hematoma de herida operatoria de un 4,6%, seguido por infección de la herida operatoria de un 1,6% sin diferencias entre ambos grupos, tuvimos 2 casos de fístula en los casos por malla (1%), ambos requirieron cirugía de retiro de malla. El dolor crónico (más allá de 3 meses se reportó en un 6% (4% en con tención y 2% en sin tensión)). No hubo morbilidad general ni mortalidad en esta serie.

Conclusión: De este trabajo se desprende que la técnica sin tensión es mejor para el paciente en los parámetros evaluados, aunque cabe hacer notar que los seguimientos reportados aún no son categóricos para abolir el uso de las técnicas clásicas.

Seccional: MAMAS

CARACTERIZACIÓN DE TUMOR PHILLODES EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. *N. Aliaga, C. Ospina, L. Moyano, F. Rodríguez, J. Amat, R. Rossi, P. Gac, E. Ortuondo, J. Munita,* Int. *C. González*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El tumor Phillodes es un tumor fibroepitelial infrecuente que se asemeja al fibroadenoma, puede ser benigno o maligno. Para su diagnóstico se requiere combinar clínica, estudio de imágenes e histología. Debe plantearse el diagnóstico frente a un tumor de mama aparentemente benigno que presente crecimiento rápido en una mujer mayor de 35 años.

Objetivo: Caracterizar la presentación clínica, estudio y manejo del tumor Phillodes en Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de tumor Phillodes operados en el departamento de Cirugía entre 1991 y 2004 (15 casos). Se consignó: edad, motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes familiares, método de estudio, tamaño, ubicación de la lesión, tratamiento, histología, tiempo de hospitalización, complicaciones, seguimiento postoperatorio y estado actual.

Resultados: Se registraron, 15 pacientes con diagnóstico de tumor Phillodes; edad promedio: 35,4 años (rango 15-63 años). Tiempo promedio de evolución: 10 meses (rango 1-24 meses). En 14 casos el motivo de consulta fue masa palpable; en un caso por hallazgo mamográfico. Todas las pacientes fueron operadas. Tamaño de la lesión entre 1 a 17,5 cm (promedio 3,6 cm). Ubicación de la lesión: mama derecha, 10 pacientes, mama izquierda, 2 casos, bilateral, 3 pacientes. Tiempo de seguimiento postoperatorio: 7 a 704 días (promedio 184,6 días). Frecuencia de tumor Phillodes maligno: 2/15; con metástasis al diagnóstico: un caso. Frecuencia de recidiva tumoral de 1/15, (tumor Phillodes benigno gigante tratado inicialmente en otra institución).

Discusión: El tumor Phillodes representa un porcentaje bajo de las neoplasias mamarias; su importancia radica en que su diagnóstico oportuno evita las recidivas y eventualmente, la muerte. El tratamiento quirúrgico es el único que ha probado ser curativo. No existen pruebas de que los tratamientos adyuvantes sean útiles. Debe tenerse siempre en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de los tumores mamarios. Esta casuística es una de las más grandes publicadas en Chile.

Conclusiones: El tumor Phillodes es poco frecuente dentro de las enfermedades mamarias, pero debe considerarse como diagnóstico diferencial en mujeres jóvenes que consultan por nódulo de aspecto más bien benigno pero de crecimiento rápido. Su detección precoz y tratamiento quirúrgico adecuado evitan la recurrencia local a distancia.

USO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA INICIAL

Drs. *Simón Bühler[1,2], Hugo Rojas[1,2], Marcela Gallegos[2], Horacio Amaral[2], Raúl Ares[1], Rodrigo Concha[1], Robinson Torres, James Hamilton[1]*
([1]Hospital Padre Hurtado. [2]Clínica Alemana de Santiago)

Objetivo: Comprobar la factibilidad y la seguridad de la detección y extracción del ganglio centinela para etapificar el cáncer de mama inicial.

Material y Método: Describimos una serie de 20 pacientes consecutivas con los criterios descritos en adelante en las cuales se inyectó Tc99 en la región peritumoral 5 horas antes de la intervención y se realizó una linfocintigrafía entre 20 y 120 minutos después de la inyección. Durante la intervención quirúrgica se inyectó 1 ml de azul patente al 1% en 4 alicuotas subcutáneo sobre el tumor 15

minutos antes de la incisión en la axila. Se realizó la identificación y extracción del ganglio centinela, seguido de la disección axilar clásica.

Resultados: La detección del ganglio centinela fue de 100% (20/20) con el método combinado, de 95% (19/20) respectivo por cada técnica. La tasa de falsos negativos es de 0%. No ocurrieron complicaciones intraoperativas.

Conclusión: Con la serie descrita validamos el uso del ganglio centinela por ambos métodos en nuestras instituciones.

¿TIENEN LAS MUJERES JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA, PEOR PRONÓSTICO QUE LAS MAYORES?

Drs. *C. Barriga, J. Camacho, D. Lazo, W. Martínez.* Als. *J. Lasen, M. Muñoz, A. Silva*
(Unidad de Patología Mamaria, Hospital Luis Tisné. Departamento de Cirugía Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Objetivo: Determinar si las pacientes jóvenes con cáncer de mama tienen peor pronóstico que las mayores y evaluar si sus tumores son de histología más agresiva.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes con cáncer de mama, operadas entre junio de 1997 a mayo de 2004 en el Hospital del Salvador y Hospital Luis Tisné. Se comparan las pacientes menores de 40 años con las mayores de 55. Se analiza el estadio patológico, sobrevida libre de enfermedad y global y características histológicas de los tumores de ambos grupos.

Resultados: En este período se operaron 491 pacientes de nuevos cánceres de mama, de las cuales 30 (6,1%) tenían menos de 40 años, con un promedio de edad de 36 años (DS 4,09) y 266 tenían más de 55 años (54,2%) con promedio de edad de 68 (DS 9.05). El tiempo de seguimiento fue de 20,2 meses promedio (DS 17,9). El estadio patológico en las pacientes jóvenes fue estadio 0: 3,3% versus 10,1% en las mayores, estadio I: 16,7% *vs* 22,7%, estadio II: 36,7% *vs* 37,7%, estadio III: 26,7% *vs* 14,2 y estadio IV: 10% *vs* 5,3%. En las menores de 40 años, 37,9% (11) pacientes tuvieron la axila comprometida versus 27,2% (68) del segundo grupo. La histología reveló 86,6% de carcinomas infiltrantes y 3,3% *in situ* en las pacientes jóvenes y 81,4% de infiltrantes y 10,3% *in situ* en las mayores. Invasión vascular tenían 39,3% (11) vs 26,6%. El grado histológico tumoral (Elston-Ellis) en ambos grupos fue principalmente grado II, 39,1 y 36% en las jóvenes y mayores respectivamente. En ambos grupos, los carcinomas *in situ* tuvieron un 50% de comedonecrosis. Los receptores hormonales en las pacientes jóvenes fueron positivos en 62,1%, negativos en 31% y desconocidos en 6,9% y en el otro grupo positivo 60,3%, negativos 13,8% y desconocidos 25,9%. El grupo de menores de 40 años el 46,7% están vivas sin evidencia de enfermedad, 6,7% tienen recurrencia local, 20% están con metástasis y 10% fallecieron a los 19 meses en promedio de diagnosticadas por su cáncer. En el grupo de pacientes mayores el 67,1% están vivas sin enfermedad, 1,6% tuvieron recurrencia local, 5,1% están con metástasis y 3,9% fallecieron a los 19,6% meses de diagnosticadas en promedio. El análisis estadístico reveló que estas diferencias no son significativas.

Conclusión: Las pacientes jóvenes presentaron tumores en estadios más avanzados, con algunas características histológicas más agresivas y con peor sobrevida global y libre de enfermedad. A pesar que estadísticamente la diferencia no fue significativa, esto puede explicarse por el tamaño pequeño de la muestra de las pacientes jóvenes.

CÁNCER DE MAMA T1N0M0, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Drs. *Sánchez C.[1], Bustos M.[3], Camus M.[2], Álvarez M.[1], Goñi I.[2], Domínguez F.[2], León A.[2], Besa P.[3]*
([1]Departamento de Hematología-Oncología. [2]Departamento de Cirugía. [3]Departamento de Radiología, Centro de Cáncer, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Objetivo: El diagnóstico de cáncer de mama (CM) precoz ha aumentado.

Propósito: Describir nuestra población de pacientes con CM precoz y evaluar los resultados y pronóstico del tratamiento.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, CM T1N0M0, con tumorectomía y radioterapia (RT) entre 1997 y mayo de 2004.

Resultados: Ciento veinticinco pacientes. Edad promedio: 55 años (35-80). Diagnóstico mamográfico 62%. Localización cuadrante superoexterno 44%. Histología carcinoma ductal infiltrantes 72%. Receptores de estrógeno positivos 81%.

Tamaño tumoral promedio. 11,6 mm, detectándose similares tamaños por mamografía o examen físico. Se indicó Tamoxifeno en 80% de pacientes y 17 recibieron quimioterapia (13,6%).

Toxicidad aguda RT: eritema leve: 72%, severo 2,5%. Edema de piel: leve: 46%, severo 1,5%. Descamación de piel: 1,5%. Una paciente presentó

linfedema del brazo. Seguimiento promedio: 751 días (28-2.500), mediana 1,29 años.

Ningún paciente ha presentado recurrencia ipsilateral, 3 desarrollaron un primario contralateral (2,4%) y 2 recurrencia a distancia (1,6%).

Conclusiones: Con este seguimiento no hay recurrencias ipsilaterales y 96% de las pacientes sobreviven libres de enfermedad. La toxicidad aguda de la RT es leve en la mayoría. La mamografía pesquisa más de la mitad de los CM en esta población. Los tumores pesquisados clínicamente son de similar tamaño.

MAMOPLASTIAS DE REDUCCIÓN. PRESENTACIÓN DE 50 CASOS CON TÉCNICA DE PEDÍCULO INFERIOR

Drs. *C. Barriga, J. Camacho, M. Celis*
(Unidad de Patología Mamaria, Hospital Luis Tisné. Departamento de Cirugía Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Clínica Hospital del Profesor)

Objetivo: Evaluar 50 mamoplastias de reducción, operadas en un período de dos años, en el Hospital Luis Tisné y Clínica Hospital del Profesor, y sus complicaciones según grado de hipertrofia y sobrepeso de las pacientes.

Material y Método: Se analizan 50 pacientes a las cuales se realizó una mamoplastia de reducción. Se clasifican según su índice de masa corporal y se evalúa su grado de hipertrofia mamaria. Se operaron en un período de dos años (agosto 2002 hasta agosto 2004), en el Hospital Luis Tisné y Clínica Hospital del Profesor. Todas las cirugías fueron realizadas por la misma cirujano y en todas se usó la técnica del Pedículo Inferior. Se midieron los pesos de cada mama por separado. El tejido resecado se envió a estudio histológico. Se dejó drenaje el cual se retiró al segundo día, dando de alta a la paciente.

Resultados: El promedio de edad de las pacientes fue de 32 años (rango 18 a 54 años). El grado de hipertrofia mamaria fue leve en 3 pacientes (6%), moderado en 16 (32%), severo en 27 (54%) y gigantomastia en 4 (8%). Las medidas desde el hueco supraesternal hasta los pezones fue promedio a izquierda 30,18 cm (26-40) y derecha 30,48 cm (24-41). El tejido resecado fue en la mama izquierda un promedio de 540 g (68-1260 g) y en la derecha 581 g (68-1380 g). El promedio de seguimiento fue de 10,37 meses. Según el índice de masa corporal 22 (44%) pacientes presentaban un peso normal, sobrepeso 18 (36%) y obesas 10 (20%). Complicaciones hubo 14, una infección leve que fue manejada con antibióticos y 13 necrosis parciales de la piel distal de los colgajos en la zona de unión de la incisión vertical y transversa en el surco submamario. De estas la mayoría fue leve y 10 se produjeron en pacientes obesas o con sobrepeso. En el estudio histológico no se encontraron lesiones malignas ni premalignas.

Conclusión: La técnica de pedículo inferior es una buena técnica de reducción mamaria, que permite grandes resecciones de tejido. El 56% de nuestras pacientes presentaba sobrepeso u obesidad y el 58% hipertrofias mamarias severas o gigantomastias. No hubo complicaciones importantes y la mayoría se presentó en pacientes obesas o con sobrepeso.

MAMOGRAFÍA Y COMPROMISO AXILAR EN CÁNCER DE MAMA MUCCINOSO

Drs. *O. Jury, Z. Pizarro,* Mat. *S. Sepúlveda*
(Unidad Patología Mamaria. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Gmo. Grant Benavente, Concepción, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: El carcinoma ductal invasor de la mama del tipo muccinoso, es un tipo específico de cáncer ductal que presenta características propias y diferentes al cáncer de mama ductal invasor NOS. El motivo de este trabajo es comparar dos grupos de pacientes que presentaron cáncer de mama. Un grupo con cáncer ductal tipo NOS y el otro con cáncer de mama ductal Muccinoso. La hipótesis de trabajo es que el cáncer de mama Muccinoso, a diferencia del NOS, puede presentarse en la mamografía como un nódulo de aspecto benigno y que invade con menos frecuencia la axila.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de 13 pacientes que presentaron cáncer de mama ductal invasor Muccinoso, comparándolos con otro grupo de 13 pacientes seleccionados al azar, que presentaron cáncer de mama ductal invasor NOS y que fueron tratados en la Unidad de Patología Mamaria del Servicio de Cirugía del Hospital Gmo. Grant Benavente, Concepción, entre los años 1995 y 2004. Ambos grupos fueron comparables en edad, tamaño tumoral y localización en cuadrantes de la mama. Se analizó el hallazgo mamográfico a través de los birads y la invasión axilar informada por anatomía patológica.

Resultados: La edad promedio para los Muccinosos fue 59 años y para los NOS 56 años. La mediana para Muccinosos fue 56 años y para los NOS 59 años. Respecto al tamaño del tumor para

los Muccinosos varió de 0,7 a 14 cm con un promedio de 5,3 cm y una mediana de 3,5 cm. Para los NOS fue de 1 cm a 14 cm, con un promedio de 5,2 cm y una mediana de 3,5 cm. Los Muccinosos presentaron a la mamografía en el 36% nódulos de aspecto benigno definidos como birads 2 ó 3, en cambio los NOS en el 8% la interpretación fue benigna; sin embargo no hubo evidencia suficiente para establecer diferencia estadísticamente significativa (p= 01608696). En la disección axilar se obtuvo para los Muccinosos un promedio de 15,9 ganglios, resultando con metástasis sólo en el 9% de los casos (1 paciente). Para los NOS hubo un promedio de 16,6 ganglios resecados y un 85% de los casos presentó metástasis ganglionar, observándose diferencia estadísticamente significativo (p= 0,0000836). El estado de los receptores estrogénicos fue similar para ambos grupos.

Conclusión: Los carcinomas ductales invasores específicos tipos Muccinosos, pueden presentarse a la mamografía como nódulos de aspecto benigno, sin embargo en esta serie no hubo evidencia suficiente para establecer diferencias estadísticamente significativas respecto a los carcinomas ductales invasores NOS (36% *vs* 8%). El compromiso axilar, fue muy bajo en los Muccinosos respecto a los NOS, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (9% *vs* 85%).

VALOR DEL PET DE ALTA RESOLUCIÓN Y F18-FLUORDEOXIGLUCOSA (FDG) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Drs. *M.J. Jofré, P. Sierralta, T. Massardo, R. Schwartz, R. Iglesis, P. González, P. Humeres, J. Canessa*
(Centro PET de Imágenes Moleculares y Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: La tomografía de emisión de positrones (PET) es una técnica de imágenes no invasiva, simple y segura, que permite evaluar el hipermetabolismo glucídico tumoral con Flúor 18 deoxiglucosa (FDG). Las indicaciones en pacientes con cáncer de mama son diagnóstico, etapificación, reetapificación, confirmación de recurrencia y evaluación de respuesta terapéutica.

Objetivo: Evaluar los resultados del PET FDG en pacientes con cáncer de mama.

Material y Métodos: Se analizaron 33 estudios PET en 28 pacientes con sospecha o cáncer de mama conocido (100% sexo femenino, edad: 51±2 años) efectuados con FDG en ayunas (dosis promedio: 13 mCi; glicemia promedio preinyección: 91±6 mg/dl) en equipo Siemens HR+, con imágenes de cuerpo entero. El informe se realizó con análisis visual e índice cuantitativo de captación (SUV). Se efectuó seguimiento clínico e histológico cuando estaba disponible.

Resultados: En 3 pacientes referidas por *diagnóstico inicial y etapificación,* se encontraron focos hipermetabólicos en mamas, sin compromiso a distancia, por lo que fueron sometidas a cirugía con confirmación histológica. En una de ellas, se demostró un nuevo foco hipercaptante en la mama contralateral, sin confirmación de éste en la mamografía. Se encontró *recidiva local* en 2 pacientes: una de ellas enviadas por aparición de alteraciones pericicatriciales en mamografía y la otra, enviada para reetapificación, en la que además se demostró compromiso óseo y de cerebelo no sospechado y confirmado por resonancia magnética. Ambas pacientes fueron sometidas a mastectomía radical, con histología positiva asociando radioterapia de cerebelo y columna dorsal en la última. En 13 pacientes enviadas para *reetapificación,* se demostró diseminación secundaria, corroborando algunos focos sospechosos en otras técnicas de imágenes y demostrando nuevos focos, por lo que fueron tratadas con quimioterapia o terapia estrogénica, sin confirmación histológica de las lesiones. En 4 pacientes, se efectuaron un 2º y 3er estudio para evaluación de terapia, encontrando progresión, regresión o respuesta mixta al tratamiento. Dos pacientes con diseminación extensa al PET fallecieron. En 11 pacientes con cáncer conocido, referidas para reetapificación, el estudio PET fue negativo y el seguimiento clínico (rango: 1 a 15 meses), no ha demostrado alteraciones hasta la fecha.

Conclusión: En esta serie de pacientes, se confirma que el PET FDG, técnica disponible en nuestro país, es una herramienta útil en el control del cáncer de mama, tanto en diagnóstico, etapificación, reetapificación, evaluación de recurrencia y de terapia.

EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA MAMARIA CONSERVADORA EN EL CÁNCER DE MAMA. ANÁLISIS DE 24 AÑOS

Drs. *P. Huidobro M.*[1], *M. Villalón L.*[1], *F. Huidobro G.*[2], *H. Núñez C.*[1], *J. Saavedra C.*[1]
([1]Servicio de Cirugía, Hospital La Serena. [2]Becado de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile)

La cirugía mamaria conservadora para cáncer de mama la iniciamos gradualmente en nuestro Servicio en los años 80 llegando a ser una indica-

ción común desde los años 90. El objetivo del estudio es evaluar la frecuencia de uso de la cirugía mamaria conservadora y su progresión durante los últimos 24 años, de existir progresión establecer si esta es sólo producto de una indicación más frecuente, o por consulta más precoz de las pacientes, o por algún otro factor.

Material y Métodos: Seleccionamos de nuestra base de datos (Excel) 665 pacientes consecutivas tratadas por nuestro equipo de cirugía oncológica entre IV 1980 y XII 2003; las separamos en 3 períodos de tiempo (grupos) de acuerdo a la frecuencia de indicación de la cirugía conservadora, el primer período (Grupo A) incluye 106 casos tratados los años 1980-1989, en que se inició la cirugía conservadora en nuestro país y en el mundo, su indicación era limitada, el segundo período de transición (Grupo B) incluye 175 casos tratados los años 1990-1995 en que su uso fue plenamente aceptado y el tercer período (Grupo C) incluye 384 casos tratados los años 1996-2003 en que usamos quimioterapia neoadyuvante en forma más frecuente para intentar reducir tamaño tumoral y aumentar las pacientes candidatas a cirugía conservadora. En cada grupo analizamos la frecuencia de cirugía mamaria radical y conservadora, el estado clínico y su distribución, edad, el uso de quimioterapia neoadyuvante; para establecer diferencias estadísticas entre lo 3 grupos se aplicó el test de Chi cuadrado.

Resultados:

Tipo de cirugía y uso quimioter. neoadyuvante	*Grupo A*	*Grupo B*	*Grupo C*	*Total*
Radical	73 (81%)	99 (65%)	156 (47%)	328
Conservadora	14 (16%)	54 (35%)	177 (53%)	245
Total operadas	87	153	333	573
Bp. incisional o no operadas	19	22	51	92
Total	106	175	384	665
Uso quimio neoadyuvante en operadas	2 (2%)	34 (22%)	127 (38%)	163

Cirugía conservadora: Grupos A-B, p=0,001 (IC 95%: 141-5,82); Grupo B-C, p=0,0002 (IC 95%: 1,37-3,15).

Quimioterapia neoadyv: Grupo A-B, p=0,0003 (IC 95%: 0,01-0,37); Grupo B-C, p= 0,0005 (IC 95%: 0,29-0,74).

En grupos A los estados precoces, 0, I y II corresponden al 60% de los casos, en B al 61% y en C al 66%; edad promedio: A: 56,4 años, B: 55,8 años, C: 57,6 años, los 3 grupos son estadísticamente similares respecto a estado clínico y edad (p= 0,63). De las pacientes que se usó quimioneoadyuvancia a 44 se efectuó cirugía conservadora (Grupo B=1, C=43).

Conclusiones: Existe incremento significativo de cirugía conservadora en la medida que avanzan los años y se consolida esta técnica. El 53% de las cirugías con intención curativa que efectuamos actualmente, son de tipo conservador. No hay avances en diagnóstico precoz en los 24 años del estudio. Es posible que la quimioterapia neoadyuvante haya influido en aumentar la indicación de cirugía conservadora en 44 pacientes.

LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA: SUPERACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE SUGERIDA PARA ABANDONAR LA DISECCIÓN AXILAR

Drs. *M. Camus, A. León, E. Schwartz, I. Goñi, F. Domínguez, D. Oddó, C. Escobar, J.C. Quintana y P. Orellana*

(Sección de Oncología de la División de Cirugía, Departamento de Anatomía Patológica y Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La técnica de biopsia del linfonodo centinela (LC) en cáncer de mama ha sido ampliamente adoptada por los principales centros internacionales. Después de un período de aprendizaje de esta técnica, (detección del LC >90% y falsos negativos <5% en los últimos 20 casos), la mayoría de los grupos de investigación han reemplazado a la disección axilar, por la biopsia del LC cuando esta última no demuestra metástasis. El objetivo de este trabajo es mostrar la mejoría de nuestros resultados en la técnica del (LC) al comparar la primera mitad de nuestra serie (grupo 1) con la segunda mitad (grupo 2).

Material y Método: Desde mayo de 1999 hasta agosto de 2004 hemos incluido en un estudio para detección de linfonodo centinela a 152 pacientes portadoras de cáncer de mama en etapas I y II, con axila clínicamente negativa. No hubo diferencias significativas en las características generales de ambos grupos de pacientes en cuanto a edad (mediana de 55 años), tamaño tumoral (mediana de 20 mm) y presencia de metástasis axilares (38%). En todas las pacientes se inyectó tinta azul (Patent blue al 1%) en las paredes de la lesión mamaria extirpada, 5 a 10 minutos antes de la biopsia del LC axilar. En 3 pacientes del grupo 1 y en 63 pacientes

del grupo 2 se realizó además la técnica mixta con linfocintigrafía y sonda radiodetectora, con inyección previa de linfofast marcado con tecnecio-99m. En todas las pacientes del grupo 1 se realizó disección axilar. En 39 de 76 pacientes del grupo 2 no se realizó disección axilar. Se analizaron los resultados utilizando histopatología clásica con cortes seriados para todos los linfonodos y se realizó además inmunohistoquímica para los linfonodos centinelas.

Resultados: Se logró identificar el LC en 68 de 76 pacientes (90%) del grupo 1 y en 74 de 76 pacientes (97%) del grupo 2. La tasa de falsos negativos se redujo de 14% en el grupo 1, a 3% en el grupo 2.

Conclusiones: La superación de la curva de aprendizaje y la adopción de la técnica mixta, nos han permitido alcanzar el estándar internacional para abandonar la disección axilar cuando la biopsia del LC no muestra metástasis.

VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DEL LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA

Drs. *E. Schwartz[1], M. Camus[1], R. Iglesis[2], A. León[1], R. Schwartz[2], J.C. Acevedo[3], S. Torres[3], L. Gómez[2], L.F. Gómez[3]*
([1]Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. [2]Hospital Militar de Santiago. [3]Clínica Las Condes)

Introducción: El concepto de linfonodo centinela (LC) ya ha sido validado durante la última década en distintas series internacionales, las que han incluido en conjunto a más de 10.000 pacientes. La mayoría de los grupos han pasado a una segunda fase en que no se realiza disección axilar (DA) cuando la biopsia del LC es negativa. Esto requiere superar una curva de aprendizaje (CA) de por lo menos 20 casos para alcanzar resultados que cumplan los estándares internacionales (detección >90% y falsos negativos <5%). El propósito de este estudio es mostrar los resultados en conjunto de cirujanos nacionales de 3 centros, antes y después de realizar 20 casos.

Material y Método: En el estudio se incluyeron pacientes con cáncer de mama infiltrante en etapas I y II, con axila clínicamente negativa, sometidas a tratamiento conservador más biopsia del LC. Se realizó DA en un 81% de las pacientes.

De las 325 pacientes sometidas a biopsia del LC entre mayo de 1999 y agosto de 2004, hemos incluido a 300 pacientes correspondientes a los casos realizados por cirujanos con más de 20 casos. Se analizaron los resultados obtenidos antes y después de cumplida la CA. En algunos casos se realizó técnica con tinta azul (TA) y en otros se utilizó técnica mixta (TM) (tinta azul más linfocintigrafía y sonda radiodetectora).

Resultados: En el período de aprendizaje (120 pacientes), se realizó TA en 111 pacientes (92,5%) lográndose identificar el IC en 94 casos (84,5%). Con TM se logró identificar el LC en un 100%, alcanzando una tasa de identificación total de 85,8%. Se obtuvo 8 casos de falsos negativos (FN) correspondientes a 25,8%, todos atribuidos a la TA.

En los casos realizados posterior a cumplir con la curva de aprendizaje (180 pacientes) se utilizó TA en 81 casos (45%) y TM en 99 (55%) alcanzando una tasa de detección de 88,8 y 96,9% respectivamente, lo que se traduce en una tasa global de detección de 93,3%. Se obtuvo 2 casos de FN correspondientes a 3,8%, ambos pertenecientes al grupo de TA. En 58 casos con estudio de LC negativo no se realizó DA (una vez cumplida la CA).

Conclusiones: La experiencia actual demuestra que la técnica de LC con TA requiere de más de 20 casos para lograr los estándares internacionales sugeridos para abandonar la disección axilar.

El uso de la TM facilita la detección y disminuye los FN.

MANEJO DE CICATRICES POSTERIOR A CIRUGÍA MAMARIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO ALEATORIO Y DOBLE CIEGO CON CREMA ALDARA (IMIQUIMOD 5%)

Drs. *A. Prado, P. Andrades, S. Benítez, M. Umaña*
(Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Clínico J.J. Aguirre, Universidad de Chile)

Introducción: La cicatrización patológica es frecuente posterior a cirugía mamaria que tradicionalmente se ha manejado con múltiples métodos. Imiquimod 5% (Aldara® 3M) es un inmunomodulador cuyo mecanismo de acción implica un aumento en la producción de interferon-alpha (IFN-α) que creemos puede modular el depósito de colágeno en la cicatriz. Según esta hipótesis desarrollamos un nuevo protocolo para el manejo de cicatrices posterior a cirugía mamaria con el objetivo de prevenir cicatrización patológica y optimizar resultados estéticos.

Pacientes y Método: Entre diciembre 2002 y octubre de 2003, 15 pacientes sometidas a mamoplastia reductiva (5) o aumento periareolar (10) se separaron en tres grupos, previo consentimiento informado. En el Grupo 1 la mama izquierda fue el control sin tratamiento. La mama derecha desde el

segundo mes postoperatorio fue tratada con Aldara® 3M crema sobre la cicatriz 3-5 minutos cada 3-4 días por 8 semanas. El Grupo 2 recibió Aldara® 3M a derecha y petrolatum a izquierda de igual manera. En el Grupo 3 se hizo un estudio doble ciego aplicando aleatoriamente Aldara® 3M y petrolatum. Se obtuvieron fotografías digitales preoperatorias y a las 24 semanas. Los resultados estéticos se evaluaron mediante escalas de Strasser y Beausang en forma clínica por el cirujano tratante y a través de fotografías digitales por un cirujano plástico y enfermera ciegos al tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Wilcoxon considerando un error alpha 0,05.

Resultados: A la tercera semana las cicatrices tratadas con Aldara® 3M evolucionaron con una etapa inflamatoria interrumpiéndose tratamiento por una semana. Después de 24 semanas los resultados fueron evaluados obteniendo mejores puntuaciones estadísticamente significativas para el tratamiento con Aldara® 3M (Tabla 1). Se obtuvo una coincidencia de los resultados de 93,3% a favor de Aldara® 3M para los tres evaluadores. No se observaron queloides ni cicatrices hipertróficas.

	Escala Strasser			*Escala Beausang*		
	Cicatriz. tratada	*Cicatriz no tratada*	*p**	*Cicatriz tratada*	*Cicatriz no tratada*	*p**
Cirujano plástico Ciego	2,7	7,9	<0,001	9,5	14,8	<0,001
Enfermera	2,7	6,7	<0,001	10,1	16,2	<0,001
Cirujano tratante**	3,3	8,7	<0,001	10,4	15,8	<0,001

*Prueba de Wilcoxon. **El cirujano tratante fue el único evaluador no ciego a los procedimientos.

Conclusiones: El tratamiento con Imiquimod al 5% en crema mejora la calidad de las cicatrices. No se observaron queloides ni cicatrices hipertróficas que puede ser explicado por el tamaño de muestra del estudio.

CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* DE LA MAMA EN EL SSMO

Drs. *J. Camacho, C. Barriga, M. Capetillo, F. Gaete, M.C. M. Aravena, Als. D. Salvo, A. Silva*
(Unidad de Patología Mamaria, Hospital Luis Tisné. Departamento de Cirugía Oriente, Facultad de Medicina Universidad de Chile)

Introducción: El 20% de los cánceres de mama son *in situ,* los que tienen una sobrevida del 97% a 10 años. En nuestro país estos representarían un 5,6%.

Objetivo: Analizar en forma retrospectiva las pacientes con diagnóstico de CDIS en el área oriente entre el 1º de julio de 1997 y el 30 de mayo de 2004.

Material y Método: En este período se operaron en nuestra unidad 2067 pacientes, 491 corresponden a nuevos cánceres de mama. Nuestro grupo de estudio son 51 (10,38%) pacientes con CDIS puro. Se analizó la edad, motivo de consulta, hallazgos en el examen físico e imágenes, resultado anatomopatológico, tratamiento y seguimiento. Las muestras anatomopatológicas fueron revisadas por dos patólogas reclasificándolas según criterio de Van Nuys y morfología.

Resultados: El promedio de edad fue de 59,8 años (DS 11,5), 38 (74,5%) pacientes eran asintomáticas, 4 (7,8%) pacientes consultaron por masa palpable. El 82,4% tenían un examen físico normal. El hallazgo mamográfico más frecuente fue microcalcificaciones (76,5%). Desde el punto de vista anatomopatológico, 47,1% presentaban comedonecrosis. El tamaño promedio era de 1,75 cm (DS 1,59), 36 pacientes fueron reclasificadas según Van Nuys, presentando un grado intermedio un 47,1%. A 25 pacientes (49%) se les realizó IHQ de las cuales sólo 3 (12%) tenían receptores hormonales de estrógeno y/o progesterona negativos, de estas, dos presentaban comedonecrosis. Cuarenta y tres pacientes (84,3%) fueron a cirugía conservadora y Rt, 8 (15,7%) a mastectomía simple de las cuales a 5 se les realizó reconstrucción inmediata y a 1 en forma diferida. El promedio de seguimiento fue de 17,5 meses (DS 13,04). Una paciente falleció de una enfermedad hematológica de base.

Conclusiones: En el área oriente el 10,38% de los cánceres de mama son *in situ.* La mayoría consultó por screening mamario. Sólo un 7,8% tenía tumor palpable. El 88% tenía receptores positivos. Nuestros datos concuerdan con las publicaciones internacionales.

DIAGNÓSTICO DE TUMORES DE MAMA BAJO ECOGRAFÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO

Drs. *Mariana Valenzuela G., M. Fernanda Bellolio A., Raúl Martínez R., Jorge Cornejo F., Francisco Loyola B.,* Matr. *Marisel Navarro P.* Int. *Pamela Briones N.* Dr. *Emilio Flores A.*
(Departamento de Cirugía Oncológica. Hospital Sótero del Río, Santiago, Secretaría de Investigación Clínica. División Cirugía UC)

Introducción: En los últimos años, ha tenido un gran impulso el uso de la ecografía para caracteri-

zar tumores en la mama. La biopsia core es una alternativa a la biopsia quirúrgica para el diagnóstico histológico de estas lesiones; de acceso más rápido y con menor daño en el tejido mamario, lográndose resultados comparables.

Objetivos: Analizar el resultado de las biopsias core bajo ecografía realizadas en el Servicio de Cirugía del Hospital Sótero del Río. Comparar los hallazgos mamográficos iniciales con su correlación histológica.

Método: Protocolo prospectivo a todas las pacientes que fueron sometidas a una biopsia por hallazgos mamográficos compatibles con nódulo sospechoso a partir de abril de 2004.

Resultados: El número de mujeres estudiadas es 66, con una edad (media ± desviación Standard) de 50,7±12,6 años (30-90 años). La ubicación de los nódulos biopsiados fue mama derecha 22 (33,3%), mama izquierda 38 (57,6%), y bilateral 6 (9,1%). Tamaño promedio de 14±8 milímetros. De las 55 pacientes con mamografía, un 16,4% era BIRADS 0; 29,1% BIRADS 1 ó 2; 43,6% BIRADS 3, y 10,9% BIRADS 4 ó 5. El número de punciones fue de 5,1±1,4. La histología encontrada fue de Fibroadenoma 18 pacientes, fibrosis estromal 9, fibrosis intersticial 3, adenosis 3, mastopatía fibroquística 4, hiperplasia ductal 3, tumor fibroepitelial 2, papiloma 2, hiperplasia ductal, quiste mamario, infiltración linfoide, mastitis lobulillar granulomatosa, mastitis supurada, estasia ductal y adiponecrosis un paciente cada uno. Además 11 pacientes presentaron carcinoma ductal infiltrante, y una paciente linfoma no-Hodgkin. Cuatro pacientes tuvieron biopsias informadas como normales. El tamaño promedio de los carcinomas ductal infiltrante fue 21±7 milímetros, con BIRADS 0, 1, 2 ó 3 el 66% de las pacientes.

Conclusiones: Los nódulo en la mama son fácilmente biopsiables, lográndose una aproximación diagnóstica certera. La mayoría de los nódulos mamarios corresponden a patología benigna y siguen en control hasta la fecha. Fueron a cirugía además 6 pacientes con tumores benignos por persistencia de molestias en la mama, no encontrándose falsos negativos para CA de mama. Todas aquellas pacientes con Carcinoma infiltrante fueron a cirugía, ninguna presentó ganglios axilares positivos y todos fueron verdaderos positivos al examen histológico definitivo, lográndose una pequeña muestra de estadios precoces. De los BIRADS de menor probabilidad de cáncer, un 10% fue maligno, lo que confirma la premisa de que todo nódulo sospechoso tiene que biopsiarse. El número de punciones recomendada internacionalmente es de 5 para lograr una efectividad del 99%. Para calcular la sensibilidad y especificidad en nuestra serie, es necesario contar con un mayor número de pacientes, por lo que nuestro estudio seguirá en curso, y de esta forma lograremos validar este método en nuestro Hospital.

Seccional: ONCOLOGÍA

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE (CGI): EVALUACIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA Y SOBREVIDA A 15 AÑOS EN 221 CASOS

Drs. *Rojas J., Hernández J.A., Csendes A., Braghetto P., Burdiles P., Smok G., Sánchez E.*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico constituye la primera causa de muerte en Chile. La prevalencia de CGI se estima entre 7 y 18%. Se ha observado un aumento del diagnóstico del CGI, de localización proximal y de tipo difuso.

Objetivo: El objetivo de este estudio es el análisis histopatológico del CGI y la sobrevida a 15 años.

Material y Método: Se analizaron los casos de cáncer gástrico operados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1968 y el año 2003.

Resultados: Se encontraron 221 casos, 90 (40%) mujeres y 131 (60%) hombres. La localización del CGI antes del año 1990 se distribuyó: antro, cuerpo, fondo 32%, 34% y 34% y después del año 1990, 36%, 49% y 15%. Los tipos más frecuentes histológicos son: IIC 31% y IIC+III 22%. En cuanto a la clasificación de Lauren antes y después del 90, no hubieron diferencias: intestinal 71% y difuso 29%. El tipo histológico se distribuyó en adenocarcinoma tubular 75% y adenocarcinoma en células de anillo de sello 15%. Ciento noventa pacientes fueron sometidos a disección ganglionar D2, de los cuales 22 (12%) resultaron con metástasis. Nueve pacientes (4%) presentaron tumores sincrónicos. La tasa de sobrevida a 5 años fue de 85%. No hubieron diferencias en la sobrevida en cuanto a presencia de metástasis, tipo intestinal o difuso o mucoso y submucoso. La mortalidad quirúrgica antes de los 90 fue de 7% y después de los 90 de 3%. En cuanto a la mortalidad a largo plazo, 11 pacientes (5%) murieron por el cáncer gástrico y 24 (11%) por otras causas.

Conclusiones: 1) La incidencia del CGI fúndico ha aumentado. 2) El porcentaje de CGI difuso se mantiene en 30%. 3) No hubo diferencias en la metástasis ganglionar entre el CGI mucoso y submucoso. 4) La mortalidad quirúrgica ha disminuido en los últimos años. 5) La sobrevida a largo plazo no cambia según el tipo histológico ni la profundidad de invasión.

RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA Y CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ESOFÁGICO. RESULTADOS DE TRATAMIENTO Y SOBREVIDA

Drs. *F. Barrientos C., A. Baquerizo M., W. Muñoz C., E. Yáñez, C. Vittini, I. Quijada, R. Cartes, S. Armando*
(Servicio y Departamento de Cirugía, Unidad de Oncología, Hospital Regional y Universidad de La Frontera y Centro de Radioterapia, Temuco)

Introducción: El cáncer de esófago es un cáncer de mal pronóstico, con sobrevida a 5 años de 10 a 20%. Trabajos con radioquimioterapia preoperatoria, han mostrado sobrevida de hasta 40% a los 5 años. Desde 1997 llevamos protocolo de radioquimioterapia y cirugía. El objetivo del trabajo es mostrar resultados de tratamiento y sobrevida.

Material y Método: Ingresan a protocolo 32 pacientes. Se etapificó con Rx tórax, esofagograma, broncoscopia, ecotomografía abdominal, TAC toracoabdominal, laparoscopia. Fueron excluidos pacientes con estados avanzados, Indice ECOG mayor a 2, con patologías que contraindican cirugía, con tumores fisurados, los adenocarcinoma de la unión GE, quienes rechazan protocolo o no la completaron. Se usó clasificación TNM de la UICC y AJC. La etapificación final se hizo por anatomía patológica de pieza operatoria. Los pacientes reciben en forma preoperatoria 4.500 cGy y 5FU y Cisplatino. La cirugía fue realizada un mes des-

pués, se usó estómago para la reconstitución del tránsito. Al 8º día se realizó Rx contrastada esofagogástrica, la mortalidad se consideró hasta 30 días después de la cirugía. Para sobrevida se usa curva de Kaplan-Meier.

Resultados: Treinta y dos pacientes completaron protocolo. Dieciocho mujeres y 14 hombres, rango de edad 52 a 80 años, (media, 64,6 años). Cáncer epidermoide, 30 pacientes (93,4%) y 2 adenocarcinoma (6,6%). En tercio medio 16 tumores, (50%) y 16 en tercio inferior (50%). Clasificación preoperatoria: T3 N0 M0, en 31 pacientes (94,5%) y un paciente con T3 N1 M0 (5,5%). Morbilidad por quimiorradiación, 36,4%, (8 pacientes). De 32 pacientes operados, se resecaron 23 (71,9%). De los 23 resecados 13 presentan morbilidad (56,5%). Mortalidad operatoria, 8,7% (2 pacientes). El estadio final fue 8 pacientes (25,0%) con respuesta patológica completa (T0N0), 7 con respuesta patológica parcial (21,9%) sin respuesta 17, (53,1%). Hay 14 pacientes vivos (43,7%). Curva de Kaplan-Meier mostró un 35% de sobrevida global a 5 años.

Discusión: A pesar de los avances técnicos, los resultados del tratamiento en el cáncer esofágico son pobres con una sobrevida a 5 años entre un 10 a 20%. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección. En los últimos años se ha implementado el uso de quimiorradioterapia preoperatoria, como tratamiento coadyuvante de la cirugía. Con resultados dispares, esta forma de manejo ha mejorado la sobrevida especialmente en el grupo que presenta respuesta patológica completa del tumor. En nuestro grupo la sobrevida global de un 35% es similar a lo publicado. La sobrevida a 5 años de los pacientes con respuesta patológica completa es de un 70%.

Resultados: La morbimortalidad son comparables a otros grupos. Se requieren trabajos cooperativos para tener un número de pacientes que permitan sacar conclusiones estadísticamente válidas.

CÁNCER GÁSTRICO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Drs. *Jean Michel Butte B., Fernando Crovari E., Ignacio Duarte G., Sergio Guzmán B., Osvaldo Llanos L.*

(Departamentos de Cirugía Digestiva y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Las características del cáncer gástrico y los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes ancianos han sido motivo de controversia.

Objetivo: Analizar las características clínicas, anatomopatológicas y el pronóstico de los pacientes mayores de 75 años operados por cáncer gástrico.

Material y Métodos: Se revisó los registros de los pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico entre 1985 y 2002 en el Hospital de la Pontificia Universidad Católica. Los pacientes fueron etapificados según la clasificación TNM. Se dividieron en: grupo A (< de 75 años) y B (≥ de 75 años). Se estudió la distribución por sexo, ubicación tumoral, compromiso parietal, tipo de cirugía practicada (curativa o paliativa), número de ganglios resecados, compromiso ganglionar y la etapa tumoral. El seguimiento promedio es de 52,8 meses. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan-Meier y las diferencias fueron comparadas con el test de log-rank. Las variables categóricas se evaluaron con test de χ^2. Se consideró significativo un $p<0,05$.

Resultados: Se operaron 442 pacientes, 282 (63,8%) hombres, con una edad (media ± DS) de 62 ± 13 años. Los grupos A y B están compuestos por 361 y 81 pacientes, respectivamente. Un 65% de los enfermos del grupo A eran hombres y un 58% del grupo B (ns). El tumor comprometió el 1/3 superior del estómago en 36,8% pacientes del grupo A y en 24,7% del B, el 1/3 inferior en 29,4% del grupo A y en 50,6% del B ($p< 0,05$). Se realizó una gastrectomía total en el 66,2% de pacientes del grupo A y en un 38,3% del grupo B ($p<0,05$). La cirugía fue con intención curativa en el 61,4% del grupo A y en el 56,8% del grupo B (ns). Un 83,4% de los pacientes del grupo A y un 85,1% de los del grupo B presentó un tumor avanzado (ns). Un 72% de los pacientes del grupo A y un 56,8% del B presentaron un tumor indiferenciado ($p<0,05$). Se resecó un promedio de 27,3±3,5 ganglios en el grupo A y 19,5±0,7 en el B ($p<0,05$). Se encontró metástasis ganglionares en un 67,6% del grupo A y en un 56,8% del grupo B (ns). La sobrevida a 5 años de la serie total fue de 44,3%, la del grupo A de 44,3% y la del B de 44,4% (ns). No se encontró diferencia significativa en la sobrevida al comparar los 2 grupos según la intención (curativa o paliativa) de la cirugía, la etapa tumoral y el compromiso ganglionar.

Conclusiones: En esta serie, los pacientes mayores de 75 años tienen un mayor porcentaje de tumores diferenciados y el cáncer se ubica con más frecuencia en el 1/3 distal del estómago. La sobrevida es igual en ambos grupos y no se modifica ni por la intención (curativa o paliativa) de la cirugía, ni por el compromiso ganglionar.

CIRUGÍA MÁS QUIMIORRADIOTERAPIA *VS* CIRUGÍA EN CÁNCER GÁSTRICO. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Drs. *Jean Michel Butte B., Nicolás Jarufe C., Luis Ibáñez A., Pelayo Besa D., Marisa Bustos C., Fernando Crovari E., Manuel Álvarez Z., Fernando Pimentel M., Gustavo Pérez B., Sergio Guzmán B., Osvaldo Llanos L.*
(Departamentos de Cirugía Digestiva, División de Cirugía y Radioterapia. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es la primera causa de muerte por cáncer en nuestro país. La cirugía es el único tratamiento que ha demostrado mejorar la sobrevida. Sin embargo, la recurrencia locorregional y a distancia ha planteado la necesidad de utilizar terapias adyuvantes.

Objetivos: Evaluar la sobrevida específica por CG de aquellos pacientes tratados sólo con cirugía (C) y comparar sus resultados con aquellos pacientes tratados con cirugía más quimiorradioterapia postoperatoria (C+QRT).

Pacientes y Métodos: Se analizó los registros de aquellos pacientes sometidos a una gastrectomía por CG, entre 1985 y 2002, en el Hospital de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los pacientes se dividieron en: grupo A (C) y B (C+QRT), pareados según similares características demográficas y tumorales tales como distribución por sexo, edad, ubicación y grado de diferenciación tumoral, ganglios resecados y positivos y la etapa tumoral. Se administró quimiorradioterapia postoperatoria a los pacientes estadio II, IIIa, IIIb y IV según la clasificación TNM. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplán-Meier y las diferencias comparadas con el test de log-rank. Las variables categóricas se evaluaron con el test de χ^2. Se consideró sginificativo un $p<0,05$.

Resultados: Durante el período analizado fueron tratados 359 pacientes, 233 (64,9%) hombres. La edad (media±DS) fue de 60,2±5,7 años. Los grupos A y B están compuestos por 326 y 33 pacientes, respectivamente. La distribución por sexo, edad, ubicación y grado de diferenciación tumoral, ganglios resecados y positivos y etapa tumoral entre ambos grupos no presenta diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$). La sobrevida a 5 años de la serie total fue de 49,5%, la del grupo A de 31,9% y la del B de 54,5% (p=NS). La sobrevida en etapa II, IIIa, IIIb, IV de los grupos A y B fue de 58,3% y 85,7% (p=NS), 31,3% y 50% (p=NS), 20,8 y 33,3% (p=NS) y 13% y 58,3% (p=0,03), respectivamente. La sobrevida de los pacientes sin compromiso ganglionar fue de 62,9% y de 66,7% (p=NS) en los grupos A y B, respectivamente. Cuando existió compromiso ganglionar la sobrevida fue de 24,6% y de 51,9% (p=NS), en los grupos A y B respectivamente.

Conclusiones: Aunque existiría cierta tendencia a aumentar la sobrevida específica por CG con el uso de quimiorradioterapia postoperatoria, esta no es singnificativa. Se necesita una serie más numerosa y randomizada para confirmar lo anterior.

FACTORES PRONÓSTICOS Y SOBREVIDA DE PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

Drs. *Jean Michel Butte B., Roberto Cabrera T., Juan Pedemonte T., Fernando Crovari E., Ignacio Duarte G., Sergio Guzmán B., Osvaldo Llanos L.*
(Departamentos de Cirugía Digestiva y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: A pesar de la elevada frecuencia de cáncer gástrico en nuestro país, la frecuencia de enfermos con enfermedad incipiente es relativamente baja, lo que hace difícil establecer subgrupos de pronóstico diferente.

Objetivo: Presentar una serie de enfermos operados por cáncer gástrico incipiente, analizar sus características y establecer factores pronósticos según la invasión mucosa o submucosa del tumor.

Material y Métodos: Se analizó los registros de los pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico incipiente, entre 1975 y 2002, en el Hospital de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los pacientes fueron etapificados según la clasificación TNM y la mediana de seguimiento es de 95,5 meses. Se consideró la edad, la distribución por sexo, la ubicación del tumor, el compromiso parietal, el número de ganglios positivos y la etapa tumoral. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan-Meier y las diferencias comparadas con el test de log-rank. Se consideró significativo un $p<0,05$. Se realizó un análisis multivariado de riesgos proporcionales con el método de Cox.

Resultados: Se operaron 105 pacientes con cáncer incipiente, 64 (61%) hombres y 41 (39%) mujeres, con una edad de 60,8±1,41 años. El tumor se ubicó en el 1/3 inferior en 41 (39%) pacientes y en el 1/3 superior en 33 (31,4%). La forma macroscópica más frecuente fue del tipo II en 79 pacientes. Se realizó una gastrectomía total en 53 pacientes y subtotal en 52. Se resecaron 23,5±4,2 ganglios por enfermo. El estudio anatomopatológico mostró 64

tumores mucosos y 41 submucosos. El promedio de ganglios positivos por enfermo fue de 0,39. El compromiso ganglionar en los enfermos con invasión tumoral de la submucosa fue de 22% (promedio: 0,7) y en los mucosos de 7,8% (promedio: 0,18) (p<0,05). El estudio histológico mostró un adenocarcinoma tubular en 77 pacientes, en células en anillo de sello en 23 y un túbulo papilar en 5 pacientes. En 40 pacientes el tumor fue bien diferenciado, en 27 moderadamente diferenciado y en 38 poco diferenciado. La sobrevida a 5 años de la serie total fue de 90,5%. En los enfermos con compromiso mucoso fue de 90,6% y en los con compromiso submucoso de 90,2% (ns). La sobrevida de los pacientes sin compromiso ganglionar fue mayor (93,4%) que los con compromiso ganglionar (71,4%) (p<0,05). También la sobrevida de los enfermos en etapa IA (93,4%) fue mayor que los en etapa IB (69,2%) (p<0,05). No se observó diferencias en la sobrevida según la morfología, ni el grado de diferenciación tumoral. El modelo multivariado demostró que la presencia de ganglios positivos es un factor independiente de sobrevida.

Conclusiones: El compromiso parietal del tumor se correlaciona con la presencia de metástasis ganglionares. Esto se asocia a un peor pronóstico e incide en la etapa tumoral, favoreciendo la menor sobrevida de los pacientes en etapa IB.

DOBLE CÁNCER COLORRECTAL GÁSTRICO

Drs. *A. Zárate C., M.E. Molina P., M.A. García H., I. Duarte, G. Pinedo M., A. Zúñiga D., F. López K.*
(Departamentos de Cirugía Digestiva y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: En Chile las patologías neoplásicas son una de las primeras causas de muerte, siendo las digestivas las más frecuentes, destacando el cáncer gástrico (CG) y en la última década el cáncer colorrectal (CCR). Algunos de estos pacientes desarrollan más de un tumor.

Hipótesis: En los pacientes con dobles cánceres podrían afectar ciertos factores genéticos o ambientales específicos.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con doble tumor colorrectal y gástrico (DTCG).

Material y Método: Estudio retrospectivo, desarrollado en la Universidad Católica. Se revisan las biopsias en anatomía patológica seleccionando las positivas para CCR y CG, entre el año 1980 hasta el 2004. Se considerará como otro tumor primario el que no se considera como metástasis, invasión o recurrencia del primero. Para el análisis estadístico se usó el test exacto de Fischer, test T de Student, se considera significativo un valor p<0,05.

Resultados: En el período mencionado se cuenta con 1.131 biopsias de piezas operatorias de CCR (759 cáncer de colon y 372 cáncer de recto) y 590 piezas operatorias de CG. De estos pacientes 26 han desarrollado DTCG. Se cuenta con información de 20 pacientes.

Ocho pacientes desarrollaron cánceres sincrónico y 12 metacrónicos. De los pacientes con desarrollo sincrónico fueron 4 mujeres y 4 hombres, las neoplasias se presentaron en promedio a los 72 años (i: 58-82). En estos casos la ubicación del CCR fue en el 50% de ellos en el colon derecho, 12,5% en transverso, y 37,5% en izquierdo.

De los pacientes con cáncer metacrónico fueron 6 mujeres y 6 hombres, edad promedio a la presentación del CCR fue de 71 años (i: 61-89). Si el primer cáncer fue el colorrectal el tiempo promedio de desarrollo al gástrico fue de 35 meses, en cambio si el primero fue gástrico el tiempo fue de 57 meses. El cáncer gástrico en el 90% fue sintomático a la presentación. El 95% de los CCR fue sintomático en promedio 4,5 meses previo al diagnóstico. La etapificación del CCR, fue de: 1 etapa I, 10 pacientes en etapa II, 3 etapa III, 1 etapa IV. Treinta por ciento de las biopsias presenta componente mucosecretor importante, 30% adenocarcinoma tubulopapilar, 40% adenocarcinoma tubular. Un paciente no se operó, a 2 pacientes se les realizó resección paliativa. El 60% de los pacientes es tabáquico severo. El 30% de los pacientes presentan antecedentes familiares de 1er grado con cáncer. Tres pacientes desarrollaron un tercer cáncer.

Resumen: En los pacientes con DTCG, se observa una tendencia a un mayor tabaquismo y mayor frecuencia de familiares afectados por cáncer que el de los pacientes con CCR. Además el CCR se presenta más frecuentemente en el colon derecho y posee un mayor componente mucosecretor en el estudio anatomopatológico.

CÁNCER DE ESÓFAGO: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ANÁLISIS DE SOBREVIDA

Drs. *Emilio Flores A., Sergio Báez V., Alfonso Díaz F., Mario Caracci L., Rosmarie Mege R., Alfonso Calvo B., Eduardo Viñuela F., Claudia Aguayo S.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Sótero del Río. Secretaría Investigación. División de Cirugía, Univ. Católica)

Introducción: El cáncer de esófago es la 6ª causa de muerte en el mundo por cáncer. En Chile esta

patología representa la 2ª causa de muerte en hombres y la 3ª en mujeres en cáncer del tracto digestivo. El 2001 fallecieron 714 pacientes por cáncer de esófago en Chile (4,6/100.000). En el SSMSO fallecieron 38 pacientes en el 2001 con una tasa de 2,7/100.000 habitantes.

Objetivo: Analizar epidemiología, resultados quirúrgicos y sobrevida de nuestros pacientes.

Método: Revisión de base de datos prospectivos desde enero 1996 a mayo de 2004. Para la sobrevida se analizaron los pacientes operados hasta julio de 2002. Se empleó control clínico, telefónico o registro civil, se utilizó el método de Kaplan-Meier.

Resultados: N: 132 pacientes, edad promedio de 67,9 años, 73 hombres y 59 mujeres. La localización por tercios: Superior 10 (7,9%), medio 57 (45,2%) e inferior 59 (46,9%). Histología. Ca: Epidermoide 108 (87,8%), adenocarcinoma 9 (7,4%), adenoescamoso 2 (1,6%), cels pequeñas 2 (1,6%), carcinoma indiferenciado 1 (0,8%), tumor estromal 1 (0,8%). De los 132 pacientes fueron operados 81 (61,4%), siendo resecados 72 (88,9% de resecabilidad). Las técnicas quirúrgicas empleadas: Esofagectomía transhiatal (ETH) 46 pac. (63,9%), esofagectomía transtorácica (ETT) 22 (30,5%), E. videolaparoscopia 2 (2,8%), esofagogastrectomía 2 (2,8%). El promedio de los linfonodos resecados según técnica: ETH= 13,6 (2-38), y ETT= 15,9 (3-34). La morbilidad general de la serie fue de 47,2% (34 pac). La morbilidad según el tipo de operación difiere desde un 37,5% (ETH) a un 68,2% (ETT), diferencia significativa con un p<0,02. La mortalidad global fue 8,6% (7/81). La mortalidad de los pacientes resecados corresponde a 8,3% (6/72), sin diferencia significativa según técnica. La sobrevida en los pacientes operados y resecados entre el período estudiado (64 pacientes), con un seguimiento del 100% del grupo. La sobrevida global fue de un 23,8% y de los pacientes resecados fue 31,7% a 5 años. Según factor T: T1-2, 76% a 5 años, T3-4 15,2% con p<0,001. Según compromiso linfonodal: G(–) 47,4% y G(+) 18%, a los 5 años, con p<0,04. Según Estadio Etapa 0 + I 100% a 5 años, Etapa II a + II b 52,2%, Etapa III 13,8%, Etapa IV promedio 10 meses de sobrevida. Según técnica ETH 33,8% a 5 años, ETT 21,1% con p<0,023. Según localización tercio inferior 34,1% a 5 años, Tercio medio 13,3%, tercio superior promedio 15 meses de sobrevida, con un p<0,012.

Conclusiones: En nuestra serie el Ca epidermoide es la histología más frecuente. Nuestra morbimortalidad es comparable a las series nacionales reportadas. La técnica transtorácica se asocia a mayor morbilidad, pero no hay diferencia significativa en la mortalidad entre las técnicas. Se ve reflejado como factores pronósticos el compromiso transmural, metástasis linfonodal, estadio y ubicación del tumor.

VIDEOLAPAROSCOPIA Y CÁNCER GÁSTRICO. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS

Drs. *J.E. Contreras, S. Iturra, C. Carvajal, J. Lombardi, J.C. Justiniano y M. Bustamante.* Als. Ayudantes: *C. Padilla, Y. García*
(Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina Sede Oriente, Universidad de Chile, Hospital del Salvador)

Gran relevancia ha adquirido la videolaparoscopia en el estudio de diversas enfermedades neoplásicas. El objetivo del trabajo es poder comparar los métodos imagenológicos (ecografía abdominal y/o TAC abdominal) con la videolaparoscopia en la etapificación del cáncer gástrico.

Se ingresaron a un protocolo prospectivo de videolaparoscopia etapificadora a 129 pacientes con cáncer gástrico estadio T3 ó T4 (mediante el estudio imagenológico) y con ausencia de criterios de enfermedad irresecable. Ochenta y cinco pacientes con enfermedad resecable objetivado por la videolaparoscopia fueron sometidos a una laparotomía. Se comparó la etapificación imagenológica y videolaparoscópica con la obtenida por laparotomía posterior. También se comparó los hallazgos de imágenes con los de videolaparoscopia en los 44 pacientes que no fueron sometidos a una laparotomía, dado que la videolaparoscopia determinó enfermedad irresecable.

El grado de concordancia entre las imágenes y la laparotomía en tumores catalogados como T3, T4 y en metástasis fue de kw: 0,092 (95% IC: –0,139 a 0,322 concordancia pobre), 0,092 (95% IC: –0,139 a 0,322 concordancia pobre) y 0,243 (95% IC: –0,136 a 0,622 concordancia moderada) respectivamente.

El grado de concordancia entre la videolaparoscopia y la laparotomía en tumores catalogados como T3, T4 y en metástasis fue de kw: 0,475 (95% IC: 0,280-0,670 concordancia moderada), 0,475 (95% IC: 0,280 a 0,670 concordancia moderada) y 0,649 (95% IC: 0,400 a 0,898 concordancia buena) respectivamente.

La videolaparoscopia evitó 26 (20,16%) laparotomías innecesarias por determinar enfermedad avanzada en pacientes que eran considerados resecables por imágenes.

Hubo 4 (3,1%) complicaciones atribuibles a la videolaparoscopia (2 perforaciones intestinales y 2 sangrados). Un paciente (0,78%) falleció secundario a la perforación intestinal.

La videolaparoscopia fue superior como método diagnóstico para determinar la etapificación del cáncer gástrico comparado con los métodos imagenológicos en todos los subgrupos estudiados. Su mayor aporte fue determinar enfermedad metastásica y el lograr evitar laparotomías innecesarias asociado a una baja morbimortalidad.

CAMBIOS PERITONEALES PREVIOS A LA IMPLANTACIÓN METASTÁSICA EN LA MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO

Drs. *P. Burdiles, N. Olea (TM)[1], A. Csendes, M. Recio, G. Rencoret, C. Cárcamo, F. Parada*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico. [1]Unidad de Microscopia Electrónica, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: Las metástasis peritoneales ocurren en más de la mitad de los pacientes con cáncer gástrico. Los mecanismos involucrados son poco conocidos. Experimentalmente las células neoplásicas exfoliadas sólo pueden implantarse y proliferar en áreas de peritoneo dañado. Se especula si el cambio peritoneal es previo.

Objetivo: Estudiar la ultraestructura peritoneal en pacientes con cáncer gástrico y en un grupo control.

Material y Método: Se estudió 14 pacientes con adenocarcinoma gástrico (4 Ca Mucoso y 10 Ca seroso). Cuatro pacientes con patología quirúrgica benigna del abdomen se incluyeron como controles. Al inicio de la cirugía se tomó muestra de peritoneo sano de 1 x 1 cm de la raíz del mesenterio. A continuación se hizo lavado peritoneal con solución salina al 0,9% para estudio por centrifugado de células neoplásicas libres. Cada muestra de peritoneo se fijó en glutaraldehído 2,5%. Luego se deshidrató en acetona y posteriormente fue sometida a secado, montaje y metalizado con oropaladio. Se asignó a cada muestra un código alfanumérico de identificación. La lectura de Microscopia Electrónica de Barrido (MEB) de cada muestra se realizó sobre 20 campos con aumento de 1250 x que permite observar 30-36 células por campo (600-700 células por cada muestra). Se realizó observación ciega de cada muestra sin conocer la nominación de caso o control. Se excluyó pacientes con cirugía abdominal previa y con citología peritoneal (+) para células neoplásicas para descartar la presencia de éstas como factor de inducción de los eventuales cambios.

Resultados: En las muestras del grupo control la superficie peritoneal mostró un patrón uniforme de abundantes microvellosidades en superficie y tenue definición de las uniones intercelulares (Normal). En casos con cáncer se observó disminución de las microvellosidades y cierta separación intercelular (Mosaico) y pérdida de la estructura poligonal y gran aumento de la separación entre células, con pérdida focal (Denudación) de algunas células mesoteliales dejando desnuda la lámina propia. La distribución de los patrones en el recuento total de células según grupo control, cáncer mucoso y cáncer seroso fue:

	Normal	*Mosaico*	*Denudación*
Controles (n=4)	90,1%	7,6%	2,3%
Ca mucoso (n=4)	97,2%	0	2,8%
Ca seroso (n=10)	40,0%	51,0%	9,0%

*p<0,001 entre grupos, Test exacto de Fisher.

Conclusiones: El presente estudio muestra un proceso de alteración de las células mesoteliales viscerales que lleva a la pérdida de la arquitectura normal y de las uniones intercelulares con denudación focal de la superficie peritoneal y que dicho fenómeno ocurre en los cánceres que han alcanzado la serosa aún antes que existan células neoplásicas libres exfoliadas en la cavidad peritoneal.

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CABEZA Y CUELLO EN MELANOMA MALIGNO

Drs. *Marín L., Avalos N., Stambuck J., Vial G.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile)

Introducción: El empleo de la biopsia de ganglio centinela permite el diagnóstico y tratamiento de metástasis ganglionares en pacientes con melanoma maligno en estadios I y II. Este es un procedimiento que requiere de un aprendizaje que se evalúa midiendo el rendimiento mediante el uso de dos indicadores: 1) Tasa de procedimientos en los que no se encuentra el ganglio centinela, 2) tasa de falsos negativos entendiendo éstos como aquellos linfonodos centinela que son negativos existiendo

en esa área algún linfonodo que es positivo. Se ha discutido sobre el valor de la realización de este procedimiento en el área de cabeza y cuello dado que el número de áreas ganglionares, número de ganglios centinela y de falsos negativos es mayor; aumentando así la dificultad técnica y disminuyendo el rendimiento de esta técnica.

Objetivo: Determinar si ha sido útil la biopsia de ganglio centinela en el área de cabeza y cuello en nuestros pacientes, estableciendo la predictibilidad del diagnóstico de enfermedad regional en melanoma maligno de cabeza y cuello y comparándola con la biopsia de ganglio centinela en otras localizaciones y con la de otros autores; además de establecer predictibilidad del área anatómica de drenaje linfático.

Material y Método: Se estudian 75 pacientes portadores de melanoma en estadios I y II operados en forma consecutiva por un grupo de cirujanos con esta técnica de los cuales 13 corresponden al territorio de cabeza y cuello. Se obtiene la información mediante la revisión de registros prospectivos. Se evaluó la tasa de procedimientos frustro, tasa de falsos negativos, número de áreas ganglionares, número de ganglios, bilateralidad, técnica de tinción y revisión de publicaciones sobre el tema.

Resultados: En nuestra serie se obtuvo un 0% de falsos negativos y 2% de linfonodos centinela no encontrado. El número de áreas ganglionares fue 1,8. Se encontraron en promedio dos ganglios centinelas por procedimiento. Estos resultados son comparables con los resultados expuestos en series de otros autores.

Conclusiones: Si bien en el territorio de cabeza y cuello hay un mayor número de áreas ganglionares y mayor número de ganglios centinelas comparados con otras localizaciones esta es una excelente técnica para predecir el compromiso metastásico en el territorio ganglionar.

VESÍCULA EN PORCELANA Y SU ASOCIACIÓN A CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Drs. *F. Catan, M. Uribe, A. Gallego, P. Laime, M. Capetillo,* Ints. *R. Matamala, J.M. Flores, L. Fabrega*
(Servicio de Cirugía, Hospital Salvador, Campus Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es una patología importante en nuestro medio, representando la primera causa de muerte en la mujer. Diversos factores se han asociado a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vesícula biliar y dentro de éstos históricamente la vesícula en porcelana se ha asociado a un riesgo que se describe en la literatura entre un 12 y un 60%. En publicaciones recientes éste riesgo relacionado a vesícula en porcelana y desarrollo de cáncer de vesícula biliar parece ser menor e incluso no relacionarse.

Objetivo: Establecer la real incidencia de cáncer de vesícula biliar en pacientes portadores de vesícula en porcelana en nuestro medio.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de 5498 biopsias obtenidas de colecistectomías abiertas y laparoscópicas, de urgencia y electivas, analizadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de El Salvador entre agosto de 1995 y agosto de 2003. Se consignó la presencia de incrustaciones de calcio en la pared de la vesícula biliar en forma total o parcial, lo que definimos como vesícula en porcelana, y la presencia de cáncer vesicular, relacionando estas dos entidades. Se crea una base de datos con el programa Epi Info 2002, analizando en forma estadística los datos con este programa.

Resultados: De las 5498 biopsias revisadas se encontraron 175 (3%) biopsias con cáncer de vesícula biliar y 180 (3,2%) biopsias con presencia de vesícula en porcelana. La edad promedio de la muestra fue 59,6 años ± 12,7 (rangos 25-89 años). La edad promedio de los pacientes que presentaron cáncer de vesícula biliar fue de 63,6 años ± 11,8 (rangos 36-89 años) y aquellos con vesícula en porcelana fue 55,9 años ± 12,2. La relación entre sexo y vesícula en porcelana fue de 14,8% para los hombres y 85,2% para las mujeres, con una relación de 1:6; y la relación entre sexo y cáncer de vesícula fue de 22,9% para los hombres y un 77,1% para las mujeres, con una relación de 1:3. La incidencia de vesícula en porcelana en los pacientes colecistectomizados fue de un 3,2%. De los 180 pacientes con vesícula en porcelana 3 tenían asociado cáncer de vesícula biliar, lo que corresponde a un 1,6% (p=0).

Conclusión: El cáncer de vesícula biliar es una patología importante en nuestro país asociado a una alta mortalidad y morbilidad. De los factores que se han asociado con su desarrollo estudiamos la vesícula en porcelana, debido a su alta relación descrita en la literatura (12% a un 60%). Nuestros resultados concuerdan con las últimas publicaciones, relacionando estas entidades en un 1,6%, señalando que no habría un mayor riesgo asociado a vesícula en porcelana para desarrollar cáncer de vesícula biliar.

RESULTADOS ALEJADOS DE CIRUGÍA RADICAL EN CÁNCER VESICULAR MÁS QUIMIORRADIOTERAPIA ADYUVANTE, CON 5-FU

Drs. *M. Uribe[1,2,5], E. Buckel, F. Catán, J.M. Reyes[3], R. Baeza[4], A. Gallego[5], P. Laime[5].* Ints, *J.M. Flores[5], R. Matamala[5], L. Fábrega[5]*
([1]Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. [2]Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes. [3]Departamento de Oncología, Clínica Las Condes. [4]Instituto Radiomedicina (IRAM). [5]Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer vesicular es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena. Se asocia en un alto porcentaje a colelitiasis. En el momento del diagnóstico, menos del 30% de los pacientes son susceptibles de ser resecados, y en los que se logra, muchas veces es en estadios avanzados de la enfermedad, con un alto riesgo de recurrencia locorregional. No se ha determinado en forma categórica el rol de la adyuvancia en estos pacientes.

Objetivo: Presentar los resultados alejados del tratamiento quirúrgico del cáncer vesicular más adyuvancia.

Pacientes y Método: Se incluyen en forma prospectiva pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico histológico de cáncer vesicular, con estadios I-b a IV-b, en buenas condiciones generales, y sin enfermedad metastásica. Fueron excluidos aquellos pacientes en quienes no se pudo realizar una cirugía radical, cursaban cuadros sépticos, embarazo, lactancia materna o que tenían alterada la función renal, hepática o de médula ósea. La cirugía se efectuó en 1 tiempo cuando existía sospecha preoperatoria de cáncer vesicular, el que se confirmó por biopsia rápida intraoperatoria, o en aquellos pacientes en que la biopsia diferida mostró un cáncer vesicular. La intervención se realizó en un período menor a 2 meses desde su primera operación. La cirugía consistió en una laparotomía subcostal bilateral con resección de los segmentos IV-b y V, y disección ganglionar del hiliohepático, tronco celíaco, peripancreático e intercavo-aórticos. Ante la presencia de compromiso tumoral del conducto cístico o de la vía biliar, se resecó ésta, hasta obtener margen libre y efectuando una hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. Una vez recuperados de la cirugía, aproximadamente 21 días después, los pacientes fueron sometidos a quimioterapia y radioterapia concomitante. Los pacientes con estadio T1b, o T2N0, recibieron radioterapia focalizada con 450 cGY. Los pacientes con estadios mayores recibieron radioterapia abdominal total de 2100 cGY, completando 4.500 cGY, a la zona del lecho tumoral. La quimioterapia consistió en 5 FU, en infusión continua, de 225 mg/m^2/día durante todo el período de radioterapia.

Resultados: De febrero 1995 a agosto 2000, se incluyeron 21 pacientes, estadio II (7), III (8), IVa (4) y IVb (2). No hubo mortalidad operatoria. Todos los pacientes en quienes se resecó vía biliar tuvieron margen negativo para tumor. Tres pacientes presentaron infección de herida operatoria y uno hernia incisional. No hubo casos de fístula biliar. Todos los pacientes presentaron efectos colaterales derivados del tratamiento adyuvante. Leucopenia fue la mayor complicación hematológica. Once pacientes (52,3%) están vivos, con una mediana de seguimiento de 62 meses (44 a 112).

Comentario: Los resultados alejados de este tratamiento multidisciplinario son alentadores, comparados con series históricas.

PATRÓN DE METILACIÓN GÉNICO EN EL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN CHILE. ESTUDIO PRELIMINAR

Drs. *Juan Carlos Roa S., Leonardo Anabalón, Oscar Tapia, Iván Roa*
(Departamento de Anatomía Patológica. Laboratorio de Biología Molecular, Universidad de La Frontera)

La metilación de la región promotora de genes es un importante mecanismo en la inactivación de genes supresores de tumores. La importancia de este fenotipo genético-molecular se encuentra relacionada con su potencial capacidad de separar grupos de pacientes con diferente pronóstico y eventual diferente respuesta a tratamiento.

Objetivo: Analizar el patrón metilación de importantes genes involucrados en procesos carcinogenéticos de la vesícula biliar, correlacionándolo con características anatomoclínicas y sobrevida de los pacientes.

Material y Método: Se seleccionaron 20 casos de cáncer de vesícula biliar del banco de tumores congelados del departamento de Anatomía Patológica de la Universidad de La Frontera. El ADN extraído fue analizado mediante el test de metilación específica por PCR para los genes CDKN2A (p16), hMLH1, (human Mut L Homologue 1), APC *(Adenomatous Polyposis coli),* FHIT (Fragile Histidine Triad) y E-Cadherin (CDH1). Se obtuvo datos anatomoclínicos y seguimiento de la totalidad de los pacientes. Para el análisis estadístico se utilizaron los test exacto de Fisher, χ^2 y Kaplan-Meier.

Resultados: La mayoría de los casos correspondió a tumores avanzados (95%) histológicamente moderada o pobremente diferenciados (95%). Se obtuvo metilación del área promotora del gen P16 en un 20%, para hMLH1 un 5%, un 30% para FHIT, un 40% para APC y un 65% para CDH1. El índice de metilación promedio fue de 0,3. Se observó tendencia a mayor frecuencia de metilación de E-Cadherin en tumores poco diferenciados. No se encontró correlación entre sobrevida (seguimiento promedio de 11 meses) y la metilación de los genes estudiados.

Conclusiones: A excepción del gen hMLH1 los genes estudiados presentaron porcentaje de metilación similares o superiores al 20% y parecen jugar un rol importante en la tumorogénesis vesicular. Se requiere de un estudio con mayor cantidad de casos, en diferentes etapas, que permita identificar subgrupos de pacientes.

CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR EN EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD

Drs. *I. Roa[1,2], X. de Aretxabala[1], J. Araya[1], J. Roa[1], M. Schultz[3], J. Hepp[3]*

([1]Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco. [2]Servicios de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Temuco. [3]Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: La mayor parte de la información respecto del cáncer de la vesícula biliar proviene del sistema público de salud. En nuestro país se desconoce la incidencia de este tumor en estratos socioeconómicos altos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de cáncer de la vesícula biliar en colecistectomías en pacientes del sistema privado de salud.

Material y Método: Se analizan todas las biopsias de vesícula biliar procesadas en los Servicios de Anatomía Patológica de la Clínica Alemana de Santiago, durante el período 2003-2004 (423 casos) y de la Clínica Alemana de Temuco durante el período 1998-2004 (2.136 casos). Para el análisis estadístico se empleó prueba de Chi cuadrado para las tablas de contingencia y t-test para los promedios.

Resultados: Clínica Alemana de Santiago: Se procesaron 423 vesículas biliares con un promedio de edad 48,1 años (SD 15,7 años), correspondientes a 236 mujeres (46,3 años) y 187 hombres (50,4 años). Se diagnosticaron 7 cánceres (1,65%). En éste mismo período se diagnosticó una displasia del epitelio vesicular (0,02%).

Clínica Alemana de Temuco: Se procesaron 2.136 vesículas biliares. El promedio de edad fue de 47,9 años (SD 14,7 años). Durante este período se diagnosticaron 60 cánceres de la vesícula biliar (2,64%), 20 displasias de la mucosa de la vesícula biliar (0,88%) y 4 adenomas (0,18%).

No se observó diferencia en la frecuencia de cáncer en colecistectomías entre Santiago (1,65%) y Temuco (2,64%) (p= 0,2). Sin embargo, la frecuencia de cáncer vesicular en mujeres fue de 2,16% en Santiago y 3,63% en Temuco (p= 0,001).

Discusión: Nuestros resultados demuestran que la frecuencia de cáncer de la vesícula biliar en colecistectomías en dos clínicas privadas de distintas regiones del país alcanzó cifras similares a las reportadas en los hospitales del sistema público de salud. Al igual que en el sistema público, la mayoría de los pacientes se diagnosticaron en estadios avanzados de la enfermedad. De acuerdo a nuestros hallazgos se deberían emplear los mismos criterios clínicos respecto de la indicación de la colecistectomía en pacientes con litiasis sintomática tanto del sistema público como del privado de salud en Chile.

Seccional: TÓRAX

VIDEOTORACOSCOPIA COMO ACCESO MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA COLUMNA DORSAL

Drs. *G. Cardemil H., J.P. Hidalgo V., P. Wisnia C., J. Salguero A.,* Ints. *D. Reyes O., P. Riffo C.*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La columna vertebral dorsal en su región anterior es de difícil acceso a través de procedimientos percutáneos ya sean de diagnóstico o tratamiento. Este trabajo pretende dar a conocer la experiencia del equipo de tórax del hospital abordando esta región anatómica mediante un proceso mínimamente invasivo.

Material y Método: Se realizó un trabajo descriptivo retrospectivo de las fichas de 8 pacientes del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los cuales se realizó un abordaje por videotoracoscopia de la columna dorsal.

Resultados: Los 8 pacientes se distribuían de la siguiente manera: un 62,5% (5) mujeres y 37,5% (3) hombres, con una edad promedio de 55,85 años (rango: 40-75). El índice de masa corporal (IMC) al momento de la cirugía fue de 27,51 en promedio (rango: 21,17-30,89). El tiempo de evolución de los síntomas de los pacientes fue de 20 días a 7 meses, con un promedio de 3,6 meses. Los síntomas que llevaron a los pacientes a consultar fueron: en un 50% (4) de los casos dorsalgia de distinto grado, 25% (2) con paresia progresiva de extremidades inferiores, 12,5% (1) con síndrome febril de 1 mes de evolución y 12,5% (1) como hallazgo en una radiografía de tórax en relación a un proceso respiratorio agudo. En el estudio preoperatorio al 75% (6) de los pacientes se les realizó una TAC y a 2 pacientes una RNM de columna dorsal. El nivel de compromiso varió desde D2 a D12. la totalidad de los pacientes fueron abordados por videotoracoscopia derecha, todos en decúbito lateral izquierdo, con intubación monobronquial selectiva, se utilizaron 3 ó 4 trocares de entrada, el tiempo operatorio promedio fue de 80 minutos (rango: 60-135), al 50% (4) de los pacientes se les dejó drenaje pleural en el sitio de la lesión, los cuales fueron retirados en promedio a los 5,25 días (rango: 4-7). A todos los pacientes se les realizó radiografía de control postoperatoria en la cual había una adecuada reexpansión pulmonar. No hubo complicaciones postoperatorias, siendo dados de alta por el equipo de cirugía en promedio a los 4,25 días (rango: 1-8). La estadía hospitalaria total fue de 1 a 35 días con un promedio de 13,1 según los diversos hallazgos operatorios. Todos los pacientes recibieron antibióticos, 37,5% (3) con profilaxis con cefazolina por 1 día, y los otros 5 con tratamiento empírico de ceftriaxona y clindamicina en espera de los cultivos y biopsias definitivas. Los resultados definitivos demostraron 50% (4) de los pacientes con patología infecciosa (2 con cultivos positivos, un cultivo negativo y una TBC) y 50% (4) tumoral siendo 2 de estos metástasis (Ca. Gástrico y Ca. Mamario), un Schwannoma benigno y un Hemangioma.

Conclusión: Se presenta el abordaje por videotoracoscopia como un método diagnóstico y terapéutico seguro y eficiente en la patología de la columna dorsal, siendo una alternativa mínimamente invasiva y sin complicaciones.

CIRUGÍA CORONARIA (CC) EN ADULTO MAYOR. EXPERIENCIA DE TRECE AÑOS

Drs. *A. Silva, G. Meriño, J. Salman, J. Bahamondes, J. Horta, O. Cherres, M. Burgos, P. Kargstel, C. Antonietti, S. Salgado*
(Hospital Regional. Facultad de Medicina UFRO, Temuco)

Introducción: Se identificarán indicaciones de CC en pacientes de 70 o más años, principales factores de riesgo asociados a morbimortalidad e incidencia en resultados. Impacto producido por la CC sin Circulación Extracorpórea (CEC).

Material y Método: Junio 1991 - junio 2004. CC en 731 pacientes consecutivos, sin procedimientos asociados. Registros: 117 de 131, análisis retrospectivo de casos.

Resultados: 76 hombres (65%), 41 mujeres (35%). Edad promedio 73,2 años (70-82). 50% se

indicó CC por angina inestable (AI); en mujeres en 63,4%. En 27% se diagnosticó angiográficamente estenosis tronco coronaria izquierda (TCI), todos con AI o angina CF III o IV. Fracción eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) de 40% o menos 20% pacientes. 50% con infarto previo. 5% con accidentes cerebrovasculares (ACV). 4% con insuficiencia renal crónica. 6% con insuficiencia respiratoria moderada; 79% operados con CEC y 21% sin CEC. 60% reciben 3 o 4 puentes, y 96% recibe al menos mamaria interna izquierda como puente.

Complicaciones: Infección esternal profunda 0.9%. Hemodiálisis postoperatoria inmediata 1,7%. 21% con fibrilación auricular. Serie sin ACV. Infartos intra y postoperatorio inmediato 7,7%. Mortalidad perioperatoria 8 pacientes (6,8%): 4 hombres (5,2%) y 4 mujeres (9,7%). De los 8 muertos, 5 con AI, 3 estenosis del TCI y 3 disfunción moderada o severa de la FEVI.

Tiempo promedio cirugía 270 minutos, sin CEC 195 minutos. Sangrado postoperatorio promedio 985 cc, sin CEC 520 cc. Promedio transfusión unidad de glóbulos rojos de 2,1; sin CEC 1,5. Promedio días estadía 13,2 días, 10,8 sin CEC. Promedio seguimiento dos años nueve meses.

Conclusiones: Morbimortalidad aceptable en 117 casos, ay que 50% se operó con AI; en mujeres 63% con AI, pudiendo explicar mayor mortalidad. Además 27% con estenosis del TCI y un 20% con disfunción moderada o severa de la FEVI. De 8 muertos, 5 tenían AI; 3 estenosis del TCI y 3 disfunción moderada o severa de la FEVI. La CC sin CEC desde 2001 significó disminución de tiempos operatorios, sangrado postoperatorio, tiempo de ventilación mecánica y promedio de días estadía.

MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE

Drs. *Roberto González Lagos, Marcos Vera Figueroa, Malao Raffo Román, René Saldías Freyhoffer, Emilio Alarcón Cabrera, Alberto Gyhra Soto, Aleck Stockins Larenas, Enrique Seguel Soto, Galia Gutiérrez Jaramillo*
(Equipo de Cirugía Cardiotorácica, Servicio Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente". Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: La Mediastinitis Necrotizante Descendente (MND) requiere un manejo quirúrgico precoz y agresivo. Presenta alta morbimortalidad, siendo el diagnóstico precoz y el drenaje quirúrgico fundamentales en su pronóstico.

Objetivo: Describir las características de la MND manejadas por nuestro equipo y determinar factores de riesgo de mortalidad.

Material y Método: Estudio descriptivo-retrospectivo. Período enero 1993 - junio 2004. Información obtenida en base de datos de Equipo de Cirugía Cardiotorácica y fichas clínicas. Se describe edad, género, características clínicas, tiempos de evolución, etiología, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y evolución. Para determinar factores de riesgo de mortalidad se realiza análisis multivariado de 14 factores pre, intra y postoperatorios, se utiliza prueba de regresión logística con método forward stepwise.

Resultados: Total 10 casos, todos de género masculino. Edad promedio 42,2 años (rango: 17-73). Los síntomas más frecuentes fueron dolor en 8 casos, disnea en 7 y fiebre en 6. El tiempo de evolución de síntomas a consulta fue promedio 5,8 días (rango: 1-10); entre consulta y diagnóstico promedio 3 días (rango: 0-6); todos se operaron el mismo día del diagnóstico. En 8 se realizó tomografía axial computada que fue diagnóstica en todos. El origen fue en 4 casos dental, en 3 otorrinolaringológico y en 3 no fue posible determinar la etiología. El promedio de cirugías torácicas por paciente fue 1,7 (rango: 1-3). En 5 se realizó abordaje cervical simultáneo y en 4 traqueostomía. Necesitaron ventilación mecánica en postoperatorio 9 pacientes, promedio de 16 días (rango: 3-38). Seis pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, la más frecuente fue la insuficiencia renal aguda en 3 casos. Fallecieron 5 pacientes entre 3 y 35 días postoperados, todos en falla orgánica múltiple. El promedio de días de hospitalización postoperatoria fue 26,1 días (rango: 3-104). En análisis multivariado se encontró como factor de riesgo de mortalidad la necesidad de hemoderivados en el postoperatorio y la necesidad de transfundir plasma. En los otros 12 factores no se encontró significación estadística.

Conclusiones: La MND presenta alta morbimortalidad. Para nuestra serie la utilización de hemoderivados es el postoperatorio sería un factor asociado a mortalidad.

NEUMOTÓRAX: EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PERÍODO 1990- 2003

Drs. *G. Cardemil H., J.P. Hidalgo V., P. Wisnia C., J. Salguero A., Ints. D. Reyes O., P. Riffo C.*
(Departamento Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El neumotórax (NT) se define como presencia de aire en la cavidad pleural. Es

una patología relativamente frecuente que si bien a veces es asintomático puede incluso llegar a comprometer la vida de los afectados. En el presente estudio se pretende evaluar a los pacientes con diagnóstico de neumotórax, su manejo y así conocer la realidad local de nuestro servicio.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron 289 fichas de pacientes egresados con el diagnóstico de neumotórax entre los años 1990 y 1993, del Hospital Clínico de la U. De Chile.

Resultados: De los pacientes revisados la edad promedio fue de 33 años (rango 13-84). Un 54,67% (158) fueron derechos, un 44,98% (130) izquierdos y 0,35% (1) bilateral. Un 85,47% (247) correspondió a varones. La etiología fue: 81,66% (236) espontáneo primario, 10,03% (29) espontáneo secundario, 4,49% (13) traumático, 3,11% (9) iatrogénico, 0,69% (2) por barotrauma. El síntoma principal fue dolor torácico 76,12%, disnea 64,01%, tos seca 13,84%. El NT se presentó en un 82,35% de los casos en reposo. El tratamiento inicial fue pleurostomía en 77,16% (223), quirúrgico en un 13,49% (39) y conservador en 9,34% (27). De los pacientes manejados con pleurostomía 14,34% (32) no evolucionaron satisfactoriamente por mala reexpansión o fuga aérea persistente. De estos fueron operados 78,12% (25), un 18,75% (6) que correspondían a NT secundario se complicaron y no alcanzaron a ser operados siendo los únicos fallecidos de la serie, y uno evolucionó con un empiema que finalmente se resolvió con la misma pleurostomía, un 0,89% (2) de los manejados por pleurostomía fueron operados a pesar de la buena evolución, uno por presentar bulas bilaterales al TAC y otro porque tardíamente refirió ser su segundo episodio. Las causas de cirugía al ingreso de los 39 pacientes fue: 76,9% (30) por segundo episodio, 10,25% (4) por tercer episodio, 10,25% (4) por bulas bilaterales diagnosticadas por TAC y 2,56% (1) por cuarto episodio. Los manejados en forma conservadora (27) evolucionaron satisfactoriamente en un 92,6% con reposo y oxigenoterapia suplementaria y un 7,4% requirieron cirugía. Del total de los pacientes operados (72) un 76,39% (55) fueron por videotoracoscopia y 23,61% (17) por toracotomía. Del total de operados 6,94% (5) recidivaron por lo cual fueron reoperados. La mortalidad global fue de un 2,07% (6).

Conclusiones: Con el presente trabajo pudimos comprobar que las características epidemiológicas, etiológicas, el manejo y la evolución de nuestros pacientes se asemejan bastante a la literatura nacional e internacional. Nos parece importante recalcar que esta patología puede llegar a ser letal, sobretodo en los casos de NT secundario por lo que es importante un manejo agresivo. Los pacientes con NT espontáneo primario se determina su frecuencia de recidiva cuando son tratados con observación o pleurostomía y los resultados de la cirugía cuando ésta se efectúa.

TIMECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA EN *MIASTENIA GRAVIS*

Drs. *G. Cardemil H., J.P. Hidalgo V., P. Wisnia C., J. Salguero A., M. Zinck, E. Fernández P.,* Ints. *L. Ángel, D. Reyes O., P. Riffo C.*
(Departamento Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: Desde 1930, cuando Blalock realizó la primera timectomía en una miastenia gravis, se ha utilizado este procedimiento como tratamiento de este desorden autoinmune. Hoy en día la videotoracoscopia ofrece un procedimiento menos invasivo como alternativa. Nuestro objetivo es evaluar este procedimiento que se ha realizado en el hospital con parámetros similares a los utilizados en la literatura internacional.

Material y Método: Se realizó un trabajo descriptivo, retrospectivo de las fichas de 18 pacientes, en los cuales se realizó timectomía por videotoracoscopia en el período 1997-2003.

Resultados: Se obtienen resultados de 18 pacientes, 11 mujeres y 7 hombres, la edad promedio es de 35 años (rango 17-59), de éstos, 4 tienen patología agregada (2 con patología tiroidea y 2 hipertensión arterial). El tiempo promedio de evolución de la enfermedad desde la aparición de los síntomas al diagnóstico de MG fue de 6,4 meses y el tiempo promedio entre el diagnóstico y la timectomía fue de 10,4 meses. Dentro del estudio de preoperatorio, 9 pacientes tenían TAC de Tórax con algún grado de alteración y 9 eran normales. En 3 pacientes se efectuó plasmaféresis preoperatoria, los cuales estuvieron en promedio 9 días hospitalizados antes de la cirugía. Se realizaron 11 timectomías por videotoracoscopia bilateral con una duración promedio de 216 minutos, 7 timectomías por videotoracoscopia derecha con una duración de 147,8 minutos. Los pacientes estuvieron en promedio 3,11 días en su postoperatorio (rango 1-10 días) y el período total de hospitalización fue de 7,22 días (rango 2-30). No hubo complicaciones postoperatorias ni mortalidad. En controles postoperatorios que van de los 2 meses a 5 años con un promedio de 38 meses, se observa el porcentaje de remisión completa o parcial y su relación con la edad el grado de la enfermedad y el tiempo de la indicación de cirugía.

Conclusión: Los estudios de indicación quirúrgica de la miastenia gravis aun no están suficientemente precisados, al igual que no hay unanimidad en la evaluación de sus resultados. La videotoracoscopia es un procedimiento poco invasivo, seguro y con un excelente resultado estético. La estadía postoperatoria es breve y sin morbilidad. Los resultados alejados de esta técnica necesitan evolución en el tiempo para ser legitimados.

TUMORES CARDÍACOS

Drs. *Roberto González Lagos, Malao Raffo Román, Emilio Alarcón Cabrera, Alberto Gyhra Soto, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Enrique Seguel Soto, Álvaro Herrera Leppe, Galia Gutiérrez Jaramillo*
(Equipo de Cirugía Cardiotorácica, Servicio Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente". Departamento de Cirugía y Sección de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, su incidencia en necropsias va del 0,0017 al 0,28%, siendo el 75% benignos. Los más frecuentes son los mixomas auriculares. Se presentan principalmente en mujeres entre 30 y 70 años, las manifestaciones clínicas son inespecíficas, el principal método diagnóstico es el ecocardiograma y el tratamiento es quirúrgico.

Objetivo: Describir las características de tumores cardíacos que fueron certificados por anatomía patológica.

Material y Método: Estudio descriptivo-retrospectivo. Período enero 1984 – junio 2004. Información obtenida en base de datos de Equipo de Cirugía Cardiotorácica, fichas clínicas y registro de anatomía patológica. Se describe edad, género, características clínicas, método diagnóstico, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad, anatomía patológica, evolución y seguimiento.

Resultados: Total 10 casos, 8 hombres. Edad promedio 42,7 años (rango: 13-71). Presentaban síntomas cardiovasculares 8 pacientes, 1 asintomático y 1 corresponde a necropsia, en este caso no hay descripción de características clínicas. La manifestación clínica más frecuente fue disnea en 7 casos, pesquisa de soplo cardíaco en 5 casos y fenómenos embólicos periféricos en 3 casos. Cuatro pacientes se encontraban en capacidad funcional mayor o igual a III al momento de diagnóstico. El principal método de diagnóstico fue ecocardiograma transtorácico. Se realizó tratamiento quirúrgico en 9 pacientes, en 4 resección y cierre directo del defecto residual, en 4 resección y cierre del defecto residual con parche y en 1 sólo resección. En un paciente portador de insuficiencia aórtica, en su estudio preoperatorio se pesquisó masa ventricular, realizándose cirugía de reemplazo valvular aórtico y resección del tumor. Todos con circulación extracorpórea con tiempo promedio 99 minutos (rango: 80-128) y el tiempo de clampaje aórtico promedio 51 minutos (rango: 14-72). La localización fue en 9 casos auricular, 8 en aurícula izquierda y uno ventricular izquierdo. Todos fueron mixomas. Presentaron morbilidad 3 pacientes, un neumotórax hipertensivo, una inestabilidad esternal y un hematoma de esternotomía. No hubo reoperaciones ni mortalidad. En el seguimiento todos mejoraron su capacidad funcional.

Conclusiones: Los tumores cardíacos son infrecuentes, siendo los más habituales los mixomas auriculares izquierdos. Presentan clínica inespecífica y baja morbimortalidad operatoria.

RESULTADOS Y UTILIDAD DE LA BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA

Drs. *Roberto González Lagos, Ricardo Funke Hinojosa, René Saldías Freyhoffer, Emilio Alarcón Cabrera, Alberto Gyhra Soto, Aleck Stockins Larenas, Enrique Seguel Soto, Galia Gutiérrez Jaramillo*
(Equipo de Cirugía Cardiotorácica, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente". Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: La biopsia pulmonar quirúrgica es útil en el diagnóstico de un grupo grande y heterogéneo de enfermedades pulmonares, representando un potencial impacto terapéutico.

Objetivo: Describir los resultados y evaluar el aporte práctico de la biopsia pulmonar quirúrgica.

Material y Método: Estudio descriptivo-retrospectivo. Período enero 1993 - junio 2004. Información obtenida de base de datos del equipo de Cirugía Cardiotorácica y fichas clínicas. La serie está conformada por 63 pacientes, 37 de género femenino, promedio edad 54,4 ± 13,8 años (rango: 1-77). Todos fueron referidos por broncopulmonar con indicación de biopsia pulmonar quirúrgica. En 56 casos se realizó por minitoracotomía y en 7 por videotoracoscopia. En 8 pacientes se realizó otro procedimiento, el más frecuente fue biopsia pleural en 4 casos. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue fibrosis pulmonar idiopática en 39 pacientes. La muestra fue de pulmón izquierdo en 47 casos, y en 36 de la língula. Se describen complicaciones intraoperatorias, morbimortalidad, estadía postoperatoria, diagnóstico histopatológico. Para evaluar el impacto en el tratamiento en conjunto

con broncopulmonar se determinan criterios de cambio de tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas chi-cuadrado y el test exacto de Fisher.

Resultados: No hubo complicaciones intraoperatorias. Presentaron complicaciones postoperatorias 9 pacientes, las más frecuentes fueron 2 casos de insuficiencia respiratoria, 2 neumonías y 2 fugas aéreas prolongadas. Fallecieron 2 pacientes, quienes evolucionaron con insuficiencia respiratoria, el estudio histopatológico informó carcinoma bronquioloalveolar en ambos. No hubo reoperaciones. La estadía postoperatoria fue en promedio 5,25 ± 5,09 días (rango: 1-30), mediana 3. La biopsia pulmonar quirúrgica permitió un diagnóstico histopatológico en todos los casos, los más frecuentes fueron neumonía intersticial usual en 30 casos, carcinoma bronquioloalveolar en 15, el diagnóstico de tuberculosis miliar se presentó en 4. Con el informe histopatológico en 51 pacientes hubo un cambio de tratamiento ($p<0,001$) y en 26 cambió el diagnóstico preoperatorio ($p<0,001$).

Conclusión: La biopsia pulmonar no está exenta de morbimortalidad y tiene una implicancia significativa en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes en los cuales se indica.

MEDIASTINOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE MASA MEDIASTÍNICA

Drs. *Roberto González Lagos, Ricardo Funke Hinojosa, Emilio Alarcón Cabrera, René Saldías Freyhoffer, Alberto Gyhra Soto, Aleck Stockins Larenas, Enrique Seguel Soto, Galia Gutiérrez Jaramillo*
(Equipo de Cirugía Cardiotorácica, Servicio Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente". Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: La mediastinoscopia es un método de exploración torácica que ha demostrado ser un procedimiento importante en el estudio y diagnóstico de patología tumoral del mediastino.

Objetivo: Describir los resultados y evaluar el aporte práctico de la mediastinoscopia en pacientes portadores de masa mediastínica.

Material y Método: Estudio descriptivo-retrospectivo. Período enero 1995 - junio 2004. Información obtenida de base de datos del equipo de Cirugía Cardiotorácica y de fichas clínicas. La serie está conformada por 30 pacientes, 15 de género masculino, con un promedio de edad de 45,3 +/- 20,7 años (rango: 1-83). En todos los pacientes la indicación de la mediastinoscopia fue masa del mediastino anterosuperior, 5 de ellos además presentaron síndrome de vena cava superior (SVCS). Se describen hallazgos y complicaciones intraoperatorias, morbimortalidad, estadía postoperatoria, estudio histopatológico y aporte práctico en el manejo del paciente.

Resultados: Como hallazgos intraoperatorios se encontraron 20 pacientes con adenopatías, 6 con lesiones tumorales, 2 sin hallazgos significativos, 1 con una lesión quística y en 1 caso se describe un mediastino sellado. No hubo complicaciones intraoperatorias. Presentaron complicaciones postoperatorias 3 pacientes, 2 que presentaban SVCS evolucionaron con insuficiencia respiratoria y necesitaron hospitalización prolongada, y un paciente de 1 año de edad portador de una lesión quística, evolucionó con parálisis de cuerdas vocales. No hubo mortalidad en la serie. La estadía postoperatoria fue en promedio 5,2 ± 13 días (rango: 1-62), mediana 1. Los pacientes con SVCS permanecieron hospitalizados en promedio 16,8 días. En 29 casos se logró muestra suficiente para estudio histopatológico. Los diagnósticos más frecuentes fueron linfoma en 6 casos, linfadenitis crónica en 5, carcinoma indiferenciado en 4 y sarcoidosis en 3. Al evaluar el resultado histopatológico y correlacionarlo con la evolución clínica posterior. En 4 casos la mediastinoscopia se consideró un procedimiento que no tuvo un aporte práctico en el manejo del paciente.

Conclusión: La mediastinoscopia en el estudio de masa mediastínica no presenta mortalidad, la morbilidad se relaciona con la presencia de SVCS. Permite una muestra histopatológica y es un aporte práctico en la mayoría de los pacientes en que se indica.

TRATAMIENTO VIDEOTORACOSCÓPICO DEL HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO RETENIDO Y COAGULADO

Drs. *Antonio Baquerizo M., Fernando Barrientos C., Walterio Muñoz C., Verónica Fonseca S.*
(Departamento y Servicio de Cirugía. Universidad de La Frontera, Unidad de Cirugía Torácica, Hospital Regional de Temuco)

Introducción: La gran mayoría de los hemotórax se tratan mediante la toracostomía tubular bajo agua. No obstante, el vaciamiento del hemotórax no siempre es completo y en ocasiones se contamina generando un empiema. El propósito del presente trabajo es evaluar el tratamiento videotoracoscópico del hemotórax retenido y coagulado.

Material y Método: Cuatrocientos treinta y ocho traumatismos torácicos se atendieron entre 1995 y 2003 presentando hemotórax 350 de los cuales se intervinieron con videotoracoscopia 60 correspon-

diendo 45 hemotórax retenidos y 15 coagulados. Se revisan retrospectivamente las fichas clínicas de estos pacientes el diagnóstico se efectuó mediante Rx de tórax y en algunos mediante TAC. En el hemotórax coagulado se presenta un cuadro séptico clínico y de laboratorio. La intervención se realizó bajo anestesia general con tubo de doble lúmen con dos entradas una para cámara y otro de trabajo. Se efectúan controles Rx diarios. El drenaje se retira con expansión completa y débito igual o menor a 100 ml/24 horas. Controles ambulatorios con Rx de tórax a los 30 y 60 días.

Resultados: Hemotórax retenido se intervinieron 45 casos (14,2%) y coagulado 15 (4,7%). En los HR el 77% son por trauma abierto y por arma blanca el 97,1% y los hombres son el 91,1%. El diagnóstico fue a los 8 días (4-30). Conversiones 2 (4,4%) retiro del drenaje y alto promedio 3 días (2,7). Los hemotórax coagulados fueron por trauma abierto el 80%, todos por arma blanca. El diagnóstico promedio a los 8 días (2,7%). Se efectuaron 6 decorticaciones y 5 conversiones (33,3%). Retiro del drenaje y alta a los 4 días (2-7). En un caso se presentó infección de herida operatoria (1,6%).

Discusión: El diagnóstico mediante TAC tiene un 70% de mayor sensibilidad que la Rx de tórax. La indicación de videotoracoscopia está condicionada a la estabilidad hemodinámica del paciente. El resultado del tratamiento videotoracoscópico fue satisfactorio, con recuperación y alta al tercer o cuarto día, acortando la hospitalizacion y bajando los costos. Las complicaciones fueron un 1,6% y los controles a treinta y sesenta días fueron sin incidentes. La cirugía debe indicarse precozmente. Más de 5 días en los HR y 9 días en los HC condicionan conversiones y decorticaciones.

MEDIASTINITIS POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CARDÍACA

Drs. *Roberto González Lagos, Malao Raffo Román, Marcos Vera Figueroa, Emilio Alarcón Cabrera, René Saldías Freyhoffer, Alberto Gyhra Soto, Aleck Stockins Larenas, Enrique Seguel Soto, Galia Gutiérrez Jaramillo*
(Equipo de Cirugía Cardiotorácica, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente". Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: La mediastinitis postquirúrgica en Cirugía Cardíaca (MPQCC) tiene una incidencia del 1-2% con rango del 0,4 al 5%, presenta una mortalidad del 8,6 al 40%. Por su elevada mortalidad es una complicación temida en Cirugía Cardíaca.

Objetivo: Describir características de MPQCC de nuestro equipo y determinar factores de riesgo de mortalidad.

Material y Método: Estudio descriptivo-retrospectivo. Período enero 1993 - diciembre 2003. Información obtenida en base de datos Equipo Cirugía Cardiotorácica y fichas clínicas. Se trataron por nuestro equipo 19 pacientes, 4 fueron operados de cirugía cardíaca en otro centro y no se incluyen en este estudio. En este período se realizaron 1.223 cirugías cardíacas y se presentaron 15 MPQCC (1,2%). Se describe edad, género, tipo cirugía cardíaca realizada, características clínicas, tiempo de evolución, manejo quirúrgico, morbimortalidad, microbiología y evolución. Para determinar factores de riesgo de mortalidad se realizó análisis multivariado de 32 factores pre, intra y post operatorios, se utilizó prueba de regresión logística con método forward stepwise.

Resultados: Total 15 casos, 9 de género masculino. Edad promedio 53,5 años (rango: 17-72). Los síntomas y signos frecuentes fueron dolor en 14 casos, fiebre en 13, taquicardia en 13 e inestabilidad esternal en 9. La cirugía cardíaca fue univalvular en 6, coronario en 5, por endocarditis infecciosa en 3 y bivalvular en 1. El tiempo entre cirugía cardíaca y diagnóstico de MPQCC fue promedio 12,9 días (rango: 7-30). Se realizó aseo mediastínico, curetaje, cierre e instalación de sistema de irrigación en 14, en 1 se dejó esternotomía abierta. Se aisló *Staphylococcus aureus* multirresistente en 11. Presentaron complicaciones 8 pacientes, la más frecuente fue insuficiencia renal aguda en 4. Fallecieron 5, todos por falla orgánica múltiple. La estadía postoperatoria fue promedio 38,6 días (rango: 14-95), En análisis multivariado se encontró como factores asociados a mortalidad tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, uso de balón contrapulsación aórtica, y de los postoperatorios de mediastinitis: días de ventilación mecánica, uso de hemoderivados, insuficiencia renal aguda y neumonía.

Conclusiones: La MPQCC presenta alta morbimortalidad. En nuestra serie existen factores reconocibles asociados a mortalidad.

EVALUACIÓN DE NÓDULOS Y MASAS PULMONARES CON PET FDG DE ALTA RESOLUCIÓN

Drs. *MJ. Jofré, P. Sierralta, T. Massardo, P. González, P. Humeres, J. Canessa, M. Peralta, J. González*
(Centro PET de Imágenes Moleculares y Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: El diagnóstico y etapificación de pacientes portadores de lesiones pulmonares con

PET-FDG permite optimizar el manejo y seleccionar la terapia más adecuada para cada uno.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia preliminar con PET-FDG en la caracterización metabólica de nódulos o masas pulmonares correlacionándolo con histología cuando estaba disponible y evaluando el impacto en la conducta terapéutica.

Material y Método: Se analizaron 58 pacientes referidos para evaluación de nódulo o masa pulmonar (62 ± 7 años de edad; 48% sexo masculino; 40% fumadores). Los PET se realizaron en ayunas, utilizando 13 mCi de FDG-F18, con glicemia preinyección de 101 ± 5 mg/dl. Se adquirieron imágenes de cuerpo entero con análisis visual de cortes coronales, sagitales y transaxiales e imágenes 3D, así como análisis cuantitativo del índice de captación estandarizada SUV. Los estudios se compararon con histología y seguimiento clínico.

Resultados: En 22 pacientes (38%), las lesiones pulmonares fueron hipermetabólicas y en 64% no hubo evidencias de actividad tumoral. En 24% de los pacientes, se encontraron además lesiones extrapulmonares no sospechadas por otras técnicas de imágenes. El rango de tamaño de los nódulos / masas pulmonares era de 0,5 a 7 cm, en el grupo de PET positivo, el tamaño era mayor a 0,8 cm. Se obtuvo histología en 16/58: en 12 de ellos, se confirmó la presencia de neoplasia (75%) correspondiendo la mayoría a adenocarcinoma. Dos pacientes fueron falsos positivos, demostrándose en uno, un schwanoma abscedado y en el otro, un hamartoma. En 2 pacientes con nódulos sin actividad hipermetabólica al PET (estudio normal), sometidos a cirugía por las características del nódulo al TC, se corroboraron lesiones benignas. El los restantes pacientes con lesiones negativas, el seguimiento clínico no ha demostrado alteraciones hasta la fecha. Un paciente referido por nódulo pulmonar no fue incluido en el análisis debido a que en el PET presentaba múltiples lesiones hipermetabólicas con patrón sugerente de sarcoidosis, lo que fue confirmado con histología en 5 localizaciones.

Conclusión: El PET es de gran utilidad para determinar malignidad de nódulos y masas pulmonares, evitando cirugías innecesarias y permitiendo una correcta etapificación, pues evalúa también lesiones a distancia.

Seccional: TRAUMA

PERFIL Y MANEJO DEL TRAUMA TORÁCICO EN OSORNO

Drs. *N. Bello, P. Bórquez, R. Guridi, A. Baeza*
(Servicio de Cirugía, Hospital Base de Osorno)

El objetivo del presente trabajo es conocer y caracterizar epidemiológicamente la población afectada por trauma torácico en la comuna de Osorno y, a la vez, evaluar el tratamiento enunciando frecuencias de conductas clínicas y resultados.

Se analizaron retrospectivamente los registros clínicos de 94 pacientes consecutivos atendidos en nuestro servicio de urgencias y cirugía entre enero de 2003 y junio de 2004, cuyo diagnóstico de egreso fue registrado de acuerdo a la codificación CIE10 correspondiente.

El 91% de los 94 pacientes correspondieron a sexo masculino con un promedio de edad de 29,6 años (rango de 8 a 85). El 82% de los pacientes sufrieron trauma abierto, de los cuales el 96% fue provocado por arma blanca y el 4% por arma de fuego. El 12% de los pacientes tenían antecedentes de haber recibido lesiones similares con anterioridad y el 52% se encontraba bajo los efectos de alcohol al momento del ingreso. El diagnóstico más frecuente fue hemoneumotórax, seguido por hemotórax y neumotórax. La conducta de tratamiento más frecuente fue la observación clínica y manejo médico en el 56% de los casos, la pleurotomía percutánea con tubo en el 36% y toracotomía en el 7% de los casos, con una estadía promedio de 2,55; 5,88 y 10 días, respectivamente. Se consideró fallo en la pleurotomía al drenaje inadecuado de colecciones, al empiema y a yatrogenia asociada al procedimiento. Las frecuencia global de fallo fue de 23%, correspondiendo a 14% de drenaje inadecuado, un 5,8% a empiema y 3% a hemotórax retenido. La toracotomía fue indicada principalmente en pacientes con hemotórax masivos y lesiones cardiopenetrantes.

Conclusión: Epidemiológicamente la población afectada es similar a la mencionada en series nacionales e internacionales. Cabe destacar la importancia en frecuencia del traumatismo penetrante por arma blanca y la alta frecuencia de etilismo en las víctimas. La frecuencia de conductas de tratamientos es similar a la de reportes internacionales, así como la frecuencia relativamente alta de morbilidad asociada a la pleurotomía percutánea, lo que deja como desafíos el determinar factores asociados y plantear remediales.

CONTROL DE DAÑOS EN CIRUGÍA DE TRAUMA. ANÁLISIS CRÍTICO

Drs. *I. Reyes, A. Pacheco, W. Adelsdorfer, C. Maccioni, R. Palacios*
(Hospital de Urgencia Asistencia Pública)

Introducción: El paciente politraumatizado grave, requiere un enfoque quirúrgico diferente al tradicional, poniendo énfasis en el restablecimiento de la fisiología por sobre la reparación anatómica completa de las lesiones, en la primera intervención. Esta conducta quirúrgica modificada, se ha denominado Control de Daños. El objetivo de la presente revisión es dar a conocer nuestra incipiente experiencia en este tipo de cirugía.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva, entre enero de 2002 y diciembre de 2003, que incluye todos los pacientes hospitalizados en nuestro Centro, a los cuales se les realizó algún tipo de control de daños en su primera intervención. Se registran los siguientes datos: ficha, edad, sexo, tipo de trauma, indicación de control de daños, tipo de control de daños, destino postoperatorio, número de cirugías, morbilidad, mortalidad y días de estadía hospitalaria.

Resultados: En este período se realizó control de daños a 16 pacientes, 15 de sexo masculino y 1 femenino, con edad promedio de 33,9 años, 14 politraumatizados y 2 con heridas abdominales penetrantes, un arma blanca y un arma de fuego. Los 2 segmentos corporales más frecuentemente afectados fueron abdomen y pelvis. La indicación

de realizar esta secuencia quirúrgica modificada estuvo dada por Shock hipovolémico en los 16 casos, asociado en 10 casos a politransfusión y en 5 casos se consignó hipotermia central. En 3 pacientes la decisión de realizar control de daños fue tomada tardíamente. El tipo de procedimiento usado fue taponamiento en diferentes segmentos corporales en 12 pacientes, packing hepático en 8 y, ligadura vascular en 2, asociado en 4 pacientes a tutor externo de pelvis. El cierre transitorio de pared fue realizado con sutura de piel en 8 pacientes, laparostomía clásica en 6 y bolsa de Bogotá en 2. En esta serie, sólo 7 pacientes (43,8%) tuvieron acceso a UTI en el postoperatorio inmediato. Los restantes quedaron en recuperación de anestesia, intermedio quirúrgico, 1 traslado a otra UTI y 2 no logran sobrevivir a la intervención. Seis pacientes de esta serie sobreviven, con un promedio de 80 días de hospitalización debido a complicaciones sépticas locales y sistémicas.

Conclusión: La técnica quirúrgica denominada control de daños en cirugía de trauma se encuentra estandarizada en centros especializados de varios países, en los cuales se ha demostrado una menor mortalidad en estos pacientes extremadamente graves. Nuestra reducida casuística en 2 años de utilización de esta técnica, no nos permite sacar conclusiones válidas, sin embargo nos ha permitido detectar algunas falencias en varios niveles de su ejecución: Temporalidad de la decisión, técnica quirúrgica utilizada y acceso a UTI en el postoperatorio. Esta revisión nos ayudará a optimizar el enfoque multidisciplinario que requieren estos pacientes con el fin de obtener mejores resultados a futuro.

NUEVAS TENDENCIAS EN EL MANEJO DE TRAUMA ESPLÉNICO

Drs. *Carlos García C., Froilán Fernández S., Hernán Aguilera M., Juan Manuel Donaire, Claudio Guerra*
(Servicio de Urgencia y Cirugía, Hospital del Trabajador de Santiago)

Introducción: El manejo del trauma abdominal contuso ha tenido avances notorios en los últimos años, entre los que destacan la cirugía de control de daños, la conducta no operatoria de lesiones en órganos sólidos, autotransfusión y recuperador de sangre, y uso rutinario de imágenes para el diagnóstico preciso de las lesiones. Para el caso de trauma esplénico contuso, estos avances han significado una disminución de la mortalidad y aumento en la preservación del órgano. El objetivo de la presente comunicación es dar a conocer los resultados recientes en el manejo moderno del trauma esplénico contuso.

Método: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de trauma esplénico contuso, ingresados al servicio de urgencia del Hospital Del Trabajador de Santiago, entre enero de 2000 y mayo de 2004. Se estudian variables demográficas, mecanismos traumáticos, métodos de estudio, lesiones asociadas, manejo específico y resultados. Para el análisis estadístico se emplea programa STATA 7.0.

Resultados: Durante el período mencionado, fueron tratados 33 pacientes con diagnóstico de trauma abdominal cerrado, complicado con lesión esplénica. Promedio de edad 34,9 años (SD = 13,7; mediana = 30), relación hombre/mujer = 2,3:1. Los mecanismos traumáticos más frecuentes fueron los accidentes de tránsito (19 casos, 57,58%) y caídas de altura (9 casos, 27,7%). En cuanto al estudio imagenológico realizado, destaca que en 21 casos (63%) fue posible realizar un TAC de abdomen que en todos éstos se confirmó la lesión esplénica. En 6 casos, no se realizó estudio de imágenes por la inestabilidad hemodinámica que indicó laparotomía inmediata. El grado de lesión esplénica, de acuerdo a la escala de la Asociación Americana de Trauma fue: Grado I, 5 casos (15,5%), Grado II, 4 casos (12,12%), Grado III, 5 casos (15,15%), Grado IV, 10 casos (30,3%) y Grado V en 9 casos (27,27%). Otras lesiones intra-abdominales se encontraron en 13 pacientes (39,3%), siendo la más frecuente la lesión hepática y renal. Las lesiones en otros segmentos corporales se presentaron en 28 casos (84,8%), siendo las más frecuentes el trauma toráxico y el traumatismo encéfalo-craneano. El manejo realizado consistió en conducta conservadora no operatoria en 7 casos (21,21%) manejo conservador operatorio utilizando envoltura de malla reabsorbible 10 pacientes (30,3%) y esplenectomía en 16 (48,4%). Hubo necesidad de otras cirugías en 14 pacientes (43,7%), principalmente pleurostomías y estabilización ósea. Transfusiones: autotransfusión en 12 pacientes (36,3%), transfusión heteróloga en 13 (39,3%) y no requirieron aporte de hemoderivados 7 casos (21,2%). Mortalidad operatoria 9% (3 pacientes). Promedio de días de hospitalización =19,06 (SD = 18,61; mediana 13 días), promedio de días de incapacidad =107,42 días (SD = 121,6; mediana 62 días).

Conclusiones: El manejo actual del trauma esplénico consigue la preservación del órgano en más del 50% de los casos, mediante manejo conservador no operatorio y cirugía hemostática con empaquetamiento con malla. Estos resultados se consiguen aplicando protocolos de imagenología

avanzada en pacientes con estabilidad hemodinámica y observación estricta. En el 61% de los casos no requirieron transfusión heteróloga. La mortalidad de la presente serie está de acuerdo con los principales reportes de la literatura.

LESIONES TRAUMÁTICAS DEL DIAFRAGMA EN ETAPA CRÓNICA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Drs. *F. Benavides, M. Millán, J. Armijo, R. Abuauad, M. Castillo, D. Mamani*
(Equipo de Tórax, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile)

Introducción: Las lesiones de diafragma asociadas a traumas contusos y penetrantes han aumentado su frecuencia, siendo de difícil diagnóstico, por lo que un porcentaje significativo es reconocido en una fase tardía u obstructiva, donde los síntomas son causados por obstrucción de la víscera herniada. Los objetivos del presente trabajo fueron evaluar las características clínicas, presentación, diagnóstico, resolución quirúrgica y resultados en pacientes con diagnóstico tardío de lesión traumática de diafragma, es decir, con diagnósticos no realizados durante la fase aguda.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados al Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios con diagnóstico de lesión traumática de diafragma de presentación tardía, entre los años 1994 - 2004. Los datos fueron recolectados a partir de la ficha clínica y protocolo operatorio de los pacientes.

Resultados: Un total de 17 pacientes (16 hombres y 1 mujer, edad promedio de 39 años) ingresaron con lesiones traumáticas de diafragma de presentación tardía. El diagnóstico preoperatorio se sospechó en 10 pacientes (58,82%), con antecedentes de trauma contuso en 5, y penetrante en 12. La lesión se ubicó en el lado izquierdo en 14 pacientes y en el lado derecho en 3. Los órganos herniados fueron: epiplón (n=12), colon (n=11), intestino delgado (n=6), estómago (n=3) e hígado (n=2). El tiempo promedio transcurrido entre el evento traumático hasta la complicación fue de 3,5 años, con un rango entre 15 días y 30 años.

El estudio de Rx. Tórax, estudios contrastados, Ecotomografía abdominal y TAC fueron de utilidad en casos diagnosticados preoperatoriamente. Se realizó Toracotomía en 5 pacientes, Laparotomía en 10 y Toracotomía más Laparotomía en 2 pacientes con reparación directa de defecto diafragmático. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron empiema pleural (4), shock séptico (1) e infección de la herida operatoria (1). Falleció 1 paciente. La estadía hospitalaria promedio fue de 19,9 días.

Discusión: La situación ideal frente a este tipo de lesiones en su diagnóstico en la fase aguda, evitando las graves complicaciones que causa el diagnóstico tardío. En general, los resultados concuerdan con la literatura nacional y extranjera. Destaca el bajo índice de sospecha en el diagnóstico inicial, contribuyendo la falta de disponibilidad y sensibilidad de exámenes complementarios. La vía de abordaje quirúrgico más frecuente fue la laparotomía, resultando ser poco recomendable en este tipo de lesiones. La mortalidad y morbilidad es semejante a la publicada en otras series (aproximadamente 6% mortalidad y 35% de morbilidad).

TRAUMA VASCULAR EN LESIONES GRAVES DE EXTREMIDADES INFERIORES. EXPERIENCIA DE 11 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA

Drs. *Sebastián Soto G., Alfonso Sánchez H., Alejandro Caro D., Int. Gonzalo Sánchez C., Al. Rocío Sánchez C.*
(Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia. Hospital Mutual de Seguridad Valdivia. Hospital Asociación Chilena de Seguridad Valdivia)

Introducción: El manejo de lesiones vasculares traumáticas de extremidades dentro de la población de nuestro país significa un desafío constante para el cirujano vascular, fundamentalmente por su baja ocurrencia y alta complejidad, requiriendo casi siempre el concurso de otras especialidades. En nuestra realidad este tipo de lesiones se presenta esporádicamente, afectando siempre a individuos del sexo masculino que al momento del trauma se encontraban realizando labores agrícolas, forestales o de construcción propias de nuestra región. El objetivo del trabajo es presentar los resultados obtenidos en el manejo de estas lesiones durante un período de 11 años.

Material y Método: Se presenta una serie de 11 pacientes de sexo masculino que incluye 12 extremidades inferiores lesionadas con fractura tipo 3c de Gustilo, tratados en el Hospital Clínico Regional de Valdivia, Hospital Mutual de Seguridad Valdivia y Hospital Asociación Chilena de Seguridad Valdivia entre 01/01/1986 y 31/12/1997, por un equipo multidisciplinario formado por un cirujano vascular y dos traumatólogos, según el score de severidad de injuria de extremidades de Mangled.

Resultados: Edad media 28 años fluctuando entre 26 y 36 años. Un caso presentó lesión de ambas extremidades inferiores. Los segmentos arteriales más afectados fueron femoral superficial y poplítea en 3 casos respectivamente. El nivel de fractura más frecuente fue supracondileo en 4 casos. El mecanismo lesional según frecuencia fue atrición, latigazo y tracción en 8, 2 y 2 casos, respectivamente. El tiempo de isquemia fluctuó con mayor frecuencia entre 2 y 6 horas. Reparación ósea más frecuente con placas en 8 casos. Severidad según Mangled estuvo entre 3-6 puntos en 6 casos logrando en todos salvataje de la extremidad y en 5 entre 7-12 puntos, requiriendo 3 amputaciones. La reparación arterial se realizó en 7 casos con safena invertida y anastomosis término-terminal en 5. Reparación venosa con injerto en 4 casos y anastomosis término-terminal en 3. Tres casos requieren fasciotomía. Un caso resulta con parálisis ciático poplítea y uno fallece 10 horas posterior a reparación exitosa por falla orgánica múltiple (9%).

Discusión: Se trata de lesiones graves con alta mortalidad de no contar con equipo multidisciplinario ni experiencia adecuada. En la serie tenemos 9% de mortalidad (1 caso) dada fundamentalmente por lo tardío de la reparación y un caso de secuela funcional grave (parálisis ciático poplítea), lo que con entrenamiento adecuado y enfoque multidisciplinario, se pueden obtener buenos resultados.

MANEJO NO OPERATORIO EN TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL

Drs. *A. Pacheco, W. Adelsdorfer, C. Maccioni, I. Reyes, R. Palacios*
(Hospital de Urgencia Asistencia Pública)

Introducción: el manejo no operatorio del trauma penetrante abdominal continúa generando controversias. Este manejo estaría justificado en ausencia de *shock* o signos de peritonitis, implicando una conducta activa por parte del equipo tratante. Una observación metódica y seriada por 24 a 36 hrs sin evidencias de complicación puede ser considerada exitosa. Un examen físico acucioso asociado a otros métodos diagnósticos puede evitar una laparotomía negativa o innecesaria. El objetivo de esta revisión es evaluar los resultados obtenidos en nuestra Institución en el grupo de pacientes manejados con el criterio señalado.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva entre el 1º enero de 2002 y 31 diciembre 2003. Se revisan todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de herida penetrante abdominal en este período (277) y se excluyen los intervenidos quirúrgicamente. Los no operados son 94 pacientes, uno de ellos con clara indicación quirúrgica, que fallece antes de ser operado, por lo que no se incluye en esta revisión. Tenemos 26 pacientes sometidos a laparoscopia diagnóstica, que para estos fines se consideran entre los operados. Se consignan datos de: Nº de ficha, sexo, edad, tipo de arma, Nº de exámenes físicos realizados durante este período, métodos de apoyo diagnóstico utilizados, tiempo de hospitalización y complicaciones.

Resultados: La serie está compuesta por 93 pacientes, 5 mujeres y 88 hombres, con edad promedio de 29,7 años. Seis de ellos tenían herida por arma de fuego y 87 por arma blanca. Diecisiete pacientes fueron manejados solamente con examen físico repetido, con un promedio de 5,2 exámenes por paciente. En 76 pacientes se realizaron estudios complementarios por imágenes. Ningún paciente se sometió a lavado peritoneal diagnóstico. Ochenta y cinco pacientes fueron dados de alta y 5 trasladados a otro Hospital. Sin evidencias de complicación 92 pacientes y uno con una lesión detectada tardíamente, para manejo urológico. El promedio de hospitalización fue de 1,5 días. Ninguno fue rehospitalizado por complicación inadvertida y aquellos con imágenes positivas fueron controlados en el Policlínico de la Institución.

Conclusión: En los pacientes con trauma penetrante abdominal que no presentan una clara indicación quirúrgica, el manejo no operatorio puede considerarse seguro siempre que se mantenga una "expectación armada", que implica una conducta activa, exámenes físicos repetidos, uso selectivo de exámenes de apoyo y control posterior al alta hospitalaria.

CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO: INDICACIONES, TÉCNICA Y RESULTADOS

Drs. *Carlos García C., Froilán Fernández S., Hernán Aguilera M., Juan Manuel Donaire, Claudio Guerra S.*
(Servicio de Urgencia y Cirugía, Hospital del Trabajador de Santiago)

Introducción: En la década anterior se introdujo el término de cirugía de control de daños (CCD), definiéndolas como aquellas intervenciones realizadas a pacientes traumáticos, en que el objetivo primordial es el control hemostático de la contaminación o la revascularización transitoria, sin efectuar la reparación definitiva, la que se pospone

hasta compensar los parámetros fisiológicos que ponen en riesgo vital a los pacientes, como la acidosis, la hipotermia y la coagulopatía. Como se trata de un concepto de reciente introducción, aún existen puntos controversiales en cuanto a su indicación y técnica. Por lo tanto el objetivo de la presente comunicación, es dar a conocer nuestra experiencia reciente en la aplicación de CCD en pacientes traumatizados, con especial énfasis en indicaciones, aspectos técnicos y resultados.

Método: Estudio descriptivo de todos los pacientes sometidos a CCD entre enero de 2000 y mayo de 2004, atendidos en el Hospital del Trabajador de Santiago. Se evalúan variables demográficas generales, mecanismo traumático, índice de gravedad (ISS), localización y cuantificación de lesiones intra y extra-abdominales, aspectos técnicos de la CCD y resultados de morbimortalidad. Para el análisis estadístico se emplea programa STATA 7.0.

Resultados: Durante el período fueron tratados 16 pacientes con traumatismo abdominal contuso y que requirieron un procedimiento de cirugía de control de daños. Promedio de edad 39,06 años (SD12,6, mediana 38,5) con predominio del sexo masculino, en razón 3:1. El mecanismo traumático más frecuente fue el accidente automovilístico (8 casos), seguido por aplastamiento (4 casos) y caída de altura (3 casos). Hubo lesiones extra-abdominales en 14/16 pacientes, las más frecuentes; fractura de huesos largos (81,25%), fractura de pelvis (68,75%), trauma toráxico (62,5%) y traumatismo encéfalo craneano (50%). Esta gran cantidad de lesiones se ve reflejada en un valor elevado de ISS= 50,25 (rango 25-75). Lesiones intra-abdominales: Volumen de hemoperitoneo 2745 ml. (SD 1499), órganos lesionados: Mesenterio (6 pacientes), hígado (5), grandes vasos abdominales (4), bazo (4), retroperitoneo (4), vejiga (3), riñón (2), intestino delgado (2) y páncreas (1). Tipo de CCD: empaquetamiento en todos los casos, control contaminación en tres pacientes y vascularización distal transitoria en un paciente. Primera reintervención: sobreviven para reoperación sólo 10 pacientes, de los cuales en 7 casos, esta reoperación es no programada. Segunda reoperación: 4 casos. Del total de pacientes sólo en 5 se logra laparorrafia. Laboratorio: Ph promedio al salir de operación primaria 7,15 (SD 0,056); Protrombina promedio 21% (SD 15,7); Hematocrito 20,9 (SD 9,3). Mejoría en todos los casos en que se realiza intervención programada. Complicaciones ocurrieron en el 25% de los pacientes. Sobreviven 5 pacientes (31,25%).

Conclusiones: La CCD es un procedimiento ampliamente respaldado en la literatura. El cirujano debe tener en mente la aplicación de estos procedimientos desde el momento en que comienza a operar un paciente politraumatizado grave. Es fundamental el buen juicio clínico para indicar la CCD. Con estos procedimientos es posible rescatar pacientes graves, que de otro modo no sobrevivirían.

Seccional: TRASPLANTE

RESULTADOS ALEJADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Drs. *M. Uribe, J. Godoy, E. Buckel, M. Ferrario, G. González, S: Ceresa, B. Hunter, S. Cavallieri, F. Berwart, EU C. Herzog, M. Teresa Santander, L. Calabrán*
(Programa Trasplante Hepático, Clínica las Condes. Hospital Luis Calvo Mackenna)

Introducción: El trasplante hepático (THO) es aceptado como la única alternativa terapéutica para pacientes portadores de enfermedades hepáticas terminales agudas y crónicas.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia con trasplante hepático pediátrico desde sus inicios en 1993 hasta junio 2004, recopilándose información sobre indicaciones de THO, técnica quirúrgica utilizada, complicaciones médicas, quirúrgicas e inmunológicas y sobrevida.

Resultados: De 242 trasplantes efectuados, 132 corresponden a niños, representando un 54,5%. Las principales indicaciones fueron atresia biliar en 43,1% y falla hepática fulminante (FHF) en 20,4%, la causa más frecuente de FHF fue desconocida, ocupando la hepatitis por virus A la segunda. La edad promedio fue 10 años con una mediana de 4 años (8 meses - 15 años). La técnica de hígado completo fue utilizada en 59 casos, hígado reducido en 39 casos, 1 caso de hígado dividido y 1 caso de hígado auxiliar. La técnica de donante vivo se utilizó en 32 casos (24,2%), 30 de ellos ocuparon los segmentos II y III (segmento lateral izquierdo) y 2 hígado derecho (segmentos V, VI, VII, VIII). La reconstrucción arterial se hizo término terminal en 102 casos, utilizando puentes aórticos e injertos en los restantes (24,2%). En 116 casos la reconstrucción biliar se realizó con una derivación biliodigestiva en Y de Roux, el resto anastomosis colédoco coledociana término terminal. La inmunosupresión se basó en un esquema triasociado con ciclosporina, esteroides y azatioprina. Conversiones a tacrolimus se efectuaron según necesidad clínica. Los episodios de rechazo fueron confirmados histólicamente y tratados con bolos de metilprednisolona o anticuerpos. Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron las biliares. 81 pacientes presentaron rechazo. La sobrevida actuarial es de 81,3% al año y 72% a 5 años. La sobrevida actuarial en los casos de FHF es de 75,9% al año y 67,8% a 5 años.

Conclusión: Nuestros resultados son comparables a series de importantes centros internacionales. Hemos incorporado las diferentes alternativas técnicas en forma progresiva, en la medida que nuestra experiencia se ha consolidado en técnicas menos complejas. La técnica de donante vivo nos ha permitido trasplantar pacientes con FHF, que de otra forma hubieran fallecido. Los resultados en este subgrupo son excelentes.

PROCURAMIENTO DE ÓRGANOS EN LA POSTA TRES: EL FINAL DE UN CAPÍTULO

Drs. *J.M. Palacios, O. Jiménez, I. Turu, J. Monsalves* y E.Us. *P. Palma, P. Belmar, J. Méndez, C. Baeza, L. Maturana, X. Pérez, G. Alarcón, C. Fernández, E.B. Hernández, L.E. Candia, M. López, K. Pino, X. Froeligg, K. Arenas, M. Rojas, P. Aguayo, C. Santana, P. Cavieres, C. Campos, F. Villalobos, V. Muñoz*
(Servicio de Cirugía. Posta 3)

Los trasplantes de órganos y tejidos son una terapia aceptada para el tratamiento de un gran grupo de enfermedades terminales.

Los criterios de inclusión de potenciales receptores se han flexibilizado y han hecho que la disparidad entre donantes efectivos y potenciales receptores se incremente en forma progresiva. Los sitios de ingreso de “Donantes Potenciales” a un Hospital General son los Servicios de Urgencia y las Unidades de Cuidados Intensivos. El Hospital San Juan de Dios tiene adosado un Servicio de Urgencia de Adultos

(Posta Tres), que se trasladó en marzo de 2004 a sus nuevas dependencias (Centro Diagnóstico y Tratamiento), con una organización y estructura diferente. En 1992 se organizó una Unidad de Procuramiento de Órganos y Tejidos en esta Unidad, que funcionó durante 12 años. El objetivo de esta comunicación fue conocer los resultados obtenidos durante este período, identificar las debilidades y fortalezas del sistema y reproducir esta organización en las nuevas dependencias. Durante este período se identificaron 285 donantes potenciales, de los cuales 125 fueron efectivos. En 57,6% fueron varones de entre 25 - 54 años, y la mayoría falleció por trauma encéfalo-craneano. La negativa familiar fue la principal causa de pérdida (27,6%) y el órgano que con mayor frecuencia se procuró fue el riñón (244), en 106 donantes además se procuró uno o más tejidos. Más del 35% de los donantes fueron multiorgánicos. Los resultados globales demuestran que la Posta Tres generó más del 10% de todos los órganos y tejidos que se implantaron a nivel nacional en los últimos 12 años. La motivación y mística del grupo humano fueron sus principales fortalezas. La falta de recursos suficientes (mayor número de profesionales con remuneración específica) fue la principal debilidad. A futuro debe crearse un lugar específico dentro del Hospital, con la infraestructura específica para la mantención del donante potencial y crear el cargo de un "Coordinador de Trasplante", que se encargue de las diversas etapas del Procuramiento de Órganos y Tejidos.

TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: LA EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Drs. *José Manuel Palacios J., Pía Rosati M., Elizabeth Lagos R., Pilar Hevia J., Soledad Rodríguez W., Óscar Jiménez P., Iván Turu K., Karen Cuevas S.*

El trasplante renal es la mejor alternativa para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal. En el caso de los niños, junto con mejorarles significativamente la calidad de vida, contribuye a la normalización de la curva de desarrollo pondoestatural. Los trasplantes renales se iniciaron en el Hospital San Juan de Dios a fines de la década del 70. Hasta la fecha se han efectuado 285, de los cuales 64 son en pacientes pediátricos. El objetivo de esta presentación fue conocer cuales han sido nuestros resultados en términos de morbimortalidad, sobrevida de los injertos renales y comparar estas cifras con otras publicaciones.

Se efectuó un análisis retrospectivo de las fichas clínicas de todos los pacientes trasplantados. El promedio de edad fue de 11 años, con un 94% de los receptores con más de 20 kg de peso. Un 73% recibió un injerto de origen cadavérico, con un promedio de 23 horas de isquemia fría. La primera causa de insuficiencia renal crónica fue la hipoplasia y displasia congénita (36%). Un 92% de los receptores ya estaban en diálisis al momento del trasplante. La trombosis arterial estuvo presente en 4,6%. Un 7% de los injertos funcionales se perdieron por abandono de inmunosupresión. Un 17% requirió diálisis post-trasplante, transitoria. La sobrevida actuarial global de los injertos renales fue de 83% al primer año y 77% al tercer y quinto año. El trasplante renal pediátrico representa más del 20% de nuestros receptores. Los resultados en términos de incidencia de complicaciones y sobrevida actuarial de los injertos, son parecidos a los publicados en la literatura. A futuro, debemos concentrarnos en trasplantar a estos niños a edades más tempranas e idealmente antes de que ingresen a diálisis.

TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN POLINEUROPATÍA FAMILIAR AMILOIDE TIPO-I

Drs. *J.M. Gràjeda[1], J. Weber, A. Peeters. O. Ciccarelli, F. Roggen, Ch. DeReyck, L. Van Obberggh, J. Lerut*

(Departamentos de Trasplante Abdominal, Cirugía Hepática y Endocrina, Anestesiología y Neurología, Programa de Trasplante Hepático. Cliniques Universitaires Saint-Luc. Universitè Catholique Louvain (UCL) Bruselas, Belgica). [1]Post-Becado ESOT (European Society of Organ Transplantation)

La Polineuropatía Familiar Amiloidótica Tipo-I, también llamada Amiloidosis Portuguesa Tipo-I es una neuropatía motora y autonómica de curso invariable hacia la incapacidad funcional severa, malnutrición e incontinencia fecal y urinaria, la muerte sobreviene 10 a 14 años después de instalados los síntomas. Es una enfermedad autosómica dominante, causada por una proteína mutante de la transtiretina (TTR), donde un aminoácido de la TTR, la metionina, es substituido por la valina en la posición 30 de la molécula. Esta proteína mutante es mayormente sintetizada en el hígado, así, el Trasplante Hepático (TH) sería la única terapia capaz de detener la producción de la TTR aberrante y el progreso de la enfermedad. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en el TH de estos pacientes.

Pacientes y Métodos: Entre agosto de 1992 y

diciembre de 2003, nueve pacientes, media de edad 37 años (rango 24-50) fueron trasplantados, 5 hombres y 4 mujeres. El diagnóstico se basó en los síntomas neurológicos y signos electromiográficos, historia familiar y la mutación del TTR V30M. El grado de Incapacidad Funcional fue clínicamente graduado en un score de I a IV. El status nutricional fue medido por índice de masa modificado (mBMI en kg/m^2 multiplicado por la albumina sérica en g/l), normal fue considerado >700. La media de duración de los síntomas antes del trasplante fue de 5 años (rangos 1-9). La media de mBMI antes del trasplante fue de 932 (rango 628-1221). La media de tiempo de espera para el trasplante fue 158,4 días (rango 3-300 días). La técnica de TH secuencial fue utilizada en cuatro pacientes. La media de isquemia fría fue de 493,6 min (rango 108-730) y la isquemia caliente 40 min (rango 25-77). Media de estadía en UTI 6,5 días (rango 1-23) y media de hospitalización 24,3 días (rango 8-57). Se utilizó inmunosupresión con ciclosporina, azatioprina y prednisona en dos pacientes, en los restantes siete, tacrolimus y bajas dosis de prednisona.

Resultados: No hubo muertes intra o perioperatorias (1 mes): un paciente falleció cuatro meses después del trasplante por sepsis (enfermedad de Lyell) y otro falleció a los diez meses por un IAM. Siete pacientes completaron el follow-up de 45 meses (rango 10-133). Todos los pacientes mostraron mejoría temprana en sus disfunciones autonómicas o no se agravaron después del TH. Dos pacientes mejoraron tempranamente su score de Neuropatía después del TH y los restantes no muestran signos de agravamiento en los sucesivos controles. Todos mejoraron su mBMI en un 30%. La sobrevida actuarial fue de 77%.

Conclusiones: El TH impide la progresión de la Polineuropatía Amiloidótica Tipo-I. Para mejorar los resultados de estos pacientes, el TH debe realizarse antes de la instalación de los síntomas neurológicos.

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES ADULTOS CON HEPATOCARCINOMA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE EN 11 AÑOS

Drs. *R. Zapata, R. Humeres, E. Sanhueza, M. Ruis, H. Ríos, J. Hepp, M. Schultz, R. Sandoval*
(Unidad de Trasplante Hepático, Anatomía Patológica. Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: El Hepatocarcinoma (HC) corresponde a la tercera causa de muerte relacionada a cáncer en el mundo. El pronostico ha sido históricamente muy pobre con o sin trasplante hepático ortotópico (THO). Los criterios de Milán (Mazzaferro V, NEJM 1996) han servido para definir aquellos pacientes con HC temprano y permiten tener sobrevida post-THO de 70% a 5 años y recurrencias menores a 15%. El THO es así, el tratamiento de elección y una alternativa potencialmente curativa en este subgrupo de pacientes, pues remueve el foco HC y cura la enfermedad hepática de base. Sin embargo el período de espera en la lista para THO puede determinar un crecimiento tumoral que empeora su pronostico final.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en todos los pacientes adultos sometidos a THO en Clínica Alemana desde 1993 a 2004. En todos los pacientes se realizó ecografía con doppler hepático y medición de alfafetoproteína (α FP) durante el estudio pre-THO. Aquellos con sospechas de HC además fueron sometidos a estudio con Tomografía computada de abdomen y/o Resonancia magnética nuclear para definir las características de los nódulos hepáticos y estudio de diseminación. Durante el período de espera algunos pacientes con HC fueron sometidos a terapia percutánea. Se identificaron aquellos pacientes que tenían diagnóstico de HC previo al trasplante y aquellos diagnosticados post- THO. El estudio del explante sirvió para confirmar el diagnóstico de HC y definir sus características (tamaño, número, invasión vascular, etc). Se realiza seguimiento periódico clínico y de laboratorio post- THO.

Resultados: De 83 pacientes adultos sometidos a THO, 7 pacientes han tenido un TC confirmado.

a) HC conocido: 4 casos han sido HC conocidos previo al THO (edad promedio: 57 años, todos hombres). Dos de ellos (caso 1 y 2) habían sido resecados previamente (3-6 meses antes del THO) demostrándose un HC multicéntrico con varios focos de hasta 2,5 cm de diámetro periféricos. Uno de ellos fallece 10 meses más tarde por un HC metastático óseo y el otro fallece el día 20 post-THO por una complicación no relacionada al HC. El caso 3 presenta un HC en lóbulo hepático derecho de 3 cm que se alcoholizó en espera del THO (explante confirma dos lesiones de 3 y 2,5 cm diámetro con micropermeaciones vasculares), y 6 meses post-THO presenta evidencia de metástasis linfáticas en abdomen y retroperitoneo. El caso 4 tenía dos lesiones de 2 y 1,5 cm de diámetro en lóbulo hepático izquierdo que se alcoholizan durante período de espera y el explante confirma 9 focos pequeños de hepatocarcinoma (<1 cm diámetro) sin compromiso vascular. En la actualidad (14 meses post-THO) está muy bien y sin evidencia de HC.

b) HC incidental y post-THO: 3 casos incidentales con el explante (edad promedio: 49 años, dos hombres). Los tres pacientes tenían ecografía abdominal sin lesión focal hepática y α-FP normales pre-THO. Los explantes demostraron: Caso 5: HC de 1,1 cm de diámetro del lóbulo derecho sin invasión vascular. Caso 6: HC de 1,4 cm de diámetro en lóbulo derecho sin invasión vascular; Caso 7: 4 nódulos de HC pequeños de 1-1,5 cm de diámetro sin invasión vascular. Los tres pacientes están muy bien y sin evidencia de HC en un promedio de 33 meses de seguimiento post-THO.

Conclusión: En nuestra experiencia con HC conocido antes de THO, sólo uno de los dos pacientes que cumplían con los criterios (caso 3 y 4) está bien a 14 meses de seguimiento. Los dos casos con HC multicéntrico conocido (caso 1 y 2, fuera de los criterios Milán) fallecieron. En los pacientes con HC incidental, los tres pacientes (caso 5, 6 y 7) están vivos a 33 meses promedio de seguimiento. No hubo siembra en el trayecto de la aguja de alcoholización percutánea en los dos casos realizados durante el período de espera.

INCIDENCIA DE DONANTES DE ÓRGANOS EN MÉDICOS PERTENECIENTES A CENTROS PROCURADORES DE ÓRGANOS DE CONCEPCIÓN

Drs. *R. Torres-Quevedo Q.* Als. *Solange Marisio L., G. Peñaloza P.*
(Servicio de Urgencia y Cirugía, Clínica Sanatorio Alemán de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: El trasplante de órganos es un arma terapéutica fundamental para numerosas enfermedades terminales. Sin embargo, en nuestro país su tasa está muy por debajo de lo necesario, debido en gran parte a la escasez de donantes. Un tercio de la pérdida de donantes efectivos es debido a la negativa familiar, asociada en gran medida al desconocimiento del tema.

Nuestro objetivo es conocer la incidencia del deseo de ser donantes en los médicos pertenecientes a centros procuradores de órganos de Concepción.

Material y método: Se realiza un estudio de corte transversal, sobre una población constituida por todos los médicos pertenecientes a centros procuradores de órganos de Concepción. La muestra fue al azar y quedó constituida por 104 médicos, quienes contestaron una encuesta prediseñada, durante los meses de mayo y junio del 2004. El promedio de edad del grupo fue de 45 años (rango 26-70).

Resultados: El 57,3% de los médicos desea ser donante. El 93,2% del grupo donante manifestó que su familia estaba informada de su decisión y de ellos, el 92,9%, cree que su deseo será respetado. En el grupo de donantes, el 54,2% considera que su trabajo sí influyó en su decisión. En cambio, en los no donantes sólo el 2,3% considera el hecho de ser médico para su negativa. De los no donantes, el 38,5% señaló su edad como causa de su negativa y el 23,1% alguna patología crónica asociada.

Conclusión: Más de la mitad de los médicos encuestados desea donar sus órganos. Por otra parte, el hecho de ser médico influye altamente en el deseo de donar, con una odds ratio de 50,9 (IC 95%: 7,4-2121,5). Los familiares suelen estar informados y la mayoría de los donantes cree que éstos respetarán su decisión. La causa más citada como impedimento para ser donante fue la edad, seguido de patologías crónicas. Sin embargo, ninguno de estos motivos constituye una contraindicación absoluta de donación.

Creemos que es importante intervenir en la población médica, ya que gran parte de ellos, si bien parecen estar sensibilizados con la donación de órganos, demuestran gran desconocimiento del área, lo cual podría influir negativamente en la población no vinculada con el área de la salud.

Seccional: PÓSTER

RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA: PRIMER CASO DE CHILE

Drs. *K. Goset, R. Rossi, J. Camacho, A. Córdova, B. Sánchez-Nieto*
(Departamento de Cirugía y Servicio de Radioterapia, Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una modalidad terapéutica que permite incorporar al tratamiento de cáncer una dosis única de alta radiación durante la intervención quirúrgica en un tumor no resecado o en el lecho quirúrgico, mientras que los tejidos normales sin afectación tumoral son desplazados fuera del campo de radiación. La RIO permite alcanzar dosis mayores en el tejido tumoral sin elevarla en los tejidos sanos y por ende sin elevar la morbilidad. Son entonces los pacientes portadores de neoplasias abdominopélvicas localmente avanzadas, en los que las cirugías no logra obtener márgenes negativos, son potenciales beneficiarios de esta técnica. La RIO se utiliza como una sobreimpresión a la radioterapia externa convencional.

Objetivos: Presentar la RIO como una nueva técnica de radioterapia disponible en nuestro país.

Material y Método: Mujer de 61 años portadora de adenocarcinoma G2 de endometrio etapa IIIc intervenida en julio 2002, recibiendo radioterapia externa a la pelvis seguida de braquiterapia a la cúpula vaginal. Los controles clínicos e imagenológicos no mostraron evidencia de enfermedad hasta el 15/10/03 en que al examen destaca edema de la extremidad inferior derecha que se correlaciona con una masa de 3 cm, en relación a la arteria ilíaca externa derecha, la cual se puncionó bajo TAC comprobando recidiva tumoral. El estudio de extensión fue negativo. El 22/11/03 se intervino encontrando una masa tumoral, fibrosa, imposible de resecar a nivel del paso del uréter sobre los vasos ilíacos. Se abrió el peritoneo a ese nivel y se desplazó el colon y las asas intestinales adheridas a esta zona creando un espacio adecuado para la colocación del cono de radioterapia. Se trasladó la paciente a la sala de radioterapia, se irradió usando un cono de 6 cm con un bisel de 30º, con electrones de 12 Mev, calculando una dosis de 15 Gy a la isodosis de 90%. Se trasladó nuevamente la paciente a pabellón donde se finalizó la cirugía sin incidentes. Hasta la fecha, la paciente no ha presentado complicaciones ni progresión de la enfermedad.

Conclusión: La RIO es una técnica ampliamente utilizada en el resto del mundo que hemos logrado implementar recientemente en Clínica Alemana. El primer paciente se trató exitosamente y sin incidentes. Nuestro próximo paso es lograr implementar un programa de RIO.

MUTACIÓN PUNTUAL EN EL GEN MSH2 EN UN PACIENTE CHILENO CON HNPCC

Drs.: *F. León[1], K. Álvarez[2], D. Fullerton[1], M. Salinas[2], G. Soto[1], I. Wistuba[3], P. Carvallo[2], F. López-Köstner[1]*
([1]Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico. [2]Departamento de Biología Celular y Molecular, Facultad de Ciencias Biológicas. Departamento de Anatomía Patológica. [3]Facultad de Medicina, Pontifica Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer de colon hereditario no poliposo (HNPCC) es el síndrome de susceptibilidad a cáncer más frecuente en la población humana, y se estima que es responsable del 3 a 5% de los casos de cáncer de colon. El HNPCC es causado por mutaciones en genes que codifican para enzimas reparadoras del DNA, entre ellos los genes MSH2 y MLH1. El gen MSH2, constituido por 16 exones, se ubica en el cromosoma 2p22-23, y el gen MLH1, de 19 exones, se localiza en el cromosoma 3p21-23.

Objetivo: Búsqueda de mutaciones en la línea germinal de un paciente con HNPCC, en los genes MSH2 y MLH1.

Material y Métodos: Se seleccionó para este estudio un paciente con HNPCC que cumple criterios clínicos de Amsterdam. Se realizaron en el tejido tumoral estudios de inestabilidad microsatelital e in-

munohistoquímica para las proteínas MSH2 y MLH1. Para el análisis de mutaciones se amplificaron todos los exones de ambos genes por PCR y se estudió la presencia de mutaciones por la técnica de conformómeros de simple hebra y secuenciación directa.

Resultados: Se analizó un pacientes de sexo masculino operado por cáncer de colon a los 42 años. El tejido tumoral presentó una inmunohistoquímica negativa para MSH2 e inestabilidad microsatelital de alta frecuencia, sugiriendo una probable mutación en este gen. El estudio genético de éste demostró un cambio en la secuencia de DNA presente en la segunda base del primer intrón del gen MSH2, detectándose el intercambio de timina por citocina.

Conclusiones: La mutación en el intrón 1 del gen MSH2 podría alterar el procesamiento del mRNA, y así explicaría el patrón hereditario en la aparición de cáncer de este paciente. La identificación de mutaciones en pacientes con criterios clínicos de HNPCC permitiría disminuir el diagnóstico de estos pacientes en etapa de cáncer.

METÁSTASIS HEPÁTICAS EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 1990-2003

Drs. *Carlos Ospina P., Mauricio Recio G., Juan Carlos Díaz J.,* Int. *Diego Reyes, Paola Riffo, Catalina Larraín*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El hígado es el órgano más frecuentemente comprometido en la diseminación metastásica tumoral, las metástasis hepáticas ocurren en un 40% - 50% de los pacientes con neoplasia maligna extrahepática. El diagnóstico se realiza a través de estudios imagenológicos, como parte del estudio de diseminación de alguna neoplasia o como evaluación de síntomas abdominales inespecíficos, siendo en muchas ocasiones la metástasis diagnosticada antes que el primario. En los últimos años su manejo ha cambiado, reconociéndose como la mejor alternativa de manejo a la resección quirúrgica completa, de acuerdo a las condiciones fisiopatológicas del paciente, sin ser tan excluyente el número de metástasis, teniendo mayor relevancia el volumen hepático residual post-quirúrgico. En asociación con la cirugía existen diversas terapias neoadyuvantes cada vez más efectivas en el control de la metástasis y al igual que la radiofrecuencia que es un instrumento de gran valor en la cirugía hepática de metástasis como terapia única o asociada en casos de recidivas.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo casos / descripción de características clínicas, imagenológicas, laboratorios y etiología, de 86 pacientes con diagnóstico de metástasis hepática del Hospital Clínico Universidad de Chile, se describen además, el tratamiento y el tipo de procedimiento quirúrgico realizado entre los años 1990 y 2003. Se excluyeron de esta revisión los tumores hepáticos primarios y las metástasis secundarias a cáncer de vesícula biliar.

Resultados: 43 pacientes de sexo masculino (51,19%) y 41 pacientes de sexo femenino (48,81%). La edad promedio fue de 58,66 años (ds 13,65). El promedio de días de hospitalización es estos pacientes fue 11,12 días (ds 8,11).

El diagnóstico de las metástasis hepáticas principalmente se hizo al momento del diagnóstico o como parte del estudio de la neoplasia primaria (78,57% de los casos). El resto de los casos se presentó como masa y dolor en hipocondrio derecho (5,81%), hallazgo radiólogo abdominal (5,81%), elevación de la CEA (4,65%), consultaron por otra patología (2,5%), con sintomatología vaga (2,5%). Los hallazgos de laboratorio fueron inespecíficos, excepto un paciente con adenocarcinoma de vía biliar que presentaba insuficiencia hepática.

El primario más frecuente es el cáncer de colon (33,72%), seguido por cáncer de recto (17,44%), páncreas (13,09%) y gástrico (10,71%). En 7 pacientes el primario es desconocido (8,13%), otros (16,91%). En 45 pacientes no se realizó cirugía (53,57%), en 23 la(s) metástasis se extirpó (aron) por resección en cuña (27,38%), en 8 pacientes se realizó segmentectomía (9,52%), en 4 bisegmentectomía (4,76%), en 2 trisegmentectomía (2,38%) y en un paciente lobectomía derecha (1,16%), 1 electrofulguración y 2 alcoholización. El estudio histopatológico mostró en 29 casos operados que se trataba de un adenocarcinoma otros 10 casos. En 49 casos no se contaba con estudio histológico (58,33%). No se presentó ninguna mortalidad intraoperatoria (dentro de los 30 primeros días postoperatorios).

REPARACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL EN EL COLGAJO MIOCUTÁNEO TRANSVERSO DE RECTO ABDOMINAL (TRAM)

Drs.: A. Troncoso, P. Castillo, J. Villamán
(Unidad de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros de Chile)

Introducción: Aunque en nuestro medio existe consenso de que el colgajo TRAM es la mejor alternativa para la reconstrucción mamaria, aún es con-

trovertida la manera de reparar la pared abdominal. Existe tendencia a emplear mallas de polipropileno para evitar la aparición de hernias y áreas de debilidad abdominal. Sin embargo, su utilización no está exenta de complicaciones y aumenta los costo; por lo que presentamos una alternativa de cierre sin este elemento.

Material y Métodos: Se revisó retrospectivamente 6 casos de colgajos TRAM, en que el cierre de la pared se realizó sin malla. En nuestra técnica empleamos un colgajo monopediculado, que es elevado con una cintilla aponeurótica menor a 2,5 cm de ancho y que caudalmente no sobrepasa el arco de Douglas. Esta cintilla permite conservar las principales perforantes que nutren el componente dermograso del colgajo. El pequeño defecto aponeurótico es reparado con puntos separados de prolene 0, permitiendo un cierre hermético y sin tensión de la pared. El seguimiento varía entre 2 meses y 2 años.

Resultados: En todos los casos fue posible realizar el cierre sin tensión de la pared abdominal y al mismo tiempo hemos evidenciado una disminución de seromas abdominales. Ninguna paciente ha presentado hernias o áreas de debilidad de la pared abdominal, permitiendo un resultado cosmético óptimo, comparable al de la abdominoplastía estética. En ningún caso hubo pérdida de los colgajos.

Conclusiones: La reparación de la pared abdominal sin malla y libre de tensión, al elevar un colgajo TRAM monopediculado, es posible mediante una mínima injuria aponeurótica. Esta es una técnica fácilmente reproducible, pero que requiere de un adecuado conocimiento de la anatomía de la pared abdominal y de la irrigación de colgajo TRAM.

CÁNCER VESICULAR POTENCIALMENTE CURATIVO. RESULTADOS PRELIMINARES

Drs. *O. Torres, R. Durán, R. Álvarez, I. Silva, R. Cortéz, J. Bravo*
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

El cáncer vesicular en Chile se ha transformado en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres y con tasas en aumento. Su diagnóstico es tardío lo que condiciona una alta letalidad. Aún no existe un tratamiento estandarizado para las distintas etapas, por lo cual desarrollamos un protocolo prospectivo de manejo de esta patología con cirugía radical más radioquimioterapia adyuvante en casos potencialmente curativos, definidos como T1b, T2 y T3. desde enero de 2001 hasta el 30 de junio de 2004, 33 pacientes fueron sometidos a resección de segmentos 4 anterior y 5 más linfadenectomía regional, sólo a 11 de ellos se le asoció radioterapia con 4500 Cg, previa sensibilización con 5-fluoruracilo. El 88% fueron mujeres y la edad promedio fue de 56,4 años. La colelitiasis se asoció en un 93,9%. El tipo histológico que predominó fue el adenocarcinoma tubular (45,45%) siendo el T2 el más frecuente (57,6%). Se resecó un promedio de 7,4 ganglios por paciente, de los cuales fueron positivos 17 en 6 pacientes. En relación al grado de diferenciación fue más frecuente el moderadamente diferenciado (57,57%) y se encontró permeación linfovascular en 27,27%. Se complicaron 6 pacientes (18,18%) y no hubo mortalidad. La estadía hospitalaria promedio fue de 5,18 días. Durante el seguimiento fallecen 7 pacientes por enfermedad avanzada, todos los T2 con compromiso ganglionar y los T3 y T4, 3 de los cuales recibieron radioquimioterapia postoperatoria. No hay fallecidos en los T1b. Creemos que por lo escaso de la muestra no es posible adelantar tasas de sobrevida. Se concluye que la cirugía radical en casos potencialmente curativos tiene escasa morbilidad, ausencia de mortalidad y que el rol final de la radioquimioterapia adyuvante está por dilucidarse aún.

ANEURISMA CIRSOIDEO YEYUNAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EXSANGUINANTE

Drs. *Roberto González Lagos, Juan Carlos Bravo Salazar, Octavio Enríquez Lorca, Galia Gutiérrez Jaramillo, Helia González Mella, Rodrigo Klaassen Pinto*
(Servicio de Urgencia, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía y Sección de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

El aneurisma cirsoideo o lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente de hemorragia digestiva. Corresponde a una malformación vascular que puede presentarse en cualquier zona del tubo digestivo, su localización más frecuente es en el estómago proximal, siendo excepcional en el intestino delgado. Se puede manifestar clínicamente como una hemorragia digestiva masiva o exsanguinante. El objetivo es presentar un caso clínico de una paciente de género femenino, 19 años, que debuta con una hemorragia digestiva baja exsanguinizante. Se realizó manejo de shock hipovolémico

y angiografía de urgencia que demostró origen del sangrado en yeyuno proximal. Se realizó laparotomía de urgencia, se localizó la lesión y se realizó resección intestinal mínima de yeyuno proximal. A la macroscopia se sospechó aneurisma cirsoideo, que se confirmó con el estudio histopatológico. La paciente evolucionó satisfactoriamente y en el seguimiento alejado no presentó complicaciones. Se presenta caso clínico por tratarse de una etiología extremadamente infrecuente de hemorragia digestiva baja exsanguinante y por la localización excepcional de la lesión.

LESIONES DE VÍA BILIAR IATROGÉNICAS, EVOLUCIÓN Y MANEJO

Drs.: *M. Uribe[1,2,3], F. Catán[1], CG Lagos[3], P. Fluxá[3,4], Ints.[3] R. Matamala, J.L. Flores, L. Fábrega*
([1]Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. [2]Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes. [3]Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile. [4]MECESUP UCH104)

Introducción: La lesión de vía biliar iatrogénica ha aumentado en las diferentes series desde la introducción de la cirugía de vía biliar laparoscópica. Su manejo apropiado es importante para evitar eventuales secuelas. El resultado de la cirugía depende mayoritariamente del tipo de injuria, su detección y tiempo de cirugía después de la lesión.

Objetivo: Revisar la experiencia de los autores en la reparación de lesiones iatrogénicas de vía biliar.

Pacientes y Métodos: Se incluyen los pacientes con lesiones de vía biliar referidas a los autores para su reparación en el período comprendido entre 1995 y junio 2004, analizando su etiología, técnicas de reparación y resultados.

Resultados: Durante el período de estudio fueron referidos 20 pacientes, 16 mujeres y 4 hombres, para tratamiento de lesiones de vía biliar. Las lesiones fueron secundarias, colecistectomía laparoscópica en 7 casos, colecistectomía abierta en 5, quiste hidatídico hepático en 2, resección hepática por probable cáncer vesicular 1, colangiografía endoscópica retrógrada (ERCP) en 4. En 5 pacientes se hizo el diagnóstico intraoperatorio. Cinco pacientes eran de provincia y 15 del área metropolitana. Sólo 9 lesiones se produjeron en nuestro hospital. Tres pacientes presentaban lesiones vasculares asociadas, una lesión de arteria hepática, una sección de arteria hepática derecha y una resección portal. Todas las lesiones por ERCP eran de vía biliar distal y fueron tratadas con exclusión duodenal. Los pacientes tuvieron buena evolución postoperatoria. Una paciente debió ser reoperada por un síndrome de vaciamiento gástrico acelerado 2 años después. Las lesiones diagnosticadas intraoperatoriamente fueron reparadas de inmediato con suturas o anastomosis término terminal, utilizando lupas 4,5X. En los otros se realizó una derivación biliodigestiva en Y de Roux. Se dejó catéter biliar para acceso colangiográfico postoperatorio. La lesión de arteria hepática fue reparada intraoperatoriamente. La sección hepática derecha no fue reparada. En el caso de resección portal se efectuó su reemplazo por vena yugular interna. Dos pacientes presentaron fístulas biliares las que fueron tratadas conservadoramente. No hubo mortalidad en la serie. De los 16 pacientes con lesiones biliar media o alta no se han reportado estenosis biliares o anastomóticas , con una mediana de seguimiento de 4 años (3 meses a 9 años).

Comentario: La exclusión duodenal es una excelente alternativa para el tratamiento de las lesiones graves post ERCP. 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 manejar todas las alternativas técnicas, incluyendo reparaciones vasculares complejas.

RECUENTO DE LEUCOCITOS Y EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA ¿ALGUNA RELACIÓN?

Drs. *G. Astroza E., C. Cortés V., M. Umaña F.,* Int. *M. Bravo M., Int. R. Casas C., R. Carvajal G., R. Castillo I.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau. Departamento de Cirugía Campus Sur, Universidad de Chile)

La apendicitis aguda es el cuadro quirúrgico más frecuentemente visto y resuelto por los cirujanos. Debido a su frecuencia y a no estar exento de morbilidad ni de mortalidad su tratamiento, es que resulta importante disminuir su número de procedimientos en blanco y mejorar la exactitud diagnóstica. Dentro de los estudios diagnósticos utilizados, el recuento de leucocitos en un examen que se solicita con frecuencia, formando parte de algunos scores diagnósticos para esta patología. Por estos motivos, nos ha interesado analizar la utilidad real de este examen en el diagnóstico de apendicitis aguda, para así poder evaluar si se justifica su uso en forma rutinaria y el gasto que esto significa.

Material y Métodos: Estudio prospectivo de 323 pacientes que consultaron por cuadro clínico sugerente de apendicitis aguda en el servicio de urgencia del Hospital Barros Luco-Trudeau, en el período comprendido entre el 03 de junio de 2003 y 03 de diciembre de 2003, a los cuales se les solicitó en forma aleatoria a su ingreso, recuento de glóbulos blancos, resultando un grupo final de 155 pacientes con el examen solicitado. De este grupo se excluyeron 12 pacientes que presentaron otra patología evidenciada en el acto operatorio. En los restantes 143 pacientes, se estudió la utilidad de la presencia o no de leucocitosis (mayor de 10.000 gb/mm^3) para el diagnóstico de apendicitis aguda, el que se confirmó mediante estudio histopatológico del apéndice.

Se calculó la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN de este examen y se realizó test Chi^2 para la validación estadística.

Resultados: 101 pacientes presentaron leucocitosis al ingreso (70,6%). En 115 de los pacientes estudiados se confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda (80,4%). En 86 (74,78%) de ellos presentaron leucocitosis a su ingreso y 29 de ellos ingresaron con valores de leucocitos normales.

De 28 pacientes en que no se confirmó el diagnóstico, 15 (53,57%) presentaron leucocitosis. La sensibilidad obtenida fue de 74,7%, la especificidad 46,42%, el VPP fue 85,14 y VPN 30,95.

Los resultados son estadísticamente significativos con un p=0,02.

Conclusión: Los resultados de este estudio demostraron una significancia estadística para la leucocitosis frente al diagnóstico de apendicitis aguda.

ROTURA ESPONTÁNEA DE ESÓFAGO (SÍNDROME DE BOERHAAVE) ANÁLISIS DE 10 CASOS

Drs. *Alberto Rodríguez, Eustaquio Peña, Italo Braghetto, Owen Korn, Juan Carlos Díaz, Attila Csendes, Ints. Diego Reyes, Paola Riffo, Carolina González*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile)

El síndrome de Boerhaave es una condición clínica de rotura espontánea esofágica como consecuencia de un gran esfuerzo postemético, con o sin patología esofágica predisponente. Es una condición asociada a una alta morbimortalidad.

El presente estudio es una revisión retrospectiva de 10 pacientes (5 hombres y 5 mujeres) tratados en el servicio de cirugía entre 1988 a 2002. La edad promedio es de 66 años (rango 50 a 82). Una historia de vómitos, dolor torácico y disnea se encontró en todos estos pacientes. En un 60% de los pacientes el diagnóstico fue hecho con más de 24 hrs de iniciado los síntomas.

El lugar de la perforación se ubicó bajo el 1/3 medio del esófago en todos los pacientes y en 7 casos se presentó con derrame pleural izquierdo.

El método diagnóstico fue con esófagograma con bario en 3 pacientes, Rx de tórax y clínica en 3 y los 4 restantes con TAC. Nueve casos se manejaron en forma quirúrgica y un paciente fue manejado en forma médica.

Respecto a la técnica quirúrgica, en 6 casos se realizó desfuncionalización esofágica y en 3 esofagectomía. En los 9 casos se utilizó soporte intensivo, yeyunostomía de alimentación y antibióticos de amplio espectro.

Los 9 casos evolucionaron con sepsis y esta serie presentó una mortalidad de 50%.

Se recalca que en este síndrome es fundamental el diagnóstico temprano y manejo agresivo quirúrgico dada la alta mortalidad.

CASUÍSTICA DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON CÁNCER DE MAMA EN DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE: 10 AÑOS

Drs. *N. Aliaga, J.L. Calderón, J. Amat, R. Rossi, F. Rodríguez, E. Ortuondo, J. Munita, P. Gac, F. Cardemil*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La incidencia del cáncer de mama ha aumentado en Chile. A mayor edad, mayor riesgo de cáncer de mama. La población de mujeres mayores de 65 años también ha crecido. Existen controversias en el manejo de estas pacientes. Este trabajo evalúa nuestra casuística de pacientes con cáncer de mama, en mayores de 65 años.

Objetivo: Caracterizar la presentación clínica, estudio y manejo del cáncer de mama en nuestro Departamento de Cirugía (1991-2001), mayores de 65 años.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 65 años, con diagnóstico de cáncer de mama operadas en el departamento de cirugía entre 1991 y 2001 (40 casos). Se consignó: edad, motivo consulta, tiempo de evolución, antecedentes familiares, método de estudio, tamaño, ubicación, tratamiento, histología, tiempo de hospitalización, complicaciones, seguimiento postoperatorio y estado actual.

Resultados: Registramos 40 pacientes; edad promedio 72,5 años (rango 65 - mayores de 80

años). Antecedentes familiares de cáncer: 23 pacientes. Tiempo promedio de evolución: 10 meses (rango 1-24 meses). Aumento de volumen como motivo de consulta: 35 casos. Lesiones en piel al diagnóstico: 12 pacientes. Mastectomía parcial más disección axilar: 13 pacientes; mastectomía total más DA: 7 casos. Mastectomía total "sola": 7 pacientes. Mastectomía parcial "sola": 9 pacientes. Radioterapia "sola": 2 pacientes. Quimioterapia "sola": 2 pacientes (el dato sobre el uso de Tamoxifeno no se encuentra registrado en la mayoría de las fichas). Tamaño: 3 a 15 cm (promedio 9 cm). Carcinomas ductales: 31 pacientes; carcinomas lobulillares: 9 pacientes.

Discusión: En Chile, la incidencia del cáncer de mama ha aumentado; la esperanza de vida al nacer, también. La tasa de fertilidad ha disminuido; nuestra población mayor de 60 años ha aumentado. Estos son algunos antecedentes que nos muestran el impacto que tendrá y tiene el estado de nuestra población mayor. El cáncer de mama en estos grupos etarios ha sido poco estudiado; existe controversia en algunos puntos de su manejo.

Nuestro trabajo contribuye a conocer el comportamiento del cáncer de mama en mujeres mayores.

Conclusiones: Estudio de una casuística de cáncer de mama en un grupo etario de interés creciente. Observamos: presentación en estadios avanzados; una relación importante con familiares con cáncer; tiempo de evolución hasta primera consulta es largo; el tratamiento más usado fue la cirugía.

TUMORES ESTROMALES GÁSTRICOS

Drs. *G. Rivero, A. Díaz, V. Silva, H. Goecke, R. Casalino*
(Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital de Quilpué. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso)

Introducción: Los tumores gástricos submucosos son poco frecuentes y su diagnóstico histológico preoperatorio es difícil. Dentro de este grupo se encuentran los tumores estromales que representan el 1-3% de las neoplasias malignas gástricas. Pueden diferenciarse de otros tumores mesenquimales gracias a la expresión del antígeno CD117.

Se presenta un trabajo descriptivo y retrospectivo de 6 casos de tumores submucosos gástricos operados en el Hospital de Quilpué durante los años 1999 a 2004 y una revisión de la literatura.

Método: Se revisaron los informes histológicos y las fichas clínicas de los pacientes operados de gastrectomía con diagnóstico de tumores submucosos gástricos, entre los años 1999 y 2004. Se analizó: cuadro clínico, estudio diagnóstico, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad operatoria, diagnóstico histológico y el seguimiento de los pacientes.

Resultados: Durante el período descrito se realizaron 29 gastrectomías, 6 casos correspondieron a tumores submucosos gástricos (20,6%). La edad promedio de presentación fue de 65 años. Todos los casos eran sintomáticos siendo el dolor abdominal en síntoma más frecuente. Dos casos se presentaron como hemorragia digestiva alta, ambos correspondientes a tumores estromales. En todos los pacientes la endoscopia digestiva alta demostró una lesión, sin embargo, la biopsia endoscópica no pudo demostrar la histología correcta en ninguno de los casos. Las cirugías realizadas fueron diversos tipos de gastrectomía, con márgenes de resección mayores de 2 cm, a excepción de un caso en que se realizó una tumorectomía. Histológicamente hubo 4 casos de tumores estromales, un lipoma y un caso de gastritis quística profunda. El tamaño de los tumores estromales fue de 4,5 a 8 cm. En ningún caso se evidenció metástasis a distancia. En 2 casos se analizó el índice mitótico. En ninguna de las biopsias se realizó estudio inmunohistoquímico. El seguimiento ha sido de 12 a 31 meses. No ha habido mortalidad ni evidencias de recurrencia tumoral.

Conclusión: Se presenta una serie de 6 casos de tumores submucosos gástricos operados en el Hospital de Quilpué. Se encontró una alta frecuencia relativa a estos tumores en relación con lo descrito en la literatura. Cabe destacar que todos los casos fueron sintomáticos y presentaban algún tipo de lesión en la endoscopia. Al igual que lo publicado se encontró un bajo rendimiento de las biopsias endoscópicas. Con la resección completa se obtuvo una sobrevida libre de tumor de 100% con un seguimiento de 12 a 31 meses.

EFICACIA DE LA CINTIGRAFÍA DE PARATIROIDES SESTAMIBI CON TC 99-M DURANTE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. *C. Ospina, R. Rossi, P. González, J. Amat, A. Carmona, P. Gac, E. Ortuondo, S. Oviedo,* Ints. *C. González, A. Mascaro,* Al. *M. Gajardo*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: Se han mejorado las técnicas imagenológicas para tejido paratiroideo anormal, con la expectativa de facilitar la cirugía rutinaria, de identificar las glándulas ectópicas y de poder implementar técnicas quirúrgicas más conservadoras, la cintigrafía con sestamibi tec-99 es actualmente la

técnica de elección. Se han reportado resultados variables. Probablemente dependientes de selección de pacientes y de aspectos técnicos de examen.

Objetivo: Evaluar el rendimiento del sestamibi con tec-99m en nuestro medio.

Material y Método: se hizo una revisión de historias clínicas, informes imagenológicos y encuestas telefónicas a los pacientes que se les realizó cintigrafía de paratiroides en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el período de 1995 hasta junio de 2004. Se relaciona el resultado del sestamibi con los hallazgos operatorios.

Resultados: Se realizaron 256 cintigrafías de paratiroides, en 77 pacientes se pudo obtener datos de seguimiento. De éstos sólo 39 tenían datos operatorios y forman la base de este estudio.

De los 39, 31 (79%) tenían cintigrafía positiva y 8 (21%) cintigrafía negativa. De los 31 positivos, en 28 (90%) verdaderos positivos y en 3 la anormalidad se encontró en otra ubicación (10%), falsos positivos para la exacta localización del tejido paratiroideo anormal. De los 8 pacientes con sestamibi negativo explorados, en 6 se encontró enfermedad paratiroidea (75% falsos negativos) y en 2 la exploración fue negativa (25% verdaderos negativos).

Conclusiones: En los pacientes a los que se le logró realizar seguimiento completo y utilizando los hallazgos operatorios como parámetro de comparación con el sestamibi tec 99-m.

Se concluye que el sestamibi tuvo un falso positivo en un 10% y un falso negativo en un 75% siendo la exacta localización del tejido paratiroideo anormal el objetivo del examen.

EPIDEMIOLOGIA DE LA TVP DE EXTREMIDADES INFERIORES EN UN SERVICIO DE URGENCIA (2000-2003)

Drs. *A. Campos[1,2,] E. Ceroni[3], D. Ocaranza[4], V. Román[3], C. Sarmiento[5], M. J. Bastias[5],* Ints.* *C. Cortés, C. Artigas, P. Vallejos*
([1]Cirujano Vascular Departamento de Cirugía HCUCh. [2]Hospital San Pablo de Coquimbo. [3]HUAP. [4]Hospital del Trabajador. [5]Becadas HCUCh). *Internos HCUCh

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) es una patología frecuente que puede desarrollarse en forma subclínica o debutar como un cuadro agudo invalidante siendo motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia. Por su importancia decidimos realizar un estudio epidemiológico de esta patología en el servicio de urgencia de mayor magnitud de país.

Objetivos: Caracterizar la población que ingresa con diagnóstico de TVP a un servicio de urgencias, su cuadro clínico, evolución y manejo intrahospitalario.

Materiales y Métodos: Se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de TVP, confirmado con Eco-Doppler, al Hospital de Urgencias de la Asistencia Pública entre el 1º de febrero del 2000 hasta el 15 de julio del 2003; extrayéndose datos del paciente, del cuadro clínico y su evolución.

Resultados: 202 casos de TVP entre enero del 2000 y julio del 2003; 68,3% pacientes de sexo femenino y 31,68% masculino, con una edad promedio de 58 años.

Con respecto a los factores de riesgo asociados: un 20,2% con antecedente de reposo prolongado (mayor de 3 días); 15,3% con antecedente de cirugía previa; un 11,8% con TVP previa, 10,8% de los pacientes tenían TVP en relación a traumatismo. Con respecto a las patologías asociadas un 25,2% con HTA, 16,8% con várices, 7,4% con Diabetes Mellitus.

Un 94,5% de los pacientes presentaron edema y un 87,6% dolor.

Un 65,3% de las TVP fueron proximales y un 34,6% distales.

Todos los pacientes inician tratamiento anticoagulante con heparina; la anticoagulación oral se inicia con un promedio de 3,5 días del ingreso; se esperan 3,2 días de traslape en promedio; la estadía intra-hospitalaria promedio fue de 7,9 días. Fallecen un 2,5% de los pacientes.

Conclusiones: En el período establecido se encontraron 202 casos de TVP en este centro con predominio de mujeres y compromiso proximal; debido a que esta revisión se realizó en el servicio de urgencias de mayor magnitud del país, nos permite obtener cifras que pueden servir como parámetro comparativo con la realidad hospitalaria de otros centros nacionales, del punto de vista epidemiológico, del manejo y de las complicaciones.

TUMOR CERVICAL POR ENFERMEDAD DE KIKUCHI. UNA ENTIDAD CLÍNICA A LA QUE NO ESTAMOS HABITUADOS

Drs. *P. Gac, J. Amat V., R. Rossi F., F. Huidobro, L. Carreño, F. Rodríguez, F. Cardemil, P. Covarrubias C., R. Rossi M.; Alumnos J. López, E. Miranda, N. Melgarejo, C. Cárcamo*
(Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Clínico José Joaquín Aguirre. Universidad de Chile)

Introducción: La enfermedad de Kikuchi o linfoadenitis histiocítica necronizante (LHN) corresponde a una entidad clínica rara de etiología desco-

nocida, que se presenta como adenomegalias cervicales, fiebre y malestar general. Su diagnóstico se establece por biopsia excisional de un linfonodo afectado. Es importante establecer su diagnóstico para diferenciarlo de entidades de peor pronóstico o prolongado tratamiento como linfoma, lupus, TBC. Su curso clínico es autolimitado y su pronóstico excelente.

Objetivo: Reportar un caso clínico documentado de esta enfermedad y promulgar el conocimiento de la entidad, enfatizando el enfrentamiento del cirujano general al biopsiar adenopatías cervicales o de otras localizaciones. Sumarse a las 3 publicaciones nacionales previas.

Material y Métodos: Se revisa el caso clínico de una paciente con diagnóstico histológico de enfermedad de Kikuchi y se realiza revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: Se presenta el caso de una mujer de 37 años con una masa submaxilar, dura, adherida, no dolorosa, de 4 meses de evolución. Sin fiebre o baja de peso. Se encuentra una masa redondeada, dura, de bordes definidos de 2,5 cm de diámetro, adheridos a planos profundos, no dolorosa, en la región submaxilar izquierda. Además se palpa una adenopatía cervical posterior alta izquierda de 1,5 cm. La ecografía cervical describe por delante de glándula submaxilar izquierda, una imagen hipoecogénica, sólida de 16 mm, planteándose la posibilidad de una adenopatía. El hemograma de VHS, perfil bioquímico y pruebas de coagulación, fueron normales. El planteamiento diagnóstico clínico inicial fue el de una adenopatía inespecífica, linfoma o tumor primario de la glándula submaxilar izquierda. Se llevó a cabo una biopsia excisional del tumor. La biopsia contemporánea reportó una linfoadenitis inespecífica. El estudio histológico e inmunohistoquímica definitivo fue compatible con LHN. Tratada de forma sintomática con AINEs y buena respuesta. Actualmente con seguimiento de 7 meses, sin evidencia de recurrencia o secuelas.

Conclusión: La LHN es una entidad clínica rara. Se sospecha ante adenopatías generalizadas, principalmente cervicales, asociada a malestar general, en mujeres menores de 30 años. El diagnóstico se establece por biopsia excisional de un linfonodo. LHN es diagnóstico diferencial de otras patologías benignas o malignas que se presentan con adenopatías. Establecer el diagnóstico y conocer el enfrentamiento terapéutico es fundamental, para no instaurar terapias costosas y/o prolongadas. En Chile existen sólo tres reportes previos de LHN. El cirujano debe conocer esta entidad y su asociación con otras patologías, asumiendo el cuadro como uno más de los diagnósticos posibles, al enfrentarse a la biopsia de masas cervicales o axilares, teniendo en cuenta su curso autolimitado y su excelente pronóstico.

ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA POST TRASPLANTE (ELPT) HEPÁTICO PEDIÁTRICO: NUESTRA EXPERIENCIA

Drs. *G. Ríos[1], J. Roque[1], F. Innocenti[1], R, Humeres[1], C. Salgado[3], J.M. Herrera[1], M. Schultz[2], J. Hepp[1]*
([1]Unidad de Trasplante Hepático. [2]Anatomía Patológica Hematología. [3]Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: La ELPT es una complicación grave del trasplante de órganos, con alta morbilidad y mortalidad, cuya incidencia varía según el órgano trasplantado, siendo de 5-15% en trasplante hepático (THO). Generalmente se presenta durante el primer año post-THO, se relaciona con primoinfección de virus Epstein Barr (VEB), por lo que es más frecuente en niños, y con la intensidad de la inmunosupresión (IMS). Su mejor manejo es preventivo, por lo que es importante conocer los factores condicionantes y realizar un diagnóstico precoz.

Objetivo: Comunicar dos casos de ELPT que se presentaron en el primer trimestre post THO, comentar su seguimiento, diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Dos niñas portadoras de Cirrosis por Atresia Biliar Op que requirieron THO a los 11 m y 26 m de edad (peso 6.200 g y 9.980 g, respectivamente). Donantes pediátricos de 1 a 9 meses y 6 años respectivamente. Serología VEB: Donante (D): IgG(+) y Receptor (R): IgG(-); CMV: D y R: IgG(+). La IMS fue triasociada con Tacrolimus, Prednisona y Micofenolato. Ambas pacientes presentaron disfunción leve del injerto en relación con baja IMS, requiriendo una de ellas bolos de corticoides y la otra sólo ajuste de dosis de Prednisona.

Se realizó vigilancia de replicación de VEB con PCR cualitativa y cuantitativa a la segunda semana post-THO y luego cada 1-2 meses y de CMV con antigenemia pp65 cada 15 días. La primera paciente tuvo PCR VEB(+) recibiendo tratamiento preventivo con Ganciclovir (GCV) a los 12 días post-THO (por 15 días) y un segundo ciclo a los dos meses por pp65 CMV(+); la segunda paciente tuvo PCR VEB(-) a los 15 días post-THO y pp65 CMV siempre negativo, por lo que no recibió GCV.

El cuadro clínico de ELPT, en ambas pacientes fue similar, comenzando a los 2 1/2 meses post-THO con fiebre, inapetencia, hipertrofia adenoidea, apareciendo posteriormente adenopatías cervicales. En sus exámenes destacaba anemización progresiva, VHS elevada, hipergamaglobulinemia y

alza importante en carga viral de VEB. La confirmación diagnóstica fue histológica y con estudio de clonalidad. El diagnóstico anatomopatológico fue de linfoma de tipo Burkitt en un caso y linfoma no Hodgkin de células grandes, inmunofenotipo B en otro, en ambos casos las células fueron inmunorreactivas para CD20. El tratamiento inicial consistió en disminución de IMS asociado a GCV, y posteriormente con Rituximab y Ciclofosfamida en dosis bajas. La respuesta inicial fue satisfactoria, se controló la enfermedad y la PCR VEB se mantuvo negativa. Una paciente presentó rechazo agudo requiriendo reiniciar la IMS, y posteriormente presenta un tumor cerebral cuya resección quirúrgica confirma un linfoma. Recibe quimioterapia agresiva falleciendo por sepsis. La otra paciente lleva 11 meses de seguimiento, reinició IMS con dosis bajas y se mantiene asintomática, con PCR VEB negativa y con imágenes normales.

Conclusión: La ELPT es una complicación grave de THO en niños, especialmente en aquellos de menor edad que son VEB(-); el seguimiento con PCR VEB asociado a la clínica ayuda a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

Drs. *M. Kerkebe, E. Metrebián, J. Wilckens, G. Salgado*
(Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios. Facultad de Medicina, Sede Occidente, Universidad de Chile)

Introducción: En 1990 se realizó la primera nefrectomía radical laparoscópica (NRL). Desde entonces se han publicado numerosos reportes señalando los beneficios de esta técnica mínimamente invasiva sobre la nefrectomía radical abierta. Presentamos nuestra experiencia de 45 NRL.

Material y Métodos: Entre junio de 2001 y junio de 2004, se realizaron 45 NRL en 11 mujeres y 34 hombres, de las cuales 31 fueron totalmente laparoscópicas y 14 fueron con asistencia manual. La edad promedio fue de 62,7 años (rango: 40-78 años). El tamaño promedio de los tumores renales en la tomografía computada fue de 5,55 cm (rango: 1,8-10 cm). Se realizaron 22 NRL del lado derecho y 23 NRL del lado izquierdo, todas por vía transperitoneal. En las NRL mano asistidas se realizó una incisión en fosa iliaca izquierda o derecha según el caso, sin utilización de ningún dispositivo adicional.

Resultados: El tiempo operatorio promedio fue de 145 minutos con un rango de 45 a 300 min. El sangrado operatorio promedio fue de 184 ml (rango: 20-2.000 ml). Tres pacientes (6,6%) requirieron transfusiones sanguíneas. Existieron 5 (11%) complicaciones mayores: una perforación intestinal, una lesión esplénica, 2 sangrados intraoperatorios mayores de 500 cc y un sangrado postoperatorio que necesitó revisión a las 24 horas. El tiempo de hospitalización promedio fue de 2,7 días.

Conclusiones: La NRL es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, reproducible y segura. Presenta menor morbilidad, tiempo de hospitalización y requerimientos analgésicos que la Nefrectomía radical convencional, con similares resultados oncológicos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERPARATIROIDISMO (HPT) EN UN CENTRO DE TRASPLANTE RENAL TRADICIONAL

Drs. *R. Inturias, H. Pizarro, A. Flores, J. M. González, P. Paladines*
(Departamento de Cirugía Cabeza–Cuello y Plástica Máxilo-Facial, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Objetivo: Mostrar la correlación que hay entre la Eco, TAC y Sestamibi, con la anatomía patológica (AP). Obtener el rendimiento de cada uno de estos exámenes, mostrar la frecuencia de esta patología por edad, sexo, Nº de paratiroides extirpadas, reoperaciones por HPT recurrente, distribución de casos de HPT primarios (adenomas e hiperplasias), secundarios y tipos de abordaje.

Material y Método: Se estudiaron retrospectivamente 68 fichas de pacientes operados en el Servicio de Cirugía del HBLT, entre 1997 y 2004. La muestra correspondió a casos de HPT primarios (adenomas e hiperplasias), secundarios y terciarios.

Resultados: De un total de 68 casos se obtuvo:

Adenoma primario: 19 casos (28%), de los cuales la correlación Sestamibi / AP da 94,2% de efectividad.

Hiperplasia primaria: 5 casos (7,3%), la correlación Sestamibi / AP da un 20% de efectividad.

HPT secundario por IRC: 37 casos (54,4%). En 19 de ellos se tomó una ECO; la correlación con AP da un 48% de efectividad. En los 18 restantes se tomó Sestamibi, la correlación con AP muestra un 89% de efectividad.

HPT terciario: 7 casos (10,2%), de los cuales la correlación Sestamibi / AP da 80% de efectividad.

Distribución por sexo: 67,7% mujeres y 32,3% hombres.

Distribución por edad: 66% entre 35 y 65 años.

Tipo de abordaje: en el 100% de los casos se practicó una cervicotomía anterior clásica.

Adenomas primarios: en un 100% se extirpó un adenoma. Hiperplasia primaria: en un 100% se extirparon 3 o más paratiroides. HPT secundario: se extirparon más de 3 paratiroides en un 67,6%; 1 a 2 en 32,4%. HPT terciario: se extirparon más de 3 paratiroides en un 71,4%, 1 a 2 en 28,6%. Del total, se reoperaron por HPT recurrente 2 casos (2,9%).

Conclusiones: Se concluye que el Sestamibi da el mejor rendimiento para el adenoma primario, HPT secundario y terciario, con un promedio de 87,7% de efectividad. En la hiperplasia primaria, tiene un rendimiento de 20%. La Eco tiene un rendimiento de 48%. La distribución por sexo sigue siendo de 2 mujeres por 1 hombre, con mayor frecuencia entre 35 y 65 años. En adenomas primarios, el 100% de los casos presentó un adenoma. La cervicotomía anterior clásica sigue siendo la preferida por permitir la exploración de las 4 paratiroides, y sumando a ello la experiencia del equipo quirúrgico, tenemos un 2,9% de reoperaciones por HPT recurrente.

HERNIORAFÍA DIAFRAGMÁTICA POR VIDEOTORACOSCOPIA

Drs. *G. Cardemil H., J.P. Hidalgo V., P. Wisnia C., J. Salguedo A.* Ints. *D.Reyes O., P. Riffo C.*
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La hernia diafragmática (HD) corresponde a un cuadro de difícil diagnóstico, el cual no es siempre sospechado, tradicionalmente cuando son traumáticas agudas se abordan por laparotomía debido a la posibilidad de explorar la cavidad abdominal y cuando son crónicas el manejo es por toracotomía. En esta presentación proponemos el abordaje por videotoracoscopia para el manejo de estas hernias.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las fichas de pacientes operados con esta técnica en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el período entre 1993-2004.

Resultados: La revisión comprendió 11 pacientes de los cuales 7 eran hombres y 4 mujeres. La edad promedio fue 45,75 años (rango 18-75). En 6 pacientes había antecedente de trauma previo, 2 de los cuales eran agudos y 4 antiguos. Sin antecedente de traumatismo habían 5 pacientes. Se catalogaron como HD crónica a 9 pacientes. La sintomatología de los pacientes fue: Dolor torácico 81,81% (9), síntomas respiratorios 27,27% (3), de los cuales 2 eran HD agudas, 1 paciente con síntomas digestivos y otro asintomático. El tiempo de evolución desde el antecedente de trauma en las crónicas fue de 13,5 meses en promedio (rango 1-36). En el estudio preoperatorio 10 tenían TAC de tórax, 3 de los cuales eran negativos para HD por lo cual fueron hallazgos intraoperatorios, uno de estos casos era una HD aguda. Del total, 8 casos eran HD izquierdas y 3 derechas. El tiempo operatorio fue de 103 minutos (rango 55-150), en 3 pacientes se requirió una minitoracotomía de apoyo, en 4 casos se suturó el diafragma directamente con prolene y en los otros 7 casos se utilizó además una malla del mismo material. En 3 pacientes se realizó una laparoscopia exploradora una vez terminada la videotoracoscopia. No hubo complicaciones postoperatorias. Los pacientes tuvieron en promedio 3,55 días de postoperatorio (rango 1-8). No hubo morbimortalidad en los casos reportados.

Conclusión: Se presenta a la videotoracoscopia en la hernia diafragmática como un método diagnóstico y terapéutico sencillo, seguro con una breve estadía hospitalaria.

ESTUDIO MORFOLÓGICO DE EVENTRACIONES DE LA LÍNEA MEDIA

Drs. *A. García, A. Acevedo, M. Bravo*
(Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, CRS Cordillera Oriente)

Introducción: Durante la reparación de las hernias incisionales de la línea media es frecuente encontrar múltiples defectos aponeuróticos, como también es frecuente la recidiva de la hernia incisional luego de una primera cirugía reparadora. Proponemos que estos hechos se deben a la frecuente presencia de múltiples sacos herniarios en este tipo de hernias, justificando la exploración de toda la cicatriz operatoria.

Material y Método: Se estudiaron 40 pacientes operados con anestesia local en el CRS Cordillera entre los años 2002 y 2004, de hernia incisional de la línea media supra e infraumbilical: 31 mujeres y 9 hombres de edad promedio 55 años; registrando información general sobre pacientes y su clínica, y realizando un recuento de número de sacos herniarios encontrados en la exploración sistemática de toda la cicatriz. Se analizó la información con el programa computacional Epi Info 2002.

Resultados: El 75% de los pacientes portadores de hernias incisionales operados, posee más de un defecto aponeurótico encontrado durante la explo-

ración quirúrgica; en promedio 3,5 sacos con un máximo de 7 sacos. No existe relación entre sexo, índice de masa corporal ni recurrencia herniaria con la presencia de uno o más de un saco, hay una tendencia de las hernias supraumbilicales a desarrollar múltiples defectos más frecuentemente que las infraumbilicales. Existe asociación estadísticamente significativa entre el tamaño herniario y el número de sacos, mientras más pequeña es la hernia mayor tendencia a poseer múltiples defectos.

Conclusión: La alta prevalencia de sacos herniarios múltiples en las eventraciones de la línea media justifica la exploración sistemática de toda la cicatriz operatoria.

EFECTO DEL LARGO DEL ASA ALIMENTARIA DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX EN LA EVOLUCIÓN PONDERAL Y METABÓLICA EN MODELO PORCINO

Drs. *Camilo Boza W., Alex Escalona P., Mónica Gandarillas H., Fernando Bas M., Luis Barrales V., Pablo Becerra H., Arturo Valle R., Paulo Valderrama E., Luis Ibáñez A., Sergio Guzmán B.*
(Departamento de Ciencias Animales, Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal. Departamento de Cirugía Digestiva, Centro de Investigaciones Médicas (CIM). Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El Bypass gástrico en Y de Roux es actualmente uno de los procedimientos más realizados en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Uno de los aspectos técnicos del procedimiento más discutidos es el largo del asa alimentaria. Esto se debe a que no existe claridad respecto de la importancia de distintos largos en los resultados a largo plazo. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de distintos largos de asa alimentaria en la evolución ponderal y metabólica en un modelo animal.

Material y Método: El estudio se realizó en 16 cerdos de 25 kilos. Doce animales fueron sometidos a bypass gástrico en Y de Roux por vía laparoscópica (BPG). Estos fueron divididos en tres grupos de cuatro animales cada uno, con largo de asa alimentaria de 300 cm (Grupo 1), 600 cm (Grupo 2) y 900 cm (Grupo 3) respectivamente. Cuatro animales no fueron intervenidos y fueron considerados control (Grupo 4). Los animales fueron sometidos a evaluación ponderal y metabólica periódica a través de medición de hemograma, perfil bioquímico, estudio de lípidos y niveles de vitamina B12.

Resultados: Las curvas de crecimiento de los animales muestran diferencias entre los grupos 1, 2 y 3 en relación al grupo 4 ($p<0,0001$). Diferencias significativas entre los distintos grupos y el grupo de control se observaron en el seguimiento en relación a albuminemia ($p=0,01$), calcemia ($p=0,02$), BUN ($p=0,02$), hematocrito ($p=0,02$) y hemoglobina plasmática ($p=0,02$).

Conclusiones: El BPG reduce significativamente la ganancia del peso normal en cerdos en etapa de crecimiento. Longitudes variables de asa alimentaria afectan la evolución ponderal y nutricional en los animales operados.

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ESTUDIO COMPARATIVO DE 1.000 CASOS EN 10 AÑOS

Drs. *L. Gutiérrez, F. Rodríguez, C. Sciaraffia, J. Zuñiga, F. López, F. Maldonado, G. Ross, C. Morán*
(Departamento de Cirugía, Servicio de Emergencia, Departamento de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La apendicectomía laparoscópica es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que no está exenta de polémica, aunque este procedimiento de realiza cada vez con mayor frecuencia en distintos centros quirúrgicos alrededor del mundo con fines diagnósticos y terapéuticos.

El objetivo de este trabajo es comparar los resultados de la cirugía convencional versus la apendicectomía laparoscópica durante un período de diez años en un hospital clínico universitario.

Material y Métodos: Desde noviembre de 1994 hasta julio del 2004, se realiza un estudio prospectivo, controlado y aleatorio en 1.000 pacientes (562 mujeres y 438 hombres) ingresados con el diagnóstico de apendicitis aguda al Servicio de Emergencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. El promedio de edad fue de 29 años con un rango entre 11 y 92. No hubo limitaciones por sexo y edad en este trabajo. Se excluyeron de este estudio pacientes convertidos a cirugía tradicional y con hallazgo de otras patologías.

Resultados: La principal ventaja del grupo sometido a apendicectomía laparoscópica fueron menos complicaciones postoperatorias y un tiempo de hospitalización menor. No hubo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a demografía, comorbilidad, diagnóstico y estudio histopatológico. El tiempo operatorio que en un comienzo fue mayor que la cirugía tradicional disminuye rápidamente paralelo a la curva de aprendizaje de equipo quirúrgico. El costo mayor de la intervención en el grupo laparoscópico aparece como una limitante importante de la técnica. Se pudo completar la intervención por técnica laparoscópica en 466 pacientes

(93,2%). Hubo 34 conversiones en esta serie (6,8%), por plastrón apendicular en veinte, peritonitis difusa en once y dificultad técnica en tres.

Conclusiones: 1. La apendicectomía laparoscópica es una intervención segura, efectiva, con baja morbilidad, menor tiempo de hospitalización y una tasa de infección más baja que la cirugía tradicional.

2. Esta técnica aparentemente tiene ventajas en pacientes obesos, en casos de duda diagnóstica y ante la sospecha de peritonitis difusa.

3. Los mayores costos aparecen como la principal desventaja para la realización del procedimiento.

MANEJO ENDOSCÓPICO DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR. ANÁLISIS DE INDICACIONES Y RESULTADOS DE CPRE PRECOZ AL INGRESO

Drs. *Hein G., De Aretxabala X., Fasce G., Urrejola G., Court I., Cassorla G.,* Ints. *Deza C.*[1]*, Guixé C., González V.*[1]*, Hermosilla J.*[1]*, Pilasi J.*[1]

(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso. [1]Internos de medicina, Universidad Mayor)

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) constituye un cuadro frecuente de consulta y hospitalización en los servicios de urgencia en nuestro país. La etiología biliar continúa representando el 70-80% de las causas de dicho cuadro. A pesar de los progresos en el diagnóstico inicial y de complicaciones, dicha patología mantiene un porcentaje variable en su evolución de aproximadamente un 20- 30% de PA grave, grupo en el cual se concentra un 10-20% de mortalidad que aún presenta esta patología. Se han realizado esfuerzos importantes tendientes a identificar y tratar precozmente al grupo de pacientes que presentarán una evolución grave, para definir la conductas que pudieran modificar la morbimortalidad en dicho grupo. De acuerdo a los grupos de trabajo dedicados al tratamiento de estos cuadros graves, se ha determinado que las causas principales de mortalidad se agrupan en el SIRS grave especialmente en las dos primeras semanas, derivado del fenómeno inflamatorio agudo local y sistémico y en el grupo que presenta necrosis pancreática infectada. Las evidencias de la literatura sugieren que el drenaje endoscópico precoz en pancreatitis aguda precoz de origen biliar, modificaría la morbimortalidad de este grupo de pacientes y existen evidencias además de que el fenómeno obstructivo de la vía biliar secundario, puede ser causa de infección de la necrosis pancreática, junto con la traslocación bacteriana intestinal. En el presente trabajo se analiza el manejo y evolución de los pacientes tratados en nuestro centro con pancreatitis aguda biliar grave o con evidencias de colestasia a su ingreso.

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes portadores de PA biliar ingresados a nuestro centro y tratados precozmente con drenaje endoscópico por colangiopancreatografía (CPRE)

Material y Método: Desde enero de 1998 hasta agosto de 2004, han ingresado a nuestro centro 120 pacientes con diagnóstico de PA, de los cuales 113 (94,16%) fueron de origen biliar. De este grupo, 23 (20,35%) reunieron criterios para realizar CPRE precoz post ingreso (PA biliar grave según score de APACHE II, patrón colestásico persistente en dos muestras sucesivas de pruebas hepáticas y colangitis concomitante).

Resultados: La evolución de los pacientes tratados con CPRE incluyó 6 pacientes con complicaciones derivadas de la evolución de la PA y no hubo complicaciones en este grupo derivados de la terapia endoscópica. Se produjo mortalidad en un caso (4,34%) en este grupo secundaría a SIRS grave y sepsis por necrosis pancreática infectada al ingreso y la mortalidad general de la serie ocurrió en dos pacientes (1,66%), con score de APACHE II sobre 25, que fallecieron por falla multisistémica grave en UCI, una de ellas con terapia endoscópico-quirúrgica previa.

Conclusiones: Se puede demostrar que en esta serie, la CPRE precoz mostró mejores resultados que los esperables en pacientes con manejo conservador no endoscópico o quirúrgico.

MANEJO QUIRÚRGICO DE URGENCIA DEL VÓLVULO DE SIGMOIDES

Drs. *Cl. Benavides, M. Ocares, J. Madariaga, R. Funke H., M. Raffo,* Als. *M. Sepúlveda A., M. Mannaerts*

(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

El Vólvulo del Sigmoides fue descrito por primera vez en 1896. Su epidemiología y características clínicas han sido bien definidas. El tratamiento de elección es la descompresión endoscópica de urgencia, seguido de la resección del sigmoides con anastomosis primaria. Las técnicas no resectivas no se aconsejan debido a su alta tasa de recurrencia.

Objetivo: Describir los resultados del tratamiento quirúrgico de urgencia del Vólvulo del Sigmoides

en el Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Material y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo. Período enero 1999 – diciembre 2003. La serie está compuesta por 41 casos, 27 del género masculino, edad promedio de 65,1 ± 20,12 años, rango 21-92. En 25 casos se realizó destorsión manual del vólvulo, 15 fueron sometidos a una operación de Hartman, y en 1 caso se realizó resección del Sigmoides y anastomosis primaria.

Resultados: Presentaron complicaciones postoperatorias 14 pacientes (34%). La más frecuente fue neumonía en 7 casos, 2 casos evolucionaron con peritonitis, uno al que se le realizó destorsión manual, evolucionó con necrosis intestinal y el único caso de resección y anastomosis primaria se presentó como complicación dehiscencia de la sutura intestinal. En 10 casos del grupo sometido a destorsión manual, se realizó posteriormente cirugía resectiva electiva, 6 casos durante la misma hospitalización y 4 casos posteriores al alta, sin complicaciones. En 3 pacientes de este grupo se presentó recurrencia del vólvulo, 2 de ellos fallecieron debido a sepsis. La mortalidad de la serie fue de 6 pacientes.

Conclusiones: La destorsión manual es el enfrentamiento terapéutico más frecuente, la resección definitiva posterior alcanza sólo al 40%. La morbilidad operatoria asociada alcanza el 34% y la mortalidad al 15% de la serie.

ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES DE RIESGO DE DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS COLORRECTALES

Drs. *Héctor Chiong T., Carlos Hermansen T., Sandra Pincheira G., Ricardo Villalón C., José L. Román F., Int. Rubén Valenzuela*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau. Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile)

Introducción: La dehiscencia de sutura es una de las causas importantes de morbilidad y mortalidad en cirugía digestiva con anastomosis colorrectal. El motivo de este estudio es determinar factores con valor pronóstico de dehiscencia.

Material y Método: Se efectuó una revisión retrospectiva de los registros de egresos de 101 pacientes operados entre enero de 1998 y diciembre de 2003. En esta cohorte se efectuaron: 46 resecciones de sigmoides, 26 resecciones anteriores bajas, 22 reconstituciones de tránsito (Hartmann previo) y 7 hemicolectomías izquierdas. Se consideraron las siguientes variables como posibles factores de riesgo de dehiscencia: edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, patología respiratoria crónica, cardiopatía, patología tiroidea, tabaquismo, alcoholismo, cirugía intra-abdominal previa, presencia de neoplasia, perforación, infección peritoneal, obstrucción, falta de preparación intestinal, cirugía de urgencia, hematocrito preoperatorio, hipotensión perioperatoria, transfusión perioperatoria, tiempo operatorio, cirujano y uso de grapadora, que fueron registradas y analizadas utilizando el software computacional SPSS 8.0 (SPSS Inc., Chicago, III). Primero se realizó un estudio bivariado de cada variable, logrando definir aquellas con significación estadística y luego multivariado considerando las variables obtenidas.

Resultados: 11 pacientes presentaron dehiscencia lo que corresponde a un 10,9%. De las veintidós variables sometidas a análisis bi-variado, cuatro se asocian a dehiscencia: sexo masculino (p= 0,028), transfusión perioperatoria (p=0,000), hipotensión intraoperatoria (p=0,000) y tiempo operatorio (p = 0,006). Al incluir estos factores en un modelo de regresión logística se obtiene un 91,3% de precisión. La influencia de las variables en el modelo es: transfusión perioperatoria (p= 0,0050), hipotensión intraoperatoria (p= 0,0171), sexo masculino (p= 0,0553) y tiempo operatorio (p= 0,0990).

Discusión: En este estudio las cuarto variables mencionadas son factores pronósticos de dehiscencia por separado. Cuando interactúan transfusión perioperatoria e hipotensión intraoperatoria tienen significancia en un modelo de regresión logística.

SUTURAS MANUALES *VS* MECÁNICAS EN ANASTOMOSIS INTESTINALES EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU 1992-2002

Drs. *J. Astudillo, C. Hermansen, H. Chiong*
(Departamento de Coloproctología, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: La sutura mecánica se ha presentado como una alternativa válida en anastomosis intestinales, generando interés la comparación con técnica de anastomosis manual. Nuestro objetivo es comparar la efectividad y seguridad de las suturas intestinales mecánicas en relación con las manuales en el contexto de la morbimortalidad encontrada.

Material y Método: Se revisaron 408 fichas, obtenidas de una base de datos con el programa Microsoft Access del equipo de coloproctología desde 1992 hasta el 2002 con anastomosis íleo,

ileales, íleo colónicas, colo-colónicas y colorrectales. En el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 8.0 mediante la correlación de Pearson para el análisis bivariable. Se estableció un nivel de significancia de <0,05. Se excluyeron pacientes con datos incompletos y sin seguimiento.

Resultados: 408 pacientes fueron operados por nuestro equipo, de los cuales 113 (27,6%) fueron mecánicos y 295 (72,3%) manuales; 51,7% de hombres y 48,2% de mujeres, con un promedio de edad de 57,8 años. La anastomosis más frecuentes fueron colo-colónicas y colo-rectales (68,3%). Mortalidad general 0,73% (3 pacientes). Las complicaciones más frecuentes con suturas manuales fueron: dehiscencia de anastomosis 7,8%; infección de herida operatoria 7,3%; sepsis 2,7%; íleo postoperatorio 1,0% y evisceración 2,72%.

Con suturas mecánicas fueron: dehiscencia de anastomosis 4,38%; infección de herida operatoria 6,14%; sepsis 2,63%; íleo postoperatorio 1,75% y evisceración 1,75%.

Conclusiones: Según la evidencia analizada no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la comparación de complicaciones postoperatorias y mortalidad de los dos tipos de suturas, independiente del nivel de anastomosis intestinal.

CIRUGÍA NO GINECOLÓGICA EN EL EMBARAZO

Drs. *R. Luengas, A. Csendes, M. Fernández, M. Falavigna*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Se realizó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo en el que se incluyeron 37 pacientes embarazadas que fueron intervenidas de cirugía no ginecológica (apendicitis y patología biliar), en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el período comprendido desde enero de 1993 hasta diciembre de 2003. Se analizaron aspectos tales como: edad de la paciente, número de gestaciones, edad gestacional, tipo de cirugía (abierta o vía laparoscópica), días de estancia hospitalaria, complicaciones, término de embarazo y Apgar del recién nacido, con el fin de determinar la seguridad del procedimiento quirúrgico, tanto para la paciente como para el feto.

Se encontró un promedio de edad de 28,5 años y de 2,5 en el número de gestaciones, ambas patologías predominaron en el segundo trimestre del embarazo, encontrándose mayor número de apendicitis (57%) que de patología biliar (43%), dentro de los procedimientos realizados estuvieron apendicectomía clásica y laparoscópica, colecistectomía abierta y laparoscópica, coledocostomía y colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE); la estancia hospitalaria osciló entre 2 y 5 días a excepción de 2 pacientes que requirieron 16 y 36 días de hospitalización. La tasa de complicaciones fue de 19% y sólo una de ellas terminó en aborto (2,7%); no hubo mortalidad materna, el término del embarazo se dio en promedio a las 37 semanas y todos los fetos tuvieron APGAR 9/9 al minuto, a excepción de 1 con APGAR 1/9 al minuto que progresó a 8/9 a los 5 minutos. El peso promedio de los neonatos fue de 3.064 g.

A pesar de que aún no hay acuerdo acerca de la seguridad de realizar cirugía no ginecológica en el embarazo, especialmente por vía laparoscópica, debido al riesgo anestésico para el feto y la infusión de CO_2 sobre todo en el primer trimestre del embarazo, este estudio demuestra que aunque la tasa de complicaciones maternas no es insignificante, éstas son menores y rara vez afectan el desarrollo normal del embarazo así como a la paciente y el feto.

RESECCIONES ELECTIVAS DE COLON POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR EN EL HOSPITAL FACH: EXPERIENCIA DE 6 AÑOS

Drs. *Uribe S.*[1], *Miguieles R.*[1], *Cassorla G.*[2], *Fernández I.*[2], Ints. *Donoso C.*[3], *Céspedes MJ.*[3]
([1]Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. [2]Universidad de Valparaíso. [3]Universidad Mayor)

Marco Teórico: La Diverticulosis Colónica es un hallazgo frecuente (> 60%) en pacientes de países occidentales. La Enfermedad Diverticular de Colon (EDC) es un conjunto de manifestaciones clínicas y patológicas relacionadas con los divertículos y la Diverticulitis Aguda es la inflamación aguda de uno o más de éstos. Puede dar origen a cuadros diversos de inflamación intraperitoneal (Hinchey). El tratamiento quirúrgico consiste en la resección de la zona con mayor concentración de divertículos. El propósito de este trabajo es revisar la casuística de pacientes intervenidos electivamente por EDC es el Hospital FACH, analizando las indicaciones y los resultados inmediatos y a largo plazo.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las fichas clínicas de 38 pacientes intervenidos electivamente por EDC, entre el 1º de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2003. Se excluyeron los pacientes operados de urgencia. La mediana de edad fue de 57,5 años (rango: 31 a 83). La indicación quirúrgica fue hecha en pacientes que presentaron al menos 2 episodios de diverticulitis

aguda confirmada por TAC y en 9 (24%) pacientes menores de 50 años, con sólo un episodio. Se realizaron 34 sigmoidectomías, una de ellas laparoscópica, 3 hemicolectomías izquierdas y una resección anterior a nivel de la reflexión peritoneal. Complicaciones postoperatorias inmediatas fueron Infección de Herida Quirúrgica, Íleo Prolongado, Infección Urinaria y Neumonía / Atelectasia infectada. No hubo mortalidad en la serie. El seguimiento se hizo por control directo en policlínico o en forma telefónica a todos los pacientes. Complicaciones tardías fueron la hernia incisional. Todos los pacientes se encontraban satisfechos de la cirugía y asintomáticos, excepto 2; el primero tuvo 2 episodios de dolor tipo inflamatorio en la Fosa Ilíaca Izquierda, sin evidencia radiológica al TAC y que no se han repetido después de una hernioplastía inguinal ipsilateral y la otra presenta episodios ocasionales de dolor y distensión abdominal. La anatomía patológica demostró divertículos en todos los pacientes, pero fenómeno inflamatorio sólo en 23 (61%).

Conclusión: La resección electiva por EDC es una cirugía segura, con tasa de morbilidad comparable a otras cirugías resectivas intestinales. La Sigmoidectomía es la técnica más utilizada, con buenos resultados inmediatos y a largo plazo. Ocasionalmente puede ser necesario ampliar la resección, en casos de enfermedad más severa. El hecho de incluir pacientes con 2 o más episodios demostrados por TAC permite seleccionarlos adecuadamente y evitar incluir pacientes con otras patologías.

CIRUGÍA COLORRECTAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: EXPERIENCIA HOSPITAL FACH

Drs. *R. Miguieles, S. Uribe, J.I. Fernández, J. Zajjur, G. Cassorla, I. Court,* Int. *F. Bellolio*
(Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. Universidad de Valparaíso)

Introducción: La expectativa de vida en nuestro país actualmente alcanza los 75 años, lo cual implica que, cada vez más, el cirujano se ve enfrentado al desafío de intervenir a un paciente añoso. Publicaciones recientes han demostrado que los pacientes sobre 70 años no presentan complicaciones quirúrgicas diferentes a otros grupos etarios y en este grupo la morbilidad estaría dada por las patologías subyacentes.

Objetivo: Analizar la experiencia en cirugía colorrectal en pacientes mayores de 75 años en nuestra institución, comparándolo en cuanto a morbilidad y mortalidad con un grupo etario menor.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo del total de pacientes sometidos a cirugía colorrectal entre enero de 1998 y julio de 2004, evaluando el tipo y carácter de las cirugías realizadas, diagnósticos más frecuentes, patologías asociadas, categoría ASA, días de hospitalización, tasa de complicaciones médicas, quirúrgicas y mortalidad.

Resultados: Se evaluó un total de 52 pacientes de 75 años o más (promedio 80 ± 4 años), y 94 pacientes menores de 75 años (promedio 58 ± 13 años). El 45% de las cirugías correspondió a patología maligna en menores de 75 años y en un 83% en el grupo mayor de 75 años; presentándose con carácter de urgencia en un 20,1% y 30,6% respectivamente. Un 29,2% de los pacientes mayores de 75 años presentaba una clasificación ASA de 3 o mayor, en comparación con un 5,9% en el grupo menor de 75 años; resultando en un número significativamente mayor ($p< 0,05$) de días de hospitalización en este primer grupo (14,6 *vs* 8,7 días). La morbilidad quirúrgica fue comparable en ambos grupos en cuanto a filtración de anastomosis, colecciones residuales, infección de herida operatoria e íleo prolongado (p=ns). La mortalidad quirúrgica fue de 3 pacientes en el grupo menor de 75 años y ningún paciente en el grupo mayor de 75 años.

Conclusiones: El grupo de pacientes mayores de 75 años tiene un comportamiento postoperatorio, en cuanto a morbilidad y mortalidad quirúrgica, similar a grupos etarios menores. El tiempo de hospitalización más prolongado es este grupo de pacientes es debido mayormente a complicaciones médicas, secundarias a sus patologías previas. Por lo anterior no resulta correcto excluirlos de una terapia quirúrgica estándar, tomando en cuenta la edad como variable aislada.

ENFISEMA LOBAR CONGÉNITO: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

Drs. *Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Alberto Gyhra Soto, Juan Carlos Bravo Salazar, Emilio Alarcón Cabrera, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Galia Gutiérrez Jaramillo, María de los Ángeles Maureira Bonometti*
(Equipo de Cirugía Cardiotorácica, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

El enfisema lobar congénito (ELC) es una malformación congénita poco frecuente que puede ser causa de insuficiencia respiratoria en el lactante menor. Se produce por la sobreexpansión de un

lóbulo pulmonar con comprensión del parénquima pulmonar normal y desplazamiento del mediastino. El objetivo es presentar 4 casos de esta enfermedad operados en los últimos años por nuestro equipo. Tres de género masculino y uno de género femenino. Tres de ellos eran menores de 6 meses al momento de la cirugía. Todos presentaron sintomatología respiratoria inespecífica y hospitalizaciones preoperatorias prolongadas. La radiografía de tórax se caracterizó por una imagen de hiperinsuflación del lóbulo pulmonar comprometido y desplazamiento contralateral del mediastino en los 4 casos. En dos se complementó el estudio con tomografía axial computada y en 1 con cintigrama de perfusión. En 3 pacientes el lóbulo afectado fue el superior izquierdo y en 1 el superior derecho. En todos se realizó lobectomía del lóbulo comprometido y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico del ELC. No se presentó morbilidad ni mortalidad en la serie, con excelente evolución postoperatoria. Todos los pacientes en el control alejado se encuentran asintomáticos.

HIDATIDOSIS ABDOMINAL: ANÁLISIS DE 60 CASOS OPERADOS

Drs. *R. Rodríguez,*[1] *C. Muñoz*[2]
([1]Cirujano, Jefe de Turno, Sub-Jefe Servicio Cirugía, Hospital Base de Curicó. [2]Estudiante de Medicina UCSC)

La Hidatidosis es una enfermedad endémica en Chile. El hombre es un huésped accidental de *Echinococcus granulosus,* en su estado larval. El metacéstodo más la reacción fibrosa del órgano (adventicia) se denominan quiste hidatídico. Los sitios más frecuentes de localización de los quistes son el hígado y pulmón (80-90%). El tratamiento del quiste hidatídico es esencialmente quirúrgico.

Presentamos una revisión retrospectiva de 60 pacientes operados de hidatidosis abdominal en el Hospital Base de Curicó, entre agosto de 1996 y junio del 2004. Durante este período se intervinieron 78 pacientes por hidatidosis, de los cuales 60 (76,9%) presentaban quistes abdominales. Se consignó sexo, edad, residencia, síntomas y signos, exámenes de laboratorio e imagenológicos, características y ubicación de los quistes, tratamiento farmacológico, tiempo de hospitalización y postoperatorio, técnica quirúrgica, complicaciones, mortalidad y recidiva, etc.

La distribución por sexo fue similar, con un promedio de 43,25 años. El 75% de los pacientes residía en un lugar rural. El síntoma más frecuente fue el dolor en el hipocondrio derecho (71,6%) y un 20% presentaba un aumento de volumen abdominal. Todos los pacientes fueron evaluados con ecotomografía abdominal con una sensibilidad de 98,3% y especificidad de 96,6%. Se realizaron 9 técnicas de ELISA para hidatidosis, con una sensibilidad de 66,6%. Veinte pacientes fueron evaluados con tomografía axial computada con una sensibilidad y especificidad de 100%. El 48,3% presentaba quistes entre 10 y 20 centímetros de diámetro. El 96,6% de los pacientes presentaba quistes hepáticos, el 81,6% cursaban con quistes hepáticos exclusivos y el 3,3% con hidatidosis extrahepática como única forma clínica.

El 88,2% correspondió a técnicas no resectivas y el 11,7% a técnicas resectivas. El tiempo de hospitalización fue en promedio de 20,80 días y de 11,75 días respectivamente. La morbilidad postoperatoria fue de un 20% y se produjo sólo en los pacientes sometidos a cirugía conservadora. La mortalidad de esta serie es 0%. Hasta el momento se han presentado 3 casos (5%) de pacientes sometidos a cirugía conservadora, en los cuales la evaluación ecotomográfica sugiere recidiva de la enfermedad.

La hidatidosis abdominal es muy frecuente, con un predominio de la afección hepática. Es una patología de claro predominio en la población rural. La ecotomografía abdominal es el examen de elección para iniciar el estudio, por su buena disponibilidad y bajo costo. Las técnicas de elección deben ser las resectivas, ya que estas conllevan una menor morbilidad, menor tiempo de postoperatorio y una menor recidiva.

TUMORES PRIMARIOS DE PARED TORÁCICA: ANÁLISIS DE 13 CASOS

Drs. *G. Mangelsdorff, L. Villarroel, F. Betanzo, A. Palma, E. Avilés*
(Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río)

Introducción: Los tumores primarios de la pared torácica son infrecuentes, representan el 1-2% de los tumores sólidos. Según algunas series la mayoría son malignos.

Objetivo: Conocer las características clínicas de los pacientes operados por tumores primarios de pared torácica y la frecuencia de tumores malignos en este grupo de pacientes.

Material y Métodos: Se analizó los registros de aquellos pacientes sometidos a cirugías de resección costal, entre 1999 y 2003. Se estudió la distribución por sexo, edad, síntomas, tiempo de evolución, imágenes, ubicación del tumor, tamaño, histología, cirugía, terapias adyuvantes, morbilidad,

mortalidad, recidiva y aparición de tumores metacrónicos. La mediana de seguimiento fue 13 meses.

Resultados: Se operaron 13 pacientes, 8 (61,5%) mujeres y 5 (38,5%) hombres, con una edad (media ± DS) de 31 ± 12 años. Todos consultaron por aumento de volumen, 3 (23,1%) casos presentaban dolor. El tiempo de evolución de los síntomas (media ± DS) fue de 49,2 ± 51,8 meses. El estudio de imágenes incluyó radiografía de tórax y parrilla costal en 12 (92%), TAC en 12 (92%), ecografía en 2 (15%) y cintigrama óseo en 2 (15%) casos. Todos los pacientes presentaban tumor único al momento de la cirugía, ubicados dentro de los tres primeros arcos en 6 (46,2%) y a la izquierda en 7 (53,8%). El tamaño tumoral (media ± DS) fue 4,1± 2 cm. Se presentaron tumores benignos en 12 (92%) casos, 7 (58,3%) fueron condromas, 2 (16,6%) displasias fibrosas, 1 (8,3%) osteocondroma, 1 (8,3%) lipoma y 1 (8,3%) tumor desmoide. Se registró un tumor maligno, fibrosarcoma de bajo grado, en una paciente de 33 años sometida a 5 resecciones de pared costal, aseos quirúrgicos, quimio y radioterapia en un lapso de 40 meses. Es la única muerte de esta serie. A los pacientes con tumores benignos se les realizó resección costal o condrocostal en 11 (91,7%) y VATS en un caso (lipoma). Se registraron 2 (15,4%) casos de neuralgia intercostal y 2 de neumotórax. En 2 (28,5%) pacientes operadas por condroma se presentó un nuevo tumor durante el seguimiento.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes son mujeres que presentan tumores benignos, siendo el condroma el más frecuente. Existe una baja frecuencia de tumores malignos primarios de la pared costal, aunque de alta letalidad.

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS MEDIANTE VIDEOLAPAROSCOPIA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y PRIMEROS RESULTADOS

Drs. *F. Berger, C. Rojas, J.I. Iñíguez, P. Wisnia*
(Departamento de Cirugía, Hospital Regional, Punta Arenas)

Introducción: La coledocoduodenoanastomosis látero-lateral (CDLL) es un procedimiento interno para drenar la vía biliar. Su indicación está dada como tratamiento de litiasis recidivante, para disminuir la tasa de litiasis residual o en lesiones iatrogénicas de la vía biliar.

Material y Métodos: Revisión de 3 fichas clínicas de pacientes sometidos a una coledocoduodenoanastomosis, mediante videolaparoscopia en los últimos 18 meses en el servicio de cirugía de Hospital Regional de Punta Arenas y la Clínica Magallanes. Todos fueron operados de urgencia.

Técnica Quirúrgica: El procedimiento se realizó con Técnica Francesa, insertando 2 trocares de 10 mm y 2 de 5 mm, se utilizó además un tercer trocar en los pacientes con vesícula puesta, colocado en flanco derecho por debajo del trocar subcostal derecho. Se utilizó una presión de neumoperitoneo de 15 mmHg. La coledocoduodenoanastomosis fue realizada con la misma técnica que la abierta, con sutura corrida de Vicryl 3/0, dejando un drenaje tipo Jackson-Pratt en sitio de anastomosis.

Resultados: La serie consta de 2 pacientes de sexo femenino y uno masculino. Edad promedio fue de 70 años (60-84 años). En 2 el diagnóstico fue de colelitiasis + coledocolitiasis y el otro coledocolitiasis de neoformación. Tiempo operatorio fue de 90 min (65-190). Estadía hospitalaria 2,5 días promedio. Sin morbimortalidad hasta la fecha.

Conclusiones: Cuando los cirujanos nos enfrentamos a la necesidad de realizar una derivación biliodigestiva durante una cirugía laparoscópica, el procedimiento abierto es el más seguro en la actualidad. Sin embargo, en manos de un equipo con mayor experiencia en técnica laparoscópica, es factible realizar un CDLL sin necesidad de convertir a cirugía abierta, beneficiándose el paciente, especialmente aquellos añosos con morbilidad.

MANEJO DE COMPLICACIONES DE LA PARED ABDOMINAL SECUNDARIOS A LAPAROSTOMÍA CONTENIDA

Drs. *J. Villegas[1,2], M. Uribe[3], F. Catán[3], A. Jirón[4], G. González[1]*
([1]Servicio de Cirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna. [2]Instituto Traumatológico. [3]Servicio de Cirugía, Hospital de Salvador. [4]Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios)

Introducción: Diversos procesos séptico-abdominales de distintas etiologías pueden obligar al cirujano a utilizar la técnica de laparostomía contenida. Se puede generar un circulo vicioso en el que el paciente se deteriora tanto por su patología de base como por la perdida constante de líquido y proteínas a través de la herida abdominal, muchas veces agravado por la presencia de fístulas digestivas, perpetuando el círculo infección-desnutrición-inmunodeficiencia y sepsis. Se hace necesario un procedimiento que interrumpa este ciclo y abra una oportunidad para la recuperación.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el manejo de complicaciones graves de la pared ab-

dominal, en pacientes portadores de laparostomía contenida.

Pacientes y Métodos: Se presentan cinco pacientes, tres hombres y dos mujeres que presentaron un cuadro séptico, de origen abdominal y desnutrición. Cuatro fueron tratados con laparostomía contenida y bolsa de Bogotá. Uno presentó fasceítis necrotizante de pared abdominal. En todos los pacientes se diseñó una estrategia terapéutica a fin de eliminar o contener la infección local, cerrar la herida de manera temporal o definitiva, tratar las fístulas y finalmente reparar la pared. En la primera etapa, en tres casos se utilizó homoinjerto de donante cadáver irradiado y criopreservado como cobertura temporal. Una vez controlada la infección se cerró la herida con autoinjerto expandido. La retracción del injerto consiguió cerrar espontáneamente algunas de las fístulas distales. En un paciente fue necesaria la reparación quirúrgica de una fístula proximal, lo que se realizó cubriéndola con un colgajo muscular de recto abdominal, el que a su vez se utilizó para reparar la pared. En otro paciente, una vez obtenido el cierre de la herida se procedió al tratamiento quirúrgico de una fístula distal y se mejoró el estado de la pared con una abdominoplastía inversa. Otro paciente desarrolló múltiples hernias en el postoperatorio alejado, las que fueron reparadas con malla de Goretex® cubierta con colgajos faciocutáneos. Cuatro pacientes se recuperaron. Una mujer falleció como consecuencia de una complicación pulmonar posterior al cierre de la herida.

Comentario: Se describe una estrategia de reparación de la pared abdominal, que permite interrumpir el ciclo de deterioro de estos pacientes, recurriendo de manera progresiva a los distintos recursos que aporta la cirugía plástica. Dentro de ellos nos parece un aporte novedoso el homoinjerto de donante cadáver criopreservado. Tan trascendente como la técnica es la secuencia en que se realizan los procedimientos.

EMPIEMA PLEURAL: RESULTADOS DEL PERÍODO 1990-2003

Drs. *G. Cardemil H., J.P. Hidalgo V., P. Wisnia C., J. Salguero A. Ints. D. Reyes O., P. Riffo C., Als. G: Plaza C., M. San Martín M. F. Sazo B.*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El empiema pleural (EP) se define clásicamente como la presencia de pus en la cavidad pleural. Es una patología con alta morbimortalidad. El presente trabajo tiene como objetivo describir la etiología de esta patología, validar los criterios de Light como elemento diagnóstico y describir el tratamiento y la evolución de los pacientes en nuestro hospital.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 65 pacientes diagnosticados como empiemas pleurales entre los años 1990 y 2003, todos los cuales cumplían al menos uno de los criterios de Light.

Resultados: El promedio de edad de los pacientes fue de 53 años (rango de 15 a 88). Un 67,7% (44) eran hombres. El 67,7%(44) tenían alguna patología crónica asociada como: daño hepático crónico por alcohol, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica. Tiempo promedio de hospitalización fue: 24,6 días (rango 2 - 76). La etiología de los EP fue: 72,3% (47) paraneumónicos, el 100% de éstos adquiridos en la comunidad, 9,23% (6) postquirúrgicos, 4,61% (3) secundarios a abscesos subfrénicos, 3,08% (2) post-traumático y 9,23% (6) otros. Un 52,3% (34) derechos, 44,6% (29) izquierdos y 3,1% (2) bilaterales. En el 100% de los pacientes se realizó una toracocentesis diagnóstica dentro de los primeros 4 días de ingreso, el estudio de este líquido dio como resultado un pH promedio 6,69 (rango 6,18 - 7,17). LDH promedio de 7706 UI/L (rango 491-59742), glucosa promedio 35,9 mg/dl (rango 0-209), se obtuvo tinción de Gram (+) sólo en el 30,76% (20), y el cultivo (+) en un 33,84% (22). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron: Cocáceas Gram (+) y Bacilos Gram (-). En un 49,2% (32) se realizó inicialmente pleurostomía, un 34,38% (11) de ellos evolucionaron satisfactoriamente, 18,75% (6) requirieron cirugía por fracaso de la pleurostomía y 46,87% (15) fallecieron de manera precoz. En el 50,8% (33) se realizó un manejo quirúrgico inmediato: 63,63% (33) fueron por VATS y 36,37% (12) por toracotomía. Hubo 27,27% (9) de complicaciones postoperatorias y no hubo mortalidad en los pacientes operados precozmente. En un 57% (37) se dispuso de imágenes complementarias a la Rx., 40,54% (15) con ecografía, 37,83% (14) TAC de tórax y 21,62% (8) ambas. La mayoría de los hallazgos imagenológicos corresponden a EP tabicados, los cuales fueron manejados en un 78,26% (18) con cirugía: 65,21% (15) por videotoracoscopia y 13,05% (3) por toracotomía. Los EP diagnosticados como libres en un 85,71% (12) se trataron con pleurostomía y 14,28% (2) con cirugía (uno por video y otro abierto). Los tratados por cirugía tuvieron un postoperatorio más abreviado con retiro precoz de los tubos pleurales, 6,69 días en promedio para la cirugía *versus* 12 días para las pleurostomías. La mortalidad total del grupo estudiado fue de un 23,07% (15).

Conclusiones: A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos el empiema pleural sigue teniendo una elevada mortalidad. En nuestra serie la cirugía precoz acortó la estadía hospitalaria significativamente y no hubo fallecidos en este grupo.

HERNIOPLASTIA INGUINAL CON TÉCNICA PROLENE HERNIA SYSTEM (PHS)

Drs. *Jean Michel Butte B., Álvaro Zúñiga A., Alejandro Saint Jean R., Gustavo Pérez B., Luis Ibáñez A., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Osvaldo Llanos L.*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El uso de una prótesis en la reparación de la hernia inguinal busca reducir su tensión, proteger las regiones inguinal y femoral, favorecer el reintegro laboral y disminuir la recidiva

Objetivo: Evaluar los resultados quirúrgicos inmediatos y hasta 2 años de aquellos pacientes tratados con la técnica PHS.

Material y Métodos: Se estudió en forma retrospectiva, a partir de los registros clínicos, la evaluación de los pacientes sometidos a una hernioplastia con la técnica PHS entre el 1/8/01 y el 30/04/03. Se analizó el cuadro clínico, los hallazgos quirúrgicos y la evolución postoperatoria precoz y tardía. Todos los pacientes tienen seguimiento actualizado por su médico tratante. Posteriormente se realizó una encuesta telefónica en que se evaluó el desarrollo de actividades diarias y el reintegro laboral posterior a la cirugía.

Resultados: En este período fueron operados 79 pacientes. Setenta y cuatro hombres y 5 mujeres, con una edad (media ± desviación estándar) de 54 ± 16 años. Se operaron 89 hernias, de las cuales, 37 eran derechas, 32 izquierdas y 10 bilaterales. El tiempo medio de evolución del cuadro clínico fue 27,54 ± 25,3 meses y el principal síntoma fue dolor en 78 pacientes (18 a diario, 3 una vez por semana, 57 ocasional). La cirugía fue electiva en 73 pacientes y de urgencia en 6. Se utilizó anestesia regional en 46 pacientes. La exploración quirúrgica mostró 43 hernias directas, 42 hernias indirectas y 4 hernias mixtas. Sesenta y tres pacientes (79,7%) fueron realimentados con buena tolerancia el mismo día de su cirugía. Diez pacientes deambularon el mismo día de su cirugía, 62 el 1er día y 7 el 2º día. La media del alta fue a los 2 ± 1 días. Dos pacientes (2,5%) tuvieron una complicación postoperatoria (un hematoma y un seroma), observados en el control post alta, que se manejaron satisfactoriamente en forma médica. Se logró realizar la encuesta a 70 (88,6%) pacientes. Todos realizan sus actividades diarias y su trabajo en forma normal. Los pacientes se reintegraron a su trabajo a los 13 ± 9 días y permanecen asintomáticos. El seguimiento promedio es de 24 meses no observándose signos de recidiva herniaria.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la técnica PHS permite un reintegro laboral precoz, con escasas complicaciones y ausencia de recidiva herniaria a los 2 años de seguimiento promedio.

TIROIDECTOMÍA MENOS INVASIVA

Drs. *D. Cohn, J. Plasser,* Int. *J. Cuevas*
(Fundación Arturo López Pérez)

Introducción: La técnica clásica de la tiroidectomía ha ido evolucionando a la realización de técnicas menos invasivas que involucran un menor trauma tisular, una mejor evolución postoperatoria del paciente en cuanto a dolor y estadía hospitalaria, así como un mejor resultado estético sin demostrarse mayor morbilidad.

Objetivo: Analizar los resultados de esta técnica evaluando la morbilidad, tiempo operatorio y resultados estéticos.

Material y Métodos: Este estudio se realizó en forma prospectiva utilizando dos técnicas en todos los pacientes con indicación quirúrgica de tiroidectomía que presentaban nódulos o múltiples nódulos no mayores de 4 cm.

Técnica 1: Se realizó incisión no mayor de 4 cm sobre un pliegue cutáneo, tallado de colgajos platismo-cutáneos, separación de pretiroídeos, tiroidectomía de acuerdo a la indicación, hemostasia, cierre sin utilizar drenajes. Se estudiaron 26 pacientes operados desde enero 2002 - junio 2004.

Técnica 2: Incisión no mayor de 4 cm, no se tallaron colgajos cutáneos, apertura de pretiroídeos, tiroidectomía de acuerdo a indicación, hemostasia, cierre por planos, sin uso de drenajes. Se presentan 4 pacientes operados entre junio y agosto 2004.

Se evalúa en los grupos de pacientes el tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, complicaciones, histología y resultados estéticos.

Resultados:

Técnica 1: de los 26 pacientes operados, 20 son mujeres y 6 hombres, el tamaño nodular fue X 2,05 (1-4 cm), se realizó tiroidectomía total en 20 (76,9%) pacientes y parcial en 6 (23,07%). Las histologías correspondieron a Ca papilar en 13 pacientes (50%), Ca folicular (7,6%) en 2 pacien-

tes y patología benigna en 11 pacientes (42,3%). El tiempo operatorio promedio es de 64,1 minutos (40-400 min) para tiroidectomía parcial y 90,75 minutos (60-135) en tiroidectomía total. Disfonía no presentó ningún paciente. Un paciente presentó hipocalcemia clínica, 12 (60%) pacientes tuvieron control de calcemia por bajo las cifras normales que se recuperan en el 100% de los casos sin requerir aporte de calcio.

Técnica 2: Se operaron 4 pacientes de sexo femenino, 1 carcinoma papilar, 2 hiperplasia, 1 tiroiditis. El tamaño nodular promedio fue de 1,82 (1-2,5 cm). Se realizaron 2 tiroidectomías totales y 2 parciales. Ninguno de los pacientes presentó disfonía ni hipocalcemia.

Discusión: La realización de técnicas menos invasivas con incisiones bastante menores a las clásicas descritas, provocando menor daño tisular y con mejores resultados estéticos son posibles sin aumentar la morbilidad ni prolongar tiempo quirúrgico. De las dos técnicas descritas, la segunda, si bien son aún pocos casos, nos parece que da una mejor exposición, al trabajar en incisiones pequeñas.

CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ESOFÁGICO. RESULTADOS DE TRATAMIENTO Y SOBREVIDA

Drs. *Fernando Barrientos C., Antonio Baquerizo M., Walterio Muñoz*
(Hospital Regional y Universidad de la Frontera, Temuco)

Introducción: El cáncer de esófago es un cáncer de mal pronostico, debido a diagnóstico tardío, al crecimiento locorregional y al compromiso ganglionar regional. La sobrevida global, a pesar de los diferentes tratamientos quirúrgicos, no supera el 10 a 20% a los 5 años. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar resultados quirúrgicos y sobrevida.

Material y Método: Dieiciséis pacientes ingresan a protocolo, la etapificación se realizó con Rx tórax, esofagograma, broncoscopia, ecotomografía abdominal, TAC toracoabdominal y laparoscopia. Fueron excluidos los pacientes con estados avanzados, (T4, M1), aquellos con índice de ECOG mayor a 2, portadores de patologías concomitantes que contraindican cirugía, los adenocarcimona de la unión gastroesofágica. Se usó la clasificación TNM de la UICC y AJC para la etapificación preoperatoria. La etapificación final se hizo por anatomía patológica de la pieza operatoria. Los cánceres de tercio medio fueron resecados con técnica de tres tiempos y los del tercio inferior con técnica transhiatal, se usó estómago para la reconstitución del tránsito. Todos quedaron con SNG y yeyunostomía de alimentación. Al 8º día se realizó Rx contrastada esofagogástrica, la mortalidad se consideró hasta 30 días después de cirugía. Se usó curva de Kaplan-Meier para cálculo de sobrevida.

Resultados: Desde octubre de 1997 a abril de 2004, 16 pacientes ingresan a protocolo. 9 mujeres y 7 hombres, la edad fluctuó entre 38 y 82 años con una media de 67,4 años. Cáncer epidermoide presentan 12 pacientes (75%) y 2 un adenocarcinoma (12,5%), 1 un cáncer adenoideoquístico (6,25%) y 1 un indiferenciado (6,25%). Se localizan en el tercio medio 9 tumores (56,3%) y 7 en el tercio inferior (53,7%).

La clasificación preoperatoria en estos 16 pacientes fue: T3 N0 M0 (Estadio IIa) en 10 pacientes (62,5%), un paciente con T3 N1 M0 (Estadio III) (6,3%), T2 N0 en 2 pacientes (12,6%) y T1 N0 en 3 pacientes (18,8%). De los 16 pacientes resecados 7 presentaron morbimortalidad (43,8%). La mortalidad operatoria fue de un 12,5% (2 pacientes). En la actualidad hay un 50% de pacientes vivos, la curva de Kaplan-Meier mostró una sobrevida a 5 años de un 45%.

Discusión: A pesar de los avances técnicos en el diagnóstico como en el tratamiento, los resultados en el cáncer esofágico siguen siendo pobres con una sobrevida a 5 años entre un 10 a 20%. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección, existiendo una serie de técnicas quirúrgicas, desde las conservadoras como la técnica transhiatal de Orringer a otras más agresivas como la tridisección ganglionar de Isono, sin que ninguna de ellas muestra una clara ventaja de sobrevida. Nuestros resultados de sobrevida, aunque mejores que lo publicado, se enmarcan dentro de un pequeño grupo de pacientes que no permiten sacar conclusiones estadísticamente válidas.

RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS DE LA HEPÁTICO Ó COLANGIOYEYUNO-ANASTOMOSIS POR CAUSA BENIGNA

Drs. *Jean Michel Butte B., Eduardo Briceño V., Alex Escalona P., Nicolás Jarufe C., Gustavo Pérez B., Osvaldo Llanos L., Sergio Guzmán B., Fernando Pimentel M., Jorge Martínez C., Luis Ibáñez A.*
(Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La reparación de la vía biliar luego de una estenosis o sección puede ser una situación compleja. La reconstrucción mediante una hepático ó colangio-yeyunoanastomosis en Y de Roux

(HCYA) disminuye la tensión de la anastomosis y desfuncionaliza la vía biliar. Ésto disminuiría las complicaciones.

Objetivo: Evaluar los resultados inmediatos y tardíos de la reconstrucción de la vía biliar con una HCYA

Material y Métodos: Se analizó en forma retrospectiva los registros de 31 pacientes que entre 1990 y 2004 fueron operados de su vía biliar. La reconstrucción se realizó con una HCYA. En cada paciente se evaluaron sus antecedentes clínicos, exámenes de laboratorio e imágenes, resultados quirúrgicos inmediatos y tardíos. Se utilizó la clasificación de Bismuth para estenosis biliares benignas y todos los pacientes tienen seguimiento actual.

Resultados: El grupo está compuesto por 21 mujeres y 10 hombres con una edad de 48 ± 5 años. En 14 (45%) pacientes se había realizado una intervención previa sobre la vía biliar. La estenosis de la vía biliar se presentó como colangitis en 11 pacientes, litiasis intrahepática en 5, fístula biliar en 4 y absceso hepático en 1. La bilirrubina total y fosfatasas alcalinas promedio preoperatorios fueron 5,2 mg/dl y 482 u/l, respectivamente. En todos los pacientes se realizó como estudio inicial una ecografía abdominal que se complemento en 21 con una colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, en 19 pacientes con una tomografía computada de abdomen, en 13 con una colangiografía transparietohepática y en los 3 casos más recientes con una colangiorresonancia. Estos exámenes permitieron confirmar el diagnóstico clínico. La reconstrucción de la vía biliar se realizó en 19 pacientes por una estenosis benigna de la vía biliar, en 5 por resección de un quiste de colédoco, en 2 por estenosis benigna asociada a litiasis, en 2 por litiasis múltiple, en 2 por sección de la vía biliar durante una colecistectomía laparoscópica y en 1 por un síndrome de Mirizzi. Estos tres últimos pacientes fueron operados de urgencia. Ocho pacientes eran Bismuth I, 12 Bismuth II, 8 Bismuth III y 3 Bismuth IV. Se observaron complicaciones postoperatorias en 6 pacientes: Infección de la herida operatoria en 3, fístula biliar externa en 2 (tratadas médicamente) y neumonía en uno. El seguimiento promedio es de 78,7 meses. Se observó reestenosis en 2 (6,5%) pacientes (a los 5 y 12 meses post operatorios), ambos Bismuth III, que fueron reoperados con una reconstrucción en Y de Roux intrahepática y actualmente están asintomáticos. Además, dos pacientes han presentado signos de colangitis, que se han tratado médicamente y uno una hernia incisional.

Conclusiones: La HCYA es útil para reparar la vía biliar, con un bajo número de complicaciones postoperatorias, sin mortalidad y muy buenos resultados a largo plazo. El seguimiento postoperatorio debe ser estricto para rescatar a los pacientes que sufren una reestenosis, donde una nueva cirugía puede ser útil.

ELECTROCOAGULACIÓN E IRRIGACIÓN CON SOLUCIÓN SALINA (EISS), UNA HERRAMIENTA EFICIENTE Y ECONÓMICA PARA REALIZAR RESECCIONES HEPÁTICAS

Drs. *F. Catán[1], M. Uribe[1,2,3], S. Uribe-Echavarría[3], J. Ormazábal[1], A. Gallego[3], M.A. Matamala[3],* Ints.[3] *J.M. Flores, R. Matamala, L. Fábrega*
([1]Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. [2]Departamento de Cirugía, Clínica las Condes. [3]Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: Desde el inicio de las resecciones hepáticas en el siglo XX, se han diseñado distintos dispositivos con el fin de seccionar el parénquima hepático en forma segura, con escaso sangrado y sin necesidad de ligar los vasos y conductos biliares. Las alternativas actuales a la digito o kellyclasia y ligadura de los vasos tienen un alto costo, tanto en equipos como en sus aplicadores, los más usados son el CUSA, el bisturí armónico, hidrodisector y ligasure.

Objetivo: Comunicar la técnica de EISS y evaluar los resultados y limitaciones de su uso en resecciones hepáticas.

Material y Métodos: El EISS se basa en el concepto que el suero fisiológico transmite bien la energía eléctrica por lo que al circular corriente a través de él, se calienta y evapora produciendo una coagulación más homogénea del parénquima. El aplicador del EISS es simple y barato, se realiza adosando a un lápiz de electro bisturí común una bajada de suero a través de la cual fluye suero fisiológico a alrededor de 30 gotas por minuto. Se secciona la cápsula de Glison con electro bisturí normal. Se realiza maniobra de Pringle, se fija la coagulación en potencia máxima y se comienza la sección del parénquima, avanzando en forma gradual desde la periferia al centro del área a resecar. Una vez que se alcanza el área más central, donde existen vasos de mayor calibre, se realiza kellyclasia y ligadura de vaso, luego de la resección el cirujano estima en qué porcentaje del área de sección se utilizó sólo EISS. En algunos casos se aplicó al término de la resección electrocoagulación de todo el lecho cruento con argón. En el período postoperatorio se consignó la presencia de complicaciones con un seguimiento de al menos 30 días.

Resultados: Entre enero y junio de 2004 se utilizó la EISS en 26 pacientes, 10 resecciones atípicas, 8 hepatectomías y 8 cuñas hepáticas. En las resecciones atípicas se logró seccionar en promedio el 72% de la superficie con EISS. En las hepatectomías formales este porcentaje fue de 56% y en las cuñas hepáticas 68%. En el postoperatorio se detectaron 2 complicaciones. Un caso de hemoperitoneo cuya causa no dependía del área de sección y un caso de bilioma infectado que fue drenado por vía percutánea. Cabe destacar que el área en que se utilizó sólo EISS fue menor en pacientes cirróticos, aunque sólo fueron 4 casos la diferencia fue clínicamente notoria.

Comentario: La EISS es una alternativa simple, efectiva y fácilmente disponible como técnica de apoyo a las resecciones hepáticas. Su uso permite evitar el uso de ligaduras y suturas en más de la mitad de área de sección. En pacientes cirróticos en los que no es posible realizar maniobra de Pringle, su utilización parece ser poco recomendable.

TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES ORIGINADOS EN EL ESTÓMAGO

Drs. *Jean Michel Butte B., Roberto Cabrera T., Gonzalo Méndez O, Osvaldo Llanos L.*
(Departamentos de Cirugía Digestiva y Anatomía Patológica, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales se originan en el mesénquima y en general son poco frecuentes. A pesar de ello, es la neoplasia no epitelial más frecuente del tubo digestivo. Se ubica de preferencia en el estómago y su tratamiento es quirúrgico.

Objetivo: Determinar las características clínicas y anatomopatológicas de 13 pacientes operados por un tumor estromal originado en el estómago.

Material y Métodos: Se revisó los registros clínicos de 13 pacientes operados por un tumor estromal del estómago en el Hospital de la P. Universidad Católica, entre enero/93 y julio/04. En cada paciente se analizó las características clínicas, el tratamiento quirúrgico y las características morfológicas e inmunohistoquímicas del tumor. El criterio para el diagnóstico anatomopatológico de malignidad se basó en el tamaño del tumor, igual o mayor de 5 cm o la presencia de más de 5 mitosis por 50 campos de aumento mayor.

Resultados: De los 13 pacientes, 7 eran hombres y 6 mujeres, con una edad (media ± DS) de 63,4 ± 14,8 años. El motivo de consulta principal fue hemorragia digestiva alta en 8 pacientes. En todos los pacientes se realizó una endoscopia digestiva alta, en la que se sospechó un tumor estromal en 5 (38,5%) de ellos, en 7 se observó una lesión ulcerada y en 1 una lesión endogástrica. La tomografía computada de abdomen y pelvis mostró el tumor gástrico en 3 pacientes y no mostró metástasis en ninguno de los 13. Se realizaron 9 resecciones gástricas en cuña (una por vía laparoscópica), 2 gastrectomías totales y 2 subtotales. No hubo complicaciones ni mortalidad postoperatoria. El diagnóstico se confirmó en todos los pacientes al detectar CD 117 por inmunohistoquímica. El estudio anatomopatológico mostró 7 tumores benignos y 6 malignos. En una paciente que tenía un tumor mayor de 5 cm se encontró metástasis hepática en la cirugía; fue sometida a una gastrectomía total más disección linfática, no observándose compromiso ganglionar en los 19 linfonodos resecados. La sobrevida a 54 meses de seguimiento promedio es de 92%. Un paciente cuyo tumor tenía más de 5 mitosis por 50 campos de aumento mayor falleció a los 31 meses por progresión de la enfermedad. En los otros pacientes no se ha observado recidiva tumoral.

Conclusiones: Del análisis de esta pequeña serie se puede resumir que los tumores estromales del estómago son frecuentes alrededor de los 60 años y se presentan indistintamente en ambos sexos. La hemorragia es una manifestación frecuente y la endoscopia permitió sospechar el diagnóstico específico sólo en un tercio de los casos. El tratamiento es quirúrgico. Los criterios morfológicos de malignidad se correlacionaron aparentemente con un peor pronóstico.

TRASPLANTE ABO INCOMPATIBLE DE URGENCIA EN UN PACIENTE CON FALLA HEPÁTICA FULMINANTE ¿SE JUSTIFICA?

Drs. *R. Humeres, R. Zapata, E. Zanhueza, J. Hepp, H. Ríos, M. Rius*
(Unidad de Trasplante Hepático. Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: Tradicionalmente el trasplante hepático ortotópico (THO) con donante ABO incompatible se ha asociado con una elevada tasa de pérdida de injertos a mediano y largo plazo debido a complicaciones vasculares y biliales de origen inmunológico. Más recientemente se han logrado mejores resultados en pequeñas casuísticas, gracias a protocolos que logran reducir los anticuerpos anti-isohemoaglutininas y una fuerte inmunosupre-

sión, obteniéndose sobrevidas de injerto cercanas a 70% a 1 año (Hanto DW et.al. Liver Transp. 2003; 9: 22-30).

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 16 años, grupo sanguineo 0 positivo, previamente sano, que inicia 15 días previo a su ingreso compromiso del estado general, náuseas, ictericia y coluria. Serología virus hepatitis A-B-C negativas. Evoluciona con hipoglicemia, hipoprotrombinemia, hiperbilirrubinemia y compromiso progresivo de conciencia, siendo trasladado de Iquique a Santiago (falla hepática fulminante: FHF). Ingresa a Clínica Alemana el 25/5/04, intubado y en sopor profundo (encefalopatía grado III). La tomografía computada de cerebro no mostraba hemorragia ni edema cerebral. En estas condiciones se activa para THO en lista de urgencia nacional. Aparece un donante grupo sanguíneo A positivo. Se decide THO de urgencia contra barrera ABO. Se realiza plasmaféresis pre-THO (2 volemias). El 26/5/04 se realiza THO técnica piggy-back asociado a esplenectomía. En el período intraoperatorio recibe Metilprednisolona 1 g y luego Daclizumab (75 mg), Rituximab (500 mg.) y ciclofosfamida (4 mg/kg) al término de la cirugía. Se indica profilaxis antibiótica intensiva (Ceftriaxona, Ganciclovir; Fluconazol). En el postoperatorio recibe ciclofosfamida 2 mg/kg/día y plasmaféresis día por medio los primeros 6 días y luego de acuerdo a títulos de anticuerpos con la intención de mantener tasas de isohemaglutininas IgG e IgM anti A ≤1/8 (total 5 plasmaféresis). A las 24 horas, está despierto y alerta. A las 48 horas. Se inicia Tacrolimus y Micofenolato por vía enteral. Se extuba al 3er día y su evolución es progresivamente hacia la mejoría. Al día 4 se administra 2ª dosis de Daclizumab. Biopsia hepática de protocolo día 8 revela rechazo agudo leve (recibe 3 bolos metilprednisolona). Subpoblaciones linfocitarias CD 19, CD 20 y CD 23 disminuidas. Colangiografía día 7 normal, y del día 14 muestra leves alteraciones de la vía biliar intrahepática (áreas de estenosis) que no progresan en controles posteriores. Alta en buenas condiciones al día 20 del THO. El costo de este THO fue de 36 millones de pesos. Se realiza colangiografía endoscópica retrógrada a los 3 meses por discreta estenosis anastomótica de la vía biliar, asintomática (dilatación con balón). Actualmente se encuentra asintomático, sin nuevos episodios de rechazo o colangitis.

Conclusión: El THO con donante ABO incompatible es una alternativa posible y razonable en casos muy seleccionados y urgentes (FHF) en los que no se disponga de un donante compatible en un período corto de tiempo y dentro de un protocolo estandarizado de inmunosupresión y terapia antiisohemaglutininas que permita mejorar el pronóstico de estos casos, considerados poco factibles hasta hace pocos años atrás. El costo de este THO fue comparable a otros THO realizados por FHF. Este excepcional caso corresponde a nuestro primer caso de THO ABO incompatible en 117 trasplantes hepáticos realizados en 102 pacientes desde 1993.

TRATAMIENTO RADIOACTIVO CON ^{90}Y-DOTATOC (ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA) EN TUMORES NEUROENDOCRINOS. RESULTADOS PRELIMINARES

Drs. *H. Amaral[1,2], R. Pruzzo[1], B. Morales[1], C. Gil[3], S. Kleinman[1,2], R. Rossi[1], A. Majlis[1,2], H. De la Fuente[2], C. Reyes[2], M. Varas[1], M. Chinol[4], G. Paganelli[4]*
([1]Clínica Alemana de Santiago. [2]Fundación A. López Pérez. [3]CGM Nuclear. [4]Instituto Oncológico Europeo (IOE) Milán, Italia)

Introducción: La mayoría de los tumores neuroendocrinos (TN) presentan una sobre-expresión de receptores de somatostatina en la superficie celular lo que se demuestra mediante imágenes cintigráficas con Octreotide marcado con ^{111}In. El mismo péptido, DOTA-D-Phe-Tyr-Octreotide marcado con Ytrium-90 (^{90}Y-DOTATOC), al tener afinidad específica por los receptores del subtipo 2 y ser emisor de partículas β con energía de 2.3 MeV y vida media 2,66 días, entrega una alta dosis de radiación a nivel celular en TN primarios y secundarios con receptores positivos. Tras obtener la apreciada asesoría médica y radioquímica del IOE (Milán, Italia) hemos logrado montar exitosamente en Chile esta modalidad terapéutica sistémica en forma regular.

Material y Método: Hasta la fecha hemos tratado 9 hombres y 8 mujeres (49,2 años, 12-70) con TN comprobados histológicamente y receptores somatostatina positivos, con 38 ciclos individuales (6 en 1, 4 en 1, 3 en 4, 2 en 5, y 1 en 6 pacientes). El origen fue pancreático (9), intestinal (5), mediastínico (1) y medular de tiroides (2), todos ellos metastásicos. Después de obtener un consentimiento informado escrito, los pacientes recibieron premedicación con ondansetrón (Izofrán) 8 mg, protección renal con sobrecarga parenteral de aminoácidos cristalinos al 12,5% y dexametasona 4 mg en cada ciclo. El ^{90}Y-DOTATOC (IOE Milán y CGM Nuclear, Santiago) se administró por vía endovenosa en dosis que variaron entre 25-120 mCi por ciclo (máximo individual total de 500 mCi).

Resultados: Los controles radioquímicos del radiofármaco efectuados previo a la inyección en minicolumnas Sep-Pak C_{18} mostraron una eficiencia de marcación mayor de 99%. De los 11 pacien-

tes con más de un ciclo de tratamiento ha habido remisión completa de la actividad tumoral en dos, y remisión parcial significativa en 9. El tratamiento fue bien tolerado en todos los pacientes a excepción de uno que por causas aún no determinadas se alteró la biodistribución *in vivo* de DOTATOC observándose sólo captación medular (no tumoral) de ^{90}Y y severa toxicidad hematológica reversible. Este paciente se considera no tratado ya que no hubo irradiación tumoral selectiva. Los otros pacientes mostraron toxicidad hematológica leve reversible en forma espontánea al cabo de 6 semanas.

Conclusión: Estos datos preliminares señalan que el tratamiento con ^{90}Y-DOTATOC, ahora disponible en Chile, es una valiosa opción terapéutica para estos tumores que habitualmente no responden a terapias convencionales como quimio o radioterapia. Está en investigación la causa de la ausencia de marcación del péptido *"in vivo"* en un caso.

ASCENSO DE COLON POSTESOFAGECTOMÍA

Drs. *J. Llanos, J. Urenda[1], R. Cabrera, A. Tapia, P. Pizarro*
(Servicio de Cirugía Hospital Regional de Talca. [1]Residente de Cirugía Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile)

Por diversas patologías, en especial de tipo tumoral o traumática, debe extirparse el esófago como tratamiento de ellas. El órgano de elección utilizado para reemplazarlo es el estómago. Sin embargo aunque no frecuentemente, en algunas oportunidades también se carece de él recurriéndose entonces a un segmento del colon.

El objetivo de este trabajo es presentar y analizar la experiencia del equipo de cirugía digestiva, del Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Talca, en el ascenso de colon derecho para reemplazo del esófago, para mantener así la continuidad del tubo digestivo superior.

Esta pequeña serie está formada por 10 pacientes, 7 hombres y 3 mujeres, con un promedio de edad de 50 años y un rango de 38 a 73. Las causas para esta cirugía fueron tumorales en 7 y en 3 de otro tipo. En todos los pacientes se usó el colon derecho. Para el ascenso propiamente tal, en 7 el mediastino posterior y en los otros 3 la vía retroesternal. Siete pacientes tuvieron alguna complicación y el promedio de días hospitalizado fue de 33 con un rango entre 14 y 120 días. No hubo mortalidad y todos los pacientes pudieron alimentarse por la boca posteriormente.

Por lo tanto a pesar de ser una técnica compleja para el reemplazo del esófago en ausencia del estómago, es una técnica válida que debiera ser efectuada por cirujanos digestivos con experiencia, tanto en cirugía esofágica, gástrica y de colon.

CIRUGÍA DE LA LITIASIS BILIAR. FACTORES DE RIESGO DE LA MORBIMORTALIDAD OPERATORIA

Drs. *Acevedo A., Lombardi J., Catán F., García A.*
(Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador)

Introducción: La litiasis biliar y sus complicaciones constituye la más frecuente causa de cirugía del país; de ahí la importancia de contar con estudios que describan adecuadamente las formas clínicas de la patología biliar, la demanda asistencial y las complicaciones que de ellas se derivan. El objeto del presente estudio es de dar cuenta del impacto de la demanda asistencial de causa biliar litiásica en el Servicio de Cirugía de Hospital Salvador, con especial acento en los factores de riesgo de morbimortalidad.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en pacientes egresados de Servicio de Cirugía entre 01/01/2001 y el 31/12/2003. Se implementó una ficha que fue llenada por los miembros de cada equipo e introducida al programa computacional Epi Info 2002. El análisis estadístico se hizo mediante Chi cuadrado.

Resultados: Egresaron 16.729 pacientes, siendo 4.388 (26,2%) de causa biliar. La patología litiásica constituyó el 97,2% de éstos. Las mujeres predominaron con un 77,1% sobre los varones, con una relación M/V de 5:1, en los menores de 40 años y de 2:3 en los mayores de 61 años. La distribución etaria mostró un predominio del segmento entre 41 y 60 años, excepto cuando hubo compromiso coledociano, donde predominó el segmento mayor de 61 años. Se operaron 3.796 pacientes, un 43,4% en forma laparoscópica. Se convirtieron 3,5% de los pacientes electivos y 8% de los agudos. Se efectuó tratamiento conservador en 592 pacientes (13,6%). Los factores de riesgo de morbimortalidad y por lo tanto de estadía hospitalaria prolongada fueron edad mayor de 61 años, el ingreso de urgencia y el compromiso coledociano ($p<0,001$).

Conclusión: Los factores de riesgo de morbimortalidad en la patología biliar litiásica son la edad superior de 61 años, el ingreso de urgencia y el compromiso coledociano; señalando la necesidad de tratar precozmente a los pacientes con litiasis biliar sintomática.

FÍSTULA CARÓTIDO-YUGULAR POST-TRAUMÁTICA

Drs. *S. Siegel, F. Acuña, F. Poblete, R. Zuleta S., J.P. Acuña, G. Silva, G. Pumarino*
(Equipo de Cirugía, Hospital San José)

Introducción: El objetivo de este trabajo es reportar un caso clínico de fístula carótido-yugular post-traumática por lo poco frecuente, para evaluar la importancia del manejo precoz y oportuno de esta patología, así como las distintas formas terapéuticas, con el propósito de evitar las complicaciones que de ella derivan a corto y largo plazo.

Material y Método: Paciente hombre de 36 años que ingresa al servicio de urgencia de Hospital San José con diagnóstico de herida penetrante por arma de fuego cervical izquierda (zona II). Ingresa hemodinámicamente estable y al examen físico destaca amputación traumática antigua de la extremidad superior izquierda y discreta afasia de expresión y hemiparesia braquiocrural derecha. Se efectúa cervicotomía exploradora que sólo revela lesiones en partes blandas, efectuando aseo y hemostasia. En el postoperatorio inmediato se constata afasia de expresión franca con desviación de comisura labial y hemiparesia braquiocrural derecha, efectuando TAC cerebral que revela gran infarto hemisférico izquierdo correspondiente al territorio de arteria cerebral media izquierda, a la semana de evolución aparece masa pulsátil cervical y frémito irradiado a hombro izquierdo; se solicita angiorresonancia que evidencia fístula carótido-yugular a 0,5 cm de la bifurcación carotídea. Se decide tratamiento conservador hasta completar seis semanas del trauma, luego de lo cual el paciente reingresa con signo de Branham positivo, afasia de expresión y hemiparesia braquiocrural derecha parcialmente recuperada. Se efectúa angiografía por sustracción digital y se plantea tratamiento quirúrgico, efectuando el cierre de la fístula con colocación de parche de vena en carótida con instalación de shunt carotídeo.

Resultados: El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta al octavo día postoperatorio. En control alejado se corrobora recuperación de hemiparesia braquiocrural y regresión progresiva de afasia de expresión.

Discusión: La fístula carótido-yugular es un cuadro poco frecuente. En la literatura hay pocos reportes publicados con escasa casuística, especialmente por etiología traumática; muchas veces es subdiagnosticada con las consiguientes complicaciones a largo plazo. El cuadro inicial puede ser manifiesto (signos clínicos mayores) o larvadamente, sospechándola solamente por la presencia de lesiones neurológicas o manifestaciones hemodinámicas tardías. El estudio precoz con arteriografía o Eco Duplex en lesiones de zona II del cuello orientará en forma certera al diagnóstico de lesiones vasculares y a su oportuno y adecuado tratamiento. El hecho de que se trate de una fístula de alto flujo hace complejo el manejo endovascular de estas lesiones, obligando a un tratamiento quirúrgico abierto.

DRENAJE VENOSO VESICULAR ¿UNA EXPLICACIÓN PARA LA APARICIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS POST-CIRUGÍA RADICAL?

Drs. *M. Uribe, F. Catán, J. Lombardi, J. Ormazábal J., A. Gallego, M.A. Matamala,* Ints. *J.M. Flores, R. Matamala, L. Fabrega*
(Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. Departamento Cirugía, Facultad de Medicina, Campus Oriente Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer vesicular es una patología de creciente incidencia en nuestro país. Su única prevención efectiva ha demostrado ser la colecistectomía en pacientes portadores de colelitiasis. Aunque la etiología precisa del cáncer de vesícula biliar se desconoce, se han identificado factores de riesgo tales como: sexo, edad, dieta, obesidad, exposición a ciertos químicos y otros factores relacionados con la vida reproductiva, tales como paridad, edad de menarquia y menopausia, etc. exposición a mutágenos endo o exobióticos e infecciones bacterianas crónicas de la vesícula o vía biliar. Además se han descrito varias anormalidades genéticas que pueden ser etiológicamente importantes, así como relacionarse con factores pronósticos de la enfermedad. En nuestra experiencia, hemos encontrado algunos pacientes con estadios avanzados de la enfermedad que tienen mejor sobrevida que otros con estadios menos avanzados, sin que tengamos una explicación clara para ello.

Objetivo: Determinar el patrón de drenaje venoso de la vesícula biliar.

Materiales y Métodos: A 10 pacientes sometidos a colecistectomía por colelitiasis se les aisló la arteria cística y se efectuó un clampeo selectivo de la arteria hepática sobre el nivel de la emergencia de la arteria cística. Se punciona la arteria cística con una mariposa o teflón fino, inyectando 10 cc de azul de metileno. Se espera 5 minutos hasta observar la aparición del colorante en el parénquima hepático. Se efectuaron mediciones con cinta de medir esté-

ril, desde los márgenes derecho, izquierdo y anterior del lecho vesicular, los que fueron consignados en un registro.

Resultados: Las mediciones fueron absolutamente variables en cada uno de los individuos, con un rango de 2 a 7 para el margen izquierdo, de 2 a 10 para el margen derecho y de 5 a 12 hacia superior.

Comentario: Dado que la resección hepática para cáncer vesicular incluye el segmento Ivb y V. Muchas veces no se extirpa el tejido hepático involucrado en el drenaje venoso vesicular. Esta podría ser una explicación para la aparición de metástasis en algunos casos y explicaría algunos resultados discordantes encontrados. Proponemos que los pacientes portadores o con sospecha de presentar cáncer vesicular se les efectúe esta técnica para realizar una resección hepática que incluya la zona de drenaje venoso vesicular.

ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA DE EXTREMIDADES INFERIORES. TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA ENTRE 1982 Y 2003

Drs. *Alfonso Sánchez H., Sebastián Soto G.,* Int. *Gonzalo Sánchez C., Pablo Mariangel P.,* Al. *Rocío Sánchez C., Roberto Oettinger W., Luis Jiménez V.*
(Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia)

*Introducción: A*quellos enfermos portadores de isquemia crónica de extremidades inferiores sufren un cuadro de invalidez progresiva y cuya evolución natural es hacia la amputación. Sin embargo, desde la introducción en nuestro país en los años 50 de los puentes con safena invertida e *in situ* desde los 80, asociado al uso de materiales protésicos en afecciones suprageniculares, se ha logrado revertir la progresión de esta enfermedad y permitir el retorno a sus actividades habituales a un gran número de pacientes afectados por ella. En base a lo anterior hemos decidido reportar los resultados obtenidos con la revascularización de extremidades inferiores durante el período comprendido entre 1982 y 2003.

Material y Métodos: En forma retrospectiva, se analizan las fichas clínicas de 41 pacientes atendidos por el equipo de Tórax y Vascular del Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Regional de Valdivia entre 01/01/1982 y 31/12/2003. se ingresa en planilla Excel®: sexo, edad, motivo de consulta, tiempo de evolución, patologías asociadas, índice T/B, arteriografía, tipo de cirugía, tiempo operatorio, tiempo de hospitalización, complicaciones, mortalidad y permeabilidad. El análisis estadístico se realiza con las opciones del mismo programa.

Resultados: Se tratan 36 hombres y 5 mujeres, relación 7,2:1, cuyas edades fluctuaban entre 29 y 80 años con una media de 66,5. La evolución media fue de 11,8 meses con rango entre 1 y 120. El motivo de consulta más frecuente fue claudicación en 20 casos (48,8%), seguido de dolor de reposo en 15 (36,6%). 70% de los enfermos de la serie fumaban 1 o más paquetes al día, además 22 sufrían HTA y 16 DM2. Dos presentaban amputación previa contralateral y 4 fueron operados de ambas extremidades. Índice T/B medio preoperatorio fue 0,4 fluctuando entre 0,3-0,7. La arteriografía reveló compromiso con mayor frecuencia compromiso femoropopliteo izquierdo y derecho en 16 casos respectivamente. La cirugía más frecuente fue el by-pass con safena *in situ* en 36 casos (87,8%). Tiempo operatorio medio 233 minutos. Índice T/B medio postoperatorio 0,7. Las complicaciones más frecuentes fueron infección de herida operatoria y necrosis de 1 ortejo en 4 casos, respectivamente. La permeabilidad a 5 años fue 68,29%.

Discusión: Al aumentar la edad de nuestra población inevitablemente se manifiesta en un aumento en la incidencia de esta patología, como se ha reportado tanto a nivel nacional como internacional. Se comprueba además, el indudable mejor resultado obtenido con material autólogo encontrándose éstas, permeables en 75% a 5 años.

REALIDAD ACTUAL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS

Drs. *F. Catán, M. Uribe, P. Fluxa, D. Villao, W. Constante, A. Matamala,* Ints. *J.M. Flores, R. Matamala, L. Fabrega*
(Servicio de Cirugía, Hospital Salvador. Campus Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: el absceso hepático continúa siendo un desafío diagnóstico. Reportes indican que su incidencia es estable en el tiempo, pero actualmente, se estima que su frecuencia ha aumentado debido al mayor número de pacientes inmunocomprometidos. Las alternativas terapéuticas también han cambiado con una tendencia al tratamiento menos invasivo.

Objetivo: Evaluar la realidad del diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos en los últimos 5 años.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático vistos por el Equipo de Cirugía Hepatobiliar del Servicio de Cirugía del Hospital Salvador, desde enero de 1999 a mayo de 2004. Se consignó datos personales, cuadro clínico, forma de diagnóstico, número y ubicación de abscesos, etiología, tratamiento, cultivo, respuesta terapéutica y complicaciones. Los datos fueron almacenados y analizados en una base de datos Epiinfo.

Resultados: Se detectaron 48 pacientes con abscesos hepáticos, promedio de edad de 48,7 ±- 4,6 años. Un 53% de sexo femenino. Etiologías más frecuentes: patología biliar, criptogénico, patología de colon, secundarios a focos cutáneos. Un 78% de los pacientes presentó absceso único y 22% múltiples. En 65% existía compromiso del lóbulo derecho. Un 68% de los pacientes fueron diagnosticados por ecografía. Dieciséis pacientes (33,3%) se encontraban en *shock* séptico al diagnóstico. El tratamiento inicial fue realizado por vía percutánea, guiado por ecografía, en 35 pacientes (72,9%). En 7 casos (14,6%) el drenaje del absceso se realizó al inicio por vía quirúrgica por patología quirúrgica asociada y en 6 pacientes (12,5%) se realizó tratamiento conservador sólo con antibióticos como terapia inicial. Los gérmenes aislados fueron: *Klebsiella* (22%), *E. Coli* (18%) y *S. aureus* (18%). Uno de los pacientes manejados en forma conservadora (16,7%) requirió drenaje, 2 de los pacientes drenados requirieron un segundo drenaje (5,7%). El manejo con drenaje se consideró fracasado en 2 pacientes (5,7%) que requirieron cirugía para su manejo. Complicaciones de tratamiento percutáneo: endoftalmitis (1), infección del sitio de punción (1) y derrame pleural infectado (1) que requirió pleurotomía. En los tratados en forma quirúrgica las complicaciones fueron 1 caso de colección postoperatoria en lecho vesicular, drenada bajo ecografía, y un paciente presentó neumonía postcirugía. Dos pacientes de la serie (4,1%) fallecieron, ambos por shock séptico, uno drenado completamente por vía percutánea y otro drenado quirúrgicamente por abscesos múltiples. La eficacia del drenaje percutáneo fue de 91,4%, del tratamiento quirúrgico de 85%.

Conclusiones: Los abscesos hepáticos continúan representando un problema complejo. El drenaje percutáneo es el método terapéutico de elección de los abscesos hepáticos. Tiene buenos resultados y pocas complicaciones, pero siempre debe tenerse en vista la opción quirúrgica, especialmente si existe patología asociada que requiera de este tratamiento o abscesos múltiples.

URGENCIAS ABDOMINALES EN EL PACIENTE SENESCENTE

Drs. *L. Gutiérrez, J. Hernández, F. Maldonado, G. Ross, C. Lizama, T. Martinac, J. González, C. Larraín*
(Departamento de Cirugía, Servicio de Emergencia, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: De acuerdo al último censo nacional del año 2002, en Chile, de los 15.116.435 de habitantes, 250.840 corresponden a ciudadanos mayores de 80 años (1,66%). De este grupo etario, algunos pacientes presentan distintas patologías de urgencia, entre ellas las abdominales, lo que los obliga a consultar en el servicio de emergencia, siendo a veces cuadros de diagnóstico difícil y con mayores complicaciones.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis global de la cirugía de urgencia en el paciente mayor de 80 años en un hospital clínico universitario.

Material y Método: Desde febrero de 1998 hasta diciembre de 2003, 72 pacientes mayores de 80 años fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Emergencia de nuestro hospital. Hubo 27 hombres (37,5%) y 45 mujeres (62,5%). El promedio de edad fue 83 años con un rango entre 80 y 94. consideraciones relacionadas a demografía, comorbilidad, diagnóstico, técnica quirúrgica, días de hospitalización y complicaciones fueron estudiadas.

Resultados: El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue obstrucción intestinal alta y baja en 22 pacientes (30,5%), seguido de cuadros de apendicitis aguda y peritonitis en 17 casos (23,6%). El diagnóstico post-operatorio más frecuente fue cáncer (37,5%) principalmente colon y recto (77,7%), seguido de obstrucción intestinal (16,6%) y apendicitis aguda (13,8%). La hospitalización promedio fue de 16,5 días, un 90% de los pacientes requirió al menos un día de unidad de intermedio quirúrgico y un 43% tres o más días. Un 26,3% de los pacientes requirió UTI con un promedio de 3 días de estadía.

Del total, 35 pacientes (48,6%) sufrieron alguna complicación, sólo 16 pacientes de resorte quirúrgico (45,7%), 9 reoperaciones y 15 fallecidos (42,8%).

Los pacientes complicados requieren 1,5 veces más tiempo en UCIC y 1,9 veces más en UTI que el promedio general de estadía.

Conclusiones:

1. La obstrucción intestinal es el diagnóstico preoperatorio más frecuente y los tumores en el caso del diagnóstico postoperatorio.

2. Un alto porcentaje requiere de manejo de

unidad de cuidados intermedios, siendo mayor el tiempo de estadía si existen complicaciones.

3. Existe una morbimortalidad mayor en este grupo etario al presentar una urgencia abdominal complicada.

REEMPLAZO DE VENA PORTA CON YUGULAR INTERNA EN UN CASO DE RESECCIÓN PORTAL IATROGÉNICA

Drs. *M. Uribe[1,2], F. Catán[2], V. Bianchi[2], S. Cavallieri[1,2], P. Fluxá[4],* Ints. *J.M. Flores[3], R. Matamala[3], L. Fábrega[3]*

([1]Clínica Las Condes. [2]Hospital del Salvador. [3]Internos carrera de Medicina, Universidad de Chile. [4]Programa Formación Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. MECESUP UCH104)

Introducción: Las lesiones de vía biliar han sido reportadas con una frecuencia de alrededor de un 1% de las colecistectomías. También se presentan durante cirugías hepáticas complejas. En un bajo porcentaje se asocian a otras lesiones de hilio hepático.

Objetivo: Presentar un caso de lesión iatrogénica de vía biliar, asociado a resección de la vena porta, destacando la técnica de reparación.

Caso Clínico: Paciente de 36 años, portador de un quiste hidatídico hepático del segmento VI, de aproximadamente 10 cm de diámetro, en contacto con el hilio. Se efectuó una periquistectomía con cirugía abierta, durante la cual se seccionó la vía biliar. El paciente evolucionó con una fístula biliar y cuadro séptico bacteriano y fúngico. Estudios imagenológicos postoperatorios demostraron una probable trombosis de la vena porta. El paciente nos fue referido para reparación quirúrgica de vía biliar y eventual plastía portal. Se efectuó doppler cervical bilateral preoperatorio, demostrando indemnidad de ambas yugulares internas. Durante la cirugía, se pesquisó una sección completa de vía biliar, a nivel de la placa hiliar y ligadura del tronco de la vena porta a ese nivel, con resección completa de la misma. Se efectuó control vascular de la vena esplénica y mesentérica superior y se procedió a una cervicotomía longitudinal izquierda. A través de la cual se extrajo la vena yugular interna de una longitud de 12 cm aproximadamente. Se realizó una anastomosis término-terminal de la yugular a la unión del tronco espleno mesentérico, con sutura de polipropileno 6,0 corrida y factor de crecimiento vascular. Con igual técnica se realizó anastomosis al cabo proximal portal remanente. Se efectuó portografía intraoperatoria y un Eco-Doppler que demostró permeabilidad del vaso reparado e indemnidad de la arteria hepática. Se disecó la vía biliar hasta la zona intrahepática, efectuándose una colangioenteroanastomosis, en Y de Roux. El paciente evolucionó bien, recuperándose de su cuadro séptico. Al 4º día postoperatorio presentó una fístula biliar de bajo débito, la que cedió con tratamiento médico a las 2 semanas. El paciente fue dado de alta a los 20 días de su intervención. Estudios imagenológicos demostraron permeabilidad vascular alejada. A los 2 meses se reintegró a su actividad laboral.

Comentario: El reemplazo de la vena porta por yugular interna ha sido presentado en escasas publicaciones internacionales, en cirugía oncológica pancreática. No hemos encontrado referencias de reemplazo portal con yugular interna en casos de iatrogenia. Esta técnica, pese a su complejidad, es una excelente alternativa de tratamiento de este tipo de lesiones.

TRASPLANTE HEPÁTICO ABO-INCOMPATIBLE. ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN HEPATITIS FULMINANTE

Drs. *M. Uribe, E. Buckel, M. Ferrario, J. Godoy, G. González, B. Hunter, F. Berwart, L.,S. Cavallieri, L. Calabrán, M.T. Santander, C. Herzog*

(Programa de Trasplante Hepático, Clínica Las Condes. Hospital Luis Calvo Mackenna. Hospital del Salvador)

Introducción: Ante la realidad de escasez de órganos, diferentes métodos han sido utilizados para aumentar el pool de donantes. El uso de injertos ABO incompatible en trasplante hepático ha sido controversial, ya que esta modalidad terapéutica ha sido asociada con un alto riesgo de rechazo hiperagudo, mediado por anticuerpos preformados anti ABO.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia en trasplante hepático con hígado incompatible.

Resultados: De un total de 242 trasplantes realizados, hemos efectuado 3 con donantes ABO incompatibles (1,2%), 2 adultos y 1 niño. El grupo sanguíneo de los donantes fue A en los tres casos, siendo dos receptores grupo O y uno grupo B. Se utilizó recambio de plasma total pre y post trasplante, esplenectomía y triple inmunosupresión en todos los pacientes. Los tres pacientes están vivos, en dos, el injerto fue usado como puente para el trasplante con hígado compatible definitivo. La perdida de estos injertos se debió a microangiopatía trombótica. No hubo rechazo mediado por anticuerpos en esta serie. Se ha descrito que la esplenectomía aumenta el riesgo de infecciones

por organismos encapsulados, lo que no ocurrió en nuestra serie.

Conclusión: Este tipo de trasplante tiene un alto costo derivado, fundamentalmente, de la plasmaféresis. Consideramos que el trasplante ABO incompatible no se puede considerar como primera opción terapéutica en un medio con fuertes restricciones económicas como el nuestro, pero se puede utilizar en casos altamente seleccionados ante la ausencia de donantes compatibles, y una vez descartada la opción de donante vivo relacionado. Nuestros resultados preliminares validan esta opción terapéutica.

LESIONES ELEVADAS DE LA VESÍCULA BILIAR

Drs. *I. Silva D., A. Díaz H., O. Torres R., R. Klassen P., R. Álvarez U., H. Molina Z.,* Als. *C. Olmedo G., C. Muñoz A., L. Gebauer W., G. Gutiérrez J.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

La prevalencia de lesiones elevadas de la vesícula biliar (LEV) varía entre el 1 al 8,5%. Las LEV con y sin pedículo, pueden corresponder a tumores benignos o malignos, como el cáncer vesicular, lesiones hiperplásicas de la pared o depósitos de colesterol. Se realizó un estudio retrospectivo con el objeto de caracterizar las LEV y ver su relación clínica con enfermedad biliar. Se analizaron los resultados de 3.683 estudios histopatológicos de vesículas obtenidas de colecistectomías realizadas durante el período enero del 2000 hasta abril del 2004 en el Hospital Regional de Concepción y se correlacionaron con historias clínicas de estos pacientes.

Se pesquisaron 28 LEV, todas ellas benignas con una prevalencia de 0,8%. Las piezas operatorias se obtuvieron por colecistectomía videolaparoscópica en un 92,9%; 22 pacientes eran de sexo femenino (78%), la edad promedio fue de 49,4 años (rango 27-71). El 92,9% se asoció a litiasis. 75% de todos los pacientes presentaban cólicos biliares como síntoma principal y 10,7% eran asintomáticos. El principal diagnóstico de ingreso correspondió a colecistitis crónica litíasica y colelitiasis 64,3% sólo dos pacientes ingresaron con diagnóstico de pólipos vesiculares. La LEV más frecuente fue el adenomioma (53,6%), el 75% de las lesiones eran únicas, la localización más frecuente fue en el fondo vesicular 46,4%. El tamaño promedio fue de 8 mm (rango 1-17), encontrándose cinco lesiones ≥10 mm, y cuatro microscópicas. El 75% de las LEV se trataban de lesiones tipo Yamada I. El diagnóstico histológico asociado más frecuente fue el de colecistitis crónica 67,9% y colesterolosis 28,6%.

Las LEV coexisten con la colelitiasis en alto porcentaje, por lo que no se puede responsabilizar únicamente a estas lesiones de la sintomatología.

Si bien las LEV se asocian con cánceres vesiculares en la literatura, en esta serie no existe esta relación.

EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA EN EL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA AORTO-ILÍACO

Drs. *R. Olguín, R. Mertens, F. Valdés, A. Krämer, M. Bergoeing, R. Sagüés.*
(Cirugía Vascular y Endovascular, Departamento Enfermedades Cardiovasculares, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile)

Objetivo: La embolización hipogástrica es un procedimiento mínimamente invasivo que permite ocluir dicho vaso. Mayormente se utiliza como coadyuvante en el tratamiento endovascular de lesiones aneurismáticas, evitando el reflujo desde este vaso hacia el saco excluido (endofuga tipo II). Nuestro objetivo es evaluar sus resultados, indicaciones y complicaciones.

Pacientes y Método: Entre julio 2001 y mayo 2004 se realizó el procedimiento a 16 pacientes consecutivamente (15 hombres; edad promedio 70,06 (43-91)). Se recolectaron retrospectivamente datos clínicos, de imágenes y se realizó seguimiento con especial atención a la presencia de claudicación glútea y disfunción sexual. Todos presentaban comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (50%), cardiopatía coronaria (37,5%) y tabaquismo (33,3%). La patología que indicó el tratamiento fue: aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal con compromiso ilíaco en 8 casos; aneurisma aislado de la arteria ilíaca común 3 casos; aneurisma hipogástrico en 2 pacientes; disección ilíaca espontánea, pseudoaneurisma de bypass aorto-biilíaco, endofuga tipo I de endoprótesis de otro centro en un caso cada uno. Se contó con tomografía computarizada helicoidal preparatoria de alta resolución en todos los casos. Los procedimientos se efectuaron en Pabellón de Cirugía Vascular utilizando un angiografo digital OEC-9800. los elementos de embolización fueron coils metálicos (0,035, Cook®, USA) utilizando en promedio 4 (2-6) por paciente. Sólo se realizaron embolizaciones unilaterales. El acceso utilizado fue femoral contralateral en 14 casos y braquial en 2. Los procedimientos que requirieron de embolización fueron: 8 endoprótesis ilíacas, 7 endoprótesis aorto-biilíacas y

una endoprótesis aorto-monoilíaca. De éstos, 7 se realizaron simultáneos y 9 diferidos entre 1 y 33 días.

Resultados: En todos los pacientes fue posible realizar el procedimiento (0% fracaso). No hubo complicaciones agudas ni mortalidad. Se obtuvo seguimiento completo de 15 pacientes (promedio 15,8 meses, 3 meses - 3 años). Siete pacientes (43,75%) presentaron claudicación glútea posterior al procedimiento; en 4 de ellos ésta fue temporal (28,57%) (1 semana - 3 meses); dos pacientes (14,28%) persisten con este síntoma no invalidante a dos años de la intervención. De 4 pacientes de sexo masculino menores de 70 años, sexualmente activos, uno (25%) presenta disfunción eréctil. No hubo endofugas.

Conclusión: La embolización de arteria hipogástrica es un procedimiento seguro y eficaz, que permite la aplicación de soluciones endovasculares en la reparación de patología aneurismática del sector aorto-ilíaco. Sus efectos colaterales permanentes son infrecuentes.

CONTROL DE COMPLICACIONES EN CPRE. CANULACIÓN SELECTIVA DE LA VÍA BILIAR POR DISECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA BASE PAPILAR Y PRECORTE

Drs. *Hein G., De Aretxabala X., Fasce G., Urrejola G., Court I., Cassorla G.,* Ints. *Deza C.*[1], *Pilasi J.*[1], *González V.*[1], *Hermosilla J.*[1], *Guixé C.*
([1]Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. Universidad de Valparaíso. Internos de Medicina, Universidad Mayor)

Introducción: El diagnóstico y terapéutica endoscópica de patología de vía biliar y páncreas, requiere de la canulación selectiva del conducto respectivo. A pesar del desarrollo instrumental para dicho tiempo del procedimiento y el entrenamiento de los grupos dedicados a estas técnicas, existe un porcentaje de 10 a 15% de pacientes que presentan dificultades para su canulación. Se han descrito múltiples técnicas para este tipo de casos y en una etapa posterior, con falla de otras variantes, se describe la papilotomía por precorte (o pre cut), para acceder al conducto a estudiar, técnica asociada a un alto riesgo de complicaciones, especialmente de pancreatitis aguda (PA) (entre 5 y 20% según distintos autores). En el presente trabajo se describe la técnica de precorte mínimo de la base papilar (MINI-PRECUT) como alternativa de acceso a la vía biliar o pancreática en caso de canulación inicial difícil.

Objetivo: Demostrar que la técnica MINI-PRECUT, realizada en forma precoz en canulación difícil, constituye una alternativa de acceso fácil, rápida y con baja tasa de complicaciones.

Material y Método: Estudio prospectivo realizado desde enero de 2000 hasta agosto 2004, efectuando en nuestro Hospital 40 procedimientos de MINI-PRECUT. Se decidió realizar dicha técnica después de 10 minutos de intentos de canulación clásica vía ostium con papilótomo angulado (TriTome® de Boston Scientific Corp.) y guía hidrofílica (Guía Metro 0.035® Wilson-Cook) y/o con tres eventos de acceso del extremo distal blando de la guía hacia el conducto pancreático o con dos imágenes de contraste (Radiomiron 300) del conducto pancreático a baja presión. Para la incisión se utilizó papilótomo de aguja (MicroKnife XL Boston Scientific Corp), cortando desde la base papilar sólo con potencia de corte en 2, de base de ostium, incisión de 3 a 5 mm, separando la mucosa duodenal, para exponer el plano de la vía biliar intrapapilar y al identificarla, se procedió con el mismo papilótomo, a realizar incisión mínima de 1 a 2 mm en su pared, por lo cual se canuló con guía hidrofílica y papilótomo selectivamente la vía biliar, continuando desde ese punto en forma clásica el procedimiento (imágenes y videos).

Resultados: Del total de 539 CPRE efectuadas durante el período del estudio, se practicaron 40 procedimientos de MINI-PRECUT para acceso a la vía biliar, con 100% de éxito de canulación selectiva final en dichos pacientes. Se canuló con guía o contrastó conducto pancreático en 43 pacientes (7,97%) y se presentaron 3 casos de PA leve (0,55%). No hubo pancreatitis aguda grave ni mortalidad en la serie.

Conclusiones: Se demuestra en este estudio prospectivo descriptivo, que el acceso con técnica de MINI-PRECUT de la base papilar en canulación difícil vía ostium, constituye una técnica segura de acceso a la vía biliar para su canulación selectiva en casos de canulación difícil vía ostium, con baja morbilidad y significativo éxito terapéutico final.

FRACTURAS COSTALES ¿CON QUÉ EXAMEN Y EN QUÉ MOMENTO ESTAR TRANQUILO?

Drs. *Emilio Alarcón Cabrera, Andrés Díaz Valenzuela, Roberto González Lagos, Alberto Gyhra Soto, Aleck Stockins Larenas, René Saldías Freyhoffer*
(Hospital del Trabajador de Concepción. Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía. Universidad de Concepción)

Los traumatismos torácicos son una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia y pueden presentar graves complicaciones.

El objetivo es presentar 3 casos clínicos atendidos en el Hospital de Trabajador de Concepción,

todos durante el mismo mes y por el mismo equipo quirúrgico. Los pacientes de 31, 63 y 73 años, de sexo masculino, sufrieron diferentes traumatismos, incluidas fracturas costales. En su evaluación se realizaron exámenes clínicos de laboratorio e imagenológicos que no evidenciaron complicaciones derivadas de las fracturas costales. Pese a ésto presentaron complicaciones tardías, que podrían haberles ocasionado la muerte (dos por hemoperitoneo secundario a lesión de bazo y uno por hemotórax masivo secundario a una lesión de diafragma). Todos requirieron cirugía de urgencia y evolucionaron sin incidentes. Estas complicaciones son esperables y están descritas, sin embargo, surge la interrogante de cuál es el mejor método para anticiparlas y descartarlas, especialmente por las consecuencias de una complicación tardía, posterior al alta hospitalaria.

INCIDENCIA DE DONANTES DE ÓRGANOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Drs. *R. Torres-Quevedo Q.,* Als. *S. Marisio L., G. Peñaloza P.*
(Servicio de Urgencia y Cirugía, Clínica Sanatorio Alemán, Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: En la actualidad el trasplante de órganos constituye una herramienta terapéutica segura y eficaz. En Chile, más del 90% de los trasplantes se realiza con donantes cadavéricos. La tasa de donantes efectivos el año 2003 fue de 9,0 por millón de habitantes, cifra muy lejana a lo publicado por otros centros (40-50 por millón de habitantes). Por otra parte, el promedio de edad de los donantes efectivos durante la última década no ha superado los 35 años; siendo entonces, la población joven un grupo sensible de intervención para lograr el aumento de esta tasa.

El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia del deseo de donación de órganos por los estudiantes de medicina de la Universidad de Concepción.

Material y Método: Se realiza un estudio de corte transversal, sobre una población constituida por todos los alumnos regulares de la carrera de medicina de la Universidad de Concepción en el año 2004. La muestra fue al azar y quedó constituida por 608 alumnos. Los cuales contestaron una encuesta prediseñada, durante los meses de mayo y junio de 2004. El promedio de edad del grupo fue de 21,6 años (d.s.: 1,8).

Resultados: El 46,1% de los estudiantes desea ser donante de órganos. En el grupo de internos, correspondiente al sexto y séptimo año de carrera, la voluntad de donar órganos es del 59,4%; en cambio, en el resto de los alumnos este deseo es sólo del 42,7%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$). Del grupo de donantes, el 95% manifestó que su familia estaba informada de su decisión. Sólo el 29,6% de los donantes cree que el hecho de estudiar medicina influyó en su decisión. Del grupo no donantes, el 38,7% señala como causa de su negativa el desconocimiento del procedimiento para serlo.

Conclusión: Menos de la mitad de los encuestados desea ser donante de órganos. Por otra parte, el hecho de estudiar medicina no ha influido en la decisión de ser donante, pero destaca que el grupo de internos tiene un deseo de donación mayor que el resto de los alumnos, con una odds ratio de 2,0 (IC95%= 1,3-3,0); por lo tanto, el número de años cursados en la carrera de medicina, aparentemente sí influye en la incidencia del deseo de donar. El no ser donante se relaciona directamente con la falta de información acerca del proceso de inscripción y con el deseo de poseer más conocimientos acerca del tema. Finalmente, creemos que es necesario intervenir cada vez más en la población joven, ya que gran parte de las pérdidas de donantes es por el desconocimiento de tema.

EL ESPECTRO DE LAS NEOPLASIAS QUÍSTICAS MUCINOSAS (NQM) DEL PÁNCREAS

Drs. *R. Rossi F.*[1,2], *R. Rossi M.*[3], *C. Franco*[4], *L. Moyano*[1], *P. Soffia*[2], *E. Boch*[2], *C. Castillo*[2], *H. Rojas*[1,3], *F. Cardemil*[1]
([1]Hospital Clínico Universidad de Chile. [2]Clínica Alemana, Santiago. [3]Hospital Padre Hurtado. [4]Clínica Santa María)

Introducción: La clasificación de la OMS describe más de 30 variedades de tumores de páncreas. Las NQM representan un espectro de lesiones que se están encontrando en forma incidental con más frecuencia, creando problemas diagnósticos y terapéuticos en entidades aún no bien reconocidas.

Objetivos: Evaluar nuestra experiencia en NQM para estudiar formas de presentación, terapia y resultados, el espectro histopatológico de estas lesiones y sugerir principios de manejo.

Material y Método: Se estudiaron los pacientes operados por el autor entre 1995 – 2004 con patología final de NQM. Indicaciones quirúrgicas fueron: síntomas, lesión sospechosa de ser mucinosa en

imagenología (alteraciones de la pared, tabiques, conducto pancreático dilatado, lesiones múltiples sugerentes de neoplasia papilar, comunicación con conducto pancreático, etc.) o elección informada del paciente.

Resultados: Se practicaron 4 pancreatoduodenectomías, 2 pancreatectomías totales (PT), 3 pancreatectomías subtotales (1 con reconstrucción vascular), 2 pancreatectomías distales laparoscópicas (1 convertida) y 8 pancreatectomías distales abiertas. No hubo mortalidad operatoria, hubo 1 fístula pancreática transitoria y 1 colección que requirió drenaje percutáneo. Hubo 8 lesiones malignas (NQMM) (5 cistadenocarcinomas, 2 carcinomas papilares mucinosos multifocales, 1 carcinoma papilar mucinoso focal), 2 neoplasias "borderline" (NQMBORD - probablemente malignas), y 11 (52%) benignas (NQMB) (10 cistadenomas mucinosos, 2 con estroma ovárico y 1 adenoma mucinoso intraductal). De los 8 NQMM, 7 tenían síntomas (retención gástrica 2, pancreatitis recurrente 2, esteatorrea 1, dolor 2, ictericia 1). Cinco de ellos fueron seguidos entre 6 meses - 5 años por presunta "pancreatitis crónica", en 2 se habían hecho papilotomías endoscópicas y en 1 una esfinterotomía quirúrgica. El paciente con NQMM incidental fue seguido por 4 años por una lesión quística que creció de 2 a 4 cm. Las NQMBORD y NQMB fueron todas incidentales. El tamaño de la NQMM no papilares fue de 3, 4, 5, 7 y 8 cm. En el tumor de 3 cm el componente maligno (transformación) era de sólo 1,5 cm, pero de alto grado, con 1/10 ganglios positivos, falleciendo a los 12m. El paciente con NQMM de 4 cm, moderadamente diferenciado y sin adenopatías fallece a los 4a. Los otros 3 enfermos con NQMM no papilar, con tumores bien diferenciados de 5, 7 y 8 cm, están libres de enfermedad (LE) a los 1, 5 y 6 años, este último con 1 ganglio positivo. Los 2 NQMBORD tenían tumores de 2 y 5 cm ambos están LE a los 6m y 5a. Los 3 pacientes con NQMM papilares están LE a los 18m, 4a y 5a, estos últimos 2 luego de PT que ha sido bien tolerada. El tamaño medio de los NQMB fue de 1,5 cm (1-3 cm), 1 paciente tenía 2 lesiones y en otro la lesión tenía componentes mixtos serosos y mucinosos. Todos estos están LE con seguimiento medio de 2a (6m- 7a).

Conclusiones: Aún se confunden los hallazgos de NQM con los de pancreatitis. Lesiones malignas y borderline pueden ser pequeñas (<3 cm). Lesiones sintomáticas son con más frecuencia malignas. La sobrevida se relacionó más con el grado de diferenciación y estado nodal que con el tamaño tumoral. Las NQMM papilares tienden a ser bien diferenciadas y tener mejor pronóstico. Se documentó la transformación histológica de NQMB a NQMM. La terapia quirúrgica debe basarse en el tipo de patología, su extensión, comorbilidades, expectativas de vida y experiencia quirúrgica.

UTILIDAD DEL PET 18F-FLUORDEOXIGLUCOSA EN MELANOMA MALIGNO

Drs. *P. Sierralta, M.J. Jofré, R. Schwartz, R. Iglesis, T. Massardo, J. Canessa, P. Humeres, P. González*
(Centro PET de Imágenes Moleculares y Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago)

Está establecida en la literatura la utilidad de la tomografía por emisión de positrones (PET) con 18F-fluordeoxiglucosa (FDG) en la etapificación, reetapificación y seguimiento del melanoma maligno.

Objetivo: Evaluar los resultados de PET FDG en melanoma maligno en nuestro centro.

Material y Método: Entre febrero 2003 y julio 2004 se estudiaron 33 pacientes (edad 49 ± 14 años, 52% sexo masculino) referidos para etapificación y reetapificación de melanoma maligno. El examen fue realizado en equipo de alta resolución Siemens Ecat Exact HR+ con dosis de 13 ± 3 mCi de FDG y glicemias en ayunas preinyección de 96 ± 16 mg/dL. Se adquirieron imágenes de cuerpo entero, incluyendo cabeza y extremidades inferiores. El informe se basó en el análisis visual e índice cuantitativo de captación (SUV). Se comparó con otros estudios de imágenes e histología cuando estaban disponibles y se realizó seguimiento clínico.

Resultados: Nueve pacientes fueron derivados para etapificación y 24 para reetapificación. En 29 casos, la localización inicial del primario era conocida y en 4 la enfermedad se diagnosticó por la presencia de metástasis ganglionares. Respecto de la localización tumoral, 6 fueron en cabeza y cuello (2 metástasis ganglionares), 5 en coroides, 5 en tronco, 5 en extremidades superiores, 11 en extremidades inferiores y 1 en mucosa (rectal). En 13 pacientes, el PET fue positivo para presencia de actividad tumoral hipermetabólica, 7 en ubicación próxima al primario y 6 alejados de éste, correspondiendo uno de estos últimos a un segundo primario (carcinoma rectal confirmado con histología). De este grupo, en 11 pacientes se confirmó tumor: en 7 hubo confirmación histológica postcirugía y en los restantes hubo concordancia con imágenes anatómicas y clínica (1 paciente falleció); además, el PET demostró lesiones no sospechadas por otros estudios, las que no han sido confirmadas con histología.

Dos fueron falsos positivos, uno por hematoma y otro por cambios ganglionares inflamatorios demostrados por cirugía. En 16 casos, el PET fue negativo para compromiso neoplásico, comprobándose en el seguimiento clínico de los pacientes. En 4 casos, el PET fue no concluyente para tumor, los que presentan seguimiento clínico negativo hasta la fecha. En los casos referidos por metástasis ganglionares, no se logró encontrar el tumor primario.

Conclusión: El PET FDG es un examen útil en la etapificación y reetapificación de los pacientes con melanoma maligno, ya que permite orientar el manejo, disminuyendo morbimortalidad al paciente al evitar cirugías o tratamientos innecesarios cuando está diseminado, con un costo-beneficio importante.

EFECTOS ADVERSOS EXTRA ESOFÁGICOS LUEGO DE CIRUGÍA ANTI-REFLUJO ASOCIADA A SUPRESIÓN DE ÁCIDO Y DIVERSIÓN BILIAR EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRET COMPLICADO

Drs. *Italo Braghetto, Karen Papapietro, Alberto Rodríguez, Attila Csendes, Patricio Burdiles, Emma Díaz[1], Jorge Gutiérrez, Pilar Fagalde[1], Felipe Undurraga[2]*
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. [1]Nutricionistas. [2]Interno Medicina)

En pacientes con Esófago de Barrett complicado, debido a los resultados insatisfactorios observados en la cirugía anti-reflujo durante los últimos años, hemos utilizado un procedimiento de supresión de ácido y de derivación de bilis (vagotomía troncal + antrectomía + gastroyeyunostomía en Y de Roux) asociado a cirugía anti-reflujo, para tratar todos los factores fisiopatológicos envueltos en la génesis del esófago de Barrett. Respecto al control clínico y objetivo del RGEP hemos observado buen resultado al seguimiento de largo plazo con este procedimiento. Sin embargo, esta cirugía puede estar asociada con otros síntomas o complicaciones extra esofágicas. El objetivo del presente trabajo es evaluar la presencia de síntomas gastrointestinales (diarrea, vómito, dumping, baja de peso y úlcera anastomótica) en pacientes sometidos a este tipo de cirugía. Se estudian prospectivamente 73 pacientes que fueron controlados con un cuestionario clínico cuidadoso consultando por estas complicaciones en el seguimiento precoz y a mediano plazo (promedio de seguimiento 32,4 meses). En el período precoz (< 6 meses) estaba presente diarrea en el 64% (19% severa 10-90 días luego de la cirugía), dumping en 41% y baja de peso en 71% de los casos. Estos síntomas se mejoraron en forma significativa luego de 1 año de seguimiento con tratamiento médico (45%, 20% y 30% respectivamente) y el 42% de los pacientes recuperó su peso normal. Diarrea se presentó en forma diaria en 47,7% en el período precoz postoperatorio, pero sólo en 16% de los casos luego de 1 años de seguimiento. Esteatorrea se presentó en el 9% de los casos y respondió bien el tratamiento médico. Diarrea severa o dumping se observó en forma ocasional (5% de los casos). Sólo 2 pacientes presentaron úlceras de la anastomosis y fueron tratados en forma satisfactoria con inhibidores de la bomba de protones. En ningún caso se utilizó cirugía para tratar estos síntomas.

Los efectos adversos confirmados en este estudio son mínimos y no representan un problema clínico difícil, ya que tienden a disminuir al año de la cirugía y estas complicaciones deben ser balanceadas con el riesgo de progresión de la enfermedad de Barrett.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: EXPERIENCIA EN 8 PACIENTES

Drs. *R. Sagüés, M. Bergoeing, R. Mertens, F. Valdés, A. Krämer,* EU. *J. Vergara, M. Valdevenito*
(Cirugía Vascular y Endovascular, Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

El síndrome de vana cava superior (SVCS) se origina en la obstrucción del drenaje venoso a través de la vena cava superior. El cuadro clínico se caracteriza por edema facial, cervical y de extremidades superiores de predominio matinal, asociado al aumento de la trama venosa superficial y cefalea. En ocasiones se puede agregar disnea e inclusive compromiso de conciencia. A continuación se muestra la experiencia en el tratamiento endovascular del SVCS en 8 pacientes entre los años 1999 y 2004.

Se trataron 8 pacientes, 7 de sexo femenino (87,5%). El promedio de edad fue 53,1 ± 11,4 años. Todos se encontraban en tratamiento o control de alguna neoplasia. Siete pacientes se presentaron con obstrucción benigna secundaria a la presencia de un catéter reservorio para quimioterapia. Un paciente presentó obstrucción de tipo maligno. Dos pacientes recibieron terapia trombolítica previo a la dilatación, por la presencia de trombo en la vena cava superior. En cuatro se realizó predilatación con balón y posterior despliegue de un stent, y en

tres se practicó stenting primario. Un enfermo fue dilatado sólo con balón. El diámetro del stent fue de 10 mm (3 enfermos) y 12 mm (4 enfermos). El acceso fue yugular en 5 (62,5%), femoral en dos (25%) y la vena cefálica en uno (12,5%). A todos los pacientes se les retiró el reservorio involucrado, siendo necesario instalar otro por necesidad de continuar la quimioterapia en dos. Un paciente presentó un hemotórax en relación a una biopsia pulmonar por videotoracoscopia realizada concomitantemente, requiriendo drenaje en pabellón. En todos la resolución de los síntomas fue evidente en las primeras 24 horas. La estadía promedio fue de 2,5 ± 1,5 días. No hubo mortalidad operatoria. Cuatro pacientes fueron dados de alta con clopidogrel y 4 con anticoagulante oral. Ningún paciente presentó recurrencia de los síntomas durante el seguimiento. Tres pacientes fallecen debido a su neoplasia de base.

La terapia endovascular en el tratamiento del SVCS es de baja morbilidad y con buenos resultados en el alivio sintomático en el corto y mediano plazo.

CONOCIMIENTO SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS EN MÉDICOS PERTENECIENTES A CENTROS PROCURADORES DE ÓRGANOS CONCEPCIÓN

Dr. *R. Torres-Quevedo Q.,* Als. *S. Marisio L., G. Peñaloza P.*
(Servicio de Urgencia y Cirugía, Clínica Sanatorio Alemán, Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: La realidad nacional muestra un importante déficit de donantes efectivos, siendo la principal causa la negativa familiar. Por otra parte, existe un manejo inadecuado del donante potencial, siendo en la mayor parte de los casos por una falta de conocimiento del tema. Por tanto, resulta indispensable para el aumento de la tasa de trasplante el que los profesionales de la salud manejen conceptos tales como procuramiento y donación de órganos.

El objetivo de este trabajo es identificar el grado de conocimiento que poseen los médicos pertenecientes a los centros procuradores de órganos de Concepción, respecto a los conceptos de muerte encefálica (ME) y procesos de donación de órganos.

Material y Métodos: Se realiza un estudio de corte transversal, sobre una población constituida por todos los médicos pertenecientes a centros procuradores de órganos de Concepción. La muestra fue seleccionada al azar simple y se constituye por 98 médicos, quienes contestaron una encuesta prediseñada durante los meses de junio y julio de 2004. El promedio de edad fue 44,5 años (rango 26-70).

Resultados: El 92,9% de los encuestados manifestó conocer el concepto de muerte encefálica, sin embargo, el 11% de éstos cree que es una condición recuperable y sólo el 67% considera que su diagnóstico es clínico. El 76,5% señala que el diagnóstico debe ser hecho por un neurólogo o neurocirujano y sólo el 16,3% cree que debe ser hecho por el médico tratante. El 42,9% afirma conocer el proceso de donación de órganos. El 79,6% señala que la principal causa de pérdida de donantes es la negativa familiar y sólo el 32,7% cree que es por desconocimiento del tema. El 42,9% manifiesta saber que existe legislación al respecto. La causa de muerte encefálica más frecuentemente citada fue el Traumatismo Encefalocraneano (97,9%) y la contraindicación médica absoluta más nombrada fue la infección por VIH (64,3%), seguida por hepatitis (31,6%). El 72,5% señala desear más información sobre esta materia.

C*onclusión:* Pese a que la mayoría de los médicos cree conocer el concepto de muerte encefálica y el proceso de donación de órganos, existe un alto porcentaje de errores y desconocimiento al respecto, especialmente aquellos relacionados con los criterios diagnósticos y legislación de ME. Pensamos que es importante intervenir en la educación de los médicos sobre el tema. Esperamos de esta manera, que en un futuro los médicos tengan una nueva mentalidad frente al concepto de ME y la donación de órganos, así tal vez, se logre aumentar la tasa de donantes potenciales y efectivos.

MANEJO ENDOSCÓPICO PALIATIVO DE LESIONES TUMORALES CON COMPROMISO DE VÍA BILIAR, IMPACTO EN PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES SÉPTICAS Y CALIDAD DE SOBREVIDA

Drs. *Hein G., De Aretxabala X., Fasce G., Urrejola G., Court I., Cassorla G.,* Ints. *Pilasi J.*[1], *Deza C.*[1], *González V.*[1], *Hermosilla J.*[1], *Guixé C.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea. Universidad de Valparaíso. [1]Internos de medicina Universidad Mayor)

Introducción: Las lesiones tumorales que comprometen en forma primaria o secundaria la vía biliar, en un gran porcentaje de casos se diagnos-

tican en etapas avanzadas de la enfermedad, sin posibilidad de tratamiento curativo. La evolución clínica de pacientes con este tipo de lesiones, progresa hacia la oclusión completa de la vía biliar, con deterioro significativo en la calidad de sobrevida de dichos pacientes, por complicaciones sépticas secundarias, prurito intratable, trastornos nutricionales derivados de mala absorción de grasas e ictericia progresiva. La inserción endoscópica de endoprótesis biliares, ha permitido el manejo transitorio o permanente de dichas complicaciones. En el presente trabajo se analizan las indicaciones, complicaciones y evolución de los pacientes tratados con esta técnica en nuestro centro desde enero de 1997 a agosto de 2004.

Objetivo: Determinar la utilidad de la técnica de drenaje endoscópico paliativo en pacientes con obstrucción tumoral primaria o secundaria, sin obstrucción duodenal en términos de morbilidad y calidad de sobrevida.

Material y Método: Se presenta el manejo en análisis prospectivo de 102 casos, edad promedio 71,5 años (rango 43 a 96 años), tratados en nuestro hospital por ictericia obstructiva de origen tumoral.

Resultados: De la casuística analizada se observó que de 33 pacientes (32,35%) que requirieron inserción de endoprótesis biliares en forma paliativa por ictericia obstructiva tumoral, todos presentaron regresión clínica y de laboratorio del patrón colestásico al momento del diagnóstico, 23 presentaron regresión de prurito previo severo, 18 presentaron disminución de dolor abdominal con menor requerimiento de medicación analgésica y 3 presentaron complicaciones (9,09%): 2 episodios de hemorragia leve resuelta intraprocedimiento y 1 episodio de colangitis con manejo conservador antibiótico. Se presentaron 8 casos de oclusión de endoprótesis que se resolvieron con recambio de prótesis.

Conclusiones: Se demuestra en esta serie prospectiva, que el drenaje endoscópico de vía biliar con endoprótesis, mejoró la calidad de sobrevida de los pacientes con ictericia obstructiva tumoral fuera del alcance quirúrgico, con baja morbilidad con resolución endoscópica o médica conservadora y sin mortalidad asociada al procedimiento.